

**UNIVERZITET U BEOGRADU
EKONOMSKI FAKULTET**

Goran D. Penev

**SAMOUBISTVA U SRBIJI U KONTEKSTU
SAVREMENIH DEMOGRAFSKIH I
DRUŠTVENOEKONOMSKIH PROMENA**

Doktorska disertacija

Beograd, 2016

Mentor:
Prof. dr Biljana Radivojević
Univerzitet u Beogradu, Ekonomski fakultet

Član Komisije: _____

Član Komisije: _____

Član Komisije: _____

Datum odbrane: _____

Samoubistva u Srbiji u kontekstu savremenih demografskih i društvenoekonomskih promena

Rezime

Samoubistvo predstavlja veoma složen, dinamičan i heterogen fenomen, uslovljen međudejstvom niza psiholoških, socijalnih i bioloških faktora, ali ta pojava postaje sve bitnija i sa demografske tačke gledišta. Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije u svetu je početkom 2010-ih godina usled samoubistva godišnje umiralo oko 800 hiljada lica ili oko 11 na 100.000 stanovnika. U pogledu vrednosti stope samoubistva postoje veoma naglašene regionalne razlike, a stope se kreću u intervalu od ispod 0,3 do blizu 40 na 100.000. U Srbiji, u razdoblju od ranih 1950-ih do sredine druge decenije 21. veka, ukupan broj samoubistava premašio je 75 hiljada. Srbija se sredinom 2010-ih sa oko 16 samoubistava na 100.000 stanovnika nalazi znatno iznad svetskog i neznatno iznad evropskog proseka.

Predmet istraživanja doktorske disertacije su samoubistva u Srbiji od 1950. do 2014. godine. To 65-godišnje razdoblje podeljeno je na dva potperioda – prvi od 1950. do 1990, i drugi od 1990. do 2014. Pažnja je fokusirana na novije razdoblje (1990-2014), ne samo zbog toga što je to skorašnji period, već i zbog dostupnosti mnogo sadržajnije i kvalitetnije statističke građe. Osnovi cilj disertacije je da se kompleksno, ali prvenstveno iz demografskog ugla istraži fenomen samoubistva koji, pored toga što je prvorazredni problem javnog zdravlja, ima i značajne socijalne, ekonomske, a takođe i demografske implikacije. Ostvarenje tog cilja podrazumeva utvrđivanje osnovnih tendencija u dinamici tog fenomena, ali i ukazivanje na perspektive budućih promena. Jedan od važnih ciljeva je i sagledavanje uticaja opštih, društvenoekonomskih uslova na pojavu i karakteristike samoubistava od sredine 20. veka, a posebno imajući u vidu da je za Srbiju poslednja decenija 20. veka bila razdoblje velikih političkih previranja i ratova na prostoru bivše Jugoslavije, kao i eskalacije ekonomske krize. S tim u vezi, izvršeno je poređenje uočenih trendova s onim u drugim zemljama kako bi se sagledale sličnosti i eventualno izdvojile specifičnosti koje se odnose na stanovništvo Srbije. Takođe, cilj je i da se ukaže na najvažnije teorijske nalaze iz sve brojnije naučne literature koja obrađuje fenomen suicida, njegove faktore rizika i zaštite.

Prvenstveno je korišćen standardni, tzv. normativni naučnoistraživački metod. Primenjena je demografska analiza mortaliteta i to uglavnom transverzalnog metoda, a izračunate su vrednosti najvažnijih indikatora smrtnosti usled samoubistva (opšta stopa samoubistva, specifične stope suicidnog mortaliteta po starosti i polu, standardizovana stopa samoubistva). Primenjena je i široka lepeza metoda statističke analize, kao što su regresiona i korelaciona analiza, statističke tehnike analize vremenskih serija, statistički metodi ocene

cikličnih varijacija (χ^2 -metod, Edwardsova procedura), kao i metodi za merenje relativnog rizika. Uvedena su i dva nova pokazatelja: indeks magnitude konsekutivnih tromesečnih varijacija (*MtMV*) i starosni indeks metoda suicida (*SIMS*).

Opsežna analiza je pokazala da u Srbiji, kao i u ogromnoj većini zemalja u svetu, među licima koja su izvršila samoubistvo postoji naglašena diferenciranost po polu, samoubistva muškaraca su znatno češća. Takođe, da postoji više starosnih modela suicida, a da je u Srbiji, kao i u većini zemalja, najveća rasprostranjenost samoubistva među starima. Potvrđeno je da su razlike u nivou suicidnog mortaliteta po bračnosti umrlog lica velike, i da je rizik od samoubistva najmanji kod osoba koje su u braku. Uticaj sociokulturnih faktora je posmatran preko varijabli školske spreme i etničke pripadnosti. Izveden je zaključak da je između stopa samoubistva i školske spreme odnos obrnuto proporcionalan, kao i da se široki spektar faktora koji su karakteristični za određenu nacionalnu zajednicu ogleda i u nivou stopa samoubistva njenih pripadnika. U tezi su takođe analizirani uticaji političkih, ekonomskih i ratnih kriza na učestalost samoubistva, naročito među muškarcima. Posebna pažnja u disertaciji je posvećena dvema temama koje u dosadašnjim istraživanjima suicida u Srbiji nisu bile dovoljno zastupljene, a to su metod izvršenja samoubistva i sezonalnost suicida. Ustanovljen je tromodalni model metoda suicida, i diskutovane prisutne starosne i polno/rodne razlike. Takođe, potvrđena je pretpostavka o sezonskim varijacijama suicida u Srbiji, a one su naglašene po mesecima i po danima u nedelji.

Rezultati doktorske disertacije doprinose obogaćivanju saznanja o suicidnom mortalitetu stanovništva Srbije u jednom dugom, višedecenijskom, razdoblju, a posebno u uslovima turbulentnih društvenih kretanja i dugoročne ekonomske krize. Naučni doprinos disertacije je dopunjen ukazivanjem na najnovije rezultate istraživanja fenomena suicida u svetu, ponajviše s aspekta faktora rizika i zaštite

Saznanja do kojih se došlo u disertaciji bi mogla da podstaknu dodatno animiranje javnosti za bolje razumevanje problema suicida i razvijanje senzibiliteta šire društvene zajednice prema fenomenu suicidnog ponašanja na koji se, svakako, može preventivno delovati. U disertaciji je ponuđeno više potvrda polazne pretpostavke da je prevencija suicida potrebna, i moguća. Ukazano je na mogućnosti za prevenciju u Srbiji, sprovođenjem već usvojenih strategija, donošenjem novih mera, kao i definisanjem nacionalne strategije za prevenciju samoubistva.

Ključne reči: *samoubistvo, faktori rizika, polne razlike, starosni model suicidnog mortaliteta, sezonalnost, način izvršenja samoubistva, prevencija samoubistva, Srbija*

Naučna oblast: *Demografija*

UDK 314,424,2 (497.11) (043.3)

Suicides in Serbia in the context of contemporary demographic and socio-economic changes

Summary

Suicide is a very complex, dynamic and heterogeneous phenomenon, caused by interactions of a range of psychological, social and biological factors, but the phenomenon is also becoming increasingly important from the demographic point of view. According to the World Health Organization, at the beginning of 2010s, about 800 thousand persons in the world or about 11 per 100,000 population died due to suicide each year. In terms of the suicide rates there are very pronounced regional differences, and the rates range from less than 0.3 to nearly 40 per 100,000. In Serbia, in the period from the early 1950s to the middle of the second decade of the 21st century, the total number of suicides exceeded 75 thousand. In the mid-2010s, with about 16 suicides per 100,000 Serbia was significantly above the world and slightly above the European average.

The research subject of the doctoral dissertation is suicide in Serbia from 1950 to 2014. This 65-year period was divided into two sub-periods - the first from 1950 to 1990, and the second from 1990 to 2014. Attention is focused on the latest period (1990-2014), not only because it is recent, but also due to the availability of much more substantial and better quality statistical data. The basic aim of the dissertation is to investigate comprehensively, but primarily from the demographic perspective, the phenomenon of suicide, which besides being one of the greatest public health problems, also has significant social, economic, as well as demographic implications. The achievement of this aim involves establishing basic tendencies in the dynamics of this phenomenon, but also pointing to the prospects of future changes. One of the important aims is also to assess the influence of the general, socio-economic conditions on the occurrence and characteristics of suicide starting from the mid-20th century, especially bearing in mind that for Serbia the last decade of the 20th century was a period of great political turmoil and wars in the former Yugoslavia and the escalation of the economic crisis. In this regard, comparisons of the observed trends were made with those in other countries in order to identify similarities and possibly single out the specificities relating the population of Serbia. In addition, the aim is to point to the most important theoretical findings from the growing scientific literature that deals with the phenomenon of suicide, its risk and protective suicide factors.

Primarily, the standard, the so-called normative research method was used. The demographic analysis of mortality was applied, mainly of transversal method, and the values of the most important indicators of mortality by suicide were calculated (suicide rate, age-specific suicide rate by sex, age-standardised suicide rate). A wide range of statistical analysis methods was also used, such as regression and correlation analysis, statistical

techniques of time series analysis, statistical methods of cyclic variation assessment (χ^2 -test, Edwards' test), as well as methods for measuring relative risk. Two new indicators were also introduced: the magnitude of trimester variations of /12/ moving consecutive months index (*MtMV index*) and suicide method age index (*SIMS*).

Extensive analysis has shown that in Serbia, as well as in the vast majority of countries in the world, there is a strong differentiation by sex among those who have committed suicide, suicide in men being much more common. In addition, it has shown that there are several age patterns of suicide, and that in Serbia, like in most countries, the highest prevalence of suicide is among the elderly. It has been confirmed that the differences in the level of suicide mortality by marital status of the deceased are large, and that the risk of suicide is smallest with married people. The influence of socio-cultural factors was observed through the variables of education and ethnicity. The conclusion is that the relation between the suicide rate and educational attainment is inversely proportional, and that a wide range of factors typical for a particular ethnic community is also reflected in the level of suicide rates of its members. The dissertation also analyses the impact of political, economic and war crises on the incidence of suicide, especially among men. Special attention is devoted to two themes that have been underrepresented in the current research on suicide in Serbia, the suicide method and suicide seasonality. The tree-modal model of suicide method was established, and the present age and gender differences were discussed. Furthermore, the assumption about the seasonal variations of suicides in Serbia was confirmed, highlighted by months and days of the week.

Results of the doctoral dissertation contribute to the enrichment of knowledge about suicidal mortality in Serbia in a decades-long period, especially during turbulent social events and long-term economic crisis. The scientific contribution of the dissertation is supplemented by pointing to the latest results of research on the phenomenon of suicide in the world, most notably in terms of risk factors and protection.

The findings obtained in the dissertation could be additionally incentive for the public to better understand the problem of suicide and develop sensibility of the society towards the phenomenon of suicidal behaviour. The dissertation offers more confirmation of the initial assumptions that the prevention of suicide is necessary, and possible. It also points to the possibility for prevention in Serbia by implementing already adopted, introducing new measures, as well as defining the national strategy for suicide prevention.

Keywords: *suicide, risk factors, sex differences, age pattern of suicide mortality, seasonality, suicide methods, suicide prevention, Serbia*

Scientific field: *Demography*

UDC 314,424,2 (497.11) (043.3)

SADRŽAJ

| | |
|--|----|
| UVOD | 1 |
| 1. KARAKTERISTIKE SUICIDNOG PONAŠANJA | 13 |
| 1.1. Fenomen samoubistva | 13 |
| 1.2. Različiti pristupi u objašnjenju samoubistva | 15 |
| 1.2.1. Biološki i genetski pristup | 15 |
| 1.2.2. Psihijatrijski i psihološki pristup | 15 |
| 1.2.3. Sociološki pristup | 15 |
| 1.2.4. Integrativni pristup | 17 |
| 1.3. Suicidno ponašanje i njegovi faktori rizika i zaštite | 17 |
| 1.3.1. Mentalne bolesti | 20 |
| 1.3.2. Socijalni i sredinski faktori | 21 |
| 1.4. Suicidno ponašanje po polu i starosti | 30 |
| 1.4.1. Suicidno ponašanje muškaraca i žena: faktori rizika i zaštite | 30 |
| 1.4.2. Samoubistva među starima | 34 |
| 1.4.3. Samoubistva među mladima | 36 |
| 2. PREVENCIJA SUICIDNOG PONAŠANJA | 43 |
| 2.1. Najvažnije oblasti prevencije samoubistva | 43 |
| 2.2. Primarna, sekundarna i tercijarna prevencija suicida | 44 |
| 2.3. Tri pristupa u prevenciji suicida | 44 |
| 2.4. Prevencija usmerena na vulnerabilne grupe | 45 |
| 2.4.1. Muškarci | 45 |
| 2.4.2. Stari | 46 |
| 2.4.3. Mladi | 47 |
| 2.5. Prevencija smanjenjem dostupnosti metoda za izvršenje samoubistvo | 48 |
| 2.6. Prevencija putem javnih medija i savremenih sredstava komunikacija | 49 |
| 2.7. Strategije za prevenciju samoubistva | 50 |
| 2.8. Međunarodne aktivnosti: Svetski dan prevencije samoubistva | 52 |
| 3. SAVREMENI TRENDOWI SUICIDA U EVROPI I SVETU | 54 |
| 3.1. Učestalost samoubistava po regionima i zemljama | 54 |
| 3.1.1. O kvalitetu statističkih podataka | 54 |
| 3.1.2. Dugoročne promene u nekim evropskim zemljama | 55 |
| 3.1.3. Procene o skorašnjim promenama broja i stope suicida u svetu | 57 |
| 3.2. Osnovne karakteristike samoubistava. Sličnosti i razlike po zemljama i velikim područjima | 61 |
| 3.2.1. Razlike po polu | 61 |
| 3.2.2. Razlike po starosti | 62 |

| | |
|---|----------------|
| 4. SAMOUBISTVA U SRBIJI | 67 |
| 4.1. Izvori statističkih podataka i kratke metodološke napomene o načinu njihovog prikupljanja i diseminaciji | 67 |
| 4.1.1. Ocena obuhvata i kvaliteta statističkih podataka o samoubistvima | 68 |
| 4.1.2. Nasilne smrti neutvrđenog porekla i neobuhvat samoubistava – rezultati nekih inostranih istraživanja | 70 |
| 4.2. Demografski okviri suicidnog mortaliteta stanovništva Srbije u širem društvenoekonomskom kontekstu | 72 |
| 4.2.1. Ukupno stanovništvo i njegov sastav po polu i starosti | 73 |
| 4.2.2. Druge važnije strukture stanovništva relevantne za suicidni mortalitet | 85 |
| 4.3. Kretanje broja suicida i osnovne karakteristike lica koja su izvršila samoubistvo u periodu 1950-1990. | 96 |
| 4.3.1. Broj samoubistava i stopa suicida | 97 |
| 4.3.2. Samoubistva po polu | 99 |
| 4.3.3. Samoubistva po starosti | 101 |
| 4.3.4. Samoubistva po načinu izvršenja | 106 |
| 4.3.5. Samoubistva po bračnosi | 111 |
| 4.3.6. Samoubistva po školskoj spremi | 115 |
| 4.3.7. Samoubistva po nacionalnoj pripadnosti | 118 |
| 4.3.8. Samoubistva po velikim područjima Srbije (Centralna Srbija, Vojvodina, Kosovo i Metohija) | 123 |
| 4.3.9. Samoubistva u Srbiji u jugoslovenskom okruženju, 1950-1990. | 138 |
| 4.4. Samoubistva u periodu 1990 -2014 | 146 |
| 4.4.1. Nivo i skorašnje tendencije smrtnosti usled samoubistva | 148 |
| 4.4.2. Samoubistva po polu | 159 |
| 4.4.3. Samoubistva po starosti | 164 |
| 4.4.4. Diferenciranost samoubistava po sociokulturnim obeležjima (bračnost, školovanost, etnička pripadnost) | 189 |
| 4.4.5. Samoubistva prema načinu izvršenja | 198 |
| 4.4.6. Temporalne varijacije samoubistava | 221 |
| 4.4.7. Samoubistva u Srbiji u širem evropskom okruženju | 238 |
| ZAKLJUČAK | 243 |
| LITERATURA | 267 |
| Biografija autora | 287 |
| Izjava o autorstvu | |
| Izjava o istovetnosti štampane i elektronske verzije doktorata | |
| Izjava o korišćenju | |

Spisak tabela

- Tabela 3.1-1. Stope suicida u nekim evropskim zemljama od sredine 19. do početka 21. veka (izabrani periodi i godine)
- Tabela 3.1-2. Osnovni podaci o broju samoubistava po grupama zemljama sveta svrstanim prema vrednosti stope suicida, 2012.
- Tabela 3.1-3. Suicidi u zemljama s najvećim i zemljama s najmanjim stopama suicida, 2012. i 2000.
- Tabela 3.2-1. Procenjeni broj samoubistava u svetu, po starosti i polu, 2012.
- Tabela 4.1-1. Umrli nepoznatog uzroka smrti i nasilne smrti neutvrđenog porekla. Srbija, 1998-1999, 2005-2006. i 2011-2012.
- Tabela 4.2-1. Kretanje stanovništva Srbije, prema rezultatima popisa od 1953. do 1991.
- Tabela 4.2-2. Kretanje stanovništva Srbije prema rezultatima popisa 1991, 2002. i 2011.
- Tabela 4.2-3. Ukupno stanovništvo Srbije po polu, 1953-1991.
- Tabela 4.2-4. Ukupno stanovništvo Srbije po polu, 1991, 2002. i 2011.
- Tabela 4.2-5. Ukupno stanovništvo Srbije po velikim starosnim grupama, 1953-1991. (po velikim područjima)
- Tabela 4.2-6. Ukupno stanovništvo Srbije po velikim starosnim grupama, 1991-2011. (po velikim područjima)
- Tabela 4.2-7. Bračna struktura stanovništva starijeg od 15 godina. Srbija, po područjima, 1953-1991. (u procentima)
- Tabela 4.2-8. Bračna struktura stanovništva starijeg od 15 godina. Srbija, po područjima, 1991, 2002. i 2011.(u procentima)
- Tabela 4.2-9. Stanovništvo staro 15 i više godina po školskoj spremi. Srbija, po područjima, 1953-1991.
- Tabela 4.2-10. Stanovništvo staro 15 i više godina po školskoj spremi. Srbija, po područjima, 1991-2011.
- Tabela 4.2-11. Stanovništvo prema nacionalnoj pripadnosti. Srbija, 1953-1991.
- Tabela 4.2-12. Stanovništvo prema nacionalnoj pripadnosti. Centralna Srbija, Vojvodina i Kosovo i Metohija, 1953-1991.
- Tabela 4.2-13. Stanovništvo prema nacionalnoj pripadnosti. Srbija, 1991, 2002. i 2011.
- Tabela 4.3-1. Broj samoubistava i opšta stopa suicida po polu i standardizovana stopa suicida. Srbija, 1950-1990.
- Tabela 4.3-2. Broj samoubistva po starosti umrlog lica. Srbija, 1955, 1960, 1965, 1970, 1975, 1980, 1985. i 1990.
- Tabela 4.3-3. Specifične stope suicidnog mortaliteta po starosti. Srbija, 1950, 1955, 1960, 1965, 1970, 1975, 1980, 1985. i 1990
- Tabela 4.3-4. Samoubistva po načinu izvršenja. Srbija, 1956-1990.
- Tabela 4.3-5. Samoubistva muškaraca i žena po načinu izvršenja. Srbija, 1956-1990
- Tabela 4.3-6. Lica koja su izvršila samoubistvo po bračnom stanju, po polu. Srbija, 1960-1962, 1970-1972, 1980-1982. i 1990-1992.
- Tabela 4.3-7. Lica koja su izvršila samoubistvo po školskoj spremi, po polu. Srbija, 1960-1962, 1970-1972, 1980-1982. i 1990-1992.
- Tabela 4.3-8. Lica koja su izvršila samoubistvo po nacionalnoj pripadnosti, po polu. Srbija, 1970-1972, 1980-1982. i 1990-1992.

- Tabela 4.3-9. Kretanje ukupnog stanovništvo i broja samoubistava po velikim područjima Srbije, početkom, sredinom i krajem perioda 1953-1990.
- Tabela 4.3-10. Broj samoubistva i opšta i standardizovana stopa suicida. Srbija, po područjima, 1953-1990.
- Tabela 4.3-11. Neki pokazatelji strukture i disperzije suicida po polu. Srbija, po područjima, 1953-1990.
- Tabela 4.3-12. Broj samoubistava i struktura u procentima po velikim starosnim grupama. Srbija, po područjima, 1953-1990.
- Tabela 4.3-13. Broj stanovnika i broj samoubistava. Jugoslavija i republike, 1950-1990, 1950-1954. i 1986-1990.
- Tabela 4.3-14. Empirijske i standardizovane stope suicida (na 100.000 stanovnika). Jugoslavija i republike, 1953, 1970, 1980, 1990.
- Tabela 4.4-1. Broj samoubistva, opšta stopa suicida i standardizovana stopa suicida. Srbija, 1990-2014, po pojedinačnim godinama
- Tabela 4.4-2. Broj samoubistva i opšta stopa suicida po polu. Srbija, 1990-2014, po razdobljima.
- Tabela 4.4-3. Broj samoubistava, opšta stopa suicida i standardizovana stopa suicida. Centralna Srbija i Vojvodina, 1990-2014.
- Tabela 4.4-4. Procena broja suicida u Srbiji, 1998-1999, 2005-2006 i 2011-2012: rezultati simulacije (prema pretpostavkama iz studije CépiDc-2006)
- Tabela 4.4-5. Procena broja suicida u Centralnoj Srbiji i Vojvodini, 2005. i 2012: rezultati simulacije (prema pretpostavkama iz studije CépiDc-2006)
- Tabela 4.4-6. Broj suicida prema zvaničnoj statistici i nakon korekcije, ukupno i stopa na 100.000 stanovnika. Srbija, po okruzima, 2005. i 2012.
- Tabela 4.4-7. Broj i stopa samoubistva, po polu. Srbija, 1990-2014 (po petogodišnjim periodima)
- Tabela 4.4-8. Broj i stopa samoubistva, po polu. Srbija, 1990-2014.
- Tabela 4.4-9. Samoubistva po starosti i udeo u ukupnom broju umrlih iste starosti. Srbija, 1990-2014. (po petogodišnjim periodima)
- Tabela 4.4-10. Koeficijent relativnog rizika (RR) umrlih usled samoubistva i umrlih od ostalih uzroka smrti, po starosti (stari 10 i više godina). Srbija, 1990-2014, 1990-1994. i 2010-2014.
- Tabela 4.4-11. Specifične stope suicidnog mortaliteta, po starosti (na 100.000). Srbija, 1990-2014, po petogodišnjim razdobljima.
- Tabela 4.4-12. Samoubistva muškaraca i žena po starosti i specifične stope suicidnog mortaliteta po polu. Srbija, 1990-2014, po petogodišnjim razdobljima.
- Tabela 4.4-13. Suicidi mladih 10-24 godine, po petogodišnjim starosnim grupama. Srbija, 1990-2014.
- Tabela 4.4-14. Suicidi mladića i devojaka uzrasta 10-24 godine po starosnim grupama. Srbija, 1990-2014.
- Tabela 4.4-15. Suicidi lica starih 65 ili više godina po starosti. Srbija, 1990-2014.
- Tabela 4.4-16. Suicidi lica starih 65 ili više godina po starosnim grupama i po polu. Srbija, 1990-2014 (po petogodišnjim periodima)

- Tabela 4.4-17. Specifične stope suicidnog mortaliteta starih 65 ili više godine po starosnim grupama i po polu, po starosti (na 100.000). Srbija, 1990-2014
- Tabela 4.4-18. Samoubistva muškaraca i žena starih 15 ili više godina, prema bračnom stanju. Srbija, 1990-1992, 2001-2003. i 2010-2012.
- Tabela 4.4-19. Empirijske i standardizovane stope suicida po bračnom stanju, po polu. Srbija, prosečno godišnje za tri godine oko popisa 1991, 2002. i 2011.
- Tabela 4.4-20. Specifične stope suicida muškog i ženskog stanovništva po bračnom stanju. Srbija, prosečno godišnje za tri godine oko popisa iz 1991, 2002. i 2011.
- Tabela 4.4-21. Broj samoubistava i prosečna godišnja stopa suicida starih 15 ili više godina, po školskoj spremi i polu. Srbija, trogodišnja razdoblja oko 1991, 2002, 2011
- Tabela 4.4-22. Prosečne godišnje specifične stope suicida starih po školskoj spremi. Srbija, trogodišnja razdoblja oko popisa iz 1991, 2002. i 2011.
- Tabela 4.4-23. Broj samoubistava i prosečna godišnja stopa suicida po nacionalnoj pripadnosti. Srbija, trogodišnja razdoblja oko popisa iz 1991, 2002. i 2011.
- Tabela 4.4-24. Samoubistva po uzroku smrti (prema prirodi povrede i spoljnom uzroku), po polu. Srbija, 1990-2014.
- Tabela 4.4-25. Umrli usled samoubistva po spoljnom uzroku smrti, po starosti. Srbija, 1990-2014.
- Tabela 4.4-26. Umrli usled samoubistva po spoljnom uzroku smrti, po starosti (u %). Srbija, 1990-2014.
- Tabela 4.4-27. Samoubistva muškaraca i žena po spoljnom uzroku smrti, po starosti (u %). Srbija, 1990-2014.
- Tabela 4.4-28. Umrli usled samoubistva po starosnim grupama - distribucija po spoljnom uzroku smrti (u %). Srbija, 1990-2014. i po petogodišnjim periodima
- Tabela 4.4-29. Spoljni uzrok smrti usled samoubistva po školskoj spremi umrlog lica. Ukupno i po velikim starosnim grupama (u %). Srbija, 2005-2014.
- Tabela 4.4-30. Samoubistva po školskoj spremi umrlog lica, po načinu izvršenja. Ukupno i po velikim starosnim grupama (u %). Srbija, 2005-2014
- Tabela 4.4-31. Broj samoubistava po mesecima. Srbija, 1990-2012.
- Tabela 4.4-32. Izabrani pokazatelji mesečnih varijacija suicida. Srbija, 1990-2012.
- Tabela 4.4-33. Broj suicida po tromesečjima i neki pokazatelji sezonalnosti, po polu. Srbija, 1990-2012.
- Tabela 4.4-34. Broj samoubistava, dnevni prosek i indeks dnevnog proseka po danima. Srbija, 1990-2012 (po petogodišnjim periodima)
- Tabela 4.4-35. Broj samoubistava, dnevni prosek i indeks dnevnog proseka po danima. Srbija, 1990-2012, po polu
- Tabela 4.4-36. Stope samoubistva u Evropi, po grupama zemalja, 1990, 1995, 2000, 2005. i 2010.

Spisak grafikona

- Grafikon 4.2-1. Koeficijenti maskuliniteta stanovništva Srbije po pojedinačnim godinama starosti, prema rezultatima popisa sprovedenih od 1953. do 1991 (levo) i od 1991. do 2011 (desno)
- Grafikon 4.3-1. Broj samoubistava i linija trenda, Srbija, 1950-1990.
- Grafikon 4.3-2. Broj samoubistava po polu. Srbija, 1950-1990.
- Grafikon 4.3-3. Stopa samoubistva po polu. Srbija, 1950-1990. (na 100.000 stanovnika)
- Grafikon 4.3-4. Specifične stope suicidnog mortaliteta po starosti. Srbija, 1950-1990.
- Grafikon 4.3-5. Samoubistva po načinu izvršenja. Srbija, 1956-1990.
- Grafikon 4.3-6. Tri najčešća načina izvršenja samoubistva muškaraca i žena (%). Srbija, 1956-1990.
- Grafikon 4.3-7. Samoubistva po bračnosti umrlog lica, po polu (u procentima). Srbija, 1960-1962. i 1990-1992.
- Grafikon 4.3-8. Stopa samoubistva (na 100.000).Srbija, po područjima, 1953-1990.
- Grafikon 4.3-9. Stopa samoubistva po polu (na 100.000 stanovnika istog pola). Srbija, po područjima, 1953-1990.
- Grafikon 4.3-10. Specifične stope suicidnog mortaliteta po velikim i desetogodišnjim starosnim grupama. Srbija, po područjima, 1953-1990. i 1966-1990.
- Grafikon 4.3-11. Stope suicida u Jugoslaviji i republikama, 1950-1990.
- Grafikon 4.3-12. Stopa suicida i linija trenda, Jugoslavija i republike, 1950-1990.
- Grafikon 4.4-1. Broj i linija trenda samoubistava. Srbija, 1953-1990. i 1990-2014.
- Grafikon 4.4-2. Stopa suicida. Centralna Srbija i Vojvodina, 1990-2014.
- Grafikon 4.4-3. Broj i linija trenda samoubistava, po polu. Srbija, 1990-2014.
- Grafikon 4.4-4. Promena godišnjeg broja samoubistava, po polu. Srbija, 1990-2014.
- Grafikon 4.4-5. Stopa suicida, po polu. Srbija, 1990-2014.
- Grafikon 4.4-6. Starosna struktura umrlih usled samoubistva i usled svih ostalih uzroka smrti (stari 10 ili više godina). Srbija, 1990-1994. i 2010-2014.
- Grafikon 4.4-7. Specifične stope samoubistva po starosti. Srbija, 1990-2014.
Za ukupno stanovništvo (po petogodišnjim periodima) i po polu (za 1990-1994. i 2010-2014)
- Grafikon 4.4-8. Broj samoubistava po starosti i po polu. Srbija, 1990-1994, 2000-2004. i 2010-2014.
- Grafikon 4.4-9. Broj samoubistava mladih, ukupno i po starosnim grupama. Srbija, 1990-2014.
- Grafikon 4.4-10. Samoubistva po načinu izvršenja. Srbija, 1990-2014.
- Grafikon 4.4-11. Tri najčešća načina izvršenja samoubistva (prema procentnom udelu). Srbija, 1990-2014, po polu.
- Grafikon 4.4-12. Starosni indeks tri najzastupljenija suicidna metoda (SIMS), po velikim starosnim grupama. Srbija, 1990-2014, po petogodišnjim periodima
- Grafikon 4.4-13. Starosni indeks tri najzastupljenija suicidna metoda (SIMS), po velikim starosnim grupama i po polu. Srbija, 1990-1994. i 2010-2014.

- Grafikon 4.4-14. Starosni indeks tri najzastupljenija suicidalna metoda (SIMS), po velikim starosnim grupama. Srbija, 1900-1994, 2000-2004, i 2010-2014
- Grafikon 4.4-15. Indeks odstupanja relativne zastupljenosti metoda suicida od proseka, po školskoj spremi i starosti (prosek = 100,0). Srbija, 2005-2014.
- Grafikon 4.4-16. Indeks dnevnog proseka samoubistava. Srbija, 1990-2012, po mesecima.
- Grafikon 4.4-17. Tri konsektivna meseca s najvećim i tri s najmanjim prosečnim brojem samoubistava po danu. Srbija, 1990-2012.
- Grafikon 4.4-18. Indeks dnevnog proseka samoubistava, po polu.
Srbija, prosek za 1990-2012, po mesecima.
- Grafikon 4.4-19. Indeks dnevnog proseka suicida ponedeljkom i subotom. Srbija, 1990-2012.
- Grafikon 4.4-20. Stope suicida u evropskim zemljama, 1990, 2000, i 2010.

Spisak karata

- Karta 3.1-1. Stope suicida na 100.000 stanovnika po zemljama sveta, 2012.
- Karta 3.1-2. Standardizovana stopa suicida na 100.000 stanovnika po zemljama sveta, 2012.
- Karta 4.4-1. Zvanična i korigovana stopa suicida (na 100.000). Srbija, po okruzima, 2005. i 2012.

UVOD

Samoubistvo, kao čin namernog prekida sopstvenog života, kako ga najkraće definiše Svetska zdravstvena organizacija (SZO), prisutno je tokom čitave istorije ljudskog društva. Iako je čin pojedinca, ono ostavlja teške posledice na veliki broj ljudi, i to ne samo iz neposrednog okruženja lica koje je sebi oduzelo život. Odnos društva prema samoubistvu najčešće je bio negativan i pun osude. Vremenom se odnos prema toj pojavi menjao. Poslednjih decenija, samoubistvo je širom sveta prepoznato kao važan zdravstveni problem, na koji se može uspešno delovati prevencijom. Veliki broj istraživača, praktičara i institucija uključen je u čitav niz mera i aktivnosti koje imaju za cilj da smanje broj i stopu suicida.

Samoubistvo predstavlja veoma složen, dinamičan i heterogen fenomen, uslovljen međudejstvom čitavog niza psiholoških, socijalnih i bioloških faktora. I pored svih teškoća da se prouči i razume, postoji opšta saglasnost kliničara i istraživača o nekim najvažnijim rizičnim faktorima. Integrativni pristup problemu posmatra samoubistvo kao rezultat složene interakcije između psiholoških, bioloških i socijalnih karakteristika. Epidemiološka istraživanja su pokazala da je pokušaj samoubistva najjači klinički prediktor samoubistva i ukazala da samoubistvu obično prethodi proces, koji počinje sa prolaznim suicidalnim mislima, zatim se razvija kroz mnogo konkretnije planove i suicidalne pokušaje, sve do samoubistva. Da li će osećanje beznadežnosti voditi suicidalnom ponašanju ili ne, zavisi od prisustva ili odsustva rizičnih i zaštitnih faktora. Neki faktori rizika su različiti u zavisnosti od uzrasta, pola, etničke pripadnosti, mogu se menjati tokom vremena dok se neki uobičajeno javljaju u kombinaciji. Kod ozbiljnih pokušaja samoubistva koji nisu imala fatalan ishod, kao i kod samoubistava, raširenost mentalnih poremećaja je na sličnom nivou.

Imajući u vidu svu složenost i težinu problema suicida, često se broj i nivo stopa samoubistava smatraju jednim od osnovnih pokazatelja mentalnog zdravlja naroda. Međutim, pored nesumnjivo značajnog zdravstvenog, socijalnog i psihološkog aspekta samoubistava, ta pojava postaje sve bitnija i sa demografske tačke gledišta.

Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije (SZO) u svetu je početkom 2010-ih godina usled samoubistva godišnje umiralo oko 800 hiljada lica ili oko 11 na 100.000 stanovnika. U pogledu vrednosti stope samoubistva postoje veoma naglašene regionalne razlike, a stope se kreću u intervalu od ispod 0,3 na 100.000 (u pojedinim arapskim zemljama, npr. Saudijska Arabija) do preko 30 na 100.000 (npr. u obe Koreje, a u Evropi u Litvaniji). Razlozi velikih regionalnih razlika, i to ne samo po zemljama i geografskim područjima, već i u okvirima pojedinih zemalja su vrlo kompleksni. Objašnjenja se traže u

socioekonomskim uslovima, kulturološkim osobenostima, uticaju religije, demografskim strukturama, etničkom sastavu, raširenosti alkoholizma, pa i klimatskim uslovima.

U odnosu na stanje od pre pola veka godišnji broj umrlih usled samoubistva više je nego otrostručen, dok je vrednost stope samoubistva stanovništva sveta povećana za 50 %. Prema predviđanjima SZO, u narednim godinama očekuje se usporeno smanjenje stope suicida, ali ne i broja samoubistava, pre svega kao posledica svetskog demografskog rasta.

Samoubistva trenutno spadaju u grupu vodećih uzroka smrti, a kod mladih (adolescenti mlađi od 25 godina) su, sa oko 250 hiljada smrtnih slučajeva godišnje, jedan od tri vodeća uzroka tzv. ranih smrti. Zbog velikog broja samoubistava mladih izračunat je gubitak od 10-15 miliona godina života.

Samoubistvo spada u grupu uzroka smrti na koje je moguće relativno uspešno preventivno delovati. S tim u vezi, Svetska zdravstvena organizacija je još pre više decenija (sredinom 1980-ih) identifikovala prevenciju samoubistva kao značajan domen svojih aktivnosti. Mnoge zemlje koje su preduzele značajne korake na prevenciji samoubistava su postigle pozitivne rezultate (Finska, Norveška, Švedska, Australija, Novi Zeland, Holandija, Velika Britanija/Škotska). Usvojene su brojne nacionalne strategije prevencije samoubistva, a razvijani su i vrlo konkretni programi na lokalnom, regionalnom i nacionalnom nivou, često sa jasno definisanim obimom smanjenja godišnjeg broja samoubistava (npr. u Francuskoj da se godišnji broj samoubistava svede na ispod 10.000).

U Srbiji, ukoliko se posmatra razdoblje od ranih 1950-ih do sredine druge decenije 21. veka (1953-2014), broj samoubistava premašio je 74 hiljade. Njegova dinamika nije bila jednosmerna. Tako se u tom 62-godišnjem periodu jasno izdvajaju dve suprotne tendencije. U periodu od ranih 1950-ih do kraja 1990-ih kretanje broja samoubistava imalo je jasno izražen rastući trend, dostigavši godišnje maksimume od preko 1600 smrtnih slučajeva u 1992, 1993. i 1997. godini. U periodu od početka 2000-ih, a posebno nakon 2010. broj samoubistava ima primetan opadajući trend. Srbija se sredinom 2010-ih sa oko 16 samoubistava na 100.000 stanovnika nalazi iznad svetskog i neznatno iznad evropskog proseka, ali s promenama koje su vodile usporenom poboljšanju položaja u odnosu na ta dva proseka.

Starosni model smrtnosti usled samoubistva uglavnom poseduje odlike koje se, kod stanovništva starijeg od 15 godina najčešće ne razlikuju bitnije od opšteg starosnog modela mortaliteta. Sa starošću rastu vrednosti specifičnih stopa smrtnosti usled samoubistva, a maksimum se najčešće dostiže kod najstarijeg stanovništva. Ujedno, samoubistva su po pravilu učestalija kod muškog stanovništva, što se u većini zemalja manifestuje i s nekoliko puta većim brojem smrtnih slučajeva kod muškaraca nego kod žena.

Predmet istraživanja doktorske disertacije su samoubistva u Srbiji u razdoblju od 1950. do 2014. godine. To 65-godišnje razdoblje je podeljeno na dva potperioda – prvi od 1950. do 1990, i drugi od 1990. do 2014. S obzirom da se u Republičkom zavodu za statistiku (RZS) podacima demografske statistike koji se odnose na Kosovo i Metohiju raspolože samo za period od 1953. do 1997. godine, i to nedovoljno pouzdanim, naročito za period od kraja

1980-ih, istraživanje se za prvi potperiod odnosi na celokupnu teritoriju Republike Srbije, dok se za drugi potperiod ono odnosi samo na područje koje ne uključuje Kosovo i Metohiju. Pažnja je fokusirana na razdoblje 1990-2014, ne samo zbog toga što je to skoriji period, već i zbog dostupnosti mnogo sadržajnije i kvalitetnije statističke građe, čime je omogućeno kompleksnije sagledavanje fenomena suicida u Srbiji. Ukoliko se posmatra dugoročni period, od sredine 1950-ih do 2014. godine, podaci se, radi uporedivosti teritorije posmatranja, odnose isključivo na područje Srbije bez Kosova i Metohije i to za razdoblje 1953-2014.

Kretanje broja samoubistava stanovništva Srbije u razdoblju od ranih 1950-ih do polovine druge decenije 21. veka uopšteno se može okarakterisati kao rastuće. Početne 1953. godine evidentirano je ukupno 725 samoubistava. Šezdeset i dve godine kasnije, tj. u 2014. registrovana su ukupno 1134 samoubistva. U odnosu na 1953. njihov broj bio je veći za 409 smrtna slučaja ili za preko 55 %.

Srbija se početkom 21. veka nalazila u gornjoj polovini evropske rang liste zemalja prema vrednosti opšte stope samoubistva. Prema podacima za 2010. godinu, veće stope samoubistava su zabeležene u 14 od 40 evropskih zemalja. Međutim, u većini je u periodu od početka 1990-ih do sredine 2010-ih registrovano manje ili više intenzivno smanjenje opšte stope samoubistava, naročito prisutno tokom 2000-ih godina. Što se tiče Srbije, stope suicida se nisu bitnije razlikovale početkom 1990-ih i krajem prve decenije 21. veka. Međutim, s obzirom na znatno povoljnije tendencije koje su prisutne u većini ostalih zemalja, Srbija je u pogledu nivoa suicidnog mortaliteta pogoršala svoje mesto na evropskoj rang listi.

Jedan od važnijih pokazatelja nivoa smrtnosti usled samoubistva je i udeo samoubistava u ukupnom broju umrlih. U 2014. godini samoubistva su predstavljala 1,12 % ukupnog broja umrlih u Srbiji. To je primetno manje u odnosu na maksimalno učešće koje je iznosilo 1,75 % (1992), i neznatno veće u odnosu na minimalno učešće od 1,06 % ostvareno 1953. godine, ali sa drastično različitim starosnim strukturama ukupne smrtnosti.

Osnovi cilj disertacije je da se kompleksno, ali prvenstveno iz demografskog ugla istraži fenomen samoubistva koji, pored toga što je prvorazredni problem javnog zdravlja, ima i značajne socijalne, ekonomske, a takođe i demografske implikacije. Ostvarenje tog cilja podrazumeva utvrđivanje osnovnih tendencija u dinamici tog fenomena, ali i ukazivanje na perspektive budućih promena. Cilj disertacije je i da se fenomen suicida razmotri među različitim kontingentima stanovništva Srbije, jer su pored pola i starosti i druge karakteristike stanovništva osnov za različitu učestalost samoubistava.

Jedan od važnih ciljeva je i sagledavanje uticaja opštih, društvenoekonomskih uslova na pojavu i karakteristike samoubistava u periodu od sredine 20. veka, a posebno imajući u vidu da je za Srbiju poslednja decenija 20. veka bila razdoblje velikih političkih previranja i ratova na prostoru bivše Jugoslavije (SFRJ), kao i eskalacije ekonomske krize. Ujedno, početkom 21. veka uspostavljena je relativna politička stabilnost i znatno poboljšana ekonomska situacija u zemlji. Istovremeno su intenzivirani i procesi ekonomske i društvene

tranzicije, koji su sa sobom doneli mnoge pozitivne, ali i brojne negativne posledice, posebno nakon početka svetske finansijske krize iz 2008. godine.

I konačno, cilj disertacije je i da se uočeni trendovi uporede sa onim u drugim zemljama kako bi se sagledale sličnosti i eventualno izdvojile specifičnosti koje se odnose na stanovništvo Srbije. Takođe, cilj je i da se ukaže na najvažnije teorijske nalaze iz sve brojnije naučne literature koja obrađuje fenomen suicida, njegove faktore rizika i zaštite.

Ciljevi disertacije se ostvaruju prvenstveno preko demografske i statističke analize podataka o samoubistvima u Srbiji u višedecenijskom periodu od sredine 20. veka. Srpska statistika, pored pod2qi, ekonomskoj aktivnosti i tipu naselja. Ujedno, prikupljaju se i podaci o spoljnom uzroku smrti, tj. metodu kao i vremenu izvršenja samoubistva (mesec u godini, dan u nedelji i čas smrti). Svi spomenuti podaci nisu raspoloživi za ceo period 1953-2014), ali su uglavnom svi dostupni za poslednjih četvrt veka (od početka 1990-ih), što omogućava detaljnu statističku i demografsku analizu smrtnosti stanovništva usled samoubistva i utvrđivanje njegovih karakteristika po raznim obeležjima, i to kako sa nacionalnog tako i regionalnog aspekta.

U radu je definisano više hipoteza koje su poslužile kao polazna osnova za detaljnije istraživanje smrtnosti stanovništva Srbije usled samoubistva u periodu 1953-2014. Ukratko, to su sledeće pretpostavke:

1. Naglašena je diferenciranost po polu među licima koja su izvršila samoubistvo.
2. Postoji više različitih starosnih modela suicidnog mortaliteta muškog i ženskog po zemljama.
3. Izrazite su razlike u nivou stopa smrtnosti usled samoubistva po bračnosti.
4. Sociokulturni faktori imaju veliki značaj na nivo smrtnosti usled samoubistva (školska sprema, etnička pripadnost), a bolji socioekonomski status smanjuje rizik od samoubistva.
5. U vreme velikih političkih i ekonomskih kriza, kao i tokom ratnih konflikata povećana je učestalosti samoubistava, posebno među muškarcima.
6. Temporalne varijacije suicida su naglašene po mesecima i po danima u nedelji.
7. Metod izvršenja samoubistva se razlikuje u zavisnosti od starosti i pola.
8. Potrebna je prevencija suicida.

Doktorska disertacija se sastoji od uvodnog dela, četiri glave i zaključka. U uvodnom delu je definisan predmet i cilj istraživanja, formulisane su polazne hipoteze, prikazane metode koje se koriste u istraživanju, navedeni očekivani rezultati i naučni i praktični doprinos rada.

U prvoj glavi predstavljeni su najvažniji rezultati teorijskih i empirijskih istraživanja o karakteristikama suicidnog ponašanja. Sastoji se od četiri poglavlja. Prvo poglavlje se bavi opisom fenomena samoubistva i ukazuje da samoubistvo predstavlja veoma složen, dinamičan i heterogen fenomen. Suicidna ponašanja obuhvataju niz ponašanja koja uključuju razmišljanja o samoubistvu, koja ne moraju da se sprovedu, preko akata

samopovređivanja i pokušaja samoubistva različitog stepena ozbiljnosti, do samoubistva. Pokušaji samoubistva su znatno rasprostranjeniji nego samoubistva, ali od svih faktora rizika maju najveću prediktivnu vrednost za samoubistva. Dalje, predstavljaju se tri najčešća teorijska pristupa u objašnjenjima složenog fenomena samoubistva: biološki i genetski, psihijatrijski i psihološki, i sociološki. Četvrti, integrativni pristup, posmatra samoubistvo kao rezultat složene interakcije između psiholoških, bioloških i socijalnih karakteristika. Kao centralno pitanje razvoja suicidalnog ponašanja navodi se uzajamni uticaj između individue i njene sredine. Ishod suicidalnih misli zavisi od prisustva ili odsustva faktora rizika i zaštite, o čijem efektu se razmišlja u probablističkom, a nikako determinističkom smislu. U radu se naglašava da nije identifikovan nijedan pojedinačni faktor koji bi bio dovoljan za samoubistvo. Neki faktori rizika su različiti u zavisnosti od uzrasta, pola, etničke grupe, mogu se menjati tokom vremena dok se neki uobičajeno javljaju u kombinaciji, mogu biti različitog stepena izraženosti ili uticaja. Posebna pažnja i značajno mesto u prvoj glavi je posvećeno upravo faktorima rizika i zaštite, stoga što je razumevanje njihovog međusobnog odnosa, kao i mogućnosti modifikovanja ove interakcije ključno za prevenciju suicidalnog ponašanja. Četvrto poglavlje posvećeno je karakteristikama suicidalnog ponašanja po polu i starosti. Ističu se razlike u suicidalnom ponašanju muškaraca i žena i daje se pregled niza specifičnih faktora rizika i zaštite koji mogu da stoje u osnovi ovih razlika. Odlikama suicidalnog ponašanja starih, kod kojih su samoubistva najprisutnija, takođe je posvećena posebna pažnja, i to kako rodnim razlikama tako i faktorima rizika i zaštite. Takođe, kao posebno vulnerabilna grupa posmatraju se i mladi, predstavljaju se faktori rizika i zaštite koji su karakteristični za ovaj uzrast i postojeće rodne razlike.

Druga glava posvećena je prevenciji suicidalnog ponašanja. Sastoji se od osam poglavlja. Pre svega, izdvojene su najvažnije oblasti prevencije, kao i glavni ciljevi primarne, sekundarne i tercijarne prevencije. Takođe, predstavljena su tri pristupa u prevenciji suicida, univerzalni, selektivni i indikovani. Univerzalni pristup je usmeren na sve osobe u određenoj populaciji, bez obzira na rizik od samoubistva. Namenjen je povećanju obuhvata zdravstvenom zaštitom, promociji mentalnog zdravlja, smanjenju prekomerne upotrebe alkohola, ograničenju pristupa sredstvima za izvršenje samoubistva, promociji odgovornog izveštavanja medija i slično. Selektivni pristup se primenjuje za podgrupe sa povećanim rizikom, koji može biti u vezi sa faktorima kao što su uzrast, pol, etnička pripadnost, porodična istorija samoubistva i drugi. Indikovani pristup je osmišljen za osobe kod koji postoji veliki rizik od samoubistva, kao što je naprimer skorašnji pokušaj samoubistva. Usmerava se na posebno osetljive individue kojima se pruža podrška zajednice. U drugoj glavi se naglašava upravo značaj prevencije usmerene na vulnerabilne grupe. U zapadnom kulturnom krugu to su muškarci, stari, a zbog razvojnih specifičnosti uzrasta i mladi. Ukazuje se na specifičnosti preventivnih akcija koje mogu da doprinesu smanjenju pokušaja i izvršenih samoubistava u ovim grupama stanovništva. Takođe, ističe se preventivni potencijal ograničenja dostupnosti nekog metoda, koji je veći kada se ne radi samo na fizičkim ograničenjima dostupnosti, već i na kognitivnom aspektu problema. Pažnja je posvećena i značaju prevencije putem javnih medija i savremenih sredstava komunikacija, jer je utvrđeno da neodgovarajuće predstavljanje samoubistva u medijima predstavlja rizičan faktor za samoubistvo. To je naročito važno za mlade ljude, koji su najprijemčiviji za uticaje

predstavljanja samoubistva u masmedijima. Nove tehnologije, internet, mobilni telefoni i drugi, otvorile su i nove mogućnosti za prevenciju. U sedmom poglavlju se ističe značaj donošenja nacionalne strategije za prevenciju samoubistava, koja je pokazatelj da je vlada jasno opredeljena da se bavi problemom suicida i predstavlja put kojim se nacionalni odgovor na problem samoubistva sistematično razvija. Opisuju se dva osnovna pristupa u strategiji, pristup zdravstvene zaštite i pristup javnog zdravlja, i naglašava da je uslov za uspešnost njihovo kombinovanje. Napominje se da je u svetu samo dvadeset osam zemalja donelo strategije, od toga trinaest evropskih. Međutim, brojne zemlje u kojima široka i razvijena nacionalna strategija još ne postoji, obično implementiraju ciljane programe prevencije suicida. Programi se osmišljavaju tako da unapređuju mentalno zdravlje i smanjuju rizik od samoubistva. Oni su namenjeni identifikovanju vulnerabilnih osoba kod kojih postoji rizik od suicida i zatim njihovom upućivanju službama i resursima za pomoć. U Evropi je prisutan čitav niz preventivnih programa, u nizu zemalja koje su preduzele značajne akcije na prevenciji suicida postignuti su pozitivni rezultati. Na kraju, kao pozitivan primer međunarodnih aktivnosti navodi se Svetski dan prevencije samoubistva, koji se obeležava svake godine sa ciljem da se skrene pažnja svetske javnosti na samoubistvo kao jedan od vodećih uzroka prerane smrti koji je moguće sprečiti.

U trećoj glavi se daje pregled savremenih trendova suicida u Evropi i svetu. Sastoji se od dva poglavlja. Prvo poglavlje posvećeno je analizi učestalosti učestalosti samoubistava po regionima i zemljama. U prvom potpoglavljju posvećena je pažnja važnom pitanju kvaliteta statističkih podataka o samoubistvima. Ocenjeno je da podaci o samoubistvu uglavnom spadaju u grupu nedovoljno pouzdanih, a u nekim zemljama i potpuno neraspoloživih podataka, kao da i tamo gde postoji relativno kvalitetna statistika suicida postoje problemi u pogledu uporedivosti podataka. Za nekoliko zemalja za koje postoje relativno pouzdani podaci o broju suicida za duži vremenski period, dat je pregled dugoročnih trendova. Takođe, navode se procene SZO o skorašnjim promenama broja i stope suicida u svetu. U odnosu na procene koje se odnose na 2000. godinu, 2012. godine broj suicida je smanjen za 9%, a stopa je smanjena za petinu. Pokazuju se velike razlike među zemljama u pogledu rasprostranjenosti samoubistava, a radi boljeg uvida izračunate su i standardizovane stope. U drugom poglavlju treće glave analiziraju se osnovne karakteristike samoubistava i ukazuje na sličnosti i razlike po zemljama i velikim područjima, po evropskim i nekim odabranim vanevropskim zemljama. Ističu se razlike po polu, prisutne širom sveta. U Evropi, u svim zemljama, osim u Albaniji, među licima koja su izvršila samoubistvo najmanje je dvostruko više muškaraca nego žena. Takođe, ukazuje se na sličnosti i razlike među zemljama po starosti i identifikuju postojeći starosno-polni modeli. Zaključuje se da sagledavanje i razumevanje složenosti problema suicida koja se ogleđa u sličnostima i razlikama između zemalja isključuje jednostran pristup.

Četvrta glava doktorske disertacije je najobimnija i detaljno obrađuje samoubistva u Srbiji. Sastoji se od četiri poglavlja. Prvo poglavlje je posvećeno je analizi izvora statističkih podataka koji su korišćeni u radu i metodološkim napomenama o načinu njihovog prikupljanja i diseminaciji. Ocenjuje se obuhvat i kvalitet statističkih podataka o samoubistvima u Srbiji, kao i promene u statističkom klasifikovanju nasilnih smrti odnosno promene definicije stalnog stanovništva koje neposredno utiču na kretanje

ukupnog broja samoubistava. Izdvajaju se najznačajniji problemi koji se odnose na statističko praćenje suicida koji su u manjoj ili većoj meri zajednički za sve evropske zemlje, i u vezi sa tim daju se rezultati nekih stranih istraživanja posvećenih procenama neobuhvata samoubistva, što se poredi sa podacima za Srbiju.

U drugom poglavlju daju se demografski okviri suicidnog mortaliteta stanovništva Srbije u širem društvenoekonomskom kontekstu, u periodu od sredine 20. veka do druge decenije 21. veka. To razdoblje je podeljeno na dva potperioda, prvi od 1953. do 1991. godine, a drugi od 1991. do 2014. godine, pre svega zato što se demografski okviri sagledavaju prvenstveno na osnovu rezultata popisa stanovništva. Kao najvažnije, sagledava se ukupno stanovništvo i njegov sastav po polu i starosti. Takođe, daje se pregled drugih važnijih struktura stanovništva relevantnih za suicidni mortalitet, a to je bračna struktura, obrazovna struktura i etnička pripadnost.

Treće poglavlje posvećeno je kretanju broja suicida i osnovnim karakteristikama lica koja su izvršila samoubistvo u periodu 1950-1990. i podeljeno je na devet potpoglavlja. Prikazuje se broj samoubistava, koji je u ovom periodu imao rastuću tendenciju, slično kao i stopa suicida. Analiziraju se samoubistva po polu, i naglašava brojčana dominacija muškaraca. Takođe, analiza po starosti ukazuje na promene koje su se odvijale u smeru gotovo kontinuiranog povećanja udela starih 50 ili više godina i smanjenja udela dece i adolescenata (10-19), kao i sredovečnog stanovništva (20-49). Radi potpunijeg sagledavanja promena smrtnosti usled suicida po starosti osim empirijskih uradjene su i standardizovane stope, što je ukazalo na značaj promene starosne strukture stanovništva. Dalje, samoubistva se posmatraju prema načinu izvršenja. Utvrđene su pravilnosti u korišćenju metoda samoubistva koje važe za čitavo posmatrano razdoblje i na sva tri velika područja zemlje. Takođe, samoubistva se analiziraju po bračnosti. Utvrđeno je da među licima koja su izvršila samoubistvo kod oba pola najveći udeo predstavljaju lica u braku, ali s različitim procentnim učešćem. Sagledavanje samoubistava prema školskoj spremi pokazuje da sa većim obrazovanjem idu manje stope suicida, među licima koja su izvršila samoubistvo najbrojnija bila ona bez škole ili s najviše završenom osmogodišnjom osnovnom školom. Dalje, analiza suicida po nacionalnosti pokazuje da su prisutne velike razlike u učestalosti suicida, identifikuju se tri grupe nacionalnosti, sa stopama prosečnim za Srbiju, većim i manjim od proseka. preposlednje poglavlje posvećeno je sagledavanju regionalnih razlika u broju i visini opšte stope samoubistva po velikim područjima Srbije (Centralna Srbija, Vojvodina, Kosovo i Metohija). Ukazuje se da u osnovi razlika mogu da stoje razlozi kao što je diferencirana starosna struktura stanovništva ta tri područja, socioekonomske, kulturološke, etničke, konfesionalne i druge osobenosti. Po područjima se posebno analiziraju i samoubistva po polu i po starosti. Poslednje, deveto poglavlje posvećeno je sagledavanju samoubistava u Srbiji u posmatranom periodu u odnosu na ostale jugoslovenske republike.

Četvrto poglavlje četvrte glave posvećeno je analizi samoubistava u Srbiji u periodu 1990-2014. Sagledava se nivo i tendencije smrtnosti usled samoubistva, koji se ocenjuju kao opadajući u odnosu na prethodni period. Ukazuje se na razlike između velikih područja Centralne Srbije i Vojvodine. U vezi sa tim, da bi se stekao uvid u

moгуće razmere statističkog neobuhvata samoubistva, primenjena je matematička simulacija na osnovu rezultata dobijenih u inostranom istraživanju. Rezultati simulacija se detaljno diskutuju i ukazuje na vrlo izvesno postojanje značajnog statističkog neobuhvata suicida, koje je, međutim, različito po područjima, te upućuje na to da uzroke regionalnih razlika u nivou smrtnosti usled samoubistva treba tražiti i u kvalitetu statističkih podataka po područjima. Takođe se ocenjuje i da se kvalitet statističkih podataka o izvršenim samoubistvima u Srbiji poboljšava, odnosno da se smanjuje broj smrti nepoznatog uzroka kao i broj nasilnih smrti nepoznatog porekla. Značajna pažnja posvećena je sagledavanju samoubistava po polu, gde se uočava povećanje diferenciranosti u pogledu polne strukture. Naime, smanjenje broja samoubistava, prisutno kod oba pola, bilo je mnogo intenzivnije među ženama nego među muškarcima, i udeo muškaraca je povećan. Diskutuju se promene tokom vremena i apsolutne i relativne polne razlike u stopama suicida. Dalje, samoubistva se detaljno analiziraju po starosti. U Srbiji, u periodu 1990-2014, od ukupnog broja samoubistava gotovo polovinu predstavljaju samoubistva koja su izvršila lica stara 60 ili više godina, što je nastavak prisutnih višedecenijskih kretanja. Posmatra se kretanje samoubistva po starosti, prosečna starost osoba koje su izvršile samoubistvo, a specifičnost starosne strukture umrlih usled suicida i njenu različitost u odnosu na starosnu strukturu umrlih usled ostalih uzroka smrti sagledava se primenom koeficijenta relativnog rizika. Polna struktura umrlih usled samoubistva posmatra se po starosnim grupama, a posebna pažnja posvećena je analizi samoubistava kod mladih.

Takođe, samoubistva se analiziraju prema nekim važnijim sociokulturnim obeležjima umrlih lica (bračnost, školska sprema, nacionalna pripadnost). Uvidom u broj samoubistava, specifične stope suicidnog mortaliteta po bračnim kontingentima, kao i preko standardizovanih stopa izračunatih kako bi se elimisao uticaj starosne strukture stanovništva, zaključuje se o velikim razlikama u rasprostranjenosti samoubistava s obzirom na bračno stanje umrlog lica i u ovom posmatranom periodu. Takođe se ukazuje na prisutne polne razlike. Samoubistva se, kao i u prethodnom periodu, sagledavaju prema školskoj spremi umrlih osoba. Takođe, razmatra se smrtnost usled samoubistva prema etničkoj pripadnosti umrlog lica i diskutuju utvrđene razlike u posmatranom periodu.

U četvrtom poglavlju posebna pažnja posvećena je temi temporalnih varijacija suicida, koja do sada nije dovoljno obrađivana tema u okviru razmatranja suicidnog mortaliteta stanovništva Srbije. Diskutuju se utvrđene sezonske varijacije suicida, koje su naglašene po mesecima, kao i ciklične varijacije po danima u nedelji, i poredi sa nalazima iz drugih sredina. U nastavku se detaljna analiza prema metodu izvršenja za posmatrani period, posmatraju se najzastupljeniji korišćeni metodi, po polu i starosti, kao i promene zabeležene tokom vremena. Završni deo četvrtog poglavlja posvećen je međunarodnim poređenjima smrtnosti usled samoubistva i mestu Srbije u Evropi, a odnosi se na razdoblje 1990-2010. Evropske zemlje su svrstane u četiri grupe (zemlje Severne, Zapadne, Južne Evrope i zemlje u tranziciji). Posebna pažnja posvećena je poređenju s bivšim jugoslovenskim republikama i drugim balkanskim zemljama. Kretanje broja i stope samoubistva u Srbiji se generalno ocenjuje kao opadajuće, što

je zabeleženo i u ostalim evropskim zemljama. Iako je smanjenje u Srbiji bilo sporije od evropskog proseka, poboljšala svoju poziciju, pomerajući se ka sredini evropske liste zemalja prema broju samoubistava na 100.000 stanovnika (sa 11. mesta u 2000. godini na 15. mesto u 2010).

U zaključku doktorske disertacije iznose se potvrde do kojih se došlo u radu za hipoteze definisane u uvodnom delu doktorske disertacije. Ponuđeno je više dokaza koji idu u prilog prvoj hipotezi koja tvrdi da među licima koja su izvršila samoubistvo postoji naglašena diferenciranost po polu. Polne razlike postoje u svim zemljama, a po tome se Srbija ne razlikuje od ogromne većine zemalja u svetu, među licima koja su izvršila samoubistvo u Srbiji u celom periodu od 1950. do 2014. godine, muškarci su brojniji. U potperiodu od 1990. godine diferenciranost u pogledu polne strukture lica koja su izvršila samoubistvo povećana je u odnosu na prethodni period, tri četvrtine samoubistava u Srbiji u 2014. godini počinili su muškarci. U radu se detaljno analiziraju ove razlike i navode nalazi mnogih istraživanja o mogućim faktorima koji stoje u njihovoj osnovi.

Druga hipoteza, po kojoj postoji više različitih starosnih modela muškog i ženskog suicidalnog mortaliteta po zemljama, takođe je potvrđena u radu. Jedna od osnovnih zakonitosti koja je utvrđena prilikom analize samoubistava odnosi se na dominaciju suicida među starima, i to pre svega među starima muškog pola, i to važi za veliku većinu zemalja sveta. U zemljama u kojima maksimalna stopa suicida nije u starosnoj grupi 70 ili više godina su malobrojnije, i svrstavaju se u više grupa prema prisutnim starosno polnim modelima.

U doktorskoj disertaciji je potvrđena i treća hipoteza, po kojoj u Srbiji postoje izrazite razlike u nivou stopa smrtnosti usled samoubistva po bračnosti. Vrednosti specifičnih stopa suicida najniže su u grupi oženjenih, odnosno udatih. To je u skladu sa nalazima brojnih autora iz različitih sredina da je rizik od samoubistva manji kod lica u braku nego kod lica koja nisu u braku. Razlike između specifičnih stopa suicida lica u braku i onih koji nisu bili u braku u vreme smrti (celibateri, obudoveli, razvedeni) mnogo su naglašenije među muškarcima. Eliminisanjem uticaja diferencirane starosne strukture dobijene su standardizovane stope suicida koje su u sva tri razdoblja imale najniže vrednosti za lica u braku, i to kako za muškarce, tako i za žene. Za muškarce su najveće standardizovane stope suicida izračunate za udovce i razvedene, kod žena za grupu neudatih. To je gotovo dijametralno različito u odnosu na vrednosti stvarnih stopa suicida koje su za žene bile najmanje upravo za one iz grupe neudatih, a najveće za grupu obudovelih. U radu je dat i detaljan pregled literature koja se bavi razlikama u suicidalnom ponašanju u vezi sa bračnom strukturom, i mogućim objašnjenjima faktora rizika i zaštite za samoubistvo povezanih sa ovom vrstom socijalnih odnosa.

U disertaciji je dokazana i tvrdnja četvrte hipoteze da sociokulturni faktori, kao što su školska sprema i etnička pripadnost imaju veliki značaj na nivo smrtnosti usled samoubistva, a bolji socioekonomski status smanjuje rizik od samoubistva. U prilog ovoj hipotezi idu i brojna istraživanja iz drugih zemalja, bez obzira na sve razlike koje među zemljama postoje, s boljim socioekonomskim uslovima smanjuje i rizik od

samoubistva, što naročito važi za muškarce. Rezultati istraživanja su pokazali da je i u Srbiji jedna od najočiglednijih korelacionih veza ustanovljena između nivoa stope samoubistava i nivoa obrazovanja. Rasprostranjenost samoubistava opada s povećanjem školske spreme, što važi za oba pola. Najveći broj samoubistava su izvršila lica najnižeg obrazovanja, a najmanje lica sa višom ili visokom školskom spremom. Na visinu smrtnosti usled samoubistva utiče široki spektar faktora povezanih s etničkom pripadnošću, koji u velikoj meri mogu uticati na diferenciranost nivoa suicidalnog mortaliteta. U radu se izdvajaju nacionalnosti sa stopama samoubistva većim i manjim od prosečnih, i ukazuje na moguću osnovu ovih razlika. Dalje, u radu je potvrđena i peta hipoteza o uticaju društvenoekonomskog konteksta, a naročito velikih promena i ekstremnih pojava koje pogađaju ukupno stanovništvo, na rasprostranjenost samoubistva. Period posmatranja je 1990-2014, koji je za Srbiju upravo primer razdoblja u kome se odigrao čitav niz krupnih istorijskih događaja i promena. I pored opadajućeg trenda samoubistava, maksimalne stope samoubistva su zabeležene upravo u vreme najveće krize i ratova u okruženju. Samoubistva su takođe analizirana i prema najčešće korišćenom metodu izvršenja. Utvrđeno je da je u tom periodu zabeležen porast samoubistava izvršenih vatrenim oružjem, visoko letalnom metodom. Time je indirektno potvrđena i pretpostavka poznata iz brojnih istraživanja da veća dostupnost nekog metoda utiče na porast samoubistava.

Šesta hipoteza, koja tvrdi da postoje temporalne varijacije suicida koje su naglašene po mesecima u godini i po danima u nedelji, takođe je potvrđena u radu. U doktorskoj disertaciji je posebna pažnja posvećena upravo ovoj temi cikličnih varijacija suicida, koja je u dosadašnjim demografskim istraživanjima u našoj sredini bila prilično zanemarena. U dvadeset trogodišnjem posmatranom razdoblju, kao i kad se posmatra po godinama, prisutna je unimodalna distribucija suicida, s maksimumom u proleće i leto i minimumom u zimu, što je zabeleženo i u istraživanjima koja se bave temporalnim karakteristikama samoubistva u drugim sredinama. Rezultati analize po danima u nedelji ukazuju da je najviše samoubistava ponedeljkom, a najmanje subotom i nedeljom. Za razliku od mesečnih, kod sedmičnih varijacija promene vode ka ujednačavanju prosečnog broja samoubistava, i to pre svega kroz smanjenje broja samoubistava radnim danima. Zaključak je da i pored utvrđene naglašene vremenske cikličnosti suicida u Srbiji, rezultati izneti u radu ipak upućuju i na prve naznake smanjenja intenziteta varijacija suicida u vremenu, a na slične tendencije smanjenja sezonalnosti suicida ukazuju i neki drugi istraživači.

U doktorskoj disertaciji je potvrđena i sedma hipoteza, prema kojoj se metod izvršenja samoubistva razlikuje u zavisnosti od starosti i pola. Podaci o najkorišćenijim metodama samoubistva su od velikog značaja u svim aktivnostima vezanim za prevenciju suicida. Do sada im u istraživanjima u našoj sredini nije bila posvećena dovoljna pažnja. Utvrđeno je da u Srbiji postoji tromodalni model metoda suicida, u celom posmatranom periodu izdvajaju se tri najučestalija načina izvršenja samoubistva. U prvom potperiodu 1956-1990. to je vešanje, trovanje i utapanje i upotreba vatrenog oružja, a u potperiodu 1990-2014. vešanje, upotreba vatrenog oružja i trovanje. U celom periodu od 1956. do 2014. godine najzastupljeniji metod za izvršenje samoubistva je vešanje, i to svake godine, bez izuzetka, s natpolovičnim

udelom u ukupnom broju. Analiziraju se razlike polu, one ne postoje kod vešanja koje je kod oba pola u celom periodu najzastupljeniji metod. Međutim, razlike su utvrđene u pogledu zastupljenosti metoda koji su na drugom i trećem mestu po učestalosti i to je različite i po potperiodima. Druga tvrdnja hipoteze je takođe dokazana, pošto su statistički podaci omogućili da se u radu izvrši i analiza diferenciranosti metoda suicida prema starosti. Ovoj analizi i diskusiji rezultata je posvećena značajna pažnja i utvrđeni su starosni modeli „preferencije“ metoda suicida.

U doktorskoj disertaciji ima puno potvrda koje idu u prilog poslednjoj, osmoj hipotezi da je potrebna prevencija suicida. Na svetskom planu, u odnosu na stanje od pre pola veka godišnji broj umrlih usled samoubistva više je nego utrostručen, a vrednost stopa samoubistva udvostručena. Samoubistva trenutno spadaju u grupu vodećih uzroka smrti, a kod mladih su jedan od tri vodeća uzroka tzv. ranih smrti. Samoubistvo, međutim, spada u grupu uzroka smrti na koje je moguće relativno uspešno preventivno delovati. Potreba za prevencijom je poslednjih decenija prepoznata širom sveta i pokrenut je čitav niz preventivnih akcija. Posebna pažnja posvećena je prevenciji samoubistava u Srbiji. Ističe se da u Srbiji nije doneta strategija za prevenciju samoubistva, ali da postoji čitav niz usvojenih strategija čije efikasno sprovođenje može da doprinese smanjenju suicidalnog ponašanja. Osim najvažnije Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja, i druge mogu doprineti smanjenju faktora rizika i unapređenju faktora zaštite za samoubistvo, skreće se pažnja na važnu ulogu medija i ograničavanje pristupa mestima uobičajenim za izvršenje samoubistva. Ipak, u disertaciji se naglašava da, iako pomenute aktivnosti i mere imaju preventivni potencijal, definisanje i sprovođenje nacionalne strategije za prevenciju samoubistava može da ima još značajnije efekte na smanjenje suicidalnog ponašanja i ostvarenih samoubistava.

U disertaciji je primenjen opšti naučni metod, što podrazumeva i sintetski prikaz najvažnijih nalaza, po značaju, izabranih istraživanja suicida u psihološko-psihijatrijskim, sociološkim, rodnim, epidemiološkim, statističkim, a naročito u demografskim studijama. Na taj način je ukazano na složenost fenomena, spektar njegovih uzroka i posledica, kao i na mogućnosti preventivnog delovanja.

Prvenstveno je korišćen standardni, tzv. normativni naučnoistraživački metod koji podrazumeva utvrđivanje, pravilnu interpretaciju, ocenu i proveru statističkih podataka o samoubistvima.

Kvantitativno istraživanje koje se odnosi na samoubistva u Srbiji i bivšoj Jugoslaviji zasnovano je isključivo na zvaničnim podacima Republičkog zavoda za statistiku, a za period od 1950. do 1990. i na podacima tadašnjeg Saveznog zavoda za statistiku. Izvori podataka o samoubistvima u drugim zemljama su nacionalne i međunarodne statističke organizacije (Evrostat), kao i SZO. U analizi su uglavnom korišćeni metodi demografske i statističke analize.

Kod demografske analize prvenstveno je primenjen metod demografske analize mortaliteta i to uglavnom transverzalni metod, a izračunate su vrednosti najvažnijih indikatora

smrtnosti usled samoubistva (opšta stopa suicidalnog mortaliteta, specifične stope suicidalnog mortaliteta po starosti, standardizovana stopa samoubistva). U nedostatku adekvatnih zvaničnih procena stanovništva, u disertaciji su korišćeni rezultati vlastitih procena stanovništva Srbije po starosti i polu urađenih kohort-komponentnim metodom, a za procenu broja pripadnika albanske nacionalne zajednice u 2011. primenjena je kombinacija metoda odnosa i tzv. metoda ekspertske ocene.

Primenjena je i široka lepeza metoda statističke analize, kao što su regresiona i korelaciona analiza, statističke tehnike analize vremenskih serija, statistički metodi ocene cikličnih varijacija (χ^2 -metod, Edwardsova procedura), kao i metodi za merenje relativnog rizika. U disertaciji su uvedena i dva nova pokazatelja: indeks magnitude konsekutivnih tromesečnih varijacija (*MtMV*) i starosni indeks metoda suicida (*SIMS*).

Raširenost fenomena suicida prikazana je primenom kartografskog metoda (GIS), a korišćen je i grafički metod uz primenu savremenih softverskih paketa.

Primenjen je i komparativni pristup. Samoubistva u Srbiji su razmotrena i poređenjem sa stanjem i savremenim trendovima u svetu, a pre svega u Evropi, zemljama u tranziciji, Balkanu i bivšim jugoslovenskim republikama.

Rezultati doktorske disertacije mogu da imaju teorijsku i praktičnu vrednost. Teorijsku, jer doprinose obogaćivanju saznanja o suicidalnom mortalitetu stanovništva Srbije u jednom dugom, višedecenijskom, razdoblju, a posebno u uslovima turbulentnih društvenih kretanja i dugoročne ekonomske krize. Naučni doprinos disertacije je dopunjen ukazivanjem na najnovije rezultate istraživanja fenomena suicida u svetu, ponajviše s aspekta faktora rizika i zaštite, kao i na primenu savremenih metoda demografske i statističke analize, ali i uvođenjem novih indikatora koji mogu da obogate kasnija istraživanja suicidalnog mortaliteta ili nekih drugih demografskih pojava.

Doktorska disertacija može imati i neposrednu praktičnu primenu korišćenjem njenih rezultata u fazi eventualne pripreme nacionalne strategije prevencije samoubistava i programa akcija za smanjenje suicidalnog ponašanja u Srbiji. Samoubistvo, zbog svog značaja, ne samo za javno zdravlje, kao jednog od osnovnih uzroka smrti, već i po širim društvenim i ekonomskim posledicama, danas pobuđuje sve veću pažnju stručne i naučne javnosti, ali je kao problem prepoznato i od strane vlade i nevladinog sektora, medija, lokalnih zajednica, međunarodnih organizacija, verskih zajednica i drugih. Slično je i na globalnom, ali i u mnogim zemljama sveta. Saznanja do kojih se došlo u disertaciji bi mogla da podstaknu dodatno animiranje javnosti za bolje razumevanje problema suicida i razvijanje senzibiliteta šire društvene zajednice prema fenomenu suicidalnog ponašanje na koji se, svakako, može preventivno delovati.

1. KARAKTERISTIKE SUICIDNOG PONAŠANJA

1.1. Fenomen samoubistva

Samoubistvo, koje neki autori opisuju kao "usamljениčko i očajničko rešenje za trpljenje koje više ne vidi drugu alternativu" (Schneidman, 1996), akt je pojedinca, ali uvek bolno pogađa veliki broj ljudi. Ostavlja dugoročne psihološke i socijalne posledice, kako na porodicu i druge bliske osobe, tako i na društvo u celini. Kao retko koja pojava, uvek kod ljudi izaziva brojna, često ambivalentna osećanja. Podstiče na razmišljanje i izaziva različite reakcije i ocene. Od želje da se sakrije do želje da se ogoli, od toga da se vidi kao neizbežan deo tragične lične i porodične sudbine ili rezultat nesrećnog spleta okolnosti koji se mogao izbeći, od osude do dubokog saosećanja, od ocene da je racionalno rešenje nepodnošljive situacije ili bežanje od suočavanja sa stvarnošću, od toga da je predstavljalo neuspeo pokušaj očajničkog vapaja za pomoć do toga da je značilo potpuno odbijanje pomoći.

Samoubistvo je bilo prisutno u svim vremenskim razdobljima i svim sredinama, a odnos društva prema ovoj pojavi različit. Najčešće je bio negativan, vrlo često i krajnje negativan, kada je osuđivano i svrstavano u najteže zločine (Minoa, 2008). Odnos prema samoubistvu uslovljen je u velikoj meri kulturnim i religijskim normama, koje ga najčešće zabranjuju i osuđuju. U mnogim zemljama tek od poznog 20. veka religiozne i zakonske sankcije više ne postoje i suicidalni akti se ne tretiraju kao kriminalni. Ne samo u prošlosti, već i u novije vreme, a verovatno i u budućnosti, postojaće velike razlike među područjima prema tome kakav imaju odnos prema samoubistvu. Tako je Irska poslednja evropska zemlja koja je ukinula zakonske sankcije prema samoubistvu i prestala da ga tretira kao kriminalni akt, a to je učinila tek 1993. godine. S druge strane, samo osam godina kasnije, u Holandiji je rešavanje osetljivog i složenog pitanja etičke, zakonske i profesionalne perspektive "prava na smrt" ishodilo legalizovanjem eutanazije (Hawton, van Heeringen, eds., 2002). Poslednjih decenija, međutim, samoubistvo je prepoznato kao pojava kojoj treba posvetiti posebnu pažnju. U poslednje tri decenije, prevencija samoubistva je identifikovana kao značajna oblast delovanja Svetske zdravstvene organizacije. Kada je reč o Evropi, SZO je 1984. godine u okviru evropske regionalne strategije "Zdravlje za sve" definisala cilj koji se odnosi na stalno i kontinuirano smanjenje raširenosti mentalnih poremećaja, kao i rastućih trendova samoubistava i pokušaja samoubistva. Broj samoubistava i visina stopa samoubistva često se smatraju jednim od osnovnih pokazatelja stanja javnog zdravlja, a posebno mentalnog zdravlja u nekoj zemlji.

Danas ne postoji jedna univerzalna, opšteprihvaćena definicija suicida. Brojni su pokušaji da se definiše samoubistvo, nedoumice, neslaganja. U praksi je preovlađujuća definicija koja je usvojena od strane SZO u međunarodnoj statističkoj klasifikaciji bolesti po kojoj samoubistvo predstavlja čin namernog oduzimanja sopstvenog života (WHO, 2014).

Pored te šture definicije, čini se da je jedna od najkompleksnijih i najmanje osporavanih ona koju su 1986. godine formulisali članovi Radne grupe za prevenciju samoubistva i pokušaja samoubistva, koju je formirala Regionalna kancelarija za Evropu Svetske zdravstvene organizacije. Po toj definiciji, samoubistvo predstavlja čin sa smrtnim ishodom, namerno pokrenut i sproveden od strane umrlog lica, uz njegovo znanje ili očekivanja o fatalnog ishodu, a kroz koji je htelo da ostvari željene promene (Bille-Brahe, 1998).

Samoubistvo svakako predstavlja veoma složen, dinamičan i heterogen fenomen. U osnovi suicidalnog ponašanja nikad ne stoji samo jedan uzrok, ono je uvek posledica složene interakcije socijalnih, psiholoških i bioloških karakteristika. Suicidna ponašanja obuhvataju niz ponašanja koja uključuju razmišljanja o samoubistvu, koja ne moraju da se sprovedu, preko akata samopovređivanja i pokušaja samoubistva različitog stepena ozbiljnosti, do samoubistva (WHO 2014; Hawton, van Heeringen, eds., 2002).

Neki autori smatraju da su pokušaji samoubistva i izvršena samoubistva dva različita tipa suicidalnog ponašanja. Ipak, postoji velika podudarnost u faktorima rizika za ova dva ponašanja, naročito kada je reč o teškom namernom samopovređivanju. Veliki deo osoba koje načine neki akt namernog samopovređivanja ili pokušaj samoubistva, kasnije i izvrše samoubistvo. Smatra se da samopovređivanje ozbiljnog stepena predstavlja ključni faktor za suicid, i da mu prethodi u bar polovini slučajeva. To ukazuje da se pokušaj samoubistva i izvršeno samoubistvo nalaze na jednom kontinuumu suicidalnog ponašanja. Procenjuje se da je broj pokušaja samoubistva najmanje deset, pa i dvadeset puta veći od broja samoubistava. Među faktorima rizika, pokušaji samoubistva imaju najveću prediktivnu vrednost za samoubistva. Rizik je naročito veliku u prvoj godini. Kod osoba koje su ispoljile neki akt samopovređivanja rizik od samoubistva je u narednih 12 meseci 60 do 100 puta veći u odnosu na rizik u opštoj populaciji (Hawton, van Heeringen, eds., 2002; WHO, 2008; Nock et al., 2008; UK Department of Health, 2014).

Početne faze suicidalnog procesa obično se manifestuju već u ranom uzrastu, ispoljene kao nestabilnost emocija i ponašanja. Epidemiološki podaci ukazuju da suicidalni proces kod vulnerabilnih pojedinaca brzo napreduje, i dolazi u fazu kada je teško uticati preventivnim naporima. To upućuje na značaj prevencije suicida ne samo kod osoba u kasnim fazama suicidalnog procesa, kao što su psihijatrijski pacijenti, već naročito kod osoba koje u mladom uzrastu pokazuju znake da ulaze u početnu fazu suicidalnog procesa (Neeleman, 2001).

1.2. Različiti pristupi u objašnjenju samoubistva

Razmišljanje o samoubistvu uvek je zaokupljalo ljude. Brojni mislioci raznih usmerenja težili su da nađu odgovor na složeno pitanje zašto ljudi sebi oduzimaju život. Tako su nastali brojni teorijski pristupi kojima se objašnjava suicidalno ponašanje. Najopštije, oni se mogu podeliti u četiri grupe: biološki i genetski, psihijatrijski i psihološki, sociološki, i integrativni pristupi. Prva dva naglašavaju uticaj individualnih, a treći, društvenih uticaja na suicidalno ponašanje. Iako se međusobno razlikuju, postoje i manja ili veća preklapanja, a najobuhvatnijim se čini integrativni pristup.

1.2.1. Biološki i genetski pristup

Biološki i genetski pristup problemu samoubistva ukazuje na značajan uticaj određenih fizioloških, biohemijski i genetičkih faktora na pojavu samoubistva. Potvrđeno je da porodična istorija samoubistva označava povećan rizik i za pokušaje i za izvršena samoubistva. Klinička istraživanja, studije na blizancima i usvojenim osobama, kao i laboratorijska genetička istraživanja, pokazala su da postoji genetska komponenta suicidalnog ponašanja. Ona se može ispoljiti u situacijama nepovoljnih sredinskih uslova kada je osoba izložena prevelikim stresnim uticajima, ili kada je udružena sa ozbiljnim psihijatrijskim poremećajima (Hawton, van Heeringen, eds., 2002; Maskill, 2005)

1.2.2. Psihijatrijski i psihološki pristup

Psihijatrijski pristup problemu samoubistva naglašava da je rizik od samoubistva povećan kod svih mentalnih poremećaja. Naročito je izražen kod depresivnih poremećaja. Depresija je značajan klinički faktor u čak više od polovine svih slučajeva samoubistva. Rizik je naročito naglašen kod depresivnih osoba koje imaju i druge, komorbidne mentalne ili fizičke poremećaje. Psihološki pristup samoubistvu izdvaja određene psihološke činioce samoubistva. Među njima se izdvajaju neke osobine ličnosti suicidalnih osoba, naročito impulsivnost, zatim određene karakteristike mišljenja kao što je dihotomno, "crno-belo" razmišljanje i kognitivna rigidnost, što sve utiče na sposobnost rešavanja problema. Takođe, ukazuje i na samoubistvo kao pokušaj nekih vulnerabilnih osoba da pobjegnu od nepodnošljive situacije unutrašnjeg ili spoljašnjeg trpljenja (Hawton, van Heeringen, eds., 2002).

1.2.3. Sociološki pristup

Sociološki pristup stavlja naglasak na faktore prisutne na makro nivou, fokusira se na značaj društvenog okruženja, socijalnih odnosa i drugih socijalnih, ekonomskih i kulturnih faktora koji utiču na samoubistva. Uglavnom se zasniva na pretpostavci da

je suicid najčešće posledica opštih socijalnih potresa ili dezorganizacije, odnosno da je prvenstveno odraz različitih socijalnih i kulturnih značenja koji samoubistvo ima u određenoj sredini (Maskill, 2005).

Veoma je brojna grupa socioloških teorija kojima se suicidno ponašanje tumači kao posledica opštih socijalnih uslova prisutnih, u određenom trenutku, u nekoj grupi stanovništva. One se uglavnom nadovezuju na rad čuvenog francuskog sociologa Emila Dirkeima (Durkheim), koji se svrstava u tzv. moralne statističare i smatra začetnikom suicidologije. On u svojoj čuvenoj studiji "Le Suicide. Étude de sociologie" (Samoubistvo. Sociološka studija) iz 1897. godine razmatra trendove samoubistava utvrđene na osnovu podataka zvanične statistike, i razlike u stopama suicida koje postoje između različitih zemalja i u okviru različitih društvenih grupa (Durkheim, 2002). Dirkem samoubistva objašnjava kao posledicu delovanja društvenih uticaja, a odnos pojedinca i društva smatra ključnim za razumevanje samoubistva. Samoubistva predstavljaju odraz poremećenog odnosa između društvene integracije i regulacije, odnosno nedovoljnog ili previše izraženog stepena socijalne integracije i socijalne regulacije (Durkheim, 2002).

Sociolozi i danas pridaju veliki značaj Dirkemovom radu. Studija "Samoubistvo" je "još uvek najbolji primer ne samo proučavanja samoubistva, već sociološke studije uopšte" naročito zbog "konzistentnosti i snage argumenata koji dokumentuju Dirkemovu zamisao sociološkog metoda" (Petrović, Opalić, Radulović, 1990: 8). U našoj sredini, začetnikom suicidologije smatra se Milovan Milovanović. On je 1929. godine objavio studiju "Samoubistvo" (Milovanović, 1929), koja predstavlja prvo celovito delo o fenomenu suicida u srpskoj naučnoj literaturi.

U težnji da dopune ili modifikuju Dirkemovu teoriju, brojni autori su, koristeći sličan pristup razvili čitav niz teorija koje razmatraju različite uslove za samoubistvo. One pridaju značaj različitim faktorima koji mogu da doprinesu porastu samoubistava u ugroženim socijalnim grupama. Među njima su urbanizacija i modernizacija, potresi u vezi sa socijalnim statusom, socijalnim ulogama i socijalnom mobilnošću, zatim uticaji socijalnih mreža, socijalne interakcije, socijalnog konflikta, nejednaka dostupnost socijalnog kapitala, promene ekonomskih ciklusa i drugi (Maskill, 2005).

Druga grupa socioloških teorija pripisuje najveći značaj socijalnom značenju suicida i mogućnostima za njegovo izvršenje. Socijalno značenje suicida, koje zavisi od kulturnih normi, verovanja i vrednosti, običaja, suicidnog ponašanja drugih i reakcija na njih, određuje suicidna ponašanja članova nekog društva. Takođe, suicidna ponašanja su određena i time kolika je fizička, ali i kulturna dostupnost i prihvatljivost mogućnosti za njihovo ostvarivanje (Maskill, 2005).

Treću grupu socioloških teorija suicida čine integrativne teorije koje nastoje da povežu različite sociokulturne i psihološke uticaje na samoubistvo. Ovi međusobno udruženi uticaji složenom interakcijom određuju obrasce suicidnog ponašanja individua i društva. Uticaji su direktni i indirektni, a interakcije često dvosmerne. Među ovim teorijama može se pomenuti Gidensova, koja je integrisala Dirkemovu sociološku

perspektivu sa psihološkom perspektivom Sigmunda Frojda (Freud). Takođe, tu spadaju i Fuséov multifaktorski višestepeni model bioloških, psiholoških i socijalnih faktora, kao i multifaktorski višestepeni model rizičnih faktora i životnih procesa koji vode suicidalnom ponašanju mladih, koji je definisala A. Beautrais (Maskill, 2005).

1.2.4. Integrativni pristup

Složeni i kompleksni fenomen samoubistva može se posmatrati sa različitih aspekata, ali je nesporno da je uslovljen međudejstvom čitavog niza psiholoških, socijalnih i bioloških faktora i uticaja. I pored svih teškoća da se prouči i razume, postoji saglasnost kliničara i istraživača o nekim rizičnim faktorima. Integrativni pristup problemu posmatra samoubistvo kao rezultat složene interakcije između psiholoških, bioloških i socijalnih karakteristika. Centralno pitanje razvoja suicidalnog ponašanja odnosi se na uzajamne uticaje između individue i njene sredine. Razvoj suicidalnog ponašanja zavisi od izloženosti specifičnim stresorima, osetljivosti na takve sredinske uticaje i karakteristika ponašanja koja nastaju kao posledične reakcije.

Epidemiološka istraživanja su pokazala da je pokušaj samoubistva najjači klinički prediktor suicida. Njemu obično prethodi proces, koji počinje prolaznim suicidalnim mislima, zatim se razvija kroz mnogo konkretnije planove i suicidalne pokušaje, sve do konačnog samoubistva. Iako su potrebna dalja biološka, psihološka i psihopatološka izučavanja tog procesa, stručnjaci smatraju da je u kasnijim stadijumima suicidalnog procesa karakterističan visok nivo depresije i naročito beznadežnosti, što ima važne implikacije za razumevanje, tretman i prevenciju. Da li će osećanje beznadežnosti voditi suicidalnom ponašanju ili ne, zavisi od prisustva ili odsustva rizičnih i zaštitnih faktora. O njihovom efektu se razmišlja u probabilističkom, a nikako determinističkom smislu. Neki faktori rizika su različiti u zavisnosti od uzrasta, pola, etničke grupe, mogu se menjati tokom vremena dok se neki uobičajeno javljaju u kombinaciji, mogu biti različitog stepena izraženosti ili uticaja. Međutim, nije identifikovan nijedan pojedinačni faktor koji bi bio dovoljan za samoubistvo (van Heeringen, Hawton, Williams, 2002; WHO, 2004a)

1.3. Suicidno ponašanje i njegovi faktori rizika i zaštite

Suicidno ponašanje je kompleksan, dinamičan fenomen i uvek predstavlja posledicu složene interakcije socijalnih, psiholoških i bioloških karakteristika. U njegovoj osnovi nikad ne stoji samo jedan uzrok. Integrativni pristup smatra recipročne uticaje između individue i njene sredine centralnim pitanjem u razvoju suicidalnog ponašanja. Epidemiološke studije su pokazale da je pokušaj samoubistva najjači klinički prediktor samoubistva (Rihmer, 2001; van Heeringen, Hawton, Williams, 2002). Samoubistvu obično prethodi proces, koji počinje sa prolaznim suicidalnim mislima, zatim se razvija kroz mnogo konkretnije planove i suicidalne pokušaje, sve do izvršenog samoubistva. U ranoj fazi procesa obično dominira osećanje besa i anksioznosti, a u kasnijim

stadijumima visok nivo depresije i naročito beznadežnosti. Da li će osećanje beznadežnosti voditi suicidalnom ponašanju ili ne, zavisi od prisustva ili odsustva rizičnih i zaštitnih faktora. Njihov efekat ne može da se razmatra u determinističkom, već isključivo u probabilističkom smislu. Neki faktori rizika se uobičajeno javljaju u kombinaciji, neki su različiti u zavisnosti od uzrasta, pola, etničke grupe, mogu da se menjaju tokom vremena i variraju prema stepenu ili uticaju (van Heeringen, Hawton, Williams, 2002).

Suicidno ponašanje je rezultat sklopa faktora koji deluju udruženo, a koji se razlikuju od *individue* do *individue*. Rizični faktori mogu da se podele na distalne i proksimalne (Moscicki, 1997). Distalni faktori predstavljaju osnovu na kojoj nastaje suicidalno ponašanje, povećavaju individualni rizik za kasniju vulnerabilnost za proksimalne faktore rizika. Distalni faktori nisu važni samo na suicide, već mogu izazvati mnogostruke nepovoljne fizičke i mentalne zdravstvene ishode. Odnos ovih faktora i suicida je fundamentalan, ali indirektan. Oni su neophodan, ali ne i dovoljan uslov za suicidalno ponašanje. Proksimalni faktori su, međutim, mnogo više povezani sa samim suicidalnim činom i mogu da deluju kao "okidač" (precipitirajući faktor). Događaji koji služe kao okidači razlikuju se u zavisnosti od starosti, pola, nacionalne pripadnosti i drugih sociodemografskih faktora. Oni nisu ni neophodni, ni dovoljni za suicidal. Kombinacija moćnih distalnih faktora rizika sa proksimalnim događajima i karakteristikama, međutim, može da predstavlja dovoljan i potreban uslov za suicidal. I distalni i proksimalni faktori rizika često se javljaju zajedno kod individua, porodica, u nekoj sredini, i njihova udruženost je povezana s većim rizikom od samoubistva. Međutim, mnoge *individue* mogu da imaju jedan ili više rizičnih faktora, a da ne budu suicidalne. S druge strane, verovatnoća suicida ili suicidalnog ponašanja se povećava s povećanjem broja rizičnih faktora (Moscicki, 1997).

Među distalnim faktorima nalazi se genetsko nasleđe, karakteristike ličnosti (poput impulsivnosti ili agresivnosti), poremećaji u prenatalnom i perinatalnom periodu, iskustva traume u ranom uzrastu, neurobiološki poremećaji (kao što je disfunkcija serotonina i hiperaktivnost hipotalamusno-hipofiznog sistema). U proksimalne faktore spadaju psihijatrijski poremećaji, fizička oštećenja, psihosocijalne krize, dostupnost oružja, izloženost modelima osoba koje su izvršile samoubistvo i drugi (Hawton, van Heeringen, eds., 2002).

Najvažnijim faktorom rizika za ozbiljne pokušaje samoubistva bez fatalnog ishoda i za samoubistva smatraju se mentalne bolesti, pre svega afektivni poremećaji (HHS, 2001; Rihmer, 2001; Hawton, van Heeringen, eds., 2002). U ostale značajne faktore rizika ubraja se prethodni pokušaj samoubistva, zloupotreba alkohola i psihoaktivnih supstanci, osećanje beznadežnosti, impulsivnost i agresivnost, iskustva trauma i zlostavljanja, porodična istorija samoubistva, teške fizičke bolesti. Među sredinskim faktorima rizika su gubitak posla i finansijskih sredstava, kao i gubici značajnih osoba i relacija, laka dostupnost letalnih sredstava, niz samoubistava u sredini koja mogu imati podsticajan uticaj. Od značaja su i nedostatak socijalne podrške i osećaj izolacije, stigma koja prati pokušaje traženja pomoći, prepreke u dostupnosti zdravstvene zaštite, naročito vezane za mentalne bolesti i lečenje od alkoholizma i

narkomanije. Takođe, važna su i određena kulturna i religijska uverenja, poput verovanja da je suicid prihvatljiv način rešenja ličnih dilema i problema, kao i izlaganje uticaju drugih koji su umrli usled samoubistva, putem medija i na drugi način. Onda kad su prisutni višestruki faktori, rizik je povećan (HHS, 2001; Moscicki, 2001; van Heeringen, Hawton, Williams, 2002).

Faktori zaštite, na drugoj strani, smanjuju verovatnoću da se samoubistvo dogodi, oni povećavaju otpornost i mogu da služe kao protivteža faktorima rizika. Zato je razumevanje međusobnog odnosa faktora rizika i zaštite, kao i mogućnosti modifikovanja ove interakcije ključno za prevenciju. Faktori zaštite su raznovrsni, uključuju određene stavove i ponašanja neke osobe, kao i odlike okruženja i kulture. Među njima je klinički tretman mentalnih i fizičkih poremećaja i zloupotrebe supstanci, laka dostupnost raznovrsnih kliničkih intervencija i postojanje podrške osobama koje traže pomoć u rešavanju ovih problema. Zatim, to su čvrste veze sa porodicom i postojanje socijalne podrške, razvijene veštine rešavanja problema i nenasilnog rešavanja konflikata, ograničena dostupnost visoko letalnih sredstava za samoubistvo, kulturna i religiozna verovanja koja obeshrabruju samoubistvo i podržavaju samozaštitu (HHS, 2001).

I na individualnom i na makro planu samoubistvo je povezano sa kulturnim, socijalnim, političkim i ekonomskim faktorima. I sama definicija samoubistva, kao i odnos prema mentalnom zdravlju i samoubistvu određeni su kulturnim kontekstom. Sociokulturni uticaji ogledaju se i u razlikama koje među zemljama postoje prema rasprostranjenosti samoubistava. Tako, u većini zemalja koje imaju visoke stope samoubistva veća je i rasprostranjenost depresivnih poremećaja, viši nivo korišćenja alkohola, veći udeo starije populacije i veće prisustvo socijalne izolacije. U zemljama sa nižim stopama samoubistva, međutim, udeo mlade populacije je veliki, postoje jake mreže socijalne kontrole, mnogo šire porodične veze, samoubistva se izričito zabranjuju, stanovništvo je najčešće katoličke ili muslimanske veroispovesti. Kulturne varijable oblikuju faktore rizika i zaštite, kao što su socijalne zabrane ili dozvole vezane za suicidalno ponašanje, mogućnosti efikasnog tretmana, ali i dostupnost sredstava za izvršenje samoubistva i druge (IOM, 2001; Schneider et al., 2009).

Rezultati nekih studija su potvrdili da stavovi neke osobe prema samoubistvu, odnosno stepen prihvatljivosti samoubistva kao opcije u određenim situacijama, utiču na vezu između osećanja beznadežnosti i depresivnih simptoma i suicidalnih misli. Međutim, ta veza utvrđena je samo kod muškaraca. Naime, osećanje beznadežnosti i depresivni simptomi bili su povezani sa suicidalnim mislima samo među osobama muškog pola koje su imale relativno pozitivne stavove prema samoubistvu. Među ženama, osećanje beznadežnosti i stavovi prema samoubistvu nisu imali prediktivnu vrednost za suicidalne misli. Ipak, stavovi prema samoubistvu imali su jači efekat na suicidalne misli kod žena s manje izraženim depresivnim simptomima nego kod onih sa izraženijim simptomima. Autori su zaključili da pozitivni stavovi prema samoubistvu mogu predstavljati faktor vulnerabilnosti koji, kad se aktivira negativnim afektivnim stanjima, doprinosi povećanom riziku od samoubistva (Gibb, Andover, Beach, 2006). S druge strane, u nekim istraživanjima se pokazalo da je opažanje postojanja socijalne

podrške ključni faktor u ublažavanju prisustva suicidalnih misli, i to nezavisno od jačine osećanja beznadežnosti i depresije (Chioqueta, Stiles, 2007).

1.3.1. Mentalne bolesti

Najznačajnijim faktorom rizika za suicidalno ponašanje smatraju se mentalne bolesti, pre svega afektivni poremećaji. Stoga se procenjuje da bi njihovo eliminisanje za oko 80 % smanjilo rizik od ozbiljnih pokušaja samoubistva (Biro, 1982; van Heeringen, Hawton, Williams, 2002; WHO, 2004; WHO, 2014).

Prisustvo bilo kog mentalnog poremećaja potencijalno nosi sa sobom povećan rizik za samoubistvo. Rizik je najveći kod funkcionalnih poremećaja (veliki depresivni poremećaj, bipolarni poremećaj, šizofrenija, poremećaji ličnosti i ostali iz ove grupe) a najmanji kod organskih poremećaja (kao što je epilepsija i moždane povrede). Procenjuje se da je rizik četiri puta veći kod funkcionalnih poremećaja nego kod organskih poremećaja. Kod zloupotrebe supstanci rizik je na sredini između prethodne dve grupe poremećaja. Ipak, i u okviru svake od ovih širokih grupa postoje velike razlike u potencijalnom riziku za samoubistvo (Harris, Barraclough, 1997).

U medicinskoj praksi, ali i za potrebe naučnih istraživanja, sve češće se koristi psihološka autopsija. Psihološka autopsija predstavlja rekonstrukciju životne istorije umrle osobe, putem razgovora sa osobama koje su je poznavale, kako bi se postiglo bolje razumevanje psiholoških uslova koji su povezani sa smrću. Postiže se analizom poznatih podataka o prošlosti, skorašnjim događajima, međuljudskim relacijama, opterećenjima, fizičkom i psihičkom zdravstvenom stanju, psihopatologiji, zloupotrebi supstanci, životnom stilu i drugim. Uglavnom ima četiri cilja: da pomogne da se odredi način na koji je smrt nastupila, zašto je smrt nastala baš u tom trenutku, šta je sve uticalo na odluku osobe da izvrši samoubistvo (uključujući "okidače" i jačinu suicidalne namere) i pomogne ožalošćenima da shvate okolnosti u vreme smrti i steknu uvid i razumevanje suicidalnog akta (Shneidman, 1981; INSERM, 2005).

Psihološke autopsije koje su rađene u velikom broju zemalja pokazale su da je više od 90 % osoba koje su izvršile samoubistvo imalo jedan ili više psihijatrijskih poremećaja. Najčešće je dijagnostikovana velika depresivna epizoda, sa učestalošću između 59 % i 87 %, dok su šizofrenija ili zloupotreba supstanci prisutni u oko 10 % slučajeva. Depresija je najznačajniji faktor rizika za samoubistvo. Uprkos velikoj rasprostranjenosti često je nedovoljno prepoznata i lečena, što se naročito odnosi na osobe koje su izvršile samoubistvo. Uspešan tretman ne samo da smanjuje simptome depresije, već smanjuje i rizik od samoubistva. Povećano korišćenje antidepresiva smatra se jednim od značajnih faktora smanjenja stopa suicida (Rihmer, 2001; Pompili et al., 2007).

Bipolarni poremećaj koji nije praćen odgovarajućim lečenjem nosi sa sobom izuzetno visok rizik od samoubistva. Procenjuje se da među osobama sa bipolarnim poremećajem između 8 % i 19 % izvrši samoubistvo, a da u 25 % do 50 % slučajeva

barem jednom u životu pokušaju da se ubiju. Iako je veoma rasprostranjen, taj mentalni poremećaj često nije praćen dobrim dijagnostikovanjem i tretmanom. Suicidno ponašanje osoba sa dijagnostikovanim bipolarnim poremećajem se, međutim, može predvideti jer je u kliničkim uslovima moguće istražiti relevantne faktora rizika. Redovan i dugotrajan tretman odgovarajućim medikamentima značajno smanjuje rizik od pokušaja i izvršenih samoubistava (Rihmer, 2005, Latalova et al., 2014).

Komorbiditet psihijatrijskih poremećaja i poremećaja ličnosti povećava rizik od samoubistva. U tim slučajevima naglašenije je prisustvo svih faktora rizika od samoubistva, kao što je depresivnost, beznade, agresivnost, impulsivnost, sposobnost rešavanja problema, suicidalno ponašanje roditelja i drugi (Hawton et al., 2003; van Heeringen, Hawton, Williams, 2002).

Utvrđene su izvesne rodne razlike u rasprostranjenosti određenih mentalnih poremećaja. Tako su kod žena prisutniji internalizovani poremećaji, kao što su depresivni i anksiozni, i to namanje dvostruko češće nego kod muškaraca. Kod muškaraca su, međutim, češće nego među ženama prisutni eksternalizovani poremećaji, kao što je zloupotreba supstanci i poremećaji ponašanja. Izvesne razlike koje u tom pogledu postoje među evropskim zemljama ukazuju na značaj socijalnih determinanti (EU-WMH, 2011).

1.3.2. Socijalni i sredinski faktori

Određena veza između samoubistava i socijalnog, ekonomskog i kulturnog konteksta utvrđena je još u Dirkevim radovima (Dirke, 1997). Veliki broj njegovih sledbenika, kao i drugih istraživača nastojao je da utvrdi prirodu te veze. Najčešće istraživane varijable, kao i njihove promene u društvu, su ekonomske (nacionalni dohodak, nejednakosti u zaradama, zaposlenost), zatim socijalne veze u društvu (partnerski status, promene u rodnim ulogama, religija), kao i socijalni faktori poput korišćenja alkohola i dostupnosti sredstava za izvršenje suicida, takođe i uticaj medija.

Socijalne veze i odnosi kao faktor zaštite i rizika

Brojna istraživanja socijalnih relacija pokazuju da su pozitivni odnosi s drugim ljudima, naročito bliskim, značajni u svim uzrastima. Mreža socijalne podrške, socijalne veze, naročito porodične, deluju zaštitno na opšte mentalno zdravlje, kao i na smanjenje rizika od samoubistva. Na drugoj strani, nepovoljni socijalni uticaji, kao što su socijalni konflikti, socijalna izolacija, usamljenost, prekid značajnih veza, ožalošćenost, povećavaju rizik od samoubistva kod vulnerabilnih osoba.

Rezultati mnogih studija, na individualnom i agregatnom nivou, ukazali su na pozitivan efekat braka i negativan efekat razvoda, udovištva i razdvajanja na verovatnoću samoubistva. Istraživanja pokazuju i da je veza između partnerskog

statusa i suicida osetljiva na socijalne promene, kao i da zavisi od varijabli kao što su starost, pol, ali i od vremenskog perioda koji se posmatra. Takođe, ustanovljeno je da drugi individualni i sredinski faktori, kao što su stigma prema traženju pomoći, socijalna izolacija, nezaposlenost i zloupotreba supstanci, imaju važan uticaj na vezu koja postoji između partnerskog statusa i suicida (Masocco et al., 2010). Zaštitni efekt partnerskih odnosa povezan je sa socijalnim i kulturnim normama i individualnim faktorima (Milner et al., 2013).

Prema nalazima nekih istraživanja, već sama promena bračnog statusa (razvod, udovištvo, venčanje) predstavlja rizik za suicidalno ponašanje. Prva godina posle promene je kritična za povećan rizik od samoubistva, naročito kod starijih osoba (Roškar et al., 2011). Kod osoba koje su u braku, generalno, prisutne su niže stope samoubistva, a uticaj bračnog statusa donekle je različit kod muškaraca i žena, kao i tokom životnog ciklusa. Smatra se da je zaštitni efekt braka rezultat pozitivnih efekata socijalne mreže podrške povezane sa brakom, kao i nepovoljnih posledica razvoda i gubitka bračnog partnera (Kposowa, 2000; Kposowa, 2003; Qin, Agerbo, Mortensen, 2003). Brak pruža socijalnu i emocionalnu sigurnost, omogućava lakšu integraciju u društvo i zajednicu, redukujući socijalnu izolaciju. Socijalno integrativne prednosti braka se gube nakon razvoda i razdvajanja, dok se psihološki distres povećava, naročito među muškarcima. Zaštitni efekt braka može biti objašnjen i rizikom koji nosi suočavanje sa nepovoljnim okolnostima posle razvoda ili smrti partnera, usled prestanka integrativne porodične zajednice i ožalošćenosti zbog gubitka partnera. Razdvajanje donosi čitav niz drugih životnih promena kao što je selidba, finansijske posledice, zakonski procesi, dodeljivanje dece (Kposowa, 2000; Qin, Agerbo, Mortensen, 2003). Ipak, treba imati u vidu da kod zaštitnog efekta braka postoje neke kulturne specifičnosti. Tako su istraživanja u Kini pokazala da porodični i partnerski stres može da poveća rizik od samoubistva među udatim ženama (Zhang et al., 2010)

Razvoj suicidalnih ponašanja koji se dešava u toku procesa razvoda ili razlaza sa partnerom nastaje kao rezultat dinamičke interakcije između procesa razdvajanja (u kome je od uticaja i ko je inicijator razlaza), brojnih individualnih faktora (depresija, samopoštovanje, osećanje sramote, mentalna bolest, stavovi prema razvodu, individualna percepcija statusa razvedene i razdvojene osobe, tradicionalno shvatanje muškog ponašanja, prisustvo dece, stil rešavanja problema), kao i socijalnih uticaja (uslovi stanovanja, finansijske promene koje nastupaju razlazom, prisustvo ili odsustvo zakonske procedure (Ide et al., 2010).

Iako je za većinu ljudi razvod duboko stresni životni događaj, muškarci i žene različito reaguju na njega, verovatno i zato što su žene sklonije stvaranju šire mreže socijalne podrške, neguju značajna prijateljstva nezavisno od bračnog statusa, a to u situacijama gubitka partnera usled razvoda ili smrti predstavlja izvor emocionalne i socijalne podrške, koja muškarcima nedostaje. U takvim situacijama, pod većim rizikom su muškarci sa nižim nivoima obrazovanja i manjom zaradom. Smatra se i da je manji rizik od samoubistva među osobama u braku delimično uslovljen i efektom bračne selekcije (Kposowa, 2000; Qin, Agerbo, Mortensen, 2003). Deo objašnjenja zaštitnog uticaja braka kod žena počiva u podizanju malog deteta, dok za muškarce

već bračni status sam po sebi ima ovo dejstvo (Qin et al., 2000). U kontekstu socijalnih i ekonomskih promena u savremenom društvu, koje su ženama olakšale napuštanje nezadovoljavajućih veza sa partnerom, rizik od samoubistva mladih vulnerabilnih muškaraca je povećan (Hawton, 2000).

Razvedene i rastavljene osobe imaju znatno više stope suicida nego osobe u braku, rizik od samoubistva je više nego dvostruk, sa naglašenijim rizikom ako je razvod skorašnji (Stack, 1980; Stack, 1992; Kposowa, 2000; Ide et al., 2010; Milner et al., 2013; Stack, Scourfield, 2015; Scourfield, Evans, 2015). Rizik je naročito visok među muškarcima. Rezultati pojedinih istraživanja pokazuju da su razvedeni muškarci, u poređenju sa razvedenim ženama, čak skoro deset puta češće izvršavali samoubistvo (Kposowa, 2003). Tako značajnu vulnerabilnost muškaraca autori u velikoj meri pripisuju posledici implicitne pretpostavke o jačim vezama između majke i dece koja je sadržana u zakonskim rešenjima i dodeljivanju starateljstva nad decom majkama. To čini da muškarci ne gube samo brak, već i decu, što kod nekih od njih vodi spirali nezadovoljstva, sve do depresije i lošeg mentalnog zdravlja, a tako i do samoubistva (Kposowa, 2003).

Kod osoba čiji je razvod ili razdvajanje sa partnerom bio praćen suicidalnim mislima, identifikovani su značajni psihosocijalni faktori rizika. Među njima su najvažniji mentalni poremećaji, prethodni pokušaji samoubistva, osećaj sramote povezan sa razlazom i stres vezan za prateće zakonske procedure. Osećaj sramote, internalizovan ili povezan sa situacijom razvoda, odnosno razlaza, naročito je naglašen među muškarcima (Kölves, Idel, De Leo, 2010; Kölves, Idel, De Leo, 2011).

Neka istraživanja su pokazala da razlike prema bračnom statusu postoje ne samo u pogledu rizika za samoubistvo, već i u suicidalnom ponašanju, naročito u izboru metoda (Ajdacic-Gross et al., 2007). Tako obudoveli često koriste metode koje mogu biti povezani s impulsivnim samoubistvima, među kojima su vatreno oružje ili trovanja. Rizik od samoubistva među obudovelima je naročito visok u prvim danima i nedeljama posle smrti bračnog partnera. Saznanje o tome omogućava preduzimanje preventivnih akcija upravo u to vreme povećanog rizika za samoubistvo.

S rastućim brojem razvoda ali i *de facto* brakova, na značaju dobija izučavanje efekta samog razdvajanja a ne razvoda na rizik od samoubistva. Neka istraživanja su pokazala da razdvajanje od partnera ima veći uticaj na rizik od samoubistva od bilo kog drugog bračnog statusa, višestruko naglašenije kod muškaraca (Wyder, Ward, De Leo, 2009).

Religiozna uverenja

Iako je konstrukt religioznosti višedimenzionalan i složen za proučavanje, čitavim nizom istraživanja potvrđeno je da posvećenost religiji može predstavljati zaštitu od samoubistva. To važi za određene društvene grupe, a postoje i razlike vezane za pol i

uzrast. U zemljama u kojima religija ima značajan uticaj, samoubistvo je manje prisutno nego u sekularnim.

Kultura je jedan od važnih faktora koji određuju stope samoubistva u nekom društvu (Pridmore, Walter, 2013). Kulturna prihvatljivost samoubistva se veoma razlikuje među zemljama (Stack, Kposowa, 2015). Odnosi se na ceo spektar suicidalnih ponašanja, od suicidalnih misli, pokušaja i izvršenih samoubistava. Prihvatljivost samoubistva je niža među osobama koje žive u zemljama u kojima je relativno visok nivo religioznosti, koje pripadaju nekoj veroispovesti, koje su religiozno posvećene, uključene u religijske zajednice (Stack, Kposowa, 2011).

Smatra se da religioznost sama po sebi, bez obzira kakva je konkretna verska pripadnost, može da predstavlja zaštitni faktor (Dervic et al., 2004). Taj uticaj ostvaruje se na više načina. Putem moralnih prepreka i zabrana koje religija postavlja u odnosu na samoubistvo, ali i tako što prenosi čvrst sistem verovanja i spiritualnost, što kod religioznih osoba stvara osećaj cilja i nade i time predstavlja osnovni resurs za rešavanje problema. Kod religioznih osoba prisutno je manje suicidalnih misli i planova, i više negativnih stavova prema samoubistvu. Takođe i manje neprijateljskih osećanja, manje osećanja besa i agresivnosti, što može imati zaštitni uticaj na suicidalna ponašanja i snižavanjem nivoa agresije. Religiozne osobe takođe manje koriste alkohol i droge, a religiozna posvećenost podstiče stvaranje socijalnih veza i redukuje otuđenost. Većina religija naglašava značaj i vrednost porodice, pa postojanje jačih osećanja odgovornosti prema porodici prisutno među religioznim osobama predstavlja zaštitni faktor. Pritom, zaštitni efekat od suicida najjači je kod osoba čiji su prijatelji i rođaci pripadnici iste religije. Veza između religioznosti i suicidalnog ponašanja potvrđena je i među pacijentima sa depresijom, koja sa sobom nosi značajan rizik od samoubistva. Među osobama sa depresijom koje su religiozne, prisutno je manje suicidalnog ponašanja nego među ateistima, verovatno usled nižeg nivoa agresije i moralnih zabrana u odnosu na samoubistvo, ali i većeg prisustva "razloga za život" (Dervic et al., 2004).

Smatra se da su razlike u ponašanju među pripadnicima različitih religija više rezultat socijalnih relacija na koje religija utiče, a manje razlika u samoj dogmi. Fundamentalna hrišćanska doktrina, kao i islamska, uči o svetosti ljudskog života i važnosti podređenosti božijoj volji. Zaštitno dejstvo religije veće je tamo gde je ona konstituisala institucije i neformalne mreže podrške. Stope samoubistva u zemljama u kojima je katolicizam preovlađujuća religija niže su nego u protestantskim, a one su naročito su niske među muslimanima. U islamskoj religiji, samoubistvo se smatra velikim svetogrđem protiv Alaha, koji jedini može da odlučuje o životu i smrti, i tretira se kao drugi najveći greh, odmah posle poricanja samog Alaha. Lica koja su izvršila samoubistvo čeka teška kazna i ona će večno goreti u paklu. U islamskoj veri je i razmišljanje o samoubistvu zabranjeno, jer predstavlja odraz nedostatka posvećenosti neke osobe i dubine njenog religioznog očajanja. Dve fundamentalne vrednosti su izdržljivost i strpljenje. Sledbenici islama čvrsto veruju u nagradu, kaznu, istrajnost i opraštanje, što sve povećava osećanje nade i povećava snagu volje (IOM, 2002; Leach, 2006). Kulturni kontekst takođe je od važnosti (Suhrabi, Delpisheh,

Taghinejad, 2012). Primećeno je da religije kod kojih postoji jaća verska pripadnost članova, i naglašeniji uticaj porodičnih vrednosti i tradicije pružaju veću zaštitu od samoubistva (Neeleman, Lewis, 1999).

Istraživači upozoravaju da je u zemljama u kojima je samoubistvo praćeno strogim religioznim sankcijama, radi izbegavanja stigme moguća manja pouzdanost statističkih podataka do koje dolazi zbog podregistracije (Kelleher et al., 1998; Hawton, van Heeringen, eds., 2002; Milner et al., 2013).

Više istraživanja je pokazalo da veza između religioznosti i samoubistva nije ista kod muškaraca i žena. Analiza internacionalnih podataka, zasnovana na konceptu religiozne posvećenosti, utvrdila je vezu između veće posvećenosti religioznim verovanjima, vrednostima i upražnjavanju običaja i manje prisutnosti samoubistava, ali samo među ženama, koje su uglavnom više posvećene religiji (Stack, 1983). Veliko međunarodno istraživanje koje je uzelo u obzir postojeće socioekonomske nejednakosti, pokazalo je da ne postoje razlike po zemljama u povezanosti između religioznosti i samoubistava žena, što nije bio slučaj kod muškaraca (Neeleman, Lewis, 1999). Objašnjenje je traženo u kulturnim uticajima, pa se došlo do zaključka da je prihvatljivost samoubistva kod muškaraca snažno uslovljena religioznim verovanjima koja preovladavaju u sredini u kojoj žive. Muškarci su osetljiviji na sredinske uticaje, i postoji izraženija povezanost samoubistava muškaraca i socijalnih i ekonomskih promena, što nije slučaj kod žena. Kulturni uticaji su specifićni, pa tako, na primer, odlazak u crkvu predstavlja veću zaštitu od depresije u religioznim nego u nereligioznim sredinama, nezaposlenost je jaći faktor rizika za samoubistvo u sredinama u kojima je ona retka, a pozitivne životne promene imaju jaće podsticajno dejstvo na oporavak od depresije među osobama kojima se one retko dešavaju.

Religioznost, u određenim uslovima, može, međutim, biti i faktor rizika, kao na primer onda kada se religiozna osoba suoći sa osećanjem gubitka vere, kada posvećenost religiji nailazi na veliko neodobranje i osudu okoline, ili u slučajevima fundamentalizma ili sekti (Colucci, Martin, 2008; Baechler, 2009).

Alkoholizam i zloupotreba supstanci

Zloupotreba alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci značajno doprinosi riziku od samoubistva (Murphy, 2002; Sher, 2006; Schneider et al., 2009, Vuković, Jašović-Gašić, 2005). Procenjuje se da je zloupotreba supstanci, uključujući alkohol, prisutna kod četvrtine, a možda i polovine izvršenih samoubistava, a da intoksikacija alkoholom može da poveća rizik od samoubistva čak do 90 puta. Iako usled različitih sociokulturnih i sredinskih faktora rezultati epidemioloških studija nisu uvek konzistentni, u većini zemalja postoji pozitivna povezanost između stopa samoubistva i nivoa potrošnje alkohola. Postoje različita tumačenja veze između alkoholizma i samoubistava. Od onih da zloupotreba alkohola deluje na javljanje suicidalnih misli i ponašanja, i suprotnih, da suicidalne misli utiču na korišćenje alkohola, preko gledišta da među njima postoji dvosmerna uzročno-posledična veza, do toga da alkohol sam

po sebi ne deluje direktno na samoubistvo već posredstvom nekog trećeg faktora na koji utiče, ili da između alkoholizma i samoubistva ne postoji direktna veza već oba nastaju delovanjem nekog trećeg faktora (Murphy, 2002). Pretpostavlja se i mogući uticaj alkohola na nastanak depresije i podsticanje nepovoljnih životnih događaja, sa mogućom zajedničkom genetskom predispozicijom, što su rizični faktori za suicidalno ponašanje. Akutno pijanstvo takođe podstiče negativna osećanja i umanjuje sposobnosti rešavanja problema, a pojačava impulsivnost (Brady, 2006). Neka istraživanja sezonalnosti suicida osoba zavisnih od alkohola pokazala su drugačiju pravilnost nego kod suicida osoba sa depresivnim i ostalim poremećajima. Naime, kod samoubistava muškaraca zavisnih od alkohola karakterističan je prolećni "pik", u drugoj četvrtini kalendarske godine (Bradvik, Berglund, 2002).

Većina studija potvrđuje visok stepen komorbiditeta zloupotrebe supstanci i drugih mentalnih oboljenja, a afektivni poremećaji, posebno depresija, udruženi sa alkoholizmom nose sa sobom poseban rizik od samoubistva. Velika depresivna epizoda i stresni životni događaji, naročito teškoće u interpersonalnim odnosima, deluju kao "okidači" među osobama zavisnim od alkohola, za koje su karakteristične snažne reakcije na spoljašnje događaje i velika osetljivost na gubitak, kao i značajna povezanost između prekida partnerskih odnosa i suicidalnog ponašanja. Procenjuje se da je kod približno trećine osoba iz ove dijagnostičke grupe samoubistvu prethodio prekid odnosa ili gubitak bliske osobe, pre svega bračnog ili vanbračnog partnera ili drugog bliskog člana porodice, koji je najčešće predstavljao poslednju podršku ili značajan kontakt (Sher, 2006; Conner, Duberstein, 2004).

Sa starošću, povećava se rizik od samoubistva povezan sa zavisnošću od alkohola. Značajna povezanost impulsivnosti i agresivnosti sa suicidalnim ponašanjem predstavlja dodatni rizik od samoubistva među osobama koje su zavisne od alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci, i to zbog veze koja postoji između agresivnosti i alkoholizma. Kod osoba koje izvrše samoubistvo česta je intoksikacija alkoholom, a ljudi u alkoholisanom stanju skloni su da prilikom pokušaja samoubistva koriste letalnije metode (Murphy, 2002; Blow, Brockmann, Barry, 2004).

Zloupotreba alkohola znatno je rasprostranjenija među muškarcima. Međutim, jedno od istraživanja, sprovedeno u zemljama Evropske unije, pokazalo je i negativne efekte modernizacije. Što je viši društveni položaj žena, razlike u učestalosti i nepovoljnim posledicama zloupotrebe alkohola između muškaraca i žena su manje (Rahav et al., 2006). S porastom alkoholizma među ženama, posledično, otvaraju se i nova pitanja o budućim trendovima rodni razlika u suicidalnom ponašanju, a u vezi s alkoholom kao rizičnom faktorom za samoubistvo.

Konzumiranje alkohola koje prethodi samoubistvu naročito je prisutna među osobama koje nemaju istoriju psihijatrijskog poremećaja. To je verovatno zbog njegovog dezinhibitornog dejstva i lakšeg sprovođenja u delo ideje o samoubistvu što ukazuje na važnu ulogu koju intoksikacija alkoholom može imati u događajima koji prethode suicidu (Crombie, Pounder, Dick, 1998; Cherpitel, Borges, Wilcox, 2004).

Povezanost niskog ekonomskog statusa i nepovoljnih psihosocijalnih uslova utvrđena je brojnim istraživanjima. Osobe koji obavljaju manje plaćene poslove ne samo da raspolažu sa manje materijalnih sredstava, već su izložene i većoj finansijskoj nesigurnosti, kao i većoj mogućnosti gubitka posla, više se suočavaju sa nezaposlenošću, povredama na radu, kao i ostalim socijalnim i sredinskim faktorima rizika. Njima, takođe, češće nedostaje socijalna podrška, skloniji su ispoljavanju ogorčenosti i fatalističkim pogledima na svet. Različiti aspekti socioekonomskog statusa mogu voditi ka lošijem zdravlju. Tako, na primer, zarada direktno određuje materijalne resurse, vrsta zanimanja utiče na psihosocijalne stresove povezane sa poslom, obrazovanje na ponašanja u vezi sa zdravljem. Obično su razni aspekti socijalno ekonomskog statusa međusobno tesno povezani (IOM, 2001a).

Ekonomski i socijalni faktori povezani su sa razlikama u stopama samoubistva među zemljama (Neumayer, 2003). Obimno evropsko istraživanje je pokazalo da se, bez obzira na sve razlike koje među zemljama postoje, s boljim socioekonomskim uslovima smanjuje i rizik od samoubistva, što naročito važi za muškarce. Među osobama nižeg socioekonomskog statusa su rasprostranjenija i ponašanja koja ugrožavaju zdravlje i život, kao što je zloupotreba alkohola, češće među muškarcima, što takođe predstavlja faktor rizika za samoubistvo. Među muškarcima sa nižim obrazovnim nivoom samoubistva su rasprostranjenija. Značajnu vezu između socioekonomskog statusa i samoubistava predstavlja i psihijatrijska oboljenja, rasprostranjenija u grupama nižeg socioekonomskog statusa, koje, ujedno, manje koriste zdravstvenu zaštitu (Lorant et al., 2005; Qin, Agerbo, Mortensen, 2003).

Velike ekonomske promene, naročito periodi ekonomske krize s rastućom nezaposlenošću i gubitkom posla, praćeni su porastom stopa samoubistva, većim među nezaposlenim nego među zaposlenim osobama, naročito među muškarcima (Milner et al., 2012; Milner et al., 2013). Porast ekonomske nesigurnosti i porast nezaposlenosti povezan je s višim nivoom depresije i distresa, što povratno deluje na trendove samoubistva (Defina, Hannon, 2015). Nezaposlenost praćena oskudnom socijalnom podrškom, skorašnji stresni životni događaji i dijagnostikovani poremećaji ličnosti povećavaju rizik od samoubistva (Pompili et al., 2014). Nezaposlenost praćena negativnim posledicama, domaćički status, rano penzionisanje, kao i nepovoljni psihosocijalni uslovi rada, predstavljaju faktore koji mogu da doprinesu suicidalnom ponašanju, nezavisno od dijagnostikovanog psihijatrijskog poremećaja (Schneider et al., 2011). U grupama nepovoljnijeg socioekonomskog statusa stope samoubistva su veće i usled povezanosti s hroničnom mentalnom bolešću, siromaštvom i nezaposlenošću. Siromaštvo je važan faktor rizika i za razvoj i za posledice mentalne bolesti. Sa druge strane, osobe sa psihijatrijskim oboljenjima i inače teže nalaze posao i veća je verovatnoća da ga izgube (Prete, Miotto, 1999; Gunnell, Lewis, 2005). Muškarci mnogo jače reaguju na loše ekonomske uslove nego žene, a nezaposlenost i niska zarada su faktor rizika za samoubistvo, i to, pre svega, među muškarcima (Qin, Agerbo, Mortensen, 2003; Möller-Leimkühler, 2003).

Istraživači smatraju da su problemi u vezi sa mentalnim zdravljem u seoskim sredinama manje prisutni nego u gradskim. To, međutim, ne važi za samoubistva. U zemljama evropskog kruga, samoubistva su prisutnija u seoskoj sredini, naročito među muškarcima. Smatra se da brojni aspekti života u seoskoj sredini, kao što su specifične karakteristike ruralne zajednice, socijalne mreže, veća izolovanost, socijalna isključenost i drugi mogu nepovoljno uticati na osobe koje imaju problema sa mentalnim zdravljem. Takođe, uticaj ruralne kulture na traženje pomoći u slučajevima mentalnih bolesti, stigma i "anonimnost" malih seoskih zajednica mogu imati nepovoljan uticaj na prepoznavanje, tretman i podršku kod problema vezanih za mentalno zdravlje u ruralnim predelima (Nicholson, 2008). Siromaštvo, češće prisutno u seoskim sredinama, niži obrazovni nivo, kao i nedostatak porodične podrške, usamljenost, alkoholizam, mogu predstavljati faktore rizika od samoubistva starih osoba, naročito muškaraca (Milner et al., 2013).

Dostupnost sredstava za izvršenje samoubistva

U trenutku kada se neka osoba oseća beznadežno i potencijalno suicidalno, pristup specifičnim metodima za izvršenje samoubistva može biti od presudnog značaja. Metodi za izvršenje samoubistva se međusobno razlikuju prema letalnosti, odnosno verovatnoći da dovedu do smrtnog ishoda. Najletalnije sredstvo za izvršenje samoubistva je vatreno oružje, za njim sledi vešanje. Kod svakog metoda suicida, smrtnost je veća kod muškaraca i starijih osoba. Dostupnost nekog metoda može da bude ključni faktor koji vodi prevođenju suicidalnih misli u aktuelni suicidalni akt. Najvažnije, priroda dostupnog metoda može da ima vitalni uticaj na ishod, naročito ako je akt impulsivan, kada suicidalna osoba najčešće koristi metod koji joj je dostupan. Ako je dostupan metod takav da je veliki rizik da ishod bude fatalan, na primer, vatreno oružje ili opasne hemijske supstance, onda je velika verovatnoća da će suicidalni akt da se završi smrću, a ako je metod manje letalan verovatnije je da će osoba preživeti (Shenassa, Catlin, Buka, 2003; Hawton, 2005; Elnour, Harrison, 2008).

Na individualnom planu, izbor metoda određen je u velikoj meri ličnim karakteristikama i kulturnim faktorima. Među njima su dostupnost određenog sredstva, poznavanje korišćenja tog metoda, potrebne tehničke veštine, eventualna potreba da se čin detaljno planira. Takođe, važne su posledice koje nosi eventualni neuspeh u pokušaju, opasnost po druge koju može da izazove, eventualni bol koji prati njegovo korišćenje i potrebna "hrabrost" da se primeni, moguće krvarenje, deformacije koje može da izazove. Bitna je i procena mesta na kome se može primeniti, mogućnost da otkrivanje samoubistva bude izloženo javnosti, pretpostavljena smrtnost metoda, brzina kojom smrt nastupa. Od uticaja je i kolika je mogućnost da se zaustavi čin ako se odluka promeni i odustane od pokušaja, kolike su šanse za intervenciju drugih, simbolika koju taj metod nosi, rodne karakteristike metoda. Važna je i namera osobe. Da li je primarni cilj smrt ili je akt povezan s drugim namerama, na primer, da ispolji distress ili utiče na promenu ponašanja drugih

ljudi. Značajno je koji je tip metoda prema kome neka osoba ima naklonost. Muškarci generalno imaju veću naklonost prema nasilnijim metodima, kao što je upotreba vatrenog oružja ili vešanje, dok žene češće biraju manje nasilne metode, kao što je uzimanje prekomerne doze lekova. Ipak, i na ove preferencije takođe utiče dostupnost. Na primer, muškarci češće imaju veći pristup određenim nasilnim metodima, dok su ženama dostupniji lekovi. Takođe, raširenost primene pojedinih metoda se veoma razlikuje među zemljama i unutar pojedinih zemalja, sociokulturna prihvatljivost metoda odnosno sredstava je važan činilac izbora. Kada je neki metod lakše dostupan u nekoj sredini, veća je i verovatnoća da se opaža kao prihvatljivije sredstvo za samoubistvo (Cantor, 2002; Daigle, 2005; Hawton, 2005; Ajdacic-Gross et al., 2008).

Najčešće korišćeni metodi kod pokušaja samoubistava i izvršenih samoubistava se razlikuju. Letalniji metodi (poput vešanja) češće se koriste kod izvršenih samoubistava, a manje letalni (kao što je trovanje lekovima) kod pokušaja (Lim, Lee, Park, 2014).

Kada neka osoba razmišlja o samoubistvu, dostupnost određenih metoda može da bude faktor koji doprinosi sprovođenju suicidalnih misli u delo. Dostupnost načina izvršenja samoubistvo može da odredi da li će ishod biti fatalan ili ne. Postoje rodne razlike. Generalno, muškarci češće koriste letalnija sredstva, kao što su vešanje ili vatreno oružje, za razliku od žena koje češće koriste manje opasna sredstva, kao što je trovanje (Callanan, Davis, 2012). Kod suicidalnog ponašanja često je prisutna impulsivnost i ambivalencija, tako da i laka dostupnost najčešće korišćenih metoda za izvršenje samoubistva može biti od uticaja. Reč je o fizičkoj dostupnosti, kao što je na primer držanje oružja u kući ili laka dostupnost pesticida koji se u manje razvijenim zemljama često koriste u seskim sredinama. Radi se, međutim, i o sociokulturnoj prihvatljivosti nekog sredstva, kao i preferencijama vezanim za pol i nacionalnost, što su važne determinante izbora metoda samoubistva (Cantor, Baume, 1998; Denning et al., 2000; Sarchiapone et al., 2011; Suhrabi, Delpisheh, Taghinejad, 2012).

Veća rasprostranjenost pokušaja samoubistva među ženama i ostvarenih samoubistava među muškarcima često se objašnjava time što muškarci biraju letalnije metode. Istraživanja, međutim, pokazuju da i u okviru istog korišćenog metoda postoje rodne razlike. Kod svakog korišćenog metoda, fatalni ishod češći je među muškarcima (Cibis et al., 2012).

Uticaj medija

Neodgovarajuće predstavljanje samoubistava u medijima može da ima negativne posledice. Kulturne vrednosti neke sredine ogledaju se i u načinu na koji mediji izveštavaju o samoubistvu, ali i povratno, sami mediji utiču na formiranje stavova. Stoga, neadekvatno izveštavanje o samoubistvu i prikazivanje samoubistva u medijima može da ima potencijalno negativan uticaj i podstakne neke ljude na suicidalna ponašanja. Potvrđeno je da prikazivanje aktuelnih samoubistava u novinama,

na televiziji i filmu, kao i pisanje na tu temu u literaturi može da deluje negativno, naročito kada se metod samoubistva detaljno prikazuje i dramatično i senzacionalistički izveštava o događaju, a posebno ako je reč o poznatim ličnostima. Negativan uticaj efekta imitacije je veći kad postoji sličnost između posmatrača i osobe koja je izvršila samoubistvo, u pogledu starosti, pola, nacionalnosti i slično. Takođe, povezanost porasta samoubistava s predstavljanjem pojedinih slučajeva samoubistva u sredstvima javnog informisanja zavisi od vremena koje proteklo od izvršenja samoubistva do izveštavanja u medijima, broja medijskih izvora koji izveštavaju o događaju, specifičnosti konkretnog slučaja samoubistva. Često se u medijima predstavljaju upravo ona samoubistva koja mogu da povećaju rizik od samoubistava imitacijom, ili u javnosti stvaraju iskrivljenu predstavu o samoubistvu. Prilikom predstavljanja u medijima, uzroci samoubistva se obično simplifikuju, a taj akt pripisuje jednoznačnim uzrocima kao što su finansijske teškoće, prekid značajnih odnosa, ili nepoloženi ispit, dok se prisustvo mentalne bolesti obično previđa (Hawton, Williams, 2002; Stack, 2003; Pirkis et al., 2006; Cheng et al., 2007; Machlin et al., 2013). Pokazalo se da je da detaljno prikazivanje metoda suicida u medijima često praćeno serijom samoubistava istim metodom (Biddle et al., 2008).

Internet, sve popularnije i raširenije sredstvo komunikacije, omogućava lak pristup informacijama o zdravlju, pa može da bude izvor podrške mentalnom zdravlju. Zbog svoje dostupnosti, anonimnosti, interaktivnosti, internet je privlačan naročito mladim ljudima. Koriste ga i u traženju pomoći kada se suoče sa svojim emocionalnim problemima, osećanjem beznadežnosti i suicidalnim mislima. Internet može imati pozitivan uticaj na suicidalne osobe, ali s druge strane, može da predstavlja i potencijalnu opasnost za samoubistvo, zato što omogućava laku dostupnost informacija o metodima suicida, sadržajima koji idealizuju osobe koje su izvršile suicid, itd. I diskusioni forumi mogu imati negativan efekt u vidu vršnjačkog pritiska. Tako sadržaji nekih sajtova mogu da deluju podsticajno na izvršenje samoubistva, pa čak i da povezuju osobe sa suicidalnim idejama i podstiču ih na zajednička, masovna samoubistva, "suicidni pakt". Osobe koje pišu o svojim suicidalnim mislima često su ambivalentne, pa su usled svoje neodlučnosti podložne negativnim uticajima komentara drugih koji ih podstiču da odustanu od traženja pomoći za svoje probleme i ohrabruju na samoubistvo (Nicholas et al., 2004; Rajagopal, 2004; Biddle et al., 2008).

1.4. Suicidno ponašanje po polu i starosti

1.4.1. Suicidno ponašanje muškaraca i žena: faktori rizika i zaštite

U spektru suicidalnih ponašanja, koja mogu biti samo ideje i razmišljanja o samoubistvu koji se ne sprovedu, zatim pokušaji različitog stepena ozbiljnosti, ili samoubistva, muškarci i žene se razlikuju. Razmišljanja o samoubistvu, kao i pokušaji, znatno su češći među ženama (Moscicki, 1994; Paykel et al., 1974; Canetto, Cleary, 2012; Penev, Stanković, 2007). Samoubistva su, međutim, u većini zemalja znatno učestalija među muškarcima nego među ženama (Moscicki, 1994; Murphy,

1998; Rutz, Rihmer, 2009, Canetto, Cleary, 2012; WHO, 2014). Na svetskom nivou, taj odnos je u 2012. godini bio 64:36 (WHO, 2014). U razvijenim zemljama, muškarci u proseku dva do četiri puta češće izvrše samoubistvo nego žene (Kölves, Kumpula, De Leo, 2013). Veći broj samoubistava među ženama je u samo 6 azijskih zemalja (Irak, Kina, Bangladeš, Indonezija, Pakistan i Avganistan). Što se tiče Evrope, u svim zemljama, osim u Albaniji, među licima koja su izvršila samoubistvo najmanje je dvostruko veći broj muškaraca nego žena. Razlozi za velike razlike u stopama suicida muškaraca i žena, i za ogromne razlike u vrednostima koeficijenta maskuliniteta broja umrlih usled samoubistva po zemljama i regionima sveta, su brojni i još uvek nedovoljno ispitani (WHO, 2014).

Kulturne razlike u rodnim obrascima suicidnog ponašanja, ali i u registraciji i interperataciji suicidnog ponašanja su velike, i kulturni faktor je neophodno uzeti u obzir u teorijskim, istraživačkim i praktičnim razmatranjima (Canetto, 2008). Uočeni inverzni odnos između morbiditeta i mortaliteta usled suicidnog ponašanja kod muškaraca i žena naziva se i "gender paradoksom" (Canetto, Sakinofsky, 1998). Prisutan je u industrijalizovanim zemljama zapadnog kulturnog kruga. Kao moguća objašnjenja tog fenomena istraživači i kliničari navode različite faktore. Među njima se značajnim smatra naglašenija impulsivnost muškaraca i češći izbor efikasnijih metoda prilikom pokušaja samoubistva (Daigle, 2005; Hawton, 2005). Muškarci, generalno, imaju veću naklonost prema nasilnijim, a žene prema manje nasilnim metodima suicida.

Dalje, istraživanja usmerena na suicidna ponašanja koja nisu imala fatalni ishod ukazuju na uticaj kulture. Kulturom uslovljena različita očekivanja od muškaraca i žena, onda kada samoubistvo postane opcija o kojoj razmišljaju, ogledaju se u suicidnim ponašanjima, ali i u izveštavanju i klasifikaciji smrti. Tako, manja kulturna prihvatljivost pokušaja samoubistva kod muškaraca uslovljava više ostvarenih samoubistava a manje pokušaja, dok je kod žena obrnuto. Usled manje kulturne prihvatljivosti pretpostavlja se i izvesna podregistracija samoubistava među ženama. Podregistracija je moguća i stoga što one češće pribegavaju trovanju, a od svih korišćenih metoda, smrti usled trovanja lekovima najređe se identifikuju kao samoubistva (Caneto, Sakinofsky, 1998; Beautrais, 2002a).

Zloupotreba supstanci, naročito alkohola, značajno povećava rizik od samoubistva, kao i njena udruženost sa afektivnim poremećajima, što je sve prisutnije kod muškaraca (Moscicki, 1994; Murphy, 2002). Zloupotreba alkohola češća je među muškarcima nego među ženama. Među osobama zavisnim od alkohola koje izvrše samoubistvo žena je znatno manje. One koje ga počinu obično su bile u veoma teškom stanju, verovatno zato što su izgubile zaštitne faktore obično prisutne kod žena (Murphy, 1998).

Neke specifične osobine žena i muškaraca takođe u izvesnoj meri mogu stajati u osnovi manje učestalosti suicida među ženama. Muškarci, iako osetljiviji na posledice prekida značajnih odnosa i ostale stresove, visoko vrednuju nezavisnost i odlučnost, a ispoljavanje potrebe za pomoći ocenjuju kao slabost i otkrivanje emocionalne

ranjivosti i izbegavaju je. Istraživači pretpostavljaju da su mnogi muškarci usamljeni, čak i kada imaju brojne socijalne kontakte, jer ti odnosi nemaju potreban kvalitet, ali to ne prepoznaju dok se ne nađu u teškoj situaciji kao što je razvod braka, kada budu zatečeni nedostatkom značajne socijalne podrške. Takođe, u situacijama razvoda i razdvajanja, muškarci se češće razdvajaju i od dece, što njihove gubitke čini većim i težim za prihvatanje i mentalno zdravlje ugroženijim. Žene ne doživljavaju takav osećaj usamljenosti koji prati gubitke i razdvajanja, jer uglavnom već imaju razvijenu mrežu podrške i značajna prijateljstva. One visoko vrednuju međuzavisnost, rado se savetuju s prijateljima i prihvataju pomoć. Žene u većoj meri donose odluke u zavisnosti od relacijskog konteksta, u razmatranju uzimaju u obzir mnoge faktore, i osećaju se slobodnije da razmene mišljenja s drugima. Široko prihvaćeno shvatanje emocionalnosti kao ženske crte olakšava im izražavanje emocionalnog distresa u takvim situacijama. Te specifične osobine žena doprinose zaštiti od samoubistva, dok njihove suprotnosti kod muškaraca, međutim, čine faktore vulnerabilnosti (Hawton, 2000; Kposowa, 2000; Kposowa, 2003; Qin, Agerbo, Mortensen, 2003; Shiner et al., 2009; Scourfield, Evans, 2015).

Žene, zbog razlika u nekim osobinama ličnosti, takođe pokazuju i veću spremnost da se obrate lekaru u vezi s problemima vezanim za mentalno zdravlje, lakše verbalizuju probleme i spremne su da emotivna iskustva podele sa drugima. To olakšava otkrivanje i tretman psihijatrijskih poremećaja i time doprinosi smanjenju rizika od samoubistva (Hawton, 2000, Rochlen et al., 2010). Žene, naime, dvostruko češće obolevaju od velikog depresivnog poremećaja, koji stoji u osnovi gotovo polovine izvršenih samoubistava (Murphy, 1998; Rutz, Rihmer, 2009; EU-WMH, 2011). Ipak, smatra se da je opšta prevalencija mentalnih poremećaja među muškarcima i ženama veoma slična, pošto muškarci tri puta češće nego žene pate od zavisnosti od alkohola i dva puta više od zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, a češće je prisutan i antisocijalni poremećaj ličnosti (Moscicki, 1994; Ramsay, Welch, Youard, 2001). Sve je više i istraživanja koja govore o skrivenoj, neprepoznatoj depresiji kod muškaraca (Moscicki, 1994; Möller-Leimkühler, 2002; Hausmann, Rutz, Benke, 2008; Wilhelm, 2009; Rutz, Rihmer, 2009; Rochlen et al., 2010). Iskustvo depresije, samo po sebi, slično je kod muškaraca i žena, ali je njeno izražavanje različito. Brojni vidovi ispoljavanja depresije kod muškaraca su izvan standardnih dijagnostičkih kriterijuma za depresiju major. Iritabilnost, agresivnost, emocionalno povlačenje, socijalno povlačenje, zloupotreba supstanci i različita rizična ponašanja, kao i raznovrsni opšti zdravstveni simptomi i prekomerni rad, mogu biti izraz depresije kod muškaraca, koji često ne prepoznaju svoja osećanja. Oni mnogo ređe nego žene prepoznaju i definišu nespecifična osećanja distresa kao emocionalne probleme. Pošto potiskuju svoje emocije i nisu u stanju da izraze distres i identifikuju svoju depresivnost, muškarci postaju skloniji raznim bolestima, kao i zloupotrebi alkohola, riziku od samopovređivanja i brojnim problemima vezanim za mentalno zdravlje. Istraživanja su pokazala da mnogi muškarci odbijaju da pričaju o tegobama vezanim za fizičko zdravlje i mentalne probleme, i da traže pomoć. Oni ređe odlaze kod lekara, a kada potraže lekarsku pomoć, daju manje podataka o tegobama, manje su direktni i kao da ostavljaju doktoru da "pogodi" problem, što sve otežava otkrivanje depresije. Odbijanje muškaraca da traže pomoć psihijatra može da objasni zašto je, kada konačno potraže pomoć, stanje njihovog mentalnog zdravlja mnogo teže

(Möller-Leimkühler, 2002; Courtenay, 2003; Brownhill et al., 2005; Wilhelm, 2009). Veću učestalost pokušaja samoubistva među ženama neki autori pripisuju i većoj spremnosti i sposobnosti žena da verbalizuju svoja iskustva, pa zato češće izveštavaju o ovim događajima (Moscicki, 1994).

Kod muškaraca je takođe prisutna naglašenija impulsivnost, a psihofiziološka reakcija na akutni stres mnogo snažnija i oporavak duže traje. Oni, međutim, na stres ređe odgovaraju strategijama rešavanja problema i davanja do znanja da im je potrebna pomoć, a češće strategijama izbegavanja, poput poricanja i povećanog konzumiranja alkohola. Odbijanje muškaraca da traže pomoć od profesionalaca za probleme vezane za stresne životne događaje, fizičke probleme, depresiju, zloupotrebu supstanci, povezuje se s normama o muškom ponašanju, stereotipima vezanim za ponašanja traženja pomoći. Muškarci se ređe obraćaju psihijatrijskim službama i savetovalištima, ređe traže čak i neformalnu pomoć, od prijatelja i drugih bliskih osoba, što važi i za depresiju, a socijalna podrška, naročito bliskih osoba, predstavlja značajan faktor zaštite od samoubistva (Addis, Mahalik, 2003).

Tradicionalnim i stereotipnim verovanjem o tome šta muško ponašanje podrazumeva objašnjavaju se veći zdravstveni rizici u odnosu na njihove vršnjake manje tradicionalnih uverenja, kojima su izloženi adolescenti i muškarci koji ih prihvataju. Oni ređe traže pomoć kada im je potrebna i manje koriste zdravstvene službe. Tradicionalno shvatanje muškosti je povezano, generalno, i sa emocionalnim neizražavanjem (sa izuzetkom izražavanja besa) i višim pragom bola. Odbijanje da se prizna ili saopšti fizički ili emocionalni distres može, međutim, da ima dalekosežne posledice jer utiče na odluke o traženju pomoći, odlaganje intervencija i otežava postavljanje dijagnoze i planiranje lečenja. Društveni pritisak u vidu tradicionalnih kulturnih verovanja o muškarcima kao nezavisnim, samopouzdanim, jakim, čvrstim i snažnim otežava mladićima i muškarcima da identifikuju i ispolje svoje emocije, utiče na to da oni češće opažaju sebe kao nepovredive i otporne na rizike, i smanjuje verovatnoću da će tražiti pomoć od drugih onda kada im je ona potrebna (Courtenay, 2003).

Reakcije muškaraca na promenu društvenoekonomskih uslova su jače i nepovoljnije. Ekonomski stresori, nezaposlenost i niska zarada su faktor rizika za samoubistvo među muškarcima, ne i među ženama (Rich et al., 1988, Qin et al., 2000, Qin, Agerbo, Mortensen, 2003; Shiner et al., 2009). Nepovoljni socioekonomski uslovi povećavaju rizik od samoubistva naročito među muškarcima. Suicidi su rasprostranjeniji među muškarcima nižeg obrazovnog nivoa, dok kod žena ta pravilnost nije uočena u svim sredinama. U grupama nižeg socioekonomskog statusa rasprostranjenije su i mentalne bolesti, za koje je siromaštvo važan faktor rizika. Među tim osobama, naročito među muškarcima, rasprostranjenija su i ponašanja koja predstavljaju faktor rizika za samoubistvo, kao što je zloupotreba alkohola i drugih supstanci (Gunnell, Lewis, 2005; Lorant et al., 2005).

Trudnoća i rađanje dece imaju snažno zaštitno dejstvo za žene, a samoubistva za vreme trudnoće i gajenja malog deteta su vrlo retka (Marzuk et al., 1997). Prisustvo

dece, i naročito dece mlađeg uzrasta, ipak ima zaštitni uticaj kod roditelja oba pola, ali znatno jači kod žena. Uticaj, međutim, može biti i negativan. Tako je rizik od samoubistva povećan kod roditelja čija su deca hospitalizovana zbog psihijatrijskog porećaja, ili čija su deca umrla, naročito u ranom detinjstvu. Naročito je visok tokom prvog meseca po gubitku deteta (Qin, Mortensen, 2003).

1.4.2. Samoubistva među starima

Epidemiološki podaci pokazuju da je gotovo svuda u svetu među starima najveći rizik da se pokušaj samoubistva završi smrću i da su stope samoubistava starih na najvišem nivou, naročito među muškarcima (Conwell, Duberstein, Caine, 2002; Erlangsen, Bille-Brahe, Jeune, 2003; Kiriakidis, 2015). Osećanje beznadežnosti i suicidalne misli, međutim, nisu uobičajeni pratilac individualnog starenja (Wasserman, Ringskog, 2001). To važi i za osobe u vrlo starom uzrastu. Za razliku od osamdesetpetogodišnjih osoba koje imaju mentalne poremećaje, među nedementnim osobama dobrog mentalnog zdravlja iste starosti razmišljanja o tome da život nije vredan življenja i želja da se umre gotovo da ne postoje (Skoog et al., 1996). Ali, kada stara osoba razmišlja o samoubistvu i načini pokušaj, rizik da se on završi smrću je veći nego u drugim uzrastima, a stope samoubistva starih su visoke, naročito među muškarcima. Za razliku od izvršenih samoubistava, suicidalne misli i pokušaji su manje zastupljeni među starima. Njihovi pokušaji samoubistva su manje impulsivni i brižljivije planirani, uz češće korišćenje visokoletalnih metoda, pa stoga češće imaju smrtni ishod nego što je to u mlađim starosnim grupama (Conwell, Duberstein, 2005; Sher, 2006; Kiriakidis, 2015).

Faktori rizika i zaštite starih

Psihološke autopsije pokazuju da je kod velike većine, 71-91% osoba starih 65 ili više godina koje su izvršile samoubistvo, bio dijagnostikovao psihijatrijski poremećaj (Harwood et al., 2001; Conwell, Duberstein, 2005; Beautrais, 2002b). Najznačajnijim faktorom rizika za samoubistva među starima, čak u tri četvrtine slučajeva, smatraju se afektivni poremećaji, pre svega depresija (Beautrais, 2002b; Conwell, Duberstein, Caine, 2002). Smatra se da je ogromna većina samoubistava kod starih povezana sa afektivnim poremećajima, i da im najčešće prethodi veliki depresivni poremećaj (Beautrais, Mishara, 2006; O'Connell et al., 2004). Depresija kod starih, međutim, često prolazi neprepoznata zbog teškoća da se razlikuje od efekata mnogih bolesti koje su uobičajene u starosti, kao i propratnih dejstava korišćenih lekova. Takođe, identifikovanje depresivnog sindroma u starosti otežava činjenica da depresivno raspoloženje, koje je jedan od najprepoznatljivijih simptoma, često nije prisutno u kliničkoj slici. Depresija kod starih osoba u gotovo polovini slučajeva nema tu karakterističnu odliku. To čini prepoznavanje poremećaja težim, naročito u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (De Leo et al., 2001).

Naglašeno nepovoljan uticaj ima alkoholizam. Sa starošću se među osobama zavisnim od alkohola značajno povećava rizik od samoubistva. Takođe, nepovoljan uticaj afektivnih poremećaja na osobe zavisne od alkohola sa starošću postaje naglašeniji (Blow, Brockmann, Barry, 2004; Sher, 2006). Zloupotreba alkohola među starima povećava rizik od samoubistva u sadejstvu sa ostalim faktorima naglašenim u toj velikoj starosnoj grupi, kao što je depresija, fizička bolest, negativna procena sopstvenog zdravlja, nizak nivo socijalne podrške i drugi (Blow, Brockmann, Barry, 2004). Velika depresivna epizoda i stresni životni događaji, naročito teškoće u interpersonalnim odnosima, deluju kao precipitirajući faktori. Među osobama zavisnim od alkohola postoji jaka povezanost između prekida partnerskih odnosa i suicidalnog ponašanja (Sher, 2006). Intoksikacija alkoholom česta je kod osoba koje izvrše samoubistvo, a osobe pod dejstvom alkohola su sklone da prilikom pokušaja samoubistva koriste letalnije metode (Sher, 2006).

Riziku od samoubistva doprinose i neurobiološke promene u starosti, demencija, cerebrovaskularne bolesti, Alchajmerova bolest, oštećenja vida i sluha. Od uticaja su i oboljenja koja sa sobom nose trpljenje jakih bolova (Juurlink et al., 2004). Rizik koji nose sa sobom fizičke bolesti i funkcionalna oštećenja verovatno je takođe posredovan depresijom (Conwell, Duberstein, Caine, 2002). Postoji i kumulativni efekat bolesti, pa sa porastom broja bolesti koje stara osoba ima raste i rizik od samoubistva (Juurlink et al., 2004).

Mreža socijalne podrške, socijalne veze, naročito porodične, deluju zaštitno na opšte mentalno zdravlje, kao i na rizik od samoubistva. S druge strane, neki socijalni faktori mogu da povećaju rizik od samoubistva u starosti. Među njima su socijalni konflikti, prekid značajnih veza, ožalošćenost, socijalna izolacija, usamljenost, smanjena socijalna podrška. Generalno, među starima brak ima zaštitni efekat. Rizik od samoubistva je veći među udovcima, razvedenim i osobama koje nisu u braku (Stanković, Penev, 2011). Na najstarije stare osobe, ipak, brak ima manji zaštitni uticaj nego na mlađe starosne grupe. Takođe, najstariji stari obično koriste letalnije metode nego stare osobe (Erlangsen, Bille-Brahe, Jeune, 2003). Neka istraživanja uticaja gubitka partnera kod osoba starijih od osamdeset godina pokazala su da je rizik od samoubistva najveći među najstarijim muškarcima, i to u prvoj godini posle gubitka partnera. Stoga je važno da starije obudovele osobe budu pod nadzorom lekara u periodu neposredno nakon gubitka bračnog partnera, naročito one sa dijagnostikovanim mentalnim poremećajima i zloupotrebom supstanci (Duberstein, Conwell, Cox, 1998). Što su stariji, muškarci su više pogođeni i period oporavka duže traje. Prema rezultatima istraživanja suicida lica starijih od 80 godina, većinom su bili udovci, ali je samo manji udeo njih doživeo gubitak partnera u periodu koji je neposredno prethodio samoubistvu. Zato je zaključak istraživača da na povećanje rizika od samoubistva u tom dobu života doprinosi gubitak partnera udružen s ostalim gubicima u najstarijim godinama, kao što su oni povezani sa zdravljem, telesnim oboljenjima i oštećenjima (Erlangsen et al., 2004). Riziku doprinose gubici koji su brojni i učestali, pa stara osoba nema dovoljno vremena da preboli prethodni gubitak (De Leo et al., 2001).

Neki autori sugerišu da vezu između lošeg fizičkog zdravlja i razmišljanja o samoubistvu, ne samo starih, treba potražiti i u dejstvu karakterističnih stilova rešavanja problema. Uočeno je da među pacijentima pogođenim fizičkim bolestima oni sa suicidalnim idejama imaju drugačije stilove rešavanja problema, više emocionalne, a manje racionalne, i preovlađujuću strategiju rešavanja problema izbegavanjem (Marusic, Goodwin, 2006).

Rodne razlike u suicidalnom ponašanju starih

Polne razlike u stopama samoubistva koje su prisutne u svim uzrastima, naglašene su i kod starih - samoubistva su znatno prisutnija među starim muškarcima. Nastojeći da objasne te razlike, istraživači, između ostalog, ukazuju i na povezanost dve grupe varijabli. Jednu čine finansijski i socijalni status u vezi sa samoubistvima starijih muškaraca, a drugu socijalna stabilnost, stres i stanje u socijalnom okruženju u vezi sa samoubistvima starijih žena. Smatra se da one predstavljaju odraz dve dimenzije ličnosti, po kojima se tradicionalno muškarci i žene u zapadnoj kulturi najčešće bitno razlikuju. Prva, uobičajeno prisutna kod muškaraca, uključuje potrebu za autonomijom, kontrolom neposredne okoline, povoljan socijalni status i nezavisnost u određivanju sopstvene budućnosti i uslova svakodnevnog života. Druga, pak, u većoj meri karakteristična za žene, obuhvata socijalna interesovanja, osećanje pripadnosti zajednici, bazično poverenje i osećaj jedinstva sa svetom. Promene koje starenje i penzionisanje sa sobom nose više pogađaju muškarce, jer drastičnije smanjuju njihove mogućnosti da zadovolje bitne potrebe o kojima je prethodno bilo reči, dok su promene u socijalnom okruženju, na koje su žene u većoj meri osetljive, manje naglašene, te je i rizik od samoubistva manje prisutan kod žena (Coren, Hewitt, 1999).

1.4.3. Samoubistva među mladima

Adolescencija je period prelaza iz detinjstva u odraslo doba i vreme velikih promena koje obuhvataju fizički rast i razvoj, intelektualni, socijalni i emocionalni razvoj mlade osobe. Velike razvojne promene biološke, psihološke i socijalne prirode nose sa sobom i čitav niz teškoća i problema čineći mlade posebno vulnerabilnim. Pokušaji samoubistva u adolescenciji "generisani su depresivnošću, koja je, opet, generisana kompleksnošću dinamike adolescentnog procesa, odraz su reaktiviranja problema koji već postoje, i stoga svaki suicid treba sagledati kao fenomen i posledicu sveukupnog razvoja, i shvatiti kao ozbiljan problem i znak patologije" (Ćurčić, 1996).

Pregled obimne međunarodne literature pokazao je da suicidalne misli nisu neuobičajene među mladima, svaki treći ispitanik adolescent je izjavio da je u određenom trenutku razmišljao o samoubistvu, dok je svaki deseti na neki način sebe povredio (Evans et al., 2005). Jedno veliko evropsko istraživanje potvrdilo je rasprostranjenost pojave da mladi sebi nanesu određene povrede, najčešće da bi se oslobodili "nepodnošljivog stanja svesti". Svaki drugi među njima je odluku o tome doneo samo sat vremena ranije, i većina se posle toga nije obratila lekaru niti bilo

kome drugom poverila. Svaka deseta ispitivana devojka nanela je sebi neku vrstu povrede u godini koja je prethodila istraživanju, što je dva puta češće nego među mladićima (Madge et al., 2008). Ipak, u odnosu na pokušaje različite ozbiljnosti, samoubistva među mladima su relativno retka. Procenjuje se da su među mladima pokušaji 200 puta rasprostranjeniji od samoubistava (Hawton, Harris, 2008). U većini slučajeva, pokušaji samoubistva mladih ne dovode do medicinski ozbiljnih povreda i nisu praćeni hospitalizacijom (Beautrais, 2003).

Samoubistva među decom mlađom od 15 godina

Pre petnaeste godine života suicidalna ponašanja su veoma retka (Pelkonen, Marttunen, 2003). Iako retka, samoubistva među decom mlađom od 15 godina su u nekim zemljama još uvek vodeći uzrok smrti u toj starosti (Kölves, De Leo, 2016). Kako je pokazala analiza stopa suicida među decom mlađom od 15 godina u 81 zemlji sveta, one se u dvadesetogodišnjem periodu od 1990. do 2009. godine nisu značajnije menjale, za razliku od stopa suicida u starosnoj grupi 15 do 19 godina, gde je registrovan opadajući trend (Kölves, De Leo, 2014; Kölves, De Leo, 2016). Smatra se i da postoji i značajna podregistracija samoubistava među decom, usled stigme i stida koji ga prati, kao i raširenog shvatanja među izvestiocima o smrti da deca zbog svoje kognitivne nezrelosti nisu u stanju da počine samoubistvo (Kölves, De Leo, 2014; Tishler, Staats Reiss, Rhodes, 2007).

Često se smatra da deca ne razumeju u potpunosti implikacije svojih postupaka i zato ne mogu da počine samoubistvo, iako nekada njihovo samopovređivanje dovede do smrtnog ishoda. Neka kvalitativna istraživanja među decom uzrasta 6-14 godina pokazuju da kod dece stare preko devet godina postoji razumevanje koncepta smrti i samoubistva (Mishara, 1999). Razumevanje koncepta smrti povećava se s uzrastom deteta i nivoom njegovog dostignutog opšteg kognitivnog razvoja. Ipak, iako generalno znaju dovoljno da shvate da izvršenje samoubistva dovodi do trajne smrti, deca nemaju uvek realističan pogled na pitanja života i smrti. Za razliku od odraslih, mnoga intervjuisana deca, naročito ona mlađeg uzrasta, imala su kontradiktorna uverenja što njima samima, međutim, nije bilo neobično. Tako ona istovremeno veruju da je smrt trajno stanje i da će svako umreti jednoga dana, ali u isto vreme veruju i da uz pomoć dobrog doktora i izbegavanje nesreća i ubistva nikada neće umreti. Kod njih istovremeno postoje vrlo racionalna verovanja, ali i iracionalna ili religijska uverenja o zagrobnom životu. Nekada se kod dece viđenje smrti i viđenje smrti usled samoubistva razlikuju (Mishara, 1999).

Podložnost za samoubistvo dece čini patološka predispozicija deteta udružena sa porodičnim faktorima (Tishler, Staats Reiss, Rhodes, 2007). Najčešći faktori rizika povezani sa suicidima dece su prethodni pokušaj samoubistva, prisustvo psihijatrijskih poremećaja i psihopatologije, preokupiranost smrću i porodična istorija psihopatologije i suicidalnog ponašanja. Prethodni pokušaj samoubistva je veoma snažan rizični faktor, pokušaj samoubistva u dečjem dobu šestostruko povećava rizik od ostvarenog samoubistva kasnije u adolescenciji. Psihijatrijski poremećaji nose sa

sobom visok rizik, naročito afektivni poremećaji, poremećaji ponašanja, šizofrenija. Ipak, u poređenju sa starijim adolescentima, kod dece mlađe od 15 godina koja su izvršila samoubistvo manje su prisutni afektivni poremećaji i zloupotreba supstanci. Prisustvo psihopatologije među članovima porodice povezano je sa suicidalnim ponašanjem dece, a pokušaj samoubistva roditelja šestostruko povećava rizik od samoubistva deteta, i to se obično dešava u mlađem uzrastu. Negativno porodično okruženje takođe može da utiče na suicidalnost dece. Siromaštvo, slaba porodična povezanost, nasilje, česte promene mesta stanovanja, maltretiranje, stresni događaji, uključujući fizičko i seksualno zlostavljanje i smrt ili gubitak osoba za koje je detete vezano povezani su sa suicidalnim ponašanjem. Takođe, negativne situacije u školi poput vršnjačkog nasilja, lošeg uspeha, usamljenosti, mogu da povećaju rizik od suicidalnih misli i ponašanja kod dece (Tichler, Staats Reiss, Rhodeset, 2007)

Faktori rizika za samoubistvo mladih

Posle puberteta, rizik od samoubistva među mladima se povećava. Istraživači i kliničari su definisali faktore koji, u probabilističkom a ne determinističkom smislu, doprinose suicidalnom ponašanju mladih. To su genetski i biološki faktori, socijalni i demografski, nepovoljna iskustva ranog razvoja, crte ličnosti i kognitivni stil, izloženost stresu i teškoćama, psihijatrijski poremećaji. Pretpostavlja se da genetski i biološki, socijalni i demografski faktori, nepovoljna rana iskustva i osobine ličnosti čine grupu povezanih egzogenih faktora. Oni utiču na individualnu podložnost za mentalne poremećaje i osetljivost na probleme i stresove, koji zatim deluju kao neposredni uticaji na suicidalno ponašanje. Takođe, egzogeni faktori mogu doprinostiti suicidalnom ponašanju i nezavisno od posredničkih faktora mentalnog zdravlja i stresnih životnih događaja (Beautrais, 2003).

Brojne studije slučaja, longitudinalna istraživanja i psihološke autopsije pokazali su da mentalni poremećaji igraju najznačajniju ulogu u etiologiji suicidalnog ponašanja mladih. Najčešće su to afektivni poremećaji, zloupotreba supstanci, antisocijalna ponašanja i anksiozni poremećaji. Kod ostvarenih samoubistava, u čak 90 % slučajeva utvrđena je prisutnost bar jednog mentalnog poremećaja (Beautrais, Jouce, Mulder, 1996; Hawton, van Heeringen, eds., 2002). Kada su prisutni višestruki poremećaji i komorbiditet, rizik je povećan. Procenjuje se da je kod mladih sa jednim mentalnim poremećajem rizik od samoubistva povećan osam puta, a sa dva ili više poremećaja petnaest puta u odnosu na mlade kod kojih poremećaj ne postoji (Beautrais, Jouce, Mulder, 1996). Kod četiri komorbidne konstelacije rizik je naročito naglašen, to su: šizofrenija, depresija i zloupotreba supstanci, zatim zloupotreba supstanci, poremećaj ponašanja i depresija, takođe poremećaj ishrane, afektivni i anksiozni poremećaj, kao i poremećaj ličnosti, afektivni i disocijativni poremećaj (Apter, Freudenstein, 2002). Zloupotreba alkohola i psihoaktivnih supstanci, značajno povećava rizik od samoubistva kod mladih (Murphy, 2002).

Istraživanja na blizancima su pokazala da genetski faktori doprinose suicidalnom ponašanju delimično prenošenjem sklonosti ka impulsivno agresivnom ponašanju,

verovatno i ka neuroticizmu i neurokognitivnom deficitu. Procenjuje se da se porodično prenošenje suicidalnog ponašanja u polovini slučajeva odvija genetskim, a isto toliko i uticajima porodične sredine, putem međugeneracijskog prenošenja zlostavljanja i stresnog porodičnog okruženja. Ipak, faktori porodičnih uslova često su povezani sa faktorima rizika naslednog karaktera, i obratno, većina genetskih faktora utiče na depresiju i suicidalno ponašanje putem interakcije sa stresnim okruženjem (Brent, Melhem, 2008).

Porodica ima veoma važnu ulogu u životu adolescenata, i nepovoljni porodični uticaji mogu značajno da doprinesu riziku od samoubistva. Među njima su konflikti sa roditeljima, nedostatak roditeljske podrške, roditeljsko zanemarivanje, prisustvo depresije kod članova porodice. Porodična disfunkcionalnost i izloženost porodičnom nasilju, zlostavljanju, naročito ako je višestruko i dugotrajno, započeto u ranijem uzrastu, čini mlade posebno osetljivim i povećava rizik od samoubistva. Nepovoljni životni događaji pogoršavaju mentalno zdravlje, ometaju i negativno deluju na sazrevanje mlade osobe i tako ostvaruju dugoročne efekte na nervni, endokrini i imuni sistem, i tako učestvuju u razvoju psihopatoloških promena i u poremećajima fizičkog zdravlja. Naročito su ugroženi adolescenti koji su već pokušali samoubistvo i bili psihijatrijski hospitalizovani, kao i oni sa antisocijalnim i kriminalnim ponašanjem. Mladi su posebno osetljivi na probleme u emotivnom životu, uključujući gubitak značajne veze, kao i probleme vezane za psihoseksualni identitet. Naročito su osetljivi oni koji nemaju dovoljno razvijene veštine i strategije rešavanja problema. U tom uzrastu, češći su impulsivni pokušaji samoubistva, i naglašena je osetljivost i prijemčivost na uticaje vršnjaka, kao i medija, koji mogu delovati podsticajno na suicidalno ponašanje (Beautrais, Mishara, 2006; Serafini et al., 2015).

U nekim zemljama je u aktuelno vreme zabeležen porast samoubistava među mladima (Kölves, De Leo, 2016). Istraživači smatraju da to u velikoj meri predstavlja odraz nepovoljnih socijalnih i porodičnih uslova u kojima oni odrastaju, uz prisutnu rastuću rasprostranjenost zloupotrebe alkohola i psihoaktivnih supstanci. (Murphy, 2002). Među mladima iz sredina niskog socioekonomskog statusa, nižeg obrazovanja, siromašnih, rizik je prisutniji, u velikoj meri tako što njihovu prijemčivost za suicidalna ponašanja povećava povezanost socioekonomskih faktora, porodičnog funkcionisanja i mentalnog zdravlja (Beautrais, Jouce, Mulder, 1996; Fergusson, Woodward, Horwood, 2000). Individualna vulnerabilnost za suicidalna ponašanja veća je kod mladih s nepovoljnim iskustvima ranog razvoja, naročito ako su prisutna u širokom spektru. Među njima su psihopatološki poremećaji kod roditelja, razdvajanje i razvod roditelja, porodična ili roditeljska nesloga, neusklađeno ili zanemarujuće roditeljstvo, nepovoljna emocionalna klima i nezadovoljavajuća komunikacija u porodici, konflikti sa roditeljima, fizičko i/ili seksualno zlostavljanje. Njihov efekat u velikoj meri zavisi od problema vezanih za mentalno zdravlje i izlaganja stresnim životnim događajima u adolescenciji i ranom odraslom dobu (Polovina, 1992; Srna, 1997; Beautrais, 2003; Fergusson, Woodward, Horwood, 2000; Randell et al., 2006).

Određene crte ličnosti i kognitivni stil mlade osobe mogu delovati kao predisponirajući faktori za suicidalno ponašanje. Među njima su nisko samopoštovanje,

visoki skorovi na skali neuroticizma, introverzije, na skali beznađa, skali impulsivnosti, traganja za novinama i preuzimanja rizika. Pretpostavljeni mehanizam veze je dvojak, putem povezanosti crta ličnosti sa većim rizikom od psihijatrijskih poremećaja, koji su povratno povezani sa rizikom od suicidalnih ponašanja, ili putem specifičnih odgovora, uslovljenih osobinama ličnosti, na psihosocijalni stres (Beautrais, 2003). Nedostatak veština rešavanja socijalnih problema koji je utvrđen kod mladih koji su pokušali samoubistvo, pretpostavlja se, vodi ka depresiji i zatim ka suicidalnom ponašanju, a moguće je i da je depresija glavni faktor koji negativno deluje na veštine rešavanja problema (Speckens, Hawton, 2005).

Rezultati više istraživanja su pokazali da su suicidalnom ponašanju mladih u više od dve trećine slučajeva prethodili stresni životni događaji, interpersonalni gubici i konflikti, poput raskida veze, svađe sa partnerom, porodicom, prijateljima, ožalošćenost, kao i problemi u školi ili na poslu, sa disciplinom, zakonom, sudom, izloženost maltretiranju, seksualni problemi, saznanje o pokušaju samoubistva među vršnjacima ili u porodici. Adolescenti čiji je član porodice pokušao ili izvršio samoubistvo obično ispoljavaju visoko rizično ponašanje, sa vrlo često prisutnim razmišljanjima o samoubistvu i pokušajima samoubistva (Cerel, Roberts, 2005). Mladi koji ispoljavaju suicidalno ponašanje najčešće su izloženi ne samo brojnijim, već i jačim stresovima. Tu spada i nezaposlenost, koja je u većoj meri stresni faktor za mladiće. Pretpostavlja se da prisustvo drugih nepovoljnih faktora, poput niskog obrazovnog nivoa, porodičnih problema, poremećaja ponašanja ispoljenih u ranom uzrastu, povećava rizik od nezaposlenosti, ali i rizik od suicidalnog ponašanja. Stresni događaji, Međutim, deluju kao „okidači“ za suicidalno ponašanje samo kod osoba kod kojih već postoji specifična vulnerabilnost (Beautrais, 2000; Hawton, James, 2005; Haw, Hawton, 2008).

Među mladima homoseksualne i biseksualne orijentacije, naročito kod mladića, rizik od suicidalnog ponašanja je povećan, delimično usled niza ozbiljnih ličnih i socijalnih stresova u vezi sa seksualnom orijentacijom, kao i povećanog prisustva problema vezanih za mentalno zdravlje (Fergusson, Woodward, Horwood, 2000; Russell, 2003).

Između suicida i prethodnog pokušaja postoji značajna veza - između četvrtine i polovine mladih koji su počinili samoubistvo prethodno je izvelo pokušaj koji se nije fatalno završio. Na opasnost od ponovljenih pokušaja ukazuje depresija, korišćenje alkohola ili droga, hronični psihosocijalni problemi i poremećaj ponašanja, poremećaj ličnosti, poremećeni porodični odnosi, zavisnost od alkohola u porodici, socijalna izolacija, nisko postignuće u školi. Rizik od fatalnog ishoda povećava se sa uzrastom adolescenata, korišćenjem opasnijih metoda samopovređivanja, prisustvom mnogostrukih prethodnih samopovređivanja, apatije, beznađa, insomnije, zloupotrebe supstanci, prethodne psihijatrijske hospitalizacije (Hawton, James, 2005). Zloupotreba alkohola i psihoaktivnih supstanci ima naglašeno nepovoljan uticaj na suicidalna ponašanja mladih. Iako samoubistva nisu česta u prvim godinama zloupotrebe alkohola, značajna prisutnost zloupotrebe supstanci kod mladih koji pokušavaju i izvršavaju samoubistvo ukazuje da to ne važi za mlade, kod kojih ovaj period

inkubacije kraće traje Odnos između proksimalnih i distalnih efekata oba ponašanja i pretpostavljeni mehanizam uzajamnog delovanja je veoma složen i zahteva kompleksan pristup i dalja istraživanja koji bi ponudili potpunije odgovore na prirodu veze i moguća unapređenja. Utvrđeno je da korišćenje alkohola među mladima značajno povećava rizik od pokušaja samoubistva, i onda kada je reč o pijenju da bi se odagnalo neraspoloženje i depresivnost, i onda kada je reč o epizodama teškog opijanja. U prvom slučaju, čak, korišćenje alkohola povećava opasnost od pokušaja samoubistva i kod onih mladih koji pre toga nisu imali suicidalne misli (Murphy, 2002; Bagge, Sher, 2008; Schilling et al., 2009)

Rodne razlike

U spektru suicidalnih ponašanja mladih prisutne su razlike po polu. Suicidalne misli i pokušaji samoubistva češći su među devojkama, a ostvarena samoubistva među mladićima (Caneto, Sakinofsky, 1998; Fergusson, Woodward, Horwood, 2000). I među decom mlađom od 15 godina rizik od samoubistva dečaka je trostruko veći (Tishler, Staats Reiss, Rhodes, 2007). Polne razlike među mladima i decom koja izvrše samoubistvo su prisutne u različitim sredinama i vremenskim razdobljima. Tako je i statistika samoubistava dece i mladih za period 1869-1898 godina pokazala da je u evropskim zemljama rasprostranjenost samoubistava dečaka i mladića četiri puta veća nego devojčica i devojaka (MacDonald, 1907).

Brojni istraživači nastojali su da identifikuju moguće razloge tih razlika. Kako su mentalni poremećaji najznačajniji faktor rizika za samoubistvo mladih, objašnjenja se traže u razlikama po polu u tom domenu. Među devojkama su internalizovani poremećaji dva puta češći i to se ogleda u većoj rasprostranjenosti suicidalnih misli i pokušaja. Među mladićima su prisutnija eksternalizovana ponašanja, uključujući antisocijalna i nasilna, kao i zloupotreba supstanci i problemi ponašanja u vezi sa školom. Takođe, češće su udruženi i višestruki rizični faktori, kao što je komorbiditet afektivnih poremećaja i zloupotrebe alkohola. Stoga oni, usled veće sklonosti ka agresivnim, antisocijalnim i eksternalizovanim ponašnjima češće nego njihove vršnjakinje čine impulsivnije, aktivnije i odlučnije pokušaje, praćene smrtnim ishodom. Takođe, mladići pri pokušaju samoubistva više koriste letalnije metode. Često pribegavanje mladića vešanju, metodu kome je teško ograničiti pristup, čini prevenciju samoubistava kod mladića izuzetno teškom (Värnik et al., 2009). Devojke, međutim, najčešće pribegavaju trovanju, koje, iako može biti visoko toksično, ima relativno sporo dejstvo i manju letalnost, te je šansa za preživljavanje veća. Ujedno, poslednjih decenija je mnogostruko smanjena toksičnost najčešće korišćenih antidepresiva i sličnih lekova (Beautrais, 2002a; Bridge, Goldstein, Brent, 2006; Beautrais, Mishara, 2006).

Takođe, niz psihosocijalnih faktora može imati zaštitnu ulogu kod devojaka. Studije pokazuju da su devojke mnogo spremnije da razgovaraju i traže pomoć za emocionalne probleme. One češće posećuju i lekare, što pruža mogućnost da zatraže pomoć ili da im ona bude ponuđena, uključujući i tretman depresije. Mladići, takođe,

mного ređe nego devojke koriste telefonske linije za pomoć, uprkos anonimnosti koju one podrazumevaju. Pretpostavlja se i da odgovornost za decu ima izvestan zaštitni uticaj kod mladih majki, ali ne i očeva (Murphy, 1998; Marzuk et al. 1997; Beautrais, 2006a; Beautrais, Mishara, 2006).

U tradicionalnim, ali i u savremenim društvima, različita su očekivanja od muškaraca i žena, što se manifestuje i kroz rodno diferencirana suicidalna ponašanja, ali i prilikom izveštavanja i klasifikovanja uzroka smrti. To važi za sve uzraste, pa i za mlade. Tako su, usled manje kulturne prihvatljivosti pokušaja, kod mladića prisutniji fatalni ishodi, a među devojkaama je obrnuto. Smatra se da zbog istog razloga postoji izvesna podregistracija samoubistava među devojkaama. Takođe, devojke češće pribegavaju trovanju, a od svih korišćenih metoda, smrti usled trovanja lekovima najređe se klasifikuju kao samoubistva (Caneto, Sakinofsky, 1998; Beautrais, 2002a).

Faktori zaštite

Velika većina mladih, pa i onih koji su izloženi brojnim faktorima rizika, ne razvija suicidalna ponašanja, usled dejstva faktora zaštite ili otpornosti. Među njima se nalazi sposobnost prilagođavanja, unutrašnji lokus kontrole, dobro razvijeno samopoštovanje i samopouzdanje, kao i sposobnost rešavanja problema, samoefikasnost. Veoma značajno je postojanje socijalne podrške i socijalne mreže, dobar emocionalni odnos sa bar jednom osobom u porodici, pozitivna školska iskustva, duhovna uverenja (Beautrais, 2003). Niz epidemioloških studija na opštoj populaciji ukazuje da su mentalno zdravlje i porodična stabilnost, a naročito dobra komunikacija s članovima porodice, uključenost u porodične aktivnosti i osećaj da su roditelji zainteresovani i spremni da pruže podršku snažni zaštitni faktori mladih (Evans, Hawton, Rodham, 2004; Randell et al., 2006). Često prisutan ishod interakcije između faktora rizika i zaštite za samoubistvo je ambivalencija. Pojačavanje faktora zaštite i smanjivanje faktora rizika redukuje suicidalno ponašanje, pa njihovo identifikovanje, specifično za svaku mladu osobu, može da spreči tragične ishode (Gutierrez, 2006; Randell et al., 2006).

2. PREVENCIJA SUICIDNOG PONAŠANJA

Rizik od samoubistva obično je određen udruženim dejstvom nekoliko faktora. Na individualnom planu, među najvažnijim rizičnim faktorima nalaze se prethodni pokušaji samoubistva, mentalni poremećaji, prekomerna upotreba alkohola, porodična istorija samoubistva, nepovoljni uticaji iz okruženja i drugi. Rizici povezani s nepovoljnim uticajima zajednice i međuljudskih odnosa uključuju osećaj izolacije, zlostavljanje, konfliktne odnose, ali i rat i prirodne katastrofe. Među faktorima rizika povezanim sa zdravstvenim sistemom i društvom u celini nalaze se teškoće u ostvarivanju zdravstvene zaštite, laka dostupnost sredstava za izvršenje samoubistva, neodgovarajuće izveštavanje medija u kojima se samoubistvo predstavlja senzacionalistički, kao i stigma koja prati ljude koji traže pomoć zbog suicidalnih ponašanja, problema sa mentalnim zdravljem i zloupotrebom supstanci (WHO, 2014). Postoji opšta saglasnost među stručnjacima da je prevencija samoubistva moguća i nužna. Priroda rizičnih faktora na koje treba da se deluje određuje izbor i vrstu programa namenjenih prevenciji samoubistva. Priroda samoubistva je kompleksna, što ukazuje da su u prevenciji potrebne i kompleksne intervencije (Moscicki, 1997).

2.1. Najvažnije oblasti prevencije samoubistva

Stručnjaci koji se bave problemom samoubistva naglašavaju da je na samoubistva moguće preventivno delovati i identifikuju nekoliko najvažnijih oblasti prevencije (Mann et al., 2005). Pre svega, to je edukacija i unapređenje svesti javnosti i stručnog osoblja o samoubistvu, kako bi se prepoznali suicidalni rizici, redukovala stigmatizacija mentalnih oboljenja i samoubistva i podstaklo traženje pomoći. Zatim, unapređenje skrining metoda za identifikovanje osoba pod rizikom, bilo direktno usmerenih na suicidalna ponašanja ili pak na rizične faktore. Dalje, neophodno je upućivanje osoba pod rizikom na tretman, koji podrazumeva farmakoterapiju, psihoterapiju i praćenje. Takođe, važnu oblast prevencije čini i restrikcija pristupu letalnim sredstvima, kao što je, na primer, strožija kontrola vatrenog oružja, detoksifikacija gasa ili ređa primena vrlo toksičnih antidepresanata. A u oblasti medija veliki značaj ima odgovorno predstavljanje samoubistva (Mann et al., 2005).

2.2. Primarna, sekundarna i tercijarna prevencija suicida

Rečeno klasičnim jezikom primarne, sekundarne i tercijarne prevencije, cilj prevencije suicida je redukcija novih smrtnih slučajeva, smanjenje verovatnoće samoubistva među visokorizičnim osobama i ublažavanje posledica pokušaja samoubistva (Sher, 2004).

Najbolja zaštita od samoubistva je preko primarne prevencije. Ona obuhvata efikasan tretman psihijatrijskih poremećaja, naročito afektivnih, kao i poboljšanje socijalnih i ekonomskih uslova, smanjenje siromaštva, promociju zdravih životnih stilova.

Cilj sekundarne prevencije je da smanji verovatnoću pokušaja samoubistva među osobama kod kojih postoji veći rizik. Ona podrazumeva rano dijagnostikovanje i odgovarajući tretman psihijatrijskih bolesti, procenu suicidalnog rizika, smanjenje pristupa visoko letalnim metodima za izvršenje samoubistva.

Tercijarna prevencija treba da ublaži posledice suicidalnog pokušaja. Unapređenjem profesionalne edukacije moguće je bolje otkrivanje i lečenje suicidalnih osoba, što, uz podršku članovima porodice, može da ublaži posledice pokušaja samoubistva (Sher, 2004).

2.3. Tri pristupa u prevenciji suicida

Akcije za prevenciju suicida mogu se podeliti i na univerzalne, selektivne i indikovane. Univerzalni pristup je usmeren na sve osobe u definisanoj populaciji, bez obzira na rizik od samoubistva. Namenjen je povećanju obuhvata zdravstvenom zaštitom, promociji mentalnog zdravlja, smanjenju prekomerne upotrebe alkohola, ograničenju pristupa sredstvima za izvršenje samoubistva, promociji odgovornog izveštavanja medija i slično.

Selektivni pristup se primenjuje kod podgrupa sa povećanim rizikom, koji može biti u vezi sa faktorima kao što su uzrast, pol, etnička pripadnost, porodična istorija samoubistva. U vulnerabilne grupe spadaju i osobe koje su doživele traumu ili zlostavljanje, pogođene katastrofama, izbeglice, interno raseljena lica i imigranti, ožalošćeni zbog samoubistva bližnjih i drugi.

Indikovani pristup je osmišljen za lica kod koji postoji veliki rizik od samoubistva, kao što je na primer skorašnji pokušaj samoubistva. Usmerava se na posebno osetljive osobe kojima se pruža podrška zajednice, a odnosi se i na edukaciju zdravstvenih radnika, poboljšanje identifikacije i tretmana poremećaja mentalnog zdravlja i zloupotrebe supstanci. Preventivno može da deluje i ojačavanje zaštitnih faktora među kojima su negovanje i održavanje bliskih odnosa sa drugima, jačanje zaštitnog sistema

verovanja individua i razvijanje pozitivnih strategija rešavanja problema i zdravog životnog stila (Sher, 2004; WHO, 2014).

2.4. Prevencija usmerena na vulnerabilne grupe

Kako je istaknuto u poglavlju 1.3, koje je posvećeno faktorima rizika i zaštite, u zapadnom kulturnom krugu naglašen rizik od samoubistva je među muškarcima, kao i među starima, a posebno vulnerabilnu grupu čine mladi, pre svega zbog razvojnih specifičnosti tog uzrasta.

2.4.1. Muškarci

U svim evropskim zemljama, smrtnost usled samoubistva je znatno veća među muškarcima nego među ženama. Jedan od razloga je i taj što kod muškaraca u velikom broju slučajeva izostane rano otkivanje rizika za samoubistvo, koje je ključno za prevenciju. Dešava se to u znatnoj meri zato što je među muškarcima često prisutno poricanje fizičkog ili emocionalnog distresa, praćeno odbijanjem da se traži pomoć bliskih osoba i stručnjaka. Stoga je potrebno da promocija zdravlja i prevencija bolesti bude prilagođena muškarcima, kao i intervencije namenjene njihovim specifičnim potrebama. Mnogostruka priroda rizika od samoubistva zahteva multidisciplinarni pristup, koji se odnosi na međudejstvo specifičnosti socijalnih, psiholoških, bihevioralnih, bioloških i genetskih determinanti. To podrazumeva i multidisciplinarna i interdisciplinarna istraživanja i saradnju kako bi se razvili što bolji modeli i polno/rodno specifičan pristup, kojim se mnogi od tih faktora mogu menjati i time posledično sprečiti njihovi nepovoljni efekti (Courtney, 2003; Kõlves, Kumpula, De Leo, 2013).

Posebnu pažnju zahteva bolje dijagnostikovanje skrivene depresije kod muškaraca i njenih manifestacija u vidu raznih kardiovaskularnih problema, alkoholizma i zloupotrebe supstanci i drugih. I sam tretman treba da uzme u obzir specifičan doživljaj depresije i različite stilove komunikacije. Istraživanja su pokazala da muškarci, generalno, bolje prihvataju učenje novih veština za prevazilaženje stresa, nego podršku za emocionalne potrebe. Takođe, bolje odgovaraju na psihoedukaciju koja se fokusira na potrebu za promenom u životnom stilu vezano za rizične faktore i radije prihvataju tehnike rešavanja problema. Specifične strategije stručnjaka treba da budu usmerene na prevazilaženje prepreka koje kod muškaraca stoje na putu traženja pomoći za probleme u vezi sa depresijom, kao što je osećanje slabosti i vulnerabilnosti, strah, odbijanje da se prihvati postojanje problema, lična uverenja, uključujući i osećaj otpornosti i besmrtnosti (Wilhelm, 2009; Kõlves, Kumpula, De Leo, 2013).

Među muškarcima, u poređenju sa ženama, znanje o zdravlju je znatno manje, a oni češće imaju i stavove i uverenja koji negativno utiču na njihovo zdravlje i dobrobit.

Muškarci, takođe, teže opažaju simptome vezane za svoje fizičko i mentalno stanje, potcenjuju rizike, a sa druge strane, manje veruju da njihova lična ponašanja utiču na zdravlje i da imaju kontrolu nad njim, a ređe razmišljaju da promene svoje nezdrave ili primenjuju i zadrže zdrave navike. Stoga je značajan i uticaj medija, koji, kada neadekvatno prikazuju muško ponašanje, doprinose negativnim efektima i osnažuju nezdrava i stereotipna ponašanja muškaraca. Neadekvatno prikazujući samoubistva, mediji mogu izazvati štetne efekte, naročito kod vulnerabilnih mladih osoba (Koić et al., 2005). S druge strane, mediji mogu imati značajnu ulogu u prevenciji samoubistva muškaraca i otklanjanju stigme vezane traženja pomoći u rešavanju problema mentalng zdravlja (Courtney, 2003; Hawton, Williams, 2001). Odgovarajući prilozi iz zdravstvenih ustanova, prigodne reklame i promotivni materijali, učenje životnih veština i rešavanja problema još tokom školovanja, zatim psihoedukacija na poslu, sve su to aktivnosti koje treba da ukažu da životni problemi nisu neuobičajeni među muškarcima. Od uticaja mogu da budu i primeri poznatih ličnosti koje su potražile pomoć za emocionalne teškoće. U isto vreme, važno je podizanje svesti o specifičnim normama o maskulinitetu, koje mogu biti štetne. Novi, alternativni netradicionalni načini koji menjaju kontekst traženja pomoći, diskusione grupe na internetu, savremeno koncipirane radionice, zajedno sa uobičajnim vrstama edukativnih intervencija treba da omoguće da se eliminiše nesklad koji postoji između dostupnih službi i tradicionalnih muških uloga koje naglašavaju oslanjanje na sebe, emocionalnu kontrolu, snagu (Addis, Mahalik, 2003).

Kako impulsivnost i ambivalencija često prate suicidalno ponašanje, naročito kod muškaraca, prevencija je moguća i restrikcijom dostupnosti najčešće korišćenih metoda. Reč je o fizičkoj dostupnosti, ali i sociokulturnoj prihvatljivosti, što u slučaju muškaraca znači često korišćenje visokoletalnih metoda. Potvrđeno je da smanjenje dostupnosti određenog metoda, npr. vatrenog oružja, pod određenim uslovima može da utiče i na smanjenje samoubistava (Cantor, Baume, 1998; Denning et al., 2000; Brent, Bridge, 2003; Sarchiapone et al., 2011).

2.4.2. Stari

Najveći rizik od samoubistva je među starima, naročito muškarcima. Pošto najvažniji faktor rizika u toj grupi čine afektivni poremećaji, prvenstveno depresija, koji stoje u osnovi tri četvrtine izvršenih samoubistava starih, njihovo otkrivanje i tretman mogu da imaju najveći uticaj na prevenciju. Unapređivanje znanja i veština zdravstvenih radnika vezanih za dijagnostikovanje i lečenje psihijatrijskih poremećaja kod starih stoga ima važnu ulogu. U poređenju s ostalim starosnim grupama, kod starih su pokušaji samoubistva relativno manje prisutni u poređenju sa izvršenim samoubistvima. Procenjuje se da je među starima taj odnos 4:1, ili manji. Stari sa suicidalnim mislima prave detaljnije planove i odlučniji su da sprovedu nameru o samoubistvu. Zato je za prevenciju veoma važno i smanjenje dostupnosti uobičajenih sredstava za izvršenje samoubistva koja stari koriste. Ona su, po pravilu, visokoletalna, a pored vešanja, uglavnom je to vatreno oružje (Pearson, Brown, 2000;

De Leo, Dello Buono, Dwyer, 2002; Jones, 2002; Conwell, Duberstein, 2005; Penev, Stanković, 2015).

U starosti, kao i u ostalim uzrastima, nedostatak socijalne podrške, prekid značajnih veza, ožalošćenost, socijalna izolacija i usamljenost mogu značajno da povećaju rizik od samoubistva. To naročito važi za muškarce. Što su stariji, muškarci su više pogođeni gubitkom njima značajnih osoba, a period oporavka duže traje, posebno kad su gubici brojni, i povezani sa zdravljem, telesnim oboljenjima i oštećenjima. Preventivne mere koje mogu da ublaže rizik koji sa sobom nosi socijalna izolacija starih treba da uključe službe iz zajednice, koje mogu da pruže usluge monitoringa i emocionalne podrške i nadzora. To je moguće ostvariti i putem telefona, koji starima omogućavaju redovne, kratke razgovore sa osobom koja pruža podršku, kao i pomoć u kriznim situacijama (De Leo, Dello Buono, Dwyer, 2002; Erlangsen et al., 2004). Veliki, nedovoljno iskorišćen potencijal predstavlja i unapređenje faktora zaštite, strategijama koje unapređuju kvalitet života starih i pozitivne aspekte starenja, što može da deluje preventivno na rizik od samoubistva. To je moguće postići osnaživanjem starih za rešavanje problema i adaptivna ponašanja, razvijanjem njihovih socijalnih veština, osećaja pripadnosti, samopoštovanja, smisla života, nade, pa i religioznosti i duhovnog razvoja, kao i humora. Pošto žene, generalno, više koriste socijalne resurse i usluge službi za mentalno zdravlje, one obično imaju više koristi od ovakvih preventivnih programa. Zato je važno i da pristup bude rodno osetljiv. Naročito stari muškarci retko traže medicinsku pomoć i za njih su veoma važne akcije koje da im pomognu da prevaziđu barijere za traženje pomoći. A za efikasan tretman problema kod muškaraca vrlo korisni su i programi koji se više fokusiraju na akciju i rešavanje problema, nego na izražavanje problema i stvaranje novih međuljudskih relacija (Lapierre et al., 2011).

2.4.3. Mladi

I među mladima su mentalni poremećaji najvažniji faktor rizika za suicid. Ipak, manje od polovine mladih koji su izvršili samoubistvo imalo je neku vrstu psihijatrijskog tretmana. To ukazuje na potrebu i značaj preventivnih strategija u okviru zdravstvene zaštite i socijalnih usluga. Prepoznavanje i tretman psihijatrijskih poremećaja i razvijanje efikasnih tretmana ključni su u prevenciji samoubistava među decom i adolescentima (Pelkonen, Marttunen, 2003).

Osim efikasnog prepoznavanja, tretmana i lečenja mentalnih poremećaja, veliki preventivni potencijal na smanjenje ozbiljnih pokušaja i izvršenja samoubistava među mladima ima i unapređenje nepovoljnih socijalnih, ekonomskih i kulturnih uslova života. U tom uzrastu, veoma važnu ulogu imaju roditeljska i vršnjačka podrška. Posebna pažnja i specifičan pristup neophodni su za mladiće pod rizikom. Kada je smrt ishod, to ne mora da bude i namera mlade osobe koja je učinila neki akt samopovređivanja. Pokušaj samoubistva često je motivisan njenom potrebom da izrazi distress i pobjegne iz problematične situacije, oslobodi se pritiska, zatraži pomoć,

pokaže razočarenje u druge ili učini da se oni osete krivim i promene svoje ponašanje (Fergusson, Woodward, Horwood, 2000; Hawton, James, 2005).

I kod samoubistava dece mlađeg uzrasta (do 15 godina), osim psihijatrijskih faktora, sa samoubistvima su povezani su psihosocijalni, sredinski i kontekstualni faktori, koji deluju u interakciji. Prepoznavanje i tretman psihijatrijskih poremećaja su ključni, ali manja pristupnost psihopatologije među decom nego među adolescentima koji izvrše samoubistvo upućuje na značaj drugih preventivnih mera, kao što je ograničavanje dostupnosti sredstava za izvršenje samoubistva, psihoedukacija roditelja, vršnjaka i školskog osoblja. Razumevanje smrti usled samoubistva deca obično razvijaju na osnovu priča sa svojim vršnjacima i starijom decom, sa televizije i iz direktnog iskustva sa samoubistvom članova porodice, komšija ili prijatelja, a retko i na osnovu priča s odraslima (Mishara, 1999). To ukazuje na prostor za prevenciju putem odgovornijeg izveštavanja medija o samoubistvu i edukacijom i uključivanjem roditelja u preventivne akcije. Efikasnije preventivno delovanje moguće je postići i unapređivanjem identifikovanja faktora zaštite od samoubistva među decom i mladima (Soole, Kólves, De Leo, 2015). Potvrđeno je i da programi za prevenciju suicida koji se sprovode u školama mogu da smanje broj pokušaja samoubistva i ublaže jačinu suicidalnih misli kod školske populacije (Kalafat, 2003; Wasserman, Hoven, Wasserman et al., 2015).

2.5. Prevencija smanjenjem dostupnosti metoda za izvršenje samoubistvo

Suicidno ponašanje često je impulsivno. Visok rizik od samoubistva među mnogim osobama koje su preživele potencijalno letalni pokušaj samoubistva uglavnom nije dugotrajan. Postoji puno dokaza da dostupnost nekog metoda samoubistva utiče na izbor tog metoda. Takođe, da promene i dostupnost popularnih metoda samoubistva mogu da imaju značajne efekte na smanjenje stopa suicida. Mnoge empirijske studije su pokazale da ograničavanje pristupa letalnim metodima samoubistva daje efekte u prevenciji suicida. Smatra se da smanjivanje dostupnosti visoko letalnih i često korišćenih metoda suicida može da doprinese smanjivanju stopa suicida čak za 30 % do 50 %. Pristup suicidalne osobe visoko letalnim sredstvima i metodima za izvršenje samoubistva može da se smanji na više načina. Prvo, ograničavanjem fizičkog pristupa, na primer držanjem vatrenog oružja pod ključem, ili postavljanjem zaštitnih barijera na mostovima i mestima čestih samoubistava skokom sa visine i vešanjem. Zatim, smanjivanjem letalnosti ili toksičnosti određenih metoda, na primer snižavanjem ugljen monoksida u izduvnim gasovima motornih vozila, toksičnosti pesticida u seoskim sredinama i drugo. Takođe, prepisivanjem manjih količina barbiturata i antidepresanata, kao i smanjivanjem pakovanja salicilata i paracetamola, što smanjuje suicide nastale uzimanjem prekomernih doza ovih lekova. Smanjena dostupnost sredstvima za izvršenje samoubistva naročito je delotvorna u situaciji kada je taj metod popularan, visoko letalan, široko dostupan, i ne zamenjuje se lako nekim drugim. Važno je i ograničavanje informacija koje neki metod čine privlačnim ili upadljivim, na primer putem izveštavanja u medijima.

Rezultati više studija ukazuju da na individualnom planu, mnoge osobe imaju preferencije ka određenim metodima, što ograničava mogućnost njihove zamene drugim metodima. Takođe, činjenica da su suicidalne krize i akutni rizik od samoubistva često vrlo kratkotrajni, i uglavnom praćeni ambivalencijom ili impulsivnošću, ukazuje da mnoge osobe kojima je uskraćen pristup određenom sredstvu neće odložiti planove za kasnije ili se okrenuti alternativnim metodima. Iako će neke osobe potražiti druge metode, mnoge ipak neće, a i ako posegnu za drugim sredstvima, obično su ona manje letalna i povezana su s manjom smrtnošću nego kada su dostupne efikasniji metodi. Alternativnim metodima se manje pribegava kada je smanjenje dostupnosti sredstava za izvršenje samoubistva praćeno psihosocijalnim preventivnim akcijama. Preventivni potencijal je veći kada se ne radi samo na fizičkim ograničenjima dostupnosti, već i na kognitivnom aspektu problema (Cantor, Baume, 1998; Denning et al., 2000; Shenassa, Catlin, Buka, 2003; Daigle, 2005; Florentine, Crane, 2010; Sarchiapone et al., 2011; Yip et al., 2012; Barber, Miller, 2014; Whitmer, Woods, 2013; Havârneanu, Burkhardt, Paran, 2015).

Takođe, smanjenje dostupnosti opasnih metoda za suicidalno ponašanje treba da bude sastavni deo kliničkog tretmana depresivnih ili suicidalnih osoba. Treba nastojati da opasna sredstva koja mogu da posluže za izvršenje samoubistva, koliko god je to moguće, budu uklonjena iz kuća osobe pod rizikom. Mere javne politike treba da sadrže edukaciju stanovništva za rizike povezane sa držanjem opasnih sredstava u kući, a smanjenje dostupnosti sredstava za izvršenje samoubistva specifičnih za neku sredinu deo nacionalnih strategija za prevenciju samoubistva (Hawton, 2005).

2.6. Prevencija putem javnih medija i savremenih sredstava komunikacija

Neodgovarajuće predstavljanje samoubistva u medijima predstavlja rizičan faktor za samoubistvo. Potencijalno štetan uticaj medija može se izbeći ako se samoubistvo predstavlja tako da se mogući efekat imitacije svede na minimum, a sa druge strane ohrabri traženje pomoći u kriznim situacijama. To je naročito važno za mlade ljude, koji su najprijemčiviji za uticaje predstavljanja samoubistva u masmedijima (Opalić, 1996; Gould, Jamieson, Romer, 2003).

Kako bi se izbeglo dramatično izveštavanje o samoubistvima i detaljni opisi korišćenih metoda, od pomoći mogu biti priručnici, vodiči za medije, nastali kao rezultat saradnje istraživača, kreatora politike javnog zdravlja i iskusnih poslenika medija. Postoje dobri primeri ove saradnje koji su rezultirali boljim predstavljanjem u medijima i smanjivanjem broja samoubistava koja obično uslede posle izveštavanja o izvršenim samoubistvima koja obiluju detaljnim opisima konkretnih metoda izvršenja (Hawton, Williams, 2002).

Razvoj informacionih tehnologija stvorio je i nove mogućnosti za prevenciju suicida. Internet poseduje potencijal da pozitivno utiče na suicidalne osobe. Uticaj je moguć putem sajtova koji sadrže savete o različitoj vrsti pomoći osobama koje imaju

probleme u vezi sa mentalnim zdravljem i suicidalnim mislima, ohrabruju i upućuju na mesta gde se pomoć može dobiti. Takođe, osmišljene intervencije pomoći posredstvom interneta koriste se da pruže podršku osobama koje imaju probleme sa depresijom, pružajući im mogućnost da sa drugima razmene svoja iskustva i otkriju nove načine za prevazilaženja problema. Društvene mreže, poput Facebooka, takođe mogu da imaju pozitivne uticaje, na primer na osobe ožalošćene usled suicida neke bliske osobe, koje su često stigmatizovane. Društvene mreže na internetu pružaju mogućnost da ožalošćena osoba poveri drugima svoju priču i tako lakše prođe kroz proces tugovanja. Ona dobija podršku putem povezanosti s drugim ljudima, a olakšan joj je i pristup informacijama o službama koje pružaju usluge profesionalnog savetovanja i podrške (McKay, Tighe, Maple, 2013).

S druge strane, internet može da predstavlja i potencijalnu opasnost, jer omogućava pristup sajtovima sa sadržajima koji mogu delovati podsticajno na izvršenje suicida. Stoga je od koristi da pružaoci usluga interneta razvijaju strategije koje povećavaju verovatnoću da osobama sa problemima budu dostupniji sajtovi koji mogu biti od pomoći nego oni sa potencijalno štetnim efektima (Biddle et al., 2008). Neke zemlje, poput Australije, uvele su zakone kojima se korišćenje interneta u smislu savetovanja i podsticanja samoubistva smatra kriminalom, uključujući proizvodnju, snabdevanje i posedovanje materijala koji promovišu samoubistvo i pružaju instrukcije za korišćenje nekog metoda za izvršenje samoubistva (Krysinska, De Leo, 2007).

Mobilni telefoni se takođe sve više koriste u prevenciji suicida. Tome pogoduje njihova laka dostupnost i masovno korišćenje. Putem mobilnog telefona moguće je sprovesti individualno prilagođene intervencije, razvijati i testirati kratke psihosocijalne tretmane koji se koriste za povećanje bezbednosti osobe pod rizikom. Omogućava i pružanje terapijskih intervencija više puta dnevno. Široka upotreba mobilnih telefona omogućava i da se dosegne do osoba kojima ne odgovaraju tradicionalni načini pružanja pomoći, među kojima su i mladi. Mobilni telefoni omogućavaju prikupljanje informacija o raspoloženjima i razmišljanjima osobe pod rizikom. Uvidom u korišćenje telefona, e-maila, društvenih mreža, moguće je procenjivati njeno trenutno stanje i raspoloženje i reagovati u pravom trenutku (de Beurs et al., 2015).

2.7. Strategije za prevenciju samoubistva

Svetska zdravstvena organizacija je identifikovala prevenciju samoubistva kao značajnu oblast delovanja. Ona je, još 1984. godine, u okviru Evropske regionalne strategije "Zdravlje za sve" definisala zdravstveni cilj koji se odnosi na stalno i kontinuirano smanjenje rasprostranjenosti mentalnih poremećaja, kao i samoubistava i pokušaja samoubistva (WHO, 1985). Kako bi se obezbedila implementacija rezultata evropskih multicentričnih istraživanja koja su potom usledila i podstakle inicijative za prevenciju, u okviru Evropske mreže programa za zaštitu mentalnog zdravlja SZO, krajem 2000. godine osnovana je Evropska mreža za prevenciju samoubistva (WHO,

2002). Ona se bavi monitoringom samoubistava i pokušaja samoubistva i programima prevencije. To uključuje podsticanje implementacije postojećih programa, pomoć u razvoju novih strategija i razvijanju instrumenata za evaluaciju, osmišljavanje edukativnih programa, informacionih sistema i istraživačkih projekata usmerenih na uzroke suicidnog ponašanja, kao i na evaluaciju programa intervencije.

Strategije za prevenciju suicida mogu da imaju dva osnovna pristupa: pristup zdravstvene zaštite i pristup javnog zdravlja, a uslov za uspešnost je njihovo kombinovanje. Prvi, pristup zdravstvene zaštite, podrazumeva unapređenje službi zdravstvene zaštite i dijagnostičke procedure, poboljšanje tretmana, kao i praćenje i rehabilitaciju psihijatrijskih pacijenata i osoba koje pokušaju samoubistvo, osoba u stanju psihološkog distresa sa suicidnim mislima. Potrebno je i podizanje svesti i unapređivanje stavova zdravstvenih radnika vezanih za mentalne bolesti i prevenciju samoubistva. Drugi, pristup javnog zdravlja, zahteva odgovornu politiku medija kao i kontrolisanje pristupa sredstvima za izvršenje samoubistva. Podrazumeva i menjanje i unapređenje stavova društva prema mentalnim bolestima i prevenciji samoubistava. To se postiže širokom edukacijom o mentalnim bolestima i njihovom prepoznavanju u ranom stadijumu, kao i o ulozi akutnog i hroničnog psihosocijalnog stresa i značaja faktora koji deluju zaštitno na psihološki stres i suicidno ponašanje (WHO, 2002).

Nacionalna strategija za prevenciju samoubistva predstavlja put kojim se nacionalni odgovor na problem samoubistva sistematično razvija. Ona pokazuje da je vlada jasno određena da se bavi problemom suicida. Uobičajeno sadrži niz preventivnih strategija kao što su nadzor, restrikcija oružja, vodiči za medije, redukcija stigme i podizanje svesti javnosti, edukacija zdravstvenih radnika, policije i ostalih relevantnih službi. Najčešće uključuje i službe za intervenciju u krizi i postvenciju, odnosno pomoć ožalošćenima. Ključni element u razvoju nacionalne strategije za prevenciju samoubistva je da prevencija postane multisektorski prioritet. Kao glavni akteri identifikovani su zdravstveni sektor, najčešće na čelu sa ministarstvom zdravlja, zatim obrazovni i zakonodavni sektor, sektor zapošljavanja i socijalne zaštite, zatim mediji, nacionalni statistički zavodi, organizacije lokalne zajednice, kao i donosioci odluka. Strategija treba da bude u skladu sa kulturnim i socijalnim kontekstom određene zemlje, da teži ciljevima na kratak, srednji i dugi rok, da se efikasno planira, a rezultati redovne evaluacije uključuju u buduće planiranje (WHO, 2014).

Mnoge zemlje su preduzele značajne korake na prevenciji samoubistava i postigle pozitivne rezultate. Tako su Finska, Norveška, Švedska, Australija, Novi Zeland razvile sveobuhvatne nacionalne strategije, a izuzetno široke strategije postoje u Holandiji i Velikoj Britaniji/Škotskoj. I mnoge druge zemlje, kao Francuska, Estonija, SAD, razvile su određene nacionalne programe. U Evropi je prisutan čitav niz preventivnih programa, u nizu zemalja koje su preduzele značajne akcije na prevenciji suicida postignuti su pozitivni rezultati. Postojeće strategije su opšte, ali uglavnom sadrže niz preventivnih akcija usmerenih na mlade, naročito mladiće (WHO, 2004a). Finska nacionalna strategija prevencije samoubistva često se navodi kao dobar primer. Implementirana je u celoj zemlji, na lokalnom, regionalnom i nacionalnom nivou. Sprovedene su široke edukacije, unapređena je dostupnost i korišćenje servisa za

mentalno zdravlje, intervencija u krizi, redukovan pristup sredstvima za samoubistvo. Radi se na edukaciji zdravstvenih radnika, podizanju svesti o faktorima komorbiditeta, praćenju pokušanih samoubistava i osoba pod povećanim rizikom. Program uključuje akcije stručnjaka, socijalnih službi i državnih agencija. Sistematski vršene interne i eksterne evaluacije pokazale su da su postignuti pozitivni rezultati (WHO, 2005).

Prvi Akcioni plan mentalnog zdravlja Svetska zdravstvena organizacija (SZS) usvojila je 2013. godine, a odnosi se na period 2013-2020. Jedan od glavnih ciljeva Akcionog plana je prevencija suicida, a zemlje članice SZO su usvojile globalan cilj da do 2020. godine smanje stopu suicida za 10 %. O tome da se sve veći značaj pridaje problemu samoubistva govori i naslov poslednjeg Izveštaja SZO iz 2014. godine "Prevencija samoubistva: Globalni imperativ" (WHO, 2014). Izveštaj je ponudio bazu opštih znanja o samoubistvu i pokušajima samoubistva koja treba da posluži vladama, kreatorima politike i relevantnim akterima, kao i predlog mogućih koraka za delovanje koji su bazirani na trenutnim resursima i uvažavaju kontekst različitih zemalja. Autori smatraju da ovaj dokument može da bude značajna osnova za razvoj široke multisektorske strategije za efektivnu prevenciju samoubistva (WHO, 2014).

U svetu je do 2014. godine malo zemalja donelo nacionalnu strategiju prevencije suicida, ukupno dvadeset osam, od toga trinaest evropskih. Dalji koraci podrazumevaju evaluaciju i monitoring postignutih rezultata u svim oblastima prevencije. U "Izveštaju" se zemlje, koje nisu usvojile nacionalnu strategiju, a među kojima je i Srbije, upućuju na moguću implementaciju ciljanih programa prevencije suicida. Oni su namenjeni identifikovanju vulnerabilnih osoba kod kojih postoji rizik od samoubistva i zatim njihovom upućivanju službama i resursima za pomoć. Programi se osmišljavaju tako da unapređuju mentalno zdravlje i smanjuju rizik od samoubistva. Zemlje koje već imaju neke preventivne akcije upućuju se na dalje koordinisanje i zajedničko delovanje postojećih aktivnosti i osmišljavanje novih, na nacionalnom i lokalnom nivou. To podrazumeva edukacije i vodiče za stručnjake koji se bave samoubistvom, sprovođenje istraživanja u cilju povećanja znanja, dalje premošćivanje nedostataka i ograničenja u osmišljavanju i implementaciji, i drugo. Zemlje u kojima ne postoje nikakve aktivnosti namenjene prevenciji suicida usmeravaju se na započinjanje aktivnosti u svim oblastima strateškim za prevenciju (WHO, 2014).

2.8. Međunarodne aktivnosti: Svetski dan prevencije samoubistva

Prevenciji samoubistva posvećen je i Svetski dan prevencije samoubistva, koji se od 2003. godine obeležava svakog 10. septembra. Ustanovljen je na inicijativu Međunarodnog udruženja za prevenciju samoubistva (International Association for Suicide Prevention - IASP) uz podršku Svetske zdravstvene organizacije, kako bi se skrenula pažnja svetske javnosti na samoubistvo kao jedan od vodećih uzroka prerane smrti koji je moguće sprečiti. Cilj obeležavanja Svetskog dana prevencije samoubistva

je da se unaprede znanja o samoubistvu, šire informacije, smanji stigmatizacija i podigne svest o tome da je samoubistva moguće sprečiti. Služi kao poziv na akciju pojedincima i organizacijama da rade na prevenciji samoubistva (IASP, 2015). Svake godine, u fokusu Svetskog dana je jedna od tema važnih za prevenciju samoubistva i prati je odgovarajući moto. Tako je u prethodnim godinama pažnja usmeravana na stigmu kao prepreku za prevenciju suicida, na ojačavanje zaštitnih faktora, prevenciju samoubistva u različitim fazama životnog ciklusa, potrebu povezivanja na svim nivoima u borbi protiv suicida, prevenciju prilagođenu različitim kulturama, zatim na potrebu da se naučna znanja i istraživanja pretvore u praktične programe i aktivnosti, zajedničku odgovornost da se spasu životi koji bi inače nestali usled samoubistva, lokalne aktivnosti koje se sprovode širom sveta, na razlike i sličnosti među zemljama.

Svetski dan prevencije samoubistva 2015. obeležen je temom "Prevencija samoubistva: ponuditi pomoć i spasti živote". Moto koji ga je pratio bio je *Povežimo se i spasimo živote*. Osmišljen je sa ciljem da se ljudi podstaknu na razmišljanje o značaju koji pružena pomoć može da ima u borbi protiv samoubistva. Uspostavljanje kontakta i pružanje podrške važno je na više nivoa. Neophodno je dopreti do osoba u riziku od samoubistva i pružiti im podršku, jer izolacija povećava rizik od samoubistva, a čvrste socijalne veze imaju zaštitnu ulogu. Zatim, ponuditi ožalošćenim porodicama, prijateljima i članovima zajednice proaktivnu i saosećajnu podršku, bez osude, jer stigma koja prati samoubistvo otežava njihov proces tugovanja i suočavanja sa gubitkom. Važno je pomoći ljudima koji su u riziku od samoubistva i ožalošćenim osobama čija je bliska osoba izvršila samoubistvo da uspostave kontakt s relevantnim službama, zdravstvenim i specijalizovanim, ali i grupama za podršku i samopomoć. Potrebno je povezati se s osobama i organizacijama koje rade na prevenciji samoubistva, jer to povećava verovatnoću uspešnosti zajedničkih napora da se smanji broj ljudi koji umiru usled samoubistva i onih koji su time teško pogođeni. Značajno je i uspostaviti kontakt i povezati se s drugim ljudima širom sveta koji rade na zajedničkom cilju sprečavanja samoubistva i uključiti se u aktivnosti predviđene obeležavanjem Svetskog dana prevencije samoubistva (Penev, 2015).

3. SAVREMENI TREND OVI SUICIDA U EVROPI I SVETU

3.1. Učestalost samoubistava po regionima i zemljama

Postoje bitne razlike po regionima i zemljama sveta ili pak pojedinim zajednicama (etničkim, kulturnim, religijskim) u pogledu učestalosti samoubistava, metoda izvršenja kao i bioloških karakteristika lica koja su izvršila samoubistvo. Regionalne razlike mogu da se prate na osnovu raspoloživih statističkih podataka koji potiču i iz srednjeg veka. Naime, samoubistva su, prvenstveno smatrana kao prkošenje Bogu, vrlo rano beležena u parohijskim knjigama, tako da se za neke zemlje, a posebno za neka manja područja, podaci o umrlim usled samoubistva protežu od 18. veka, a u nekim slučajevima takvi podaci datiraju čak iz 13. veka (Chesnais, 2003).

3.1.1 O kvalitetu statističkih podataka

U savremenom svetu, uprkos posebne pažnje koju privlače suicidi, statistički podaci o umrlima usled tog uzroka smrti u velikoj meri spadaju u grupu nedovoljno pouzdanih ili čak potpuno neraspoloživih. Pored opštih problema koji postoje u vezi statističkog praćenja vitalnih događaja, a koji su prisutni u velikom broju zemalja sveta, dodatne teškoće postoje u registrovanju suicida ili pokušaja samoubistva. To je u najvećoj meri posledica odnosa šire društvene zajednice prema činu suicida, njegovoj stigmatizaciji ili čak njegovom tretiranju kao krivičnog dela. Takođe nisu zanemarljivi ni problemi vezani za nedovoljnu stručnost lica koja utvrđuju smrt, primenu različitih definicija suicida, ili pak pogrešno klasifikovanje samoubistva kao nekog drugog uzroka smrti, posebno u slučajevima kada je smrt nastupila relativno dugo nakon samopovređivanja.

Prema Svetskoj zdravstvenoj organizaciji, u 2012. godini u svega 60, od ukupno 172 zemlje članice s preko 300 hiljada stanovnika, kvalitet statistike vitalnih događaja bio je dobar, i čiji su podaci nacionalnih statističkih institucija praktično mogli da budu direktno preuzeti prilikom izrade procena godišnje stope suicida (WHO, 2014). Mada ogromna većina zemalja u razvijenim delovima sveta ima dobru registraciju vitalnih događaja, i tamo ima zemalja koje ne zadovoljavaju osnovne kriterijume SZO za ocenu kvaliteta statističkih podataka o vitalnim događajima, a posebno o smrtnosti usled samoubistva. Od evropskih zemalja, u 2012. godini tu su svrstane Poljska, Bugarska, Grčka, Albanija, Crna Gora, Bosna i Hercegovina (WHO, 2014).

Problemi u vezi statističkih podataka o samoubistvima postoje čak i kada se radi o zemljama za koje se smatra da imaju kvalitetnu statistiku suicida, i to pre svega u pogledu njihove uporedivosti. Statistički razvijene zemlje, primenjuju 10. reviziju Međunarodne statističke klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10), koju je 1992. godine objavila Svetska zdravstvena organizacija. Međutim, i pored toga postoje razlike među zemljama, što dodatno otežava međunarodna poređenja. Tako, na primer, britanska statistika u ukupan broj umrlih usled suicida uključuje podatke o umrlima usled namernog samopovređivanja (X60-X84), kao i umrle usled događaja (povrede / trovanja) s neodređenom namerom (Y10-Y34). Uz to, u samoubistva su uključeni samo smrtni slučajevi lica starih 15 ili više godina. Statistike Kanade, SAD, Francuske pod samoubistvima podrazumevaju samo smrti usled namernog samopovređivanja (X60-X84), s tim što je donja starosna granica pomerena na 10 ili više godina. Australijska statistika u ukupan broj samoubistava, takođe, uključuje samo smrti klasifikovane kao namerno samopovređivanje, ali je donja starosna granica pomerena na 15 ili više godina (ONS, 2015). Za srpsku statistiku pod samoubistvima se podrazumevaju svi smrtni slučajevi koje je nadležno lice klasifikovalo kao namerno samopovređivanje, bez obzira na starost umrlog lica.

Ipak, mnogo veći problem predstavlja činjenica da i u 21. veku ubedljivo najveći broj zemalja koje pripadaju tzv. grupi s niskim ili srednjim dohotkom, nema dobru, ili uopšte nema registraciju vitalnih događaja (WHO, 2014). Taj problem je najviše prisutan u afričkim zemljama. To nesumnjivo dovodi u pitanje i pouzdanost procena SZO o broju samoubistava u tim zemljama.

3.1.2 Dugoročne promene u nekim evropskim zemljama

Relativno pouzdani podaci o broju suicida za jedan duži vremenski period (od sredine 19. veka) koji su raspoloživi za manji broj evropskih zemalja, kao i za SAD i Japan, kao i procene SZO koje se odnose na poslednje decenije 20. veka i početak 21. veka (do 2012. godine), ukazuju na nestabilnost vrednosti stope suicida, na neujednačen intenzitet i smer promena. Takva konstatacija se odnosi ne samo na međunarodne komparacije, već i na dinamiku promena u pojedinim zemljama. To je svakako usko povezano sa socioekonomskim i političkim prilikama u posmatranim zemljama, ali u značajnoj meri i s njihovom demografskom situacijom i sa stanjem u javnom zdravstvu i stepenom primene dostignuća u medicini.

Tako su, na primer, u Austriji, Danskoj, Mađarskoj, Italiji i Rusiji, stope suicida na 100.000 stanovnika, u jednom dugom periodu od preko 150 godina, između sredine 19. veka do danas, bile veoma različite (tabela 3.1-1). To se odnosi na početne vrednosti, zatim intenzitet i smer promena, kao i na aktuelno dostignut nivo tog pokazatelja smrtnosti. Danska je sredinom 19. veka bila zemlja s najvećom stopom suicida (26 na 100.000 stanovnika), koja je bila višestruko veća nego u tada tipično agrarnim zemljama, kao što su to bile Italija, Mađarska i Rusija (oko 3 na 100.000), ali i u odnosu na Austriju (5 na 100.000) (Chesnais, 2003). U Danskoj je do sredine prve polovine 20. veka (1926-1935) značajno smanjena stopa suicida (18 na 100.000 stanovnika).

Istovremeno, u Mađarskoj vrednost stope suicida je udesetostručena (32 na 100.000), a u Italiji utrostručena (9 na 100.000). U Rusiji je takođe zabeleženo povećanje, ali je broj samoubistava i dalje bio relativno nizak (4,5 na 100.000 stanovnika).

U sledećih pola veka (do 1980) po zemljama su i dalje prisutni različiti trendovi kretanja stope suicida. U Danskoj se beleže potpuno suprotna kretanja u odnosu na prethodni period – stopa suicida se naglo povećava dostižući maksimum 1980. godine sa 32 samoubistava na 100.000, čime se ta zemlja ponovo vraća u sam Evropski vrh (WHO, 1999). Istovremeno, značajno povećanje stope prisutno je i u Mađarskoj, ne tako intenzivno kao u Danskoj, ali dovoljno da ta zemlja u 1980. godini po broju samoubistava na 100.000 stanovnika bude na samom evropskom i svetskom vrhu. Najdramatičnije povećanje je zabeleženo u Rusiji, gde je stopa suicida za pedesetak godina (između 1926-1935. i 1980) višestruko povećana, dostigavši nivo od 35 samoubistava na 100.000 stanovnika. Međutim, u Italiji su zabeležene potpuno suprotne promene. Relativno niska stopa suicida svedene su na još niži nivo, da bi u 1980. godini (7 na 100.000) Italija postala jedna od evropskih zemalja sa najmanjim brojem samoubistava na 100.000 stanovnika.

Tabela 3.1-1
Stope suicida u nekim evropskim zemljama od sredine 19. do početka 21. veka
(izabrani periodi i godine)

| Zemlja | 1846-1855 | 1896-1905 | 1926-1935 | 1960 | 1980 | 2000 | 2012 |
|----------|-----------|-----------|-----------|------|------|------|------|
| Austrija | 4,9 | 18,6 | 38,0 | 23,1 | 25,7 | 19,8 | 15,6 |
| Danska | 25,9 | 22,4 | 17,6 | 20,2 | 31,6 | 13,7 | 11,2 |
| Mađarska | 3,2 | 20,5 | 31,5 | 24,9 | 44,9 | 32,0 | 25,3 |
| Italija | 3,1 | 6,3 | 9,3 | 6,1 | 7,3 | 7,1 | 6,4 |
| Rusija | 2,6 | 3,3 | 4,5 | ... | 34,6 | 38,9 | 22,4 |

Izvor: Za godine do 1960: Chesnais (2003); za 1980. godinu WHO (1999); za 2000. nacionalne statistike posmatranih zemalja; za 2012. WHO (2014).

U naredne tri decenije, do 2012. godine, stopa suicida u Danskoj ponovo opada, i to gotovo kontinuirano i vrlo intenzivno, dostižući najniži nivo u poslednjih 160 godina (11 na 100.000 u 2012. godini). Smanjenje je prisutno i u Mađarskoj, ali se ono odvija sporije nego u Danskoj, tako da se 2012. godine ta zemlja, sa 25 samoubistava na 100.000 stanovnika, i dalje nalazi pri samom evropskom vrhu.

I u Rusiji je stopa suicida 2012. godine bila niža nego 1980, ali je smanjenje (sa 35 na 22 na 100.000) bilo manje intenzivno nego u Mađarskoj, a posebno u poređenju s Danskom. Međutim, za razliku od te dve zemlje, u Rusiji smanjenje stope suicida nije bilo kontinuirano. Tokom 1980-ih stopa suicida je opadala, početkom 1990-ih ponovo je prisutno povećanje, koje je rezultiralo stopom od preko 40 samoubistava na 100.000 stanovnika. U Rusiji stopa samoubistava nakon 1995. godine ponovo ima opadajući trend, da bi u 2012. godini bila svedena na nivo od 22 na 100.000 stanovnika.

Italija je i u poslednje tri decenije bila zemlja sa najmanjim kolebanjima u visini stope suicida, a ujedno je sa 6 samoubistava na 100.000 stanovnika i u 2012. godini bila među zemljama s najnižom stopom suicida u Evropi.

3.1.3 Procene o skorašnjim promenama broja i stope suicida u svetu

Prema najnovijim procenama SZO, u svetu je 2012. godine usled samoubistva umrlo 804 hiljade lica ili 11,4 na 100.000 stanovnika (tabela 3.1-2). U poređenju s procenama koje se odnose na 2000. godinu, broj suicida je smanjen za 79 hiljada, ili za 9 %. Mnogo intenzivnije su bile promene stope suicida, koja je u odnosu na 2000. godinu smanjena za petinu (u 2000. je iznosila 14,4 na 100.000). Tako je i tokom 2000-ih nastavljeno smanjenje broja samoubistava i stope suicida koja je, prema procenama SZO dostigla najviši nivo sredinom 1990-ih (oko 920 hiljada umrlih ili 16,0 na 100.000 u 1995. godini).

Tabela 3.1-2.

Osnovni podaci o broju samoubistava po grupama zemalja sveta svrstanim prema vrednosti stope suicida, 2012.

| | Stopa suicida (na 100.000) | | | |
|--|----------------------------|--------------|-----------|---------------|
| | Do 5,0 | 5,0-9,9 | 10,0-14,9 | 15,0 ili više |
| Broj samoubistava | 40584 | 218078 | 116730 | 422457 |
| Udeo u ukupnom broju suicida (%) | 5,1 | 27,3 | 14,6 | 52,9 |
| Stopa na 100.000 (prosečna za grupu) | 3,1 | 7,7 | 12,6 | 21,4 |
| Broj stanovnika (mil.) | 1315,4 | 2817,1 | 923,2 | 1978,5 |
| Udeo u ukupnom stanovništvu (u %) | 18,7 | 40,0 | 13,1 | 28,1 |
| Broj zemalja | 54 | 50 | 34 | 34 |
| Najmnogoljudnije zemlje (preko 50 miliona stanovnika) | Indonezija | Kina | SAD | Indija |
| | Nigerija | Brazil | Nemačka | Rusija |
| | Meksiko | Pakistan | Tajland | Japan |
| | Filipini | Bangladeš | Mjanmar | Francuska |
| | Egipat | Etiopija | | |
| | J. Afrika | Vijetnam | | |
| | | Iran | | |
| | | Turska | | |
| | | DR Kongo | | |
| | | Ujed. Kralj. | | |
| | Italija | | | |

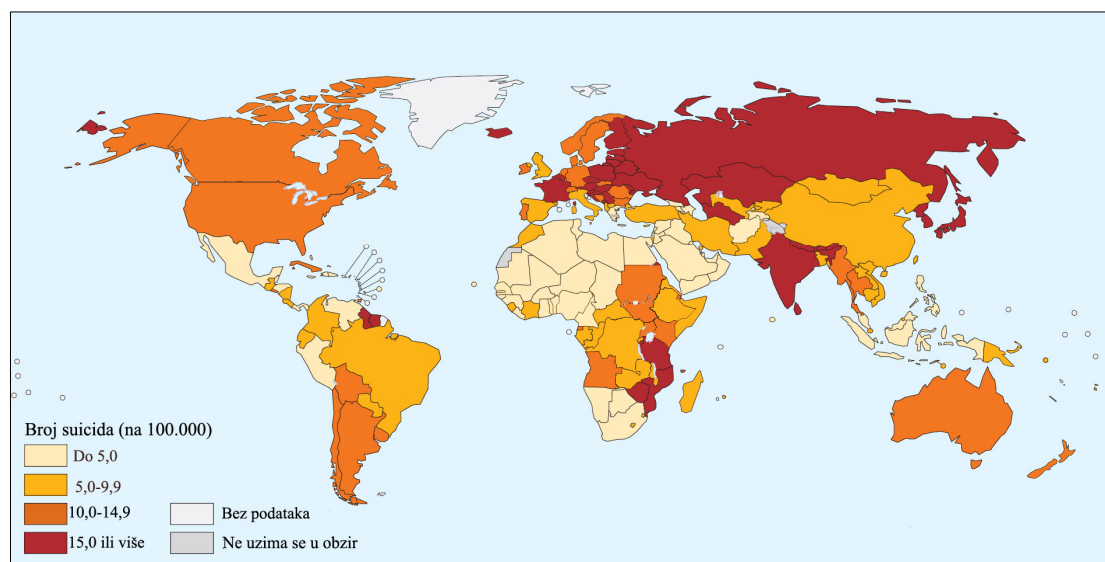
Izvor: Na osnovu procena SZO o broju samoubistava po zemljama (WHO, 2014) i procena stanovništva sveta (UN, 2013).

Prema Svetskoj zdravstvenoj organizaciji, u 2012. godini su, posmatrano po zemljama, vrednosti stope suicida kretale su se u intervalu od 0,3 do 39,5 na 100.000 stanovnika. U najvećem broju zemalja (54 od 172) stopa samoubistva je niska (ispod 5 na 100.000 – tabela 3.1-2). S druge strane, u grupi zemalja s najvećim stopama suicida (preko 15 na 100.000) ih je znatno manje (34). Međutim, relativni značaj koji te dve grupe zemalja imaju pri formiranju prosečne svetske stope nije u skladu s brojem zemalja po grupama. Naime, u zemljama s najnižom stopom suicida živi 1,3 mlrd. stanovnika (19 % ukupnog stanovništva sveta), dok u zemljama sa stopama suicida koje su preko 15 na 100.000 živi 2,0 mlrd. stanovnika (28 % svetskog stanovništva). U proseku, zemlje iz prve grupe su populaciono više nego dvostruko manje od zemalja iz druge grupe (24 miliona pram 58 miliona). Međutim, prema broju samoubistava razlika je još veća. U 54 zemlje s najnižim stopama suicida bilo je

preko 10 puta manje samoubistava (41 hilj.) nego u ukupno 34 zemlje sa stopama preko 15 na 100.000 (ukupno 422 hilj.). Ujedno, preko polovine svih samoubistava u svetu izvršeno je upravo u zemljama u kojima je stopa suicida preko 15 na 100.000 stanovnika. Međutim, s obzirom da se radi o procenama, a ne o egzaktnim i potpuno pouzdanim statističkim podacima, manja ili veća opreznost mora biti prisutna i prilikom razmatranja procena za sve ostale zemlje sveta odnosno zemlje članice SZO.

Među zemljama sa stopom suicida ispod 5 na 100.000, najviše ih je s afričkog kontinenta (23), dok je u grupi zemalja sa stopama sucida koje iznose najmanje 15 umrlih na 100.000 najviše iz Evrope (19). Ujedno, u Africi su najbrojnije zemlje u kojima je stopa suicida manja od 5 na 100.000, dok su u Evropi najbrojnije zemlje u kojima je 2012. godine stopa suicida bila veća od 15 na 100.000 (karta 3.1-1).

Istovremeno, među zemljama s najnižim vrednostima stope suicida (manje od 2 na 100.000), a takvih je ukupno 14, nema nijedne evropske zemlje (tabela 3.1-3). Sve su afričke ili azijske, i to s većinskim muslimanskim stanovništvom, a jedna je latinoamerička država (Jamajka).



Karta 3.1-1.

Stope suicida na 100.000 stanovnika po zemljama sveta, 2012

Izvor: Na osnovu podataka SZO (WHO, 2014)

Najviše samoubistava na 100.000 stanovnika je na Korejskom poluostrvu, i to u obe države. DNR Koreja ima najveću procenjenu vrednost stope suicida (39,5 na 100.000), dok je odmah iza nje Republika Koreja (36,6 na 100.000). Mora se voditi računa da je SZO svrstala DNR Koreju u grupu zemalja koje imaju najmanje kvalitetne podatke o vitalnim događajima, dok je Republika Koreja u grupi zemalja s najboljom evidencijom vitalnih događaja. S tim u vezi, čini se vrlo opravdanim velika opreznost prilikom zaljučivanja da je DNR Koreja zemlja s najvećom stopom suicida na svetu. Visoke vrednosti stope suicida, preko 20 umrlih na 100.000 stanovnika, su u još 14 zemalja. Od njih, 6 ih je iz Azije (Severna i Južna Koreja, Japan, Nepal, Indija i Šri Lanka), i sve su sa Dalekog istoka ili sa Indijskog podkontinenta, 6 su bivše

sovjetske republike (Rusija, Kazahstan, Belorusija, Ukrajina, Litvanija i Letonija), dve su, takođe, bivše evropske socijalističke države (Poljska i Mađarska), a preostale dve su male, južnoameričke države (Gvajana i Surinam).¹

U 2012. godini najviše umrlih usled samoubistva bilo je u Indiji (ukupno 258 hilj.). Sledi Kina, ali s više nego dvostruko manje smrtnih slučajeva (121 hilj.). To znači da se gotovo svako drugo samoubistvo u svetu desilo u te dve najmnogoljudnije zemlje.

Tabela 3.1-3

Suicidi u zemljama s najvećim i zemljama s najmanjim stopama suicida, 2012. i 2000.

| Rang | Zemlja | Broj suicida | Stopa suicida (na 100.000) | Standardizovana stopa suicida (na 100.000) | |
|------|-------------------|--------------|-------------------------------|---|------|
| | | 2012 | 2012 | 2012 | 2000 |
| | Svet | 803900 | 11,4 | 11,4 | 14,4 |
| 1 | NDR Koreja | 9790 | 39,5 | 38,5 | 47,3 |
| 2 | Republika Koreja | 17908 | 36,6 | 28,9 | 13,8 |
| 3 | Gvajana | 277 | 34,8 | 44,2 | 48,3 |
| 4 | Litvanija | 1007 | 33,3 | 28,2 | 44,9 |
| 5 | Šri Lanka | 6170 | 29,2 | 28,8 | 52,7 |
| 6 | Surinam | 145 | 27,2 | 27,8 | 19,8 |
| 7 | Mađarska | 2519 | 25,3 | 19,1 | 25,7 |
| 8 | Kazahstan | 3912 | 24,0 | 23,8 | 37,6 |
| 9 | Japan | 29442 | 23,1 | 18,5 | 18,8 |
| 10 | Ruska Federacija | 31997 | 22,4 | 19,5 | 35,0 |
| 11 | Belorusija | 2051 | 21,8 | 18,3 | 35,5 |
| 12 | Indija | 258075 | 20,9 | 21,1 | 23,3 |
| 13 | Poljska | 7848 | 20,5 | 16,6 | 18,5 |
| 14 | Letonija | 419 | 20,4 | 16,2 | 29,0 |
| 15 | Nepal | 5572 | 20,3 | 24,9 | 33,5 |
| 16 | Ukrajina | 9165 | 20,1 | 16,8 | 29,8 |
| 159 | Niger | 315 | 1,8 | 3,5 | 3,5 |
| 160 | Mauritanija | 68 | 1,8 | 2,9 | 3,1 |
| 161 | Alžir | 677 | 1,8 | 1,9 | 2,2 |
| 162 | Azerbejdžan | 154 | 1,7 | 1,7 | 1,7 |
| 163 | Jordan | 114 | 1,6 | 2,0 | 2,4 |
| 164 | Egipat | 1264 | 1,6 | 1,7 | 2,6 |
| 165 | Libija | 90 | 1,5 | 1,8 | 2,7 |
| 166 | Irak | 376 | 1,2 | 1,7 | 1,4 |
| 167 | Jamajka | 33 | 1,2 | 1,2 | 1,1 |
| 168 | Oman | 32 | 1,0 | 1,0 | 2,0 |
| 169 | Kuvajt | 33 | 1,0 | 0,9 | 1,4 |
| 170 | Liban | 43 | 0,9 | 0,9 | 1,7 |
| 171 | Sirija | 77 | 0,4 | 0,4 | 0,5 |
| 172 | Saudijska Arabija | 98 | 0,3 | 0,4 | 0,6 |

Izvor: Prema podacima procena iz publikacije SZO (WHO, 2014).

Napomena: U tabeli su prikazani podaci za zemlje koje su 2012. godine imale stopu suicida od preko 20 na 100.000 i za zemlje s manje od 2 samoubistva na 100.000 stanovnika.

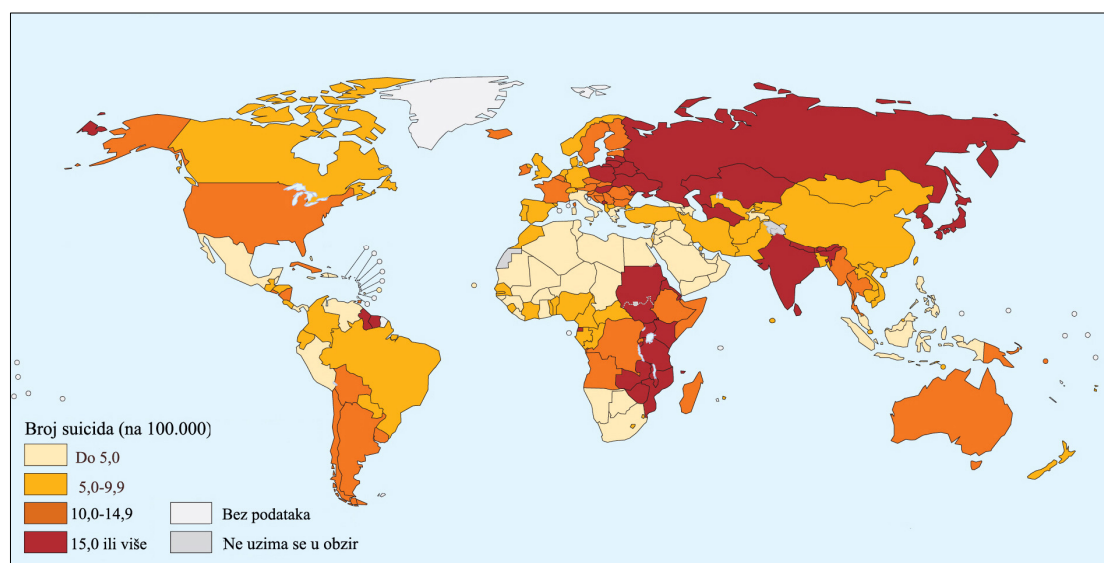
Imajući u vidu velike razlike u specifičnim stopama suicida po starosti, preciznija slika o prevalenci suicida po zemljama sveta može se dobiti na osnovu

¹ U obe države živi veliki udeo stanovništva indijskog porekla (50 % u Gvajani i 30 % u Surinamu).

standardizovanih stopa suicida po starosti (karta 3.1-2). Kao osnova za izračunavanje standardizovanih stopa suicida poslužilo je svetsko standardno stanovništvo koje se koristi u SZO. Time su u velikoj meri eliminisani uticaji različitih starosnih struktura po zemljama i na taj način olakšana međunarodna poređenja.

Posmatrajući zemlje svrstane u četiri grupe prema visini stvarnih i standardizovanih stopa suicida (do 5,0; 5,0-9,9; 10,0-14,9; 15,0 ili više) njih 49 su promenile grupu. Promene nisu jednosmerne. One kod 27 zemalja predstavljaju ulazak u grupu s višom stopom suicida, a kod 22 prelazak u grupu s nižim vrednostima standardizovanih stopa suicida. Očekivano, promene "na gore" su kod zemalja s mladom starosnom strukturom i to su uglavnom afričke (21). S druge strane, promene "na dole" su jedino kod zemalja s natprosečnim udelom starih. Pored Kanade i Novog Zelanda, sve ostale su evropske zemlje.

Distribucija zemalja svrstanih po grupama na osnovu visine standardizovane stope suicida na 100.000 stanovnika razlikuje se u odnosu na onu prema realnim stopama suicida. Kada se uzme u obzir standardna populacija, na mapi sveta su manje izražene razlike prema visini stope suicida (karta 3.1-2). Broj zemalja sa stopom suicida nižom od 5,0 na 100.000 stanovnika sveden je sa 54 na 47, dok je broj onih sa stopom koja iznosi preko 15 na 100.000 smanjen sa 34 na 33. Treba istaći da u "grupi 15+", evropske zemlje više nisu najbrojnije (njihov broj je sa 19 smanjen na 10), dok je broj afričkih zemalja više nego utrostručen (sa 4 na 14).



Karta 3.1-2.

Standardizovana stopa suicida na 100.000 stanovnika po zemljama sveta, 2012.

Izvor: WHO (2014)

Što se tiče zemalja s rekordno visokim stopama suicida, one su, i pored izvesnih promena, na vrhu liste bez obzira da li se radi o realnim ili standardizovanim stopama suicida. Naime, prvih pet zemalja s najvećim stopama suicida (DNR Koreja, Republika Koreja, Gvajana, Litvanija i Šri Lanka) takođe su "prvoplasirane" i prema vrednosti standarizovane stope suicida. Međutim, prema vrednosti tog pokazatelja

samoubistva na prvom mestu se nalazi mala latinoamerička država Gvajana.² To vrlo ilustrativno ukazuje na svu ozbiljnost problema suicida u navedenim zemljama, a posebno u onim azijskim. Na drugom kraju liste, stanje je gotovo identično kao i na osnovu opšte stope suicida. Osim Nigera i Mauritanije, sve ostale zemlje sa opštim stopama suicida ispod 2 na 100.000 imale su i najniže vrednosti standardizovane stope suicida (takođe sve ispod 2 na 100.000).

Smanjenje stope suicida za koje je procenjeno da se između 2000. i 2012. godine odvijalo na globalnom nivou, bilo je prisutno i u najvećem broju zemalja. Od ukupno 172 zemlje, za koje su urađene procene SZO, vrednost stope suicida standardizovane po starosti je u 2012. godini bila niža u 117, u 49 je bila viša, dok je u šest zemalja ona ostala nepromenjena. Ne postoje neke očigledne pravilnosti u vezi intenziteta ili promene smera stope suicida. Ipak, može se konstatovati da je smanjenje prisutno kod ogromne većine zemalja koje imaju visoke standardizovane stope suicida (preko 20 na 100.000), ali i u zemljama u kojima su one vrlo niske. Takođe, upečatljivo je da je u zemljama u kojima je ostvareno najveće smanjenje stope suicida (preko 20 %) ono bilo intenzivnije, i relativno i apsolutno, nego što je to bio slučaj s povećanjem u zemljama u kojima su vrednosti tog pokazatelja najviše povećane (preko 20 %).

Ako se posmatra samo 11 zemalja s najvećim brojem samoubistava u 2012. godini (preko 10.000 smrtnih slučajeva), tada je, prema procenama SZO, povećanje vrednosti standardizovane stope suicida ostvareno samo u SAD, Republici Koreji, Pakistanu i Brazilu, u jednoj zemlji stopa je ostala na istom nivou kao i 2000. godine, dok je u 6 ona smanjena. Povećanje standardizovane stope suicida je najveće u Republici Koreji (sa 13,8 na 28,9 na 100.000), dok je smanjenje, relativno, ali i apsolutno bilo najveće u Kini (sa 19,4 na 7,8 na 100.000) i u Rusiji (sa 35,0 na 19,5 na 100.000). Promene koje su ostvarene su posebno značajne, ne samo za te zemlje, već i za kretanje broja samoubistava u svetu. Za sada ne postoji potpuna saglasnost o značaju osnovnih razloga tako značajnih promena u kretanju broja i stope samoubistava u svetu, bilo u smeru njihovog povećanja, kao npr. u Republici Koreji, ili pak njihovog smanjenja, pre svega u Kini (Schmidtke, et al., 1999; Bertolote, De Leo, 2012; Värnik, 2012; Pray, L., et al., 2013; De Leo, et al., 2013).

3.2. Osnovne karakteristike samoubistava. Sličnosti i razlike po zemljama i velikim područjima

3.2.1 Razlike po polu

Opšte je uverenje, ne samo u najširoj stručnoj javnosti, da je danas u svetu broj samoubistava među muškarcima 2-3 puta veći od broja samoubistava koje izvrše žene. Međutim, najnovije procene SZO navode na donošenje nešto drugačijeg zaključka. Naime, prema procenama koje se odnose na 2012. godinu, od ukupnog

² Gvajana je poznata i po najvećem poznatom masovnom kolektivnom samoubistvu koje se odigralo novembra 1978. godine kada je život izgubilo preko 900 lica (Baechler, 2009).

broja lica koja su izvršila samoubistvo 64 % su muškarci, a 36 % su žene, vrednost koeficijent maskuliniteta lica koja su umrla usled samoubistva je iznosila 1804 na 1000 žena. Muškarci nisu brojniji u samo 6 (Irak, Kina, Bangladeš, Indonezija, Pakistan i Avganistan) od ukupno 172 zemlje članice. Sve navedene zemlje su azijske, a koeficijent maskuliniteta umrlih usled samoubistva kreće se u intervalu od 528 do 888. Među njima su i tri zemlje (Kina, Pakistan i Bangladeš) koje pripadaju grupi od 11 zemalja s najvećim brojem samoubistava (preko 10.000 godišnje), što u velikoj meri utiče na smanjenje prosečne vrednosti koeficijenta maskuliniteta suicida. Istovremeno, bilo je i 11 zemalja s relativno visokim udelom žena u ukupnom broju samoubistava (između 40 % i 50 %, tj. s koeficijentom maskuliniteta ispod 1600). U tu grupu spada i Indija, zemlja s ubedljivo najvećim brojem samoubistava. Ona, Kina i još 6 drugih azijskih zemalja s relativno niskim udelom muškaraca u ukupnom broju suicida, učestvuju s 54 % u ukupnom broju samoubistava u svetu, pa samim tim bitno utiču na svetski prosek.

U Evropi, u svim zemljama, osim u Albaniji, među licima koja su izvršila samoubistvo najmanje je dvostruko veći broj muškaraca nego žena. Ukoliko se izuzme Malta, zbog male populacije i vrlo malog broja samoubistava, tada je u Poljskoj i Slovačkoj najveća razlika između broja umrlih lica muškog i ženskog pola (odnos je preko 6,6 prema 1), dok je u još 4 zemlje (Letonija, Rumunija, Kipar i Češka) broj umrlih usled samoubistva muškog pola najmanje 5 puta veći od broja umrlih žena. Sve su to, osim Kipra za koga važi ista napomena kao i za Maltu, bivše socijalističke zemlje, i to uglavnom zemlje nastale nakon raspada federalnih država s režimima tzv. realnog socijalizma.

Brojni su, ali, ipak, još uvek nedovoljno ispitani razlozi velike razlike u stopama suicida muškaraca i žena. Isto važi i za ogromne razlike u vrednostima koeficijenta maskuliniteta broja umrlih usled samoubistva po zemljama i regionima sveta. Kao najčešća objašnjenja spominju se posledice u vezi rodne nejednakosti, razlike u pogledu društveno prihvatljivih načina suočavanja sa stresom i rešavanja konfliktnih situacija kod muškaraca i žena, zatim dostupnost i efikasnost najčešćih metoda izvršenja samoubistva, raširenost alkoholizma, kao i razlike između muškaraca i žena u vezi ličnog odnosa u pogledu traženja podrške i stručne pomoći prilikom pojave mentalnih poremećaja (detaljnije videti u poglavlju 1.4).

3.2.2 Razlike po starosti

U suicidologiji se kao jedna od osnovnih zakonomernosti navodi dominacija suicida među starima, i to pre svega među starima muškog pola. Takva konstatacija je uglavnom nepobitna kada se razmatraju stope suicida po starosti, i to važi za ubedljivo najveći broj zemalja sveta. Međutim, ukoliko se uzima u obzir samo apsolutni broj samoubistava, tada zaključci mogu biti potpuno drugačiji, posebno u zemljama s relativno malim udelima starih.

Na osnovu rezultata najnovijih procena SZO može se zaključiti da je u 2012. godini približno svako 7. samoubistvo (oko 110 hiljada ili 14 % svih suicida) izvršilo lice staro 70 ili više godina.³ Udeo starih u ukupnom broju suicida je relativno nizak prevenstveno zbog starosne strukture ukupnog stanovništva (udeo stanovništva te starosti procenjen je na 5,2 %). Stopa suicida najveća je upravo među licima starim 70 ili više godina (30 na 100.000) i za četiri petine je viša od stope suicida u starosnoj grupi 50-69 godina. Inače, na svetskom nivou, osim kod marginalnih starosnih grupa (70 ili više i deca mlađa od 15 godina), stope suicida središnjih velikih starosnih grupa (15-29, 30-49, 50-69 godina) su prilično ujednačene. Vrednosti se nalaze u intervalu od 12,7 na 100.000 (za stare 30-49 godina), do 16,6 na 100.000 (50-69). Ipak, treba istaći da u pogledu nivoa stopa suicida po velikim starosnim grupama ne postoji jasno uzlazno kretanje s povećanjem starosti. Naime, broj suicida na 100.000 stanovnika je veći u starosnoj grupi 15-29 nego kod starih 30-49 godina. U 2012. godini ta razlika je mala (13,6 prema 12,7 na 100.000), ali dovoljna za ilustraciju relativno velike rasprostranjenosti suicida među mladima.

I u ogromnoj većini zemalja (136 od 172) najveće stope suicida su među stanovništvom starim 70 ili više godina. A među njima, u većini (63) vrednosti stope suicida se, bez izuzetka, povećavaju sa starošću. U 43 zemlje redosled vrednosti stopa suicida po starosti je identičan svetskom proseku, što znači da je broj samoubistava na 100.000 stanovnika starih 15-29 godina veći nego kod lica starih 30-49 godina.

Među zemljama koje se odlikuju spomenutim starosnim modelom suicida, brojne su i zemlje s najvećim brojem odnosno najvišim stopama suicida. Pre svih, to su Kina, obe Koreje, zatim Francuska i Nemačka, ali i Mađarska i Šri Lanka koje su takođe u samom svetskom vrhu prema visini stope suicida. I u Evropi, većina zemalja se upravo odlikuje smrtnošću usled suicida koja se povećava sa starošću. U tu grupu spada i Srbija, kao i sve ostale bivše jugoslovenske republike.

Za spomenutu grupu od 63 zemlje kod kojih se stopa suicida povećava sa starošću ne može se reći da je homogena u pogledu starosnog modela smrtnosti usled samoubistva. Naime, postoje zemlje, među kojima je i Srbija, u kojima se povećanje stope suicida odvija relativno ravnomerno s povećanjem starosti. Ali, ima i zemalja u kojima su male razlike u visini stope suicida po starosnim grupama, a posebno između stope suicida starih (70 ili više godina) i starijeg sredovečnog stanovništva (50-69 godina).

Među zemljama u kojima maksimalna stopa suicida nije u starosnoj grupi 70 ili više godina (36 zemalja) najbrojnije su one sa najviše samoubistava među stanovništvom starim 50-69 godina. Takvih je ukupno 17 zemalja, među kojima su SAD, Kanada, Japan, kao i 12 evropskih država. Za te zemlje karakteristična je relativna ujednačenost vrednosti stope suicida u starosnim grupama 30-49, 50-69 i 70 ili više

³ Broj samoubistava po starosnim grupama i njihov udeo u ukupnom broju suicida izračunat je na osnovu specifičnih stopa suicida po starosti procenjenih od strane SZO i procena UN o broju stanovnika sveta po starosti u polu na dan 1. jula 2012 (UN, 2013). Procene se odnose samo na 172 zemlje članice SZO čije je ukupno stanovništvo veće od 300 hiljada stanovnika.

godina. Nije mali ni broj zemalja u kojima se i vrednosti stope suicida starih 15-29 godina bitnije ne razlikuju od stopa sredovečnog i starog stanovništva.

U najmanjem broju zemalja, stopa suicida dostiže maksimum u starosnoj grupi 15-29. Radi se o svega 6 zemalja (3 su južnoameričke, dve azijske i jedna afrička). Broj zemalja je zanemarljiv i one ne bi zavređivale posebnu pažnju da se u toj grupi ne nalazi i Indija. To je zemlja s najvećim brojem samoubistava (258 hiljada ili svako treće samoubistvo u svetu), i sa stopom suicida koja je gotovo dvostruko veća od svetskog proseka (20,9 prema 11,3 na 100.000). Ujedno, u Indiji, ne samo da je stopa suicida mladih veća nego stope ostalih starosnih grupa, nego je sa 35,5 samoubistava na 100.000 stanovnika uzrasta 15-29 godina ona najveća na svetu, i bezmalo 5 puta veća od proseka za sve ostale zemlje. Takav starosni model suicida stanovništva Indije je specifičan, a veliki je i njegov uticaj na stope suicida po starosti koje su aktuelno dostignute na globalnom nivou.

Posebnosti Indije, ali i obe Koreje, ili pak Japana, kao i velike razlike koje postoje po zemljama u pogledu starosnog modela suicida, ukazuju na svu složenost njihovih determinirajućih činilaca, koji nisu dovoljno objašnjeni i koji svakako zahtevaju dodatna istraživanja (Kim, et al., 2011; Patel, et al., 2012)

Razlike između muškog i ženskog stanovništva u nivou suicida su prisutne i kada se posmatraju specifične stope suicida po starosti. Na svetskom nivou one se manifestuju kroz razlike u broju samoubistava, njihovoj distribuciji po starosti, kao i po vrednostima opšte i specifičnih stopa suicida muškaraca i žena po starosti. Prema poslednjim procenama SZO, u 2012. godini od ukupno 798 hiljada samoubistava, 513 hiljada su izvršili muškarci, a 285 hiljada žene. I stopa na 100.000 stanovnika mnogo je viša za muško stanovništvo (14,5 prema 8,2). Takođe, posmatrano i po starosti, stope su veće kod muških. Vrednosti specifičnih stopa suicida su jednake jedino kod najmlađih (deca uzrasta 5-14 godina). Kod mladih (15-29 godina) stope su veće kod muškog stanovništva (15,7 prema 11,4 na 100.000). Isto je i kod stanovništva starijeg od 30 godina, jedino što su razlike znatno izraženije – stope suicida muškog stanovništva su najmanje dvostruko veće nego za žensko (tabela 3.2-1).

I starosni model smrtnosti usled suicida se razlikuje po polu. Kod muškog stanovništva stope suicida se povećavaju sa starošću, najmanje su među najmlađima (1,2 na 100.000), a najveće kod starih 70 ili više godina (42,7 na 100.000). I kod ženskog stanovništva su minimalne stope kod najmlađih, a maksimalne kod najstarijih, s tim što je interval varijacije dvostruko manji. Međutim, kod žena promene sa starošću nisu uvek uzlazne kao kod muškaraca. Stope suicida mladih žena uzrasta 15-29 su veće nego kod petogodišnjih grupa 30-49 i 50-69 godina. Među ženama, najveći udeo samoubistava, takođe, otpada na starosnu grupu 15-29 godina (35 %), dok je među muškarcima najveći udeo umrlih usled samoubistva bio u starosti 30-49 godina (33 %).

Tabela 3.2-1
Procenjeni broj samoubistava u svetu, po starosti i polu, 2012.

| | Ukupno | Starost | | | | |
|------------------------------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|
| | | 5-14 | 15-29 | 30-49 | 50-69 | 70+ |
| Svega | | | | | | |
| - broj suicida | 797858 | 14631 | 241843 | 242524 | 189137 | 109723 |
| - struktura (%) | 100,0 | 1,8 | 30,3 | 30,4 | 23,7 | 13,8 |
| - stopa suicida (na 100.000) | 11,3 | 1,2 | 13,6 | 12,8 | 16,7 | 30,0 |
| Muško | | | | | | |
| - broj suicida | 513281 | 7655 | 143257 | 169122 | 126642 | 66605 |
| - struktura (%) | 100,0 | 1,5 | 27,9 | 32,9 | 24,7 | 13,0 |
| - stopa suicida (na 100.000) | 14,5 | 1,2 | 15,7 | 17,6 | 22,8 | 42,7 |
| Žensko | | | | | | |
| - broj suicida | 284577 | 6976 | 98586 | 73402 | 62495 | 43118 |
| - struktura (%) | 100,0 | 2,5 | 34,6 | 25,8 | 22,0 | 15,2 |
| - stopa suicida (na 100.000) | 8,2 | 1,2 | 11,4 | 7,8 | 10,9 | 20,6 |

Izvor: WHO, 2014

Napomena: Podaci se odnose na ukupan broj samoubistava po polu i njegovu distribuciju po starosnim grupama u zemljama članicama SZO (nisu uzete u obzir zemlje s manje od 300 hiljada stanovnika). Broj suicida po starosti predstavlja rezultat proračuna autora na osnovu procenjenih vrednosti stopa suicida po starosti (WHO; 2014) i procenjenog broja stanovnika iste starosne grupe (UN, 2013).

U ogromnoj većini zemalja stope suicida su za oba pola najveće kod najstarijih, s tim što je ta pojava izraženija kod muškog (u 144 od 172), nego kod ženskog stanovništva (125/172). Naime, u čak 80 zemalja stopa suicida muškog stanovništva se povećava sa starošću, dok je kod ženskog stanovništva to slučaj u samo 43 zemlje. Kod ženskog stanovništva, u najvećem broju zemalja (62), posle najstarije starosne grupe (70+), stope suicida su najveće u starosnoj grupi 50-69, a zatim kod mladih (15-29). Takav starosni model smrtnosti žena usled suicida imaju npr. Bangladeš, Pakistan i Severna Koreja.

U Indiji, starosni modeli smrtnosti usled samoubistva se prilično razlikuju u odnosu na najveći broj zemalja sveta, a to važi kako za muškarce, tako i za žene. Kod muškog stanovništva najveće stope suicida su u starosnoj grupi 30-49 godina, zatim kod mladih (15-29), a na kraju kod najstarijih. Ako se izuzmu deca (5-14), stope suicida stanovništva ostale četiri starosne grupe su prilično ujednačene (od 29 do 38 na 100.000). Kod žena je starosni model suicida nešto drugačiji. Stopa suicida je najveća među mladima uzrasta 15-29 godina (36 na 100.000), dok je kod ostalih starosnih grupa ona znatno manja (17 na 100.000 kod žena starih 30-49, i po 11 na 100.000 kod preostale dve najstarije starosne grupe). Zbog tako visoke stope suicida indijskih žena starih 15-29 godina, i na svetskom nivou najveći broj žena koje su izvršile samoubistvo upravo je uzrasta 15-29 godina (ukupno 99 hiljada, a od toga su 58 hiljada bile Indijke).

Što se tiče Kine, starosni model suicida je za oba pola "pravilan", odnosno stope suicida se povećavaju sa starošću, a vrednosti maksimalnih stopa (u starosti preko 70 godina) su izrazito veće nego kod stanovništva ostalih starosnih grupa.

Činjenica da su zemlje s najvećim i zemlje s najmanjim stopama suicida jasno geografski koncentrisane, da imaju zajedničke neke bitne kulturne, socijalne, političke, ekonomske, demografske karakteristike ukazuje na svu složenost problema suicida i suicidalnog ponašanja u svetu i da se njegovi uzroci ne mogu sagladavati samo iz jedne perspektive, a posebno ne samo iz evropske ili, opštije rečeno, iz jedne zapadne perspektive (Beautrais, 2006).

4. SAMOUBISTVA U SRBIJI

4.1. Izvori statističkih podataka i kratke metodološke napomene o načinu njihovog prikupljanja i diseminaciji

Podaci o samoubistvima u Srbiji, koji su korišćeni u radu isključivo su zvanični statistički podaci koje su u proteklih šest decenija objavljivali i obrađivali Republički zavod za statistiku Republike Srbije (RZS), a pre raspada bivše Socijalističke Federativne Republike Jugoslavije odnosno Savezne Republike Jugoslavije, i Savezni zavod za statistiku (SZS). Pored podataka objavljenih u publikacijama te dve statističke institucije (pre svega se radi o redovnim statističkim godišnjacima Jugoslavije i Srbije, kao i publikacijama iz serije *Demografska statistika*), korišćeni su i dostupni podaci iz dokumentacionih tabela, a za poslednje godine i podaci iz baze podataka RZS-a.

Podaci o samoubistvima prikupljeni su na isti način kao i za sva ostala umiranja, tj. dobijani su na osnovu sumarnih mesečnih izveštaja matičara, kao i individualnih listića za svaki smrtni slučaj. Do tzv. konačnih rezultata demografske statistike dolazi se obradom individualnih listića. Konačni rezultati se odnose na stanje prema mestu stalnog stanovanja preminulog lica i prema vremenu kad se slučaj dogodio, mada se samoubistva, kao i sva ostala umiranja, obavezno upisuju u matične knjige područja na kome su se desili (RZS, 2014).

Uzrok smrti ustanovljava lekar (koji je lečio umrlog), mrtvozornik ili lekar koji je izvršio obdukciju, koji popunjava "Potvrdu o smrti". Lekar koji utvrđuje smrt obavezan je da u "Potvrdi o smrti" navede osnovni uzrok smrti, i to prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti. U Srbiji se od 1997. godine primenjuje najnovija Deseta revizija Međunarodne klasifikacije bolesti i zdravstvenih problema (MKB-10), koju je 1992. godine usvojila SZO (IJZS, 2013).

Kada je osnovni uzrok smrti povreda ili neka druga posledica spoljnog uzroka klasifikovan kao "nasilna smrt" (grupa XIX), okolnosti koje su dovele do tog stanja šifriraju se kao spoljni uzrok smrti, a smrt klasifikuje kao "nasilna smrt". Umrli usled nasilne smrti svrstani su, u odnosu na spoljni uzrok, u tri grupe: umrli usled nesrećnog slučaja, usled samoubistva i ubistva. Samoubistva i ubistva, s obzirom na konkretne spoljne uzroke, razvrstana su po vrsti oružja, odnosno načinu ili sredstvu kojim je samoubistvo ili ubistvo izvršeno (RZS, 2006)

4.1.1. Ocena obuhvata i kvaliteta statističkih podataka o samoubistvima

Srpska statistika, kao i statistika bivše Jugoslavije, ne vrši redovnu kontrolu vitalne statistike. RZS u svojoj godišnjoj publikaciji "Demografska statistika" u okviru metodoloških objašnjenja ("Obuhvat i uporedivost"), još od prve sveske iz 2006. godine (podaci su se odnosili na 2002. i 2003. godinu) u svakom izdanju navodi da se na osnovu "analize podataka popisa stanovništva i prema rezultatima kontrole vitalne statistike, vršene po metodu uzorka krajem 1955. i u periodu od 1967. do 1970. godine, smatra da je već od 1953. godine za sve osnovne vitalne događaje postignut skoro potpuni obuhvat" (RZS, 2006). Najverovatnije je da posle 1970. nisu vršene nove ocene obuhvata vitalnih događaja, tako da je bez novih analiza kontrole statističkih podataka teško donositi zaključke za poslednje 3-4 decenije. A to se svakako posebno odnosi na obuhvat suicida.

Međutim, ono što je izvesno, to je prisustvo problema prikupljanja statističkih podataka za celokupno područje Republike Srbije. Naime, nakon 1997. godine RZS ne raspolaže statističkim podacima za područje AP Kosovo i Metohija. Treba istaći da je nakon uspostavljanja međunarodne uprave nad tom srpskom teritorijom, a posebno nakon samoproglašenja Republike Kosovo, počelo obnavljanje rada statističkih institucija i sprovođenje statističkih istraživanja, a ponajpre iz oblasti statistike stanovništva. Što se tiče statističkog praćenja suicida nakon 2000. godine, prvi objavljeni podaci za Kosovo i Metohiju se odnose za 2006. godinu. RZS nije do sada (do kraja 2015. godine) verifikovao nijedan podatak koji je objavila zvanična statistička institucija samoproglašene Republike Kosovo.

Što se tiče metodologije obuhvata samoubistva odnosno statističkog praćenja svih vitalnih događaja, i one su bile podložne promenama. RZS nastoji da metodologiju vitalne statistike uskladi s metodologijom popisa stanovništva, ali ta usklađivanja nisu uvek bila u potpunosti sinhronizovana. Najznačajnije razlike su u pogledu određivanja mesta prebivališta. U tom pogledu su sve do 1991. godine metodologija popisne i vitalne statistike bile u potpunosti usklađene (u ukupno stanovništvo, kao i u ukupan broj umrlih uključivani su i građani Srbije na radu i boravku u inostranstvu). Dolaskom nekoliko stotina hiljada izbeglica i interno raseljenih lica (IRL), nastala je potreba revidiranja metodologije popisa i vitalne statistike. Tako su prema metodologiji vitalne statistike koja je primenjivana od sredine 1990-ih (tačna godina nije zabeležena u metodološkim uputstvima RZS-a), umrla lica, pa prema tome i lica koja su izvršila samoubistvo, a koja su pripadala izbegličkom kontingentu evidentirana kao i ostali građani Srbije (na teritoriji mesta prebivališta u Srbiji) i na taj način uključivana u ukupan broj umrlih. Takav pristup za lica izbegla iz drugih bivših jugoslovenskih republika usvojen je i u metodologiji Popisa 2002. Međutim, vitalni događaji IRL s Kosova i Metohije su i dalje evidentirani kao rađanja i umiranja stanovništva u mestu njihovog stalnog boravka van teritorije Centralne Srbije i Vojvodine, što je uostalom bio princip koji je usvojen i u metodologiji Popisa 2002. S druge strane, vitalni događaji građana Srbije na radu i boravku u inostranstvu su evidentirani kao događaji u mestu prebivališta u Srbiji, iako je metodologijom Popisa 2002. usvojen kriterijum da se građani na radu ili boravku u inostranstvu smatraju

stalnim stanovnicima Srbije ako su u inostranstvu kraće od godinu dana. Počev od 2005. godine primenjuje se revidirana metodologije vitalne statistike (RZS, 2004), po kojoj je evidentiranje vitalnih događaja građana Srbije na radu i boravku u inostranstvu usklađeno s metodologijom Popisa 2002. (kriterijum dužine boravka: kraće od jedne godine ili godinu dana ili duže). Što se tiče vitalnih događaja IRL, njihovo evidentiranje je promenjeno (usvojen je isti kriterijum kao za izbegla lica iz bivših jugoslovenskih republika), iako je takav pristup za ukupno stanovništvo usvojen tek od Popisa 2011. godine. Najnovije usklađivanje metodologija vitalne i popisne statistike izvršeno je 2014. godine, a počelo je da se primenjuje od 2015. godine (RZS, 2014a).

Mada u našoj statističkoj literaturi ne postoje novija istraživanja koja se odnose na obuhvat i kvalitet prikupljenih podataka o samoubistvima, ima više objektivnih razloga zbog koji se može pretpostaviti da je stvarni broj samoubistava veći od statistički evidentiranog. Problem nepotpunog obuhvata smrtnih slučajeva usled samoubistva je, manje ili više, prisutan u svim zemljama. Prema procenama o podregistraciji samoubistava u zemljama Evropske unije, neobuhvat se kreće u intervalu od nekoliko procenata u Grčkoj do 75 % u Portugaliji (Andriessen, 2006).

Što se tiče Srbije, realno je pretpostaviti da umrli usled nasilne smrti gotovo u potpunosti obuhvataju i sva samoubistva. Međutim, glavnu nepoznanicu treba tražiti u strukturi nasilnih smrti po modalitetima. Prema postojećoj podeli koju primenjuje RZS, sve nasilne smrti su svrstane u četiri modaliteta: nesrećni slučajevi, samoubistva, ubistva i ostale nasilne smrti. Što se tiče samoubistava, moguće je da je potvrdom o smrti određen broj takvih smrtnih slučajeva svrstan u "nesrećne slučajeve" i, najverovatnije vrlo retko, u "ubistva". Najveći broj smrtnih slučajeva usled samoubistva koji statistički, ali i sudski, nisu mogli sa sigurnošću biti svrstani u modalitet "samoubistva" se prema najnovijoj klasifikaciji RZS-a, koja se primenjuje od 2000. godine, uključuju u grupu "ostale nasilne smrti", podgrupa "nasilne smrti neoznačenog porekla". Taj modalitet, pored nasilnih smrti nepoznatog porekla, uključuje i podgrupe "poginule u ratnim okolnostima", kao i "umrla lica usled zakonskih intervencija".

Treba spomenuti da su u periodu od 1984. do 1999. sve nasilne smrti podgrupe "neoznačenog porekla" svrstavane u modalitet "nesrećni slučajevi". Od 1984. godine, pa sve do 1993, u modalitet "nesrećni slučajevi" su ubrajani i svi poginuli u ratnim okolnostima. U 1994. su ponovo učinjene izmene, pa je poginule u ratu trebalo svrstavati u "ostale nasilne smrti".

Počev od 2000. godine, višestruko je veći broj smrtnih slučajeva uključenih u modalitet "ostale nasilne smrti". Takvih je u periodu 2000-2004, na godišnjem nivou, bilo od 766 do 872. Od 2005. godine primenjuje se nova potvrda o smrti i počinje sadržajnija interaktivna saradnja između RZS-a i Instituta za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović-Batut", a sprovedena je i instruktaža, čime se umnogome može objasniti smanjenje broja "ostalnih nasilnih smrti" – najpre na 488 slučajeva (2005), a zatim i na 329 (2006. godine). Treba napomenuti da je 2005, tj. godine kada je, u

odnosu na prethodnu 2004, zabeleženo značajno smanjenje "ostalih nasilnih smrti" (za 384), došlo i do povećanja broja smrtnih slučajeva koji su svrstani u ostale modalitete nasilnih smrti, i to: nesrećnih slučajeva za 221, samoubistava za 96 i ubistava za 24 (Penev, Stanković, 2007). Narednih osam godina (2007-2014) stabilizovan je broj "ostalih nasilnih smrti" na oko 370 slučajeva godišnje. Najmanje ih je bilo 2008. godine (350), a najviše sledeće 2009. godine – ukupno 400 smrtnih slučajeva.

Ove napomene nemaju aspiracija da predstavljaju procenu stepena statističkog obuhvata samoubistava u Srbiji, ali smatramo da su korisne za svestranije sagledavanje kretanja stvarnog broja samoubistava.¹ Jedna preliminarna, ali metodološki dobro koncipirana procena statističkog neobuhvata suicida u Srbiji biće data u potpoglavlju 4.4.1.²

4.1.2. Nasilne smrti neutvrđenog porekla i neobuhvat samoubistava – rezultati nekih inostranih istraživanja

Pored navedenih srpskih specifičnosti u vezi kvaliteta statističkih podataka o svim vitalnim događajima, treba ukazati i na najznačajnije opšte probleme koji se odnose na statističko praćenje suicida, a koji su, u manjoj ili većoj meri, zajednički za sve evropske zemlje, pa samim tim i za Srbiju.

U većini istraživanja koja su posvećena kvalitetu statističkih podataka o samoubistvima, a pre svega o njihovom obuhvatu vitalnom statistikom, jedan od osnovnih metoda je sagledavanje udela smrtnih slučajeva koji su prema MKB-10 (IJZS, 2013) šifrovani kao nasilne smrti neutvrđenog porekla (Y10-Y34) ili nedovoljno definisani i neoznačeni uzroci smrti (R99) (Chishti et al., 2003; Chappert et al., 2003; Aouba et al., 2011). Najčešće se dolazilo do zaključka da što je veći udeo smrtnih slučajeva neutvrđenog porekla ili nepoznatog uzroka, to je veća i podregistracija suicida. Pored problema zbog nesvrstavanja smrtnih slučajeva usled samoubistva u odgovarajuću grupu nasilne smrti utvrđenog porekla, neretko se javlja i problem pogrešne klasifikacije u neku drugu kategoriju uzroka smrti (Andriessen, 2006). Sucidi se iz najrazličitijih razloga, a uglavnom greškom lica koje je utvrdilo smrt, najčešće svrstavaju u nesrećne slučajeve. Takođe, samoubistvo može biti svrstano i u nenasilnu smrt, a posebno ukoliko se radi o dužem vremenskom periodu između trenutka samopovređivanja i smrti lica koje je izvršilo samoubistvo. Međutim, moguće su i greške u suprotnom smeru, tj. kada je kao samoubistvo evidentirana neka druga vrsta nasilne smrti (uglavnom su to nesrećni slučajevi). Ipak, to je mnogo ređe nego podregistracija suicida.

¹ Ovaj deo rada napisan je na osnovu usmenih informacija dobijenih iz Odeljenja za vitalnu statistiku RZS-a. Naime, u RZS-u nisu dostupna metodološka uputstva koja su bila primenjivana za raniji period (do 2005. godine).

² U Francuskoj je, primera radi, neobuhvat samoubistava u 2002. godini procenjen na 20 % (Mouquet, Bellamy, 2006).

U Srbiji nije bilo posebnih istraživanja kvaliteta statističkih podataka o samoubistvima, a prvenstveno ne o stepenu njihove statističke podregistracije. Bez pretenzija da se nadomesti takav nedostatak, ovom prilikom će samo biti prikazani glavni nalazi do kojih se došlo u nekim od retkih istraživanja koja su vršena u cilju celovitijeg sagledavanja tačnosti statističkih podataka o suicidima, a takvih je, po našim saznanjima bilo najviše u Francuskoj 2006. godine. Rezultati anketa koje su rađene u Francuskoj krajem 1990-ih i sredinom 2000-ih, ukazuju na značajnu podregistraciju suicida čak i u zemljama s vrlo razvijenom statistikom.³

Prema anketama koje su 1999. godine sprovedene u regionu Ile de France i u Lionu, podregistracija broja samoubistava procenjena je na 20-30 %, ali uz ogradu autora da se ti rezultati ne mogu automatski preneti na nacionalni nivo, kao ni na sve starosne grupe (Chappert et al., 2003).

Jedna novija anketa, (Aouba et al., 2011) koja se odnosila na smrtnost u metropolitanskoj Francuskoj u 2006. godini, imala je za cilj da se proceni udeo samoubistva u uzrocima smrti za koje se pretpostavilo da bi u najvećoj meri mogli da sadrže i podatke o namernim samopovređivanjima s fatalnim ishodom.⁴ Anketa je bila zasnovana na slučajnom troprocentnom uzorku od 500 smrtnih slučajeva koji su uključivali smrti nepoznatog uzroka (R99), zatim nasilne smrti za koje nije utvrđeno poreklo (Y10-Y34) i sve smrti šifrovane kao samoubistvo (X60-X84). Članovi istraživačkog tima bili su i lekari mrtvozornici. Rezultati istraživanja su pokazali da su od ukupnog broja smrtnih slučajeva koji su klasifikovani pod šifrom R99 ("Drugi nedovoljno definisani i neoznačeni uzroci smrtnosti") 13,8 % bila samoubistva, dok je za čak 64,3 % smrtnih slučajeva svrstanih u grupu "Nasilne smrti neutvrđenog porekla" (Y10-Y34)) bilo utvrđeno da se radi o samoubistvu. Takođe, ustanovljeno je da ni svi smrtni slučajevi, koji su evidentirani kao "Namerno samopovređivanje" (X60-X84), nisu bili samoubistva (u 2 % slučajeva). U celini, došlo se do procene da je 2006. godine stvarni broj samoubistava bio za 9,4 % veći od evidentiranog od strane zvanične francuske statistike, odnosno da je podregistracija iznosila 8,6 %. Međutim, u spomenutom istraživanju nisu uzete u razmatranje mogućnosti da su smrtni slučajevi usled samoubistva pogrešno klasifikovani u neki drugi uzrok smrti (bilo kao prirodna ili kao nasilna smrt). Da je i to uzeto u razmatranje, podregistracija bi svakako bila veća.

U Srbiji nisu rađena slična istraživanja, ali podaci baze podataka RZS-a koji su nam bili raspoloživi, potvrđuju prisustvo nekih od najvažnijih ograničenja statističkog praćenja suicida u skorašnjem periodu, kao i njihove promene od kraja 1990-ih godina (tabela 4.1-1).

Podaci RZS-a za kraj 1990-ih, za sredinu 2000-ih i početak 2010-ih o broju umrlih čiji je uzrok smrti nepoznat ili nedovoljno definisan (R99) i broju umrlih nasilnom smrću neutvrđenog porekla (X60-X84) upućuju na zaključak da je u posmatranom periodu

³ Francuska je svrstana u grupu zemalja s dobrom registracijom vitalnih događaja (WHO, 2014)

⁴ Anketu je sproveo francuski Epidemiološki centar za medicinske uzroke smrti (Inserm-CépiDe) tokom 2008. i 2009. godine

znatno poboljšana kvaliteta statističkih podataka, kako za umrle prirodnom tako i za umrle nasilnom smrću. Za manje od deceniju i po, broj smrtnih slučajeva nepoznatog uzroka odnosno neutvrđenog porekla (za nasilne smrti) je više nego prepolovljen (sa preko 5000 krajem 1990-ih na ispod 2500 u 2011. i oko 2000 u 2012. godini odnosno sa oko 700 nasilnih smrti neutvrđenog porekla na oko 350). Istovremeno, bitno je smanjen i udeo smrtnih slučajeva nepoznatog uzroka u ukupnom broju umrlih (sa preko 5 % na 2 %), kao i vrednost koeficijenta koji predstavlja odnos broja nasilnih smrti neutvrđenog porekla i broja suicida (sa oko 45 na 100 na oko 30 na 100 samoubistava).

Tabela 4.1-1.
Umrli nepoznatog uzroka smrti i nasilne smrti neutvrđenog porekla.
Srbija, 1998-1999, 2005-2006. i 2011-2012.

| Godina | Umrli (svoga) | Suicidi (X60-X84) | Nepoznat uzrok smrti | | Nasilna smrt neutvrđenog porekla | |
|--------|---------------|-------------------|----------------------|---------------------------------|----------------------------------|---|
| | | | R99 | Udeo (%) u ukupnom broju umrlih | Y10-Y34 | Koeficijent neutvrđenih nasilnih smrti (na 100 suicida) |
| 1998 | 99376 | 1460 | 5277 | 5,3 | 635 | 43,5 |
| 1999 | 101444 | 1572 | 5459 | 5,4 | 765 | 48,7 |
| 2005 | 106771 | 1440 | 4148 | 3,9 | 517 | 35,9 |
| 2006 | 102884 | 1443 | 2991 | 2,9 | 334 | 23,1 |
| 2011 | 102935 | 1256 | 2469 | 2,4 | 343 | 27,3 |
| 2012 | 102400 | 1245 | 2019 | 2,0 | 373 | 30,0 |

Međutim, i pored očiglednog poboljšanja, poređenje s Francuskom potvrđuje da u Srbiji ima još puno mogućnosti za dalje smanjivanje broja smrtnih slučajeva nepoznatog uzroka, a još više za smanjivanje broja nasilnih smrti neutvrđenog porekla. Naime, ako se pored srpski i francuski podaci za 2006. godinu, u Srbiji je udeo smrti nepoznatog uzroka (R99) u ukupnoj smrtnosti bio blizu tri puta veći nego u Francuskoj (2,9 % prema 1,1 %), dok je koeficijent nasilnih smrti neutvrđenog porekla bio čak 5 puta veći (23,1 prema 4,4 na 100 samoubistava).

4.2. Demografski okviri suicidnog mortaliteta stanovništva Srbije u širem društvenoekonomskom kontekstu

Samoubistvo predstavlja jednu veoma složenu pojavu, koja je pod uticajem brojnih činilaca, promenljivih tokom vremena i najčešće s istovremenim i snažnim interaktivnim delovanjem. Pojedini faktori rizika i način reagovanja na spoljne uslove razlikuju se u zavisnosti od starosti, pola, zdravstvenog stanja, socioekonomskog, bračnog i porodičnog statusa, verske i etničke pripadnosti, sredinskog okruženja, geografskog područja stanovanja, klimatskih uslova, itd. Stoga je samoubistvo, na individualnom, ali i makro planu, determinisano biološkim, medicinskim, demografskim, kulturnim, društvenim, političkim, ekonomskim i drugim činiocima.

U ovom delu rada biće ukazano na demografske okvire samoubistava u Srbiji u periodu od sredine 20. veka do druge decenije 21. veka. Ujedno, i u ovom slučaju to

razdoblje biće podeljeno na dva potperioda. Prvi obuhvata četiri decenije od ranih 1950-ih do početka 1990-ih godina, a drugi obuhvata poslednju deceniju 20. i godine do sredine druge decenije 21. veka.

S obzirom da će demografski okviri u kojima se kretao suicidalni mortalitet stanovništva Srbije biti sagledani prvenstveno na osnovu rezultata popisa stanovništva sprovedenih nakon 1950. godine, konkretne granice ta dva potperioda su 1953-1991. i 1991-2011. To znači da prvi potperiod predstavlja godine između prvog redovnog popisa stanovništva izvršenog nakon završetka Drugog svetskog rata i poslednjeg popisa sprovedenog neposredno pred raspad tadašnje zajedničke savezne države. Drugi potperiod je znatno kraći i predstavlja 20-godišnje razdoblje od početka poslednje decenije 20. veka do početka druge decenije 21. veka. To je razdoblje korenitih političkih, socijalnih i ekonomskih promena, kao i ratnih sukoba. Ipak, ono što ga prvenstveno obeležava je raspad bivše Jugoslavije, obnavljanje državnosti Srbije, ali i gubitak njenog suvereniteta nad autonomnom pokrajinom Kosovo i Metohija, koja je 2008. unilateralno proglasila nezavisnost. S tim u vezi zvanična statistika Srbije više ne poseduje i ne objavljuje podatke za taj deo Republike Srbije, i to od 1998. godine. Stoga se u radu svi statistički podaci za period 1990/1991-2014. odnose isključivo na područje Srbije bez Kosova i Metohije.

Pažnja u ovom delu rada prvenstveno je posvećena brojnosti ukupnog stanovništva, njegovoj polnoj i starosnoj strukturi. Pored toga, ukazaće se i na osnovne karakteristike drugih važnijih obeležja stanovništva relevantnih za kretanje suicidalnog mortaliteta. I to onih koja su, za isti period, izdvojena i u analizi strukture broja umrlih usled samoubistva, a to su bračnost, školska sprema i etnička pripadnost.

4.2.1. Ukupno stanovništvo i njegov sastav po polu i starosti

Ukupno stanovništvo i njegova sastav po starosti i polu predstavljaju osnovni demografski okvir u kome se dešavaju samoubistva, i u velikoj meri direktno determinišu broj suicida kao i njihovu starosno-polnu strukturu. Populaciona dinamika Srbije i promene njenih osnovnih demografskih struktura odvijale su se u specifičnim uslovima, ali i u skladu s dugoročnim trendovima demografskog rasta, prirodne i migracione komponente kretanja stanovništva, kao i promena u starosno-polnoj strukturi, i to kako u Srbiji i tadašnjoj Jugoslaviji, tako i u širem evropskom okruženju.

Kretanje ukupnog stanovništva: od ranih 1950-ih do početka poslednje decenije 20. veka

Srbija je iz Drugog svetskog rata nakon ogromnih ratnih razaranja i velikih demografskih gubitaka, izašla sa smanjenim brojem stanovnika, ali sa starosno-polnom strukturom koja je dodatno "okrnjena", nakon onih stvorenih ogromnim demografskim gubicima izazvanih Prvim svetskim ratom (Radivojević, Penev, 2014). Srbija je u vreme prvog redovnog posleratnog popisa iz 1953. godine imala 6.979

hiljada stanovnika, što je bilo za preko 450 hiljada više od broja stanovnika u vreme popisa iz 1948. godine, ali svega 343 više od procenjenog broja stanovnika u 1940. godini (Simeunović, 1964).

Već od sredine 1950-ih godina stopa rasta stanovništva Srbije biva sve niža, ali je tokom čitavog potperioda, do 1991. godine, stalno pozitivna (4,9 promila godišnje u periodu 1981-1991). U pogledu dinamike stanovništva, primetne su značajne razlike po velikim područjima Srbije. U tom smislu jasno se razlikuju njen središnji deo (Centralna Srbija), i njene autonomne pokrajine (Kosovo i Metohija i Vojvodina). I pored očiglednih razlike, a posebno u prvim posleratnim godinama, Centralna Srbija i Vojvodina imaju velike sličnosti u pogledu smera i intenziteta demografskog rasta. S druge strane, Kosovo i Metohija se suštinski razlikuje ne samo od Srbije kao celine, već i od oba preostala velika područja. Tako su Centralna Srbija i Vojvodina, od druge polovine 20. veka, poprimile sve karakteristike niskofertilitetnog područja koje se odlikuje opadajućim i najpre umerenim, a kasnije vrlo niskim ili čak negativnim stopama demografskog rasta (Vojvodina u međupopisnom razdoblju 1981-1991). Istovremeno, pokrajina Kosovo i Metohija je imala vrlo visoke stope demografskog rasta.⁵ Treba istaći da se Kosovo i Metohija prema tempu demografskog rasta izdvajalo ne samo u Srbiji, već i u okviru bivše Jugoslavije. Ujedno, ono je, uz Albaniju, spadalo u područja Balkana i Evrope s najekspanzivnijim povećanjem stanovništva u drugoj polovini 20. veka.

Tabela 4.2-1.

Kretanje stanovništva Srbije, prema rezultatima popisa sprovedenih od 1953. do 1991.

| Područje | Broj stanovnika | | | | |
|-------------------|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 1953 | 1961 | 1971 | 1981 | 1991 |
| Srbija | 6979154 | 7642227 | 8446591 | 9313676 | 9778991 |
| Centralna Srbija | 4463701 | 4823274 | 5250365 | 5694464 | 5808906 |
| Vojvodina | 1699545 | 1854965 | 1952533 | 2034772 | 2013889 |
| Kosovo i Metohija | 815908 | 963988 | 1243693 | 1584440 | 1956196 |
| | 1953-1961 | 1961-1971 | 1971-1981 | 1981-1991 | 1953-1991 |
| | Prosečno godišnje povećanje stanovništva | | | | |
| Srbija | 82884 | 80436 | 86709 | 46532 | 73680 |
| Centralna Srbija | 44947 | 42709 | 44410 | 11444 | 35400 |
| Vojvodina | 19428 | 9757 | 8224 | -2088 | 8272 |
| Kosovo i Metohija | 18510 | 27971 | 34075 | 37176 | 30008 |
| | Prosečna godišnja stopa rasta (u promilima) | | | | |
| Srbija | 11,4 | 10,1 | 9,8 | 4,9 | 8,9 |
| Centralna Srbija | 9,7 | 8,5 | 8,2 | 2,0 | 7,0 |
| Vojvodina | 11,0 | 5,1 | 4,1 | -1,0 | 4,5 |
| Kosovo i Metohija | 21,1 | 25,8 | 24,5 | 21,3 | 23,3 |

Izvor: Izračunavanja autora na osnovu konačnih rezultata popisa stanovništva u periodu 1953-1991.

⁵ U posleratnim međupopisnim razdobljima stanovništvo Kosova i Metohije uvećavalo se po relativno stabilnim prosečnim stopama rasta koje su se kretale u intervalu 21-26 %. Takve stope rasta omogućavaju dupliranje stanovništva u periodu od 27 do 34 godine.

Neujednačene stope rasta rezultirale su velikim razlikama u obimu povećanja ukupnog stanovništva po područjima. U razdoblju između popisa održanih 1953. i 1991. godine, ukupno stanovništvo Srbije je povećano za 2,8 miliona ili za 40 %, ali s ogromnim regionalnim razlikama, posebno između pokrajina (tabela 4.2-1). U posmatranom potperiodu broj stanovnika Vojvodine povećan je sa 1,7 na 2,0 miliona (za 18 %), dok je istovremeno broj stanovnika Kosova i Metohije je više nego udvostručen (sa 816 hiljada povećan na 1.956 hiljada ili za 140 %). Neujednačene stope demografskog rasta odrazile su se i na značajne promene udela pokrajina u ukupnom stanovništvu Srbije. Dok je 1953. godine stanovništvo Vojvodine predstavljalo 24 % ukupnog stanovništva Republike, u 1991. njegov udeo je sveden na manje od 21 %. Istovremeno, udeo stanovništva Kosova i Metohije je povećan sa 12 % na 20 %.

U periodu 1953-1991. zabeleženo je i povećanje broja stanovnika Centralne Srbije. U tom razdoblju stanovništvo tog dela Srbije povećano je sa 4,5 na 5,8 miliona ili preciznije za 1.345 hiljada (40 %). Populacioni rast bio je intenzivniji nego u Vojvodini, ali znatno sporiji nego na Kosovu i Metohiji.

Promene broja stanovnika od 1991. do 2011. godine

U Srbiji je prvi popis stanovništva u 21. veku sproveden aprila 2002. godine. Prema konačnim rezultatima,⁶ koje je objavio RZS, u Srbiji (bez Kosova i Metohije) je 31. marta 2002. godine živelo 7.498 hiljada stanovnika, od toga u Centralnoj Srbiji 5.466 hiljada, a u Vojvodini 2.032 hiljade (tabela 4.2-2). Poređenjem s brojem stanovnika u vreme prethodnog Popisa iz 1991. godine (prema tada primenjenoj definiciji ukupnog stanovništva), dobijeno je smanjenje od 325 hiljada (4.2 %). Smanjenje je zabeleženo samo u Centralnoj Srbiji (za 343 hiljade, ili za 5,9%), dok je broj stanovnika Vojvodine povećan za 18 hiljada lica (za 0,9%). Takva kretanja ukupnog stanovništva suprotna su promenama u prethodnom međupopisnom periodu (1981-1991), kada je broj stanovnika u Centralnoj Srbiji povećan za 11 hiljada, a u Vojvodini smanjen za 2 hiljade (tabela 4.2-1).

Sledeći popis održan je u jesen 2011. godine.⁷ Prema konačnim rezultatima popisa, Srbija je 30. septembra iste godine (kritični momenat popisa) imala 7.187 hiljada stanovnika. To je, po RZS-u, značilo da je stanovništvo Srbije smanjeno za 311 hiljada (ili za 4.1 %) u odnosu na broj stanovnika zemlje prema konačnim rezultatima Popisa iz aprila 2002. godine.

⁶ Popis iz 2002. godine nije sproveden na celoj teritoriji Republike Srbije, već samo u Centralnoj Srbiji i Vojvodini. Prema tadašnjem Zakonu o popisu, on bi u AP Kosovo i Metohija trebalo da se izvrši nakon prestanka misije UNMIK-a.

⁷ Iste, 2011. godine, ali u proleće, popis stanovništva sproveden je i na teritoriji Kosova i Metohije. Organizovan je od strane tadašnjeg Zavoda za statistiku Kosova, uz podršku Evropske komisije i vlada nekoliko evropskih zemalja. RZS ni na koji način nije bio uključen u aktivnosti oko pripreme i sprovođenja tog popisa i nikada nije priznao njegove rezultate.

Tabela 4.2-2.
Kretanje stanovništva Srbije prema rezultatima popisa 1991, 2002. i 2011.

| Područje | Broj stanovnika | | | Rast/ smanjenje broja stanovnika | | | Indeks rasta/ smanjenja | | |
|--|-----------------|---------|---------|----------------------------------|-----------|-----------|-------------------------|-----------------|-----------------|
| | 1991 | 2002 | 2011 | 1991-2002 | 2002-2011 | 1991-2011 | 2002 (1991=100) | 2011 (2002=100) | 2011 (1991=100) |
| Ukupno stanovništvo prema definiciji popisa 1991, 2002, 2011 | | | | | | | | | |
| Srbija | 7822795 | 7498001 | 7186862 | -324794 | -311139 | -635933 | 95,8 | 95,9 | 91,9 |
| C. Srbija | 5808906 | 5466009 | 5255053 | -342897 | -210956 | -553853 | 94,1 | 96,1 | 90,5 |
| Vojvodina | 2013889 | 2031992 | 1931809 | 18103 | -100183 | -82080 | 100,9 | 95,1 | 95,9 |
| Stanovništvo u zemlji ("uporedive" definicije) | | | | | | | | | |
| Srbija | 7548978 | 7611549 | 7233619 | 62571 | -377930 | -315359 | 100,8 | 95,0 | 95,8 |
| C. Srbija | 5582611 | 5574831 | 5301810 | -7780 | -273021 | -280801 | 99,9 | 95,1 | 95,0 |
| Vojvodina | 1966367 | 2036718 | 1931809 | 70351 | -104909 | -34558 | 103,6 | 94,8 | 98,2 |

Izvor: Na osnovu zvaničnih rezultata popisa i zvaničnih procena stanovništva za opštine Bujanovac i Preševo u kojima je bojkotovan Popis 1991; za drugi deo tabele, podaci za 2011. predstavljaju procenu urađenu na osnovu izveštaja tzv. međunarodnog ekspertskeg tima o broju uobičajenog stanovništva u vreme Popisa 2011. u opštinama Bujanovac, Preševo i Medvedu, tj. na području gde je stanovništvo albanske nacionalne pripadnosti bojkotovalo Popis 2011.

Ovom prilikom treba istaći da je poređenje podataka više različitih popisa metodološki korektno jedino ukoliko nije bilo promena u definiciji ukupnog stanovništva ili teritoriji obuhvaćenoj popisom. U suprotnom, neophodno je da se najpre urade određena prilagođavanja, kako u pogledu definisanja posmatranih kontingenata stanovništva, tako i u pogledu potpune uporedivosti posmatranih teritorija. Uz to, dodatnu teškoću predstavlja i nedovoljna sinhronizovanost definisanja kontingenata na koje se odnose podaci popisa i vitalne statistike (v. potpoglavlje 4.1.1). U srpskoj statističkoj praksi, usklađivanje metodologije vitalne statistike s metodologijom popisa stanovništva obično se vrši s vremenskim razmakom od oko 5 godina.

S gornjim napomenama u vezi, treba istaći da izračunati podaci navedeni u prvom delu tabele 4.2-2, ne daju pravu informaciju o promeni broja stanovnika u poslednja dva međupopisna perioda, i to ne samo u pogledu vrednosti, već i u njenom predznaku. Do nepreciznosti je došlo zbog toga što prilikom poređenja rezultata poslednja tri popisa (iz 1991, 2002. i 2011) uglavnom nisu uzimane u obzir razlike u usvojenim definicijama ukupnog stanovništva, ili barem nisu razmatrani svi elementi koji su mogli da utiču na uporedivost popisnih podataka. Na važnost takvog pristupa ukazuju i značajne razlike u rezultatima proračunavanja izloženih u gornjem i donjem delu tabele. Ukoliko se posmatraju samo originalni popisni podaci, takvi kakvi su objavljeni kao konačni od strane RZS-a, a prema definicijama koje su važile u svakom popisu, tada je u poslednjem međupopisnom periodu (2002-2011) stanovništvo Srbije smanjeno za navedenih 311 hiljada lica, a u prethodnom međupopisnom razdoblju za 325 hiljada (tabela 4.2-2). Međutim, ako se uzimaju u obzir samo "uporedive" definicije ukupnog stanovništva koje uključuju iste ili približno iste kontingente stanovništva, tada se dobijaju rezultati koji su znatno bliži realnim promenama. U tom smislu, čini se najlogičnije da se za sve tri popisne godine posmatra samo stanovništvo u zemlji, uključujući i IRL s Kosova i Metohije (2002), kao i procenjeni broj stanovnika opština u kojima je stanovništvo albanske nacionalne

pripadnosti bojkotovalo popise iz 1991. i 2011. godine. Na osnovu takvih podataka o ukupnom stanovništvu Srbije u vreme poslednja tri popisa, za međupopisni period 2002-2011. izračunato je smanjenje od 378 hiljada, dok je za prethodno razdoblje (1991-2002) izračunato povećanje od 63 hiljade lica (tabela 4.4-2). Dobijeni rezultati ukazuju da je nakon Drugog svetskog rata to bilo prvo međupopisno razdoblje kada je ostvareno smanjenje broja stanovnika u zemlji, a ne ono između popisa iz 1991. i 2002. godine.

Sastav stanovništva po polu, 1953-1991. i 1991-2011.

Da bi se dobila potpunija informacija o nekom stanovništvu nije dovoljno razmatrati samo njegovu ukupnost, već je nužno pratiti i njegova strukturalna obeležja. Od posebne važnosti je izučavanje starosnog i polnog sastava stanovništva. Ove, tipično biološke strukture u velikoj meri utiču na kretanje ukupnog stanovništva i to preko uticaja na sve tri komponente populacione dinamike (natalitet, mortalitet i migracije), ali su one istovremeno značajno uslovljene upravo nivoom rađanja, smrtnosti i obimom migracionih kretanja. Stoga, s demografskog, ali ne i samo s tog aspekta, starost i pol predstavljaju osnovna i najvažnija obeležja svake populacije.

Polna struktura stanovništva zavisi od udela dečaka i devojčica u ukupnom broju živorođene dece, zatim od nivoa smrtnosti po polu, kao i od strukture migranata po polu. Struktura živorođenih po polu je, praktično do nedavno, isključivo bila određena biološkim činiocima, a stopa maskuliniteta (broj osoba muškog pola na 1000 osoba ženskog pola) pri živorođenju uglavnom se kretala između 1040 i 1080.

Za Srbiju je tokom čitavog prvog potperioda od 1953. do 1991. godine karakteristična brojčana dominacija ženskog stanovništva (tabela 4.2-3). U proteklih pola veka, promene u polnoj strukturi ukupnog stanovništva uglavnom su se odvijale u dva različita smera. Može se reći da su se, sve do popisa iz 1981, promene u pogledu udela stanovništva po polu kretale u smeru uravnoteženja polne strukture ukupnog stanovništva odnosno manje ili više intenzivnog smanjenja brojčane dominacije stanovništva ženskog pola. Tokom 1980-ih otpočinje drugačiji trend koji je vodio ka smanjenju udela lica muškog pola.

Između 1953. i 1981. udeo muškog u ukupnom stanovništvu Srbije povećan sa 48,9 % na 49,6 %. "Višak" žena je u tom periodu više nego propolovljen - sa 156 hiljada u 1953. sveden je na 55 hiljada u 1981, a zatim, u 1991. godini, povećan na 77 hiljada. Tako je, pre svega kao posledica sve većeg udela u ukupnom stanovništvu lica rođenih posle Drugog svetskog rata koje nisu bile "okrnjene" ratovima, a posebno *baby-boom* generacija rođenih tokom 1950-ih, donekle ublažen "rodni" debalans, koji je bio uslovljen u prvom redu većim ratnim gubicima na strani muškog stanovništva.

Polna struktura ukupnog stanovništva se u periodu 1953-1991. bitno razlikovala po područjima. S jedne strane su Centralna Srbija i Vojvodina, kod kojih je žensko stanovništvo bilo stalno brojnije od muškog, a s druge, Kosovo i Metohija gde je

muško stanovništvo bilo brojnije. Međutim, razlika po područjima nije postojala u pogledu smjera promene polne strukture ukupnog stanovništva. Na sva tri velika područja Srbije je u periodu 1953-1981 povećavan udeo muškog u ukupnom stanovništvu, dok je u međupopisnom periodu 1981-1991 svuda došlo do, manje ili više, umerenog smanjivanja njegovog procentnog učešća (tabela 4.2-3).

Tabela 4.2-3.
Ukupno stanovništvo Srbije po polu, 1953-1991.

| Godina | Ukupno | Muško | Žensko | Više žena | Udeo u % | | Koeficijent maskuliniteta (na 1000 žena) |
|-------------------|---------|---------|---------|-----------|----------|--------|--|
| | | | | | muško | žensko | |
| Srbija | | | | | | | |
| 1953 | 6979154 | 3411534 | 3567620 | 156086 | 48,9 | 51,1 | 956,2 |
| 1961 | 7642227 | 3757437 | 3884790 | 127353 | 49,2 | 50,8 | 967,2 |
| 1971 | 8446591 | 4173735 | 4272856 | 99121 | 49,4 | 50,6 | 976,8 |
| 1981 | 9313676 | 4629327 | 4684349 | 55022 | 49,7 | 50,3 | 988,3 |
| 1991 | 9778991 | 4851189 | 4927802 | 76613 | 49,6 | 50,4 | 984,5 |
| Centralna Srbija | | | | | | | |
| 1953 | 4458394 | 2175350 | 2283044 | 107694 | 48,8 | 51,2 | 952,8 |
| 1961 | 4823274 | 2361534 | 2461740 | 100206 | 49,0 | 51,0 | 959,3 |
| 1971 | 5250365 | 2585625 | 2664740 | 79115 | 49,2 | 50,8 | 970,3 |
| 1981 | 5694464 | 2817555 | 2876909 | 59354 | 49,5 | 50,5 | 979,4 |
| 1991 | 5808906 | 2860986 | 2947920 | 86934 | 49,3 | 50,7 | 970,5 |
| Vojvodina | | | | | | | |
| 1953 | 1712619 | 823574 | 889045 | 65471 | 48,1 | 51,9 | 926,4 |
| 1961 | 1854965 | 903273 | 951692 | 48419 | 48,7 | 51,3 | 949,1 |
| 1971 | 1952533 | 951152 | 1001381 | 50229 | 48,7 | 51,3 | 949,8 |
| 1981 | 2034772 | 993380 | 1041392 | 48012 | 48,8 | 51,2 | 953,9 |
| 1991 | 2013889 | 980731 | 1033158 | 52427 | 48,7 | 51,3 | 949,3 |
| Kosovo i Metohija | | | | | | | |
| 1953 | 808141 | 412610 | 395531 | -17079 | 51,1 | 48,9 | 1043,2 |
| 1961 | 963988 | 492630 | 471358 | -21272 | 51,1 | 48,9 | 1045,1 |
| 1971 | 1243693 | 636958 | 606735 | -30223 | 51,2 | 48,8 | 1049,8 |
| 1981 | 1584440 | 818392 | 766048 | -52344 | 51,7 | 48,3 | 1068,3 |
| 1991 | 1956196 | 1009472 | 946724 | -62748 | 51,6 | 48,4 | 1066,3 |

Izvor: Konačni rezultati popisa stanovništva (odgovarajuće godine). Podaci se odnose na stanovništvo teritorija Centralne Srbije, Vojvodine i Kosovo i Metohije u vreme sprovođenja popisa.

Napomena: Podaci za 1991. uključuju rezultate zvaničnih procena stanovništva Kosova i Metohije i opština Bujanovac i Preševo gde je bilo masovnog bojkota popisa.

Što se tiče konkretne polne strukture ukupnog stanovništva velikih područja, najveće razlike u udelima muškog i ženskog stanovništva bile su izračunate za pokrajine (Vojvodina i Kosovo i Metohija). U Vojvodini su odstupanja od ravnotežnog nivoa (50:50 odnosno vrednost koeficijenta maskuliniteta od 1000) vremenom, uglavnom, bivala sve manja (koeficijent maskuliniteta je povećan sa 926 u 1953. na 949 u 1991). Na Kosovu i Metohiji promene u polnoj strukturi ukupnog stanovništva vodile su ka

povećanju disproporcija u brojčanoj zastupljenosti muškog i ženskog stanovništva (koeficijent maskuliniteta je povećan sa 1043 u 1953. na 1066 u 1991).

Uravnoteženje polne strukture stanovništva Srbije, koje je zaustavljeno u međupopisnom periodu 1981-1991. nije nastavljeno ni u sledeća dva međupopisna razdoblja (1991-2002. i 2002-2011), naprotiv. Udeo ženskog stanovništva je značajno povećan, dostignuvši za područje Srbije, bez Kosova i Metohije, nakon 1953, najviši nivo (51,3 % u 2002. odnosno 51,4 % u 2011). Ujedno, u popisnim godinama 2002. i 2011. zabeleženo je znatno smanjenje razlike između Centralne Srbije i Vojvodine u pogledu procentnih udela muškog i ženskog stanovništva odnosno dostignutih vrednosti koeficijenta maskuliniteta (tabela 4.2-4).

Tabela 4.2-4.
Ukupno stanovništvo Srbije po polu, 1991, 2002. i 2011.

| Godina | Ukupno | Muško | Žensko | Više žena | Udeo u % | | Koeficijent maskuliniteta (na 1000 žena) |
|------------------|---------|---------|---------|-----------|----------|--------|--|
| | | | | | muško | žensko | |
| Srbija | | | | | | | |
| 1991 | 7822795 | 3841717 | 3981078 | 139361 | 49,1 | 50,9 | 965,0 |
| 2002 | 7498001 | 3645930 | 3852071 | 206141 | 48,6 | 51,4 | 946,5 |
| 2011 | 7186862 | 3499176 | 3687686 | 188510 | 48,7 | 51,3 | 948,9 |
| Centralna Srbija | | | | | | | |
| 1991 | 5808906 | 2860986 | 2947920 | 86934 | 49,3 | 50,7 | 970,5 |
| 2002 | 5466009 | 2660988 | 2805021 | 144033 | 48,7 | 51,3 | 948,7 |
| 2011 | 5255053 | 2559559 | 2695494 | 135935 | 48,7 | 51,3 | 949,6 |
| Vojvodina | | | | | | | |
| 1991 | 2013889 | 980731 | 1033158 | 52427 | 48,7 | 51,3 | 949,3 |
| 2002 | 2031992 | 984942 | 1047050 | 62108 | 48,5 | 51,5 | 940,7 |
| 2011 | 1931809 | 939617 | 992192 | 52575 | 48,6 | 51,4 | 947,0 |

Izvor: Konačni rezultati popisa stanovništva (odgovarajuće godine). Podaci se odnose na stanovništvo teritorije Srbije bez Kosova i Metohije.

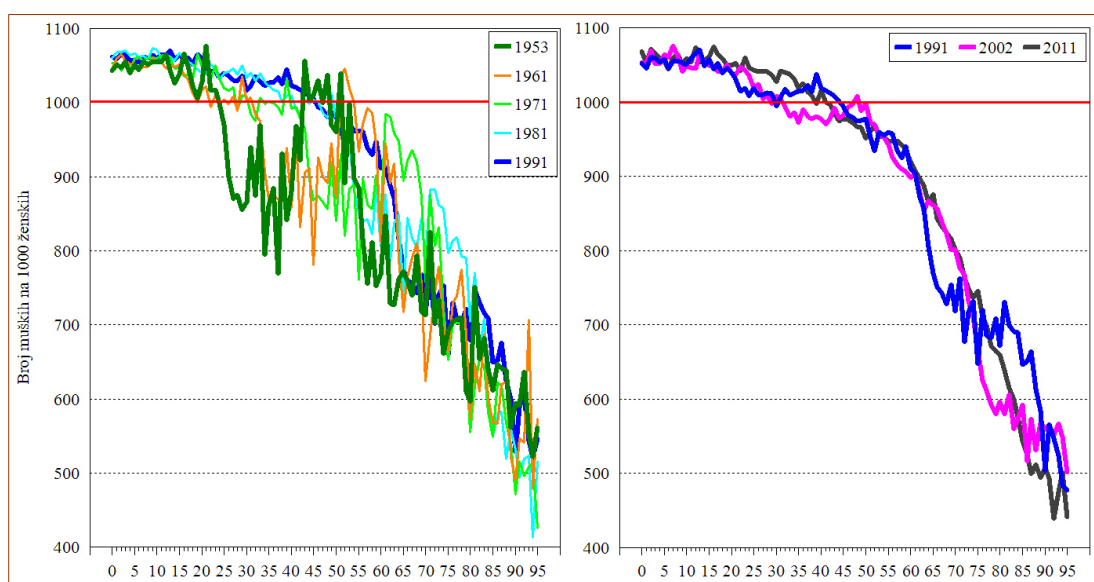
Napomena: Podaci za 1991. uključuju rezultate zvaničnih procena stanovništva Kosova i Metohije i opština Bujanovac i Preševo gde je Popis masovno bojkotovao od strane stanovništva albanske nacionalne pripadnosti. Podaci za 2011. uključuju samo rezultate koji se odnose na popisano stanovništvo.

Takve promene polne strukture ukupnog stanovništva bile su prvenstveno uslovljene intenzivnim demografskim starenjem Srbije koje se manifestovalo kroz kontinuirano povećanje udela starih. A to je stanovništvo sa znatno većim procentnim učešćem žena od proseka. Naime, ukoliko se ukupno stanovništvo posmatra po starosti, tada brojčana dominacija žena nije karakteristična za sve starosne grupe. Lica muškog pola su, po pravilu, brojnija među mladima, dok su žene brojnije među stanovništvom starijeg uzrasta. Izjednačavanje broja muškaraca i žena nastaje u grupi sredovečnog stanovništva, ali "ravnotežna" starost vremenom se menjala, a razlikovala se i po područjima (grafikon 4.2-1).

U Srbiji je, prema rezultatima popisa sprovedenih od 1953. do 1991, postepeno povećavana starost do koje je muško stanovništvo kod svih jednogodišnjih starosnih grupa bilo brojnije od ženskog stanovništva. U 1953. godini to je bilo do starosti od

23 godine, u narednom popisu do 21. godine, da bi se u naredna tri ta granica stalno povećavala (do 27, 40, 45 godina). Istovremeno, pomerana je i starosna granica nakon od koje su žene bile brojnije od muškaraca u svim narednim jednogodišnjim starostima (sa 52 u 1953. na 46 godina u 1991).

U svim posmatranim godinama neravnoteža u procentnim udelima muškog i ženskog stanovništva bila je mnogo manje naglašena kod starosti kod kojih je bilo više muškaraca nego žena. Naime, ukoliko je muško stanovništvo bilo brojnije od ženskog, tada ta razlika nikada nije bila veća od 7,7 % (kod dvadesetjednogodišnjaka u 1953). S druge strane, brojčana dominacija žena se nakon starosti kod kojih je registrovano izjednačavanje broja muškaraca i žena, uglavnom vrlo naglo povećavala. Maksimalni udeli su dostizani kod najstarijih (preko 90 godina), kod kojih je broj žena bio i preko dvostruko veći od broja muškaraca (grafikon 4.2-1 levo).



Grafikon 4.2-1.

Koeficijenti maskuliniteta stanovništva Srbije po pojedinačnim godinama starosti, prema rezultatima popisa sprovedenih od 1953. do 1991 (levo) i od 1991. do 2011. (desno)

Prema rezultatima Popisa iz 2011. godine, posmatrano po pojedinačnim godinama starosti, muško stanovništvo je brojnije od ženskog sve do kohorte lica s navršenih 38 godina (grafikon 4.2-1 desno). Najmlađa generacija kod koje je broj žena veći od broja muškaraca su lica s navršenih 39 godina (49184 prema 49068, ili za 116 lica više). Muškarci su brojniji i u generaciji lica starih 40 godina (za 698 lica ili 1,5 %). U svakoj narednoj žene su brojnije, a razlika se, relativna, ali i apsolutna (sve do starosti od 77 godina) povećava sa starošću. Najniže vrednosti koeficijenta maskuliniteta odnosno najviše vrednosti koeficijenta feminiteta su kod najstarijih. Od ukupno 1628 lica starih 95 ili više godina, 498 ili 30,6 % bili su muškarci, dok su žene bile više nego dvostruko brojnije – ukupno ih je popisano 1130 (koeficijent maskuliniteta iznosio je 441).

Opšta slika o polnoj strukturi stanovništva Srbije po pojedinačnim godina starosti u vreme Popisa iz 2011. ne razlikuje se bitnije od onih dobijenih na osnovu rezultata

popisa iz 1991. i 2002. Ipak, u 2011. godini oscilacije su manje naglašene, a spomenute pravilnosti izraženije (grafikon 4.2-1 desno).

Stanovništvo po starosti, 1953-1991. i 1991-2011.

Tokom čitavog posmatranog perioda 1953-2011. odvijale su se krupne transformacije starosne strukture stanovništva Srbije. To se posebno odnosi na prvi potperiod (1953-1991). Suštinski, promene u starosnom sastavu kretale su se u smeru smanjivanja udela mladih uz istovremeno povećanje udela starih. To ukazuje da je u Srbiji već decenijama prisutan izrazito naglašen proces tzv. potpunog demografskog starenja (Penev, 2015a).

Struktura stanovništva po starosti, kako aktuelna, tako i ona iz ranijih godina, formirana je pod neposrednim uticajem sve tri komponente kretanja stanovništva, ali i pod vrlo snažnim dejstvom nasleđene starosne strukture i to uglavnom preko njenog uticaja na obim rađanja, umiranja i migracionog salda. U Srbiji je taj uticaj, posebno starosne strukture formirane pod dejstvom ogromnih demografskih gubitaka izazvanih Prvim i Drugim svetskim ratom, ali i porasta nataliteta u kasnijim kompenzacionim razdobljima, bio prisutan ne samo tokom čitave druge polovine 20. veka, već je nastavljen i u prvim decenijama 21. veka.

Podaci popisa sprovedenih u drugoj polovini 20. veka ukazuju na kontinuirano povećanje stanovništva Srbije, ali takva konstatacija ne važi za sve starosti. Posmatrano po velikim starosnim grupama, stalno povećanje broja stanovnika bilo je prisutno kod sredovečnog (15-64) i starog stanovništva (65 ili više godina), dok je kretanje broja mladih (do 15 godina) bilo dvosmerno i podložno manjim ili većim fluktuacijama (tabela 4.2-5). Ipak, ukoliko se poredi stanje s početka (1953) i na kraju prvog potperioda (1991), tada je povećanje broja stanovnika ostvareno kod svih velikih starosnih grupa. Ono je bilo najmanje kod najmlađih (0-14) čiji je broj za 38 godina povećan sa 2,0 na 2,2 miliona (11 %). Istovremeno, povećanje sredovečnog i starog stanovništva bilo je kontinuirano i mnogo intenzivnije nego u slučaju kretanja broja mladih. Tako je broj lica starih 15-64 godine povećan sa 4,6 miliona na 6,5 miliona (40 %). Povećanje broja starih bilo je još intenzivnije. U Srbiji je 1953. godine bilo 425 hiljada lica starih 65 ili više godina, da bi 1991. godine njihov broj bio više nego udvostručen (dostigao je 983 hiljade).

U okviru pomenute dve velike starosne grupe, povećanje je manje intenzivno kod mlađih nego kod starijih podgrupa (40-64 odnosno 80 ili više godina). Posebno intenzivno bilo je povećanje broja najstarijih (80+) čiji je broj između 1953. i 1991. godine više nego utrostručen (sa 51 na 174 hiljade).

Kretanje udela pojedinih velikih starosnih grupa u ukupnom stanovništvu vrlo upečatljivo ukazuje na ubrzano odvijanje demografskog starenja Srbije (tabela 4.2-5). Od 1953. do 1991. godine udeo lica mladih od 15 godina smanjen je sa 28,6 % na 22,9 %, dok je udeo starih 65 ili više godina povećan sa 6,1 % na 10,2 %. Takve promene su dovele do udvostručenja vrednosti indeksa starenja (sa 0,21 na 0,44).

Tabela 4.2-5.
 Ukupno stanovništvo Srbije po velikim starosnim grupama, 1953-1991.
 (po velikim područjima)

| Starosna grupa | Broj stanovnika | | | | Struktura u procentima | | | |
|----------------|-----------------|------------------|-----------|-------------------|------------------------|------------------|-----------|-------------------|
| | Srbija | Centralna Srbija | Vojvodina | Kosovo i Metohija | Srbija | Centralna Srbija | Vojvodina | Kosovo i Metohija |
| 1953 | | | | | | | | |
| Svega | 6979154 | 4458394 | 1712619 | 808141 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| 0-14 | 1998902 | 1229282 | 444317 | 325303 | 28,6 | 27,6 | 25,9 | 40,3 |
| 15-39 | 2811615 | 1843873 | 674283 | 293459 | 40,3 | 41,4 | 39,4 | 36,3 |
| 40-64 | 1742512 | 1123851 | 470690 | 147971 | 25,0 | 25,2 | 27,5 | 18,3 |
| 65-79 | 374804 | 230036 | 110668 | 34100 | 5,4 | 5,2 | 6,5 | 4,2 |
| 80+ | 50635 | 30945 | 12412 | 7278 | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,9 |
| Nepoznato | 686 | 407 | 249 | 30 | | | | |
| 1961 | | | | | | | | |
| Svega | 7642227 | 4823274 | 1854965 | 963988 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| 0-14 | 2244403 | 1343980 | 494144 | 406279 | 29,4 | 27,9 | 26,7 | 42,2 |
| 15-39 | 3100992 | 2009617 | 738516 | 352859 | 40,6 | 41,7 | 39,8 | 36,6 |
| 40-64 | 1797257 | 1157248 | 480843 | 159166 | 23,5 | 24,0 | 25,9 | 16,5 |
| 65-79 | 424127 | 266171 | 121802 | 36154 | 5,6 | 5,5 | 6,6 | 3,8 |
| 80+ | 67213 | 40463 | 18135 | 8615 | 0,9 | 0,8 | 1,0 | 0,9 |
| Nepoznato | 8235 | 5795 | 1525 | 915 | | | | |
| 1971 | | | | | | | | |
| Svega | 8446591 | 5250365 | 1952533 | 1243693 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| 0-14 | 2086579 | 1143049 | 412773 | 530757 | 24,8 | 21,9 | 21,2 | 43,0 |
| 15-39 | 3353346 | 2130658 | 770310 | 452378 | 39,9 | 40,8 | 39,6 | 36,7 |
| 40-64 | 2257382 | 1490177 | 572350 | 194855 | 26,9 | 28,5 | 29,4 | 15,8 |
| 65-79 | 613962 | 403150 | 165508 | 45304 | 7,3 | 7,7 | 8,5 | 3,7 |
| 80+ | 92425 | 58093 | 24077 | 10255 | 1,1 | 1,1 | 1,2 | 0,8 |
| Nepoznato | 42897 | 25238 | 7515 | 10144 | | | | |
| 1981 | | | | | | | | |
| Svega | 9313676 | 5694464 | 2034772 | 1584440 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| 0-14 | 2239601 | 1178339 | 405275 | 655987 | 24,1 | 20,8 | 20,0 | 41,5 |
| 15-39 | 3428335 | 2091489 | 744763 | 592083 | 37,0 | 36,9 | 36,8 | 37,5 |
| 40-64 | 2731712 | 1826350 | 646466 | 258896 | 29,5 | 32,2 | 31,9 | 16,4 |
| 65-79 | 749089 | 491193 | 197293 | 60603 | 8,1 | 8,7 | 9,7 | 3,8 |
| 80+ | 125297 | 80804 | 32669 | 11824 | 1,4 | 1,4 | 1,6 | 0,7 |
| Nepoznato | 39642 | 26289 | 8306 | 5047 | | | | |
| 1991 | | | | | | | | |
| Svega | 9778991 | 5808906 | 2013889 | 1956196 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| 0-14 | 2217445 | 1100486 | 386430 | 730529 | 22,9 | 19,2 | 19,3 | 37,4 |
| 15-39 | 3540423 | 2033518 | 707510 | 799395 | 36,6 | 35,6 | 35,3 | 40,9 |
| 40-64 | 2934899 | 1926564 | 671925 | 336410 | 30,3 | 33,7 | 33,5 | 17,2 |
| 65-79 | 808665 | 541352 | 196873 | 70440 | 8,4 | 9,5 | 9,8 | 3,6 |
| 80+ | 174091 | 116212 | 41178 | 16701 | 1,8 | 2,0 | 2,1 | 0,9 |
| Nepoznato | 103468 | 90774 | 9973 | 2721 | | | | |

Izvor: Konačni rezultati popisa stanovništva (odgovarajuće godine).

Napomena 1: Podaci na osnovu konačnih rezultata popisa prema definiciji ukupnog stanovništva koja je primenjena u vreme svakog konkretnog popisa (različite definicije).

Napomena 2: Podaci se odnose na stanovništvo teritorija Centralne Srbije, Vojvodine i Kosovo i Metohije u vreme sprovođenja popisa.

Napomena 3: Podaci za 1991. godinu odnose se na popisano stanovništvo (koncept *de jure*) uključujući i rezultate procene stanovništva opština Bujanovac i Preševo koje je bojkotovalo Popis 1991.

Napomena 4: Struktura u procentima izračunata je samo za stanovništva poznate starosti.

Promene u starosnoj strukturi koje su rezultirale odvijanjem starenja stanovništva Srbije bile su prisutne i na sva tri njena velika područja. Takva konstatacija se prvenstveno odnosi na opšti zaključak koji se dobija na osnovu poređenja starosnih struktura stanovništva Centralne Srbije, Vojvodine i Kosova i Metohije u početnoj i poslednjoj godini posmatranog perioda (1953-1991). Naime, na sva tri područja udeo mladih bio je 1991. godine manji nego 1953, ali je udeo starih bio veći samo na području Centralne Srbije i Vojvodine (tabela 4.2-5). To ukazuje da je na sva tri područja došlo do starenja stanovništva, s tim što se na prva dva taj proces može okarakterisati kao potpun, dok se na Kosovu i Metohiji on odvijao samo od baze starosne piramide, i to tek nakon 1971. godine.

Međutim, i pored toga što su starenjem stanovništva bila zahvaćena sva tri velika područja Srbije, bile su prisutne i veoma izražene regionalne razlike, i to kako u intenzitetu, tako i u odmaklosti procesa demografskog starenja. S jedne strane, to su Centralna Srbija i Vojvodina koje su bile zahvaćene veoma intenzivnim demografskim starenjem i koje su se 1991. godine, prema vrednostima svih indikatora demografske starosti, našle u petom (od sedam) stadijumu demografske starosti (Penev, 1995). S druge strane, to je Kosovo i Metohija, gde se starenje stanovništva odvijalo znatno sporije, a stanovništvo je bilo demografski mnogo mlađe od stanovništva Centralne Srbije i Vojvodine (u 1991. nalazilo se u stadijumu demografske zrelosti, tj. u trećem od sedam stadijuma).

Za potpunije sagledavanje regionalnih razlika u pogledu starosne strukture stanovništva, a naročito kada se imaju u vidu demografski okviri suicidalnog mortaliteta, od posebne važnosti je dinamika broja i udela starih i mladih. Podaci popisa sprovedenih u drugoj polovini 20. veka ukazuju da je u Centralnoj Srbiji i Vojvodini došlo do drastičnog smanjenja broja i udela mladih, uz istovremeno višestruko povećanje broja starih, kao i povećanje njihovog procentnog učešća u ukupnom stanovništvu (tabela 4.2-5). Istovremeno, na Kosovu i Metohiji je smanjen udeo mladih (sa 40 % u 1953. na 37 % u 1991), ali je njihov broj više nego udvostručen (sa 325 hiljada na 730 hiljada). Ujedno, u toj pokrajini je, kao i na druga dva velika područja, višestruko povećan broj starih (sa 41 hiljade na 87 hiljada), ali je njihov udeo u ukupnom stanovništvu smanjen sa niskih 5,1 % na još nižih 4,5 %.

Poslednja decenija 20. i prva decenija 21. veka predstavljaju razdoblje vrlo intenzivnog starenja stanovništva Centralne Srbije i Vojvodine, tj. dela Srbije bez Kosova i Metohije. Stanovništva ta dva područja su i u tom periodu imala veoma sličnu starosnu strukturu, a i promene kojima su ona bila izložena odvijale su se u istom smeru. Udeo stanovništva mlađeg od 15 godina je naglo opadao (sa po 19 % na po 14 %), a još intenzivnije bilo je smanjenje broja stanovnika te starosne grupe (tabela 4.2-6). Zbirno, u Srbiji je 2011. godine bilo za 462 hiljade manje dece nego dve decenije ranije. Smanjenje nije tolikog obima ukoliko se vodi računa o uporedivosti definicija (*de jure* u 1991, a "uobičajeno" u 2011. godini), međutim i u tom slučaju ostaje konstatacija da je procentno smanjenje broja stanovnika bilo relativno veće od smanjenja udela te starosne grupe u ukupnom stanovništvu Srbije.

Tabela 4.2-6.
 Ukupno stanovništvo Srbije po velikim starosnim grupama, 1991-2011.
 (po velikim područjima)

| Starosna grupa | Broj stanovnika | | | Struktura u procentima | | |
|----------------|-----------------|------------------|-----------|------------------------|------------------|-----------|
| | Srbija | Centralna Srbija | Vojvodina | Srbija | Centralna Srbija | Vojvodina |
| 1991 | | | | | | |
| Svega | 7822795 | 5808906 | 2013889 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| 0-14 | 1486916 | 1100486 | 386430 | 19,3 | 19,2 | 19,3 |
| 15-39 | 2741028 | 2033518 | 707510 | 35,5 | 35,6 | 35,3 |
| 40-64 | 2598489 | 1926564 | 671925 | 33,7 | 33,7 | 33,5 |
| 65-79 | 738225 | 541352 | 196873 | 9,6 | 9,5 | 9,8 |
| 80+ | 157390 | 116212 | 41178 | 2,0 | 2,0 | 2,1 |
| Nepoznato | 100747 | 90774 | 9973 | | | |
| 2002 | | | | | | |
| Svega | 7498001 | 5466009 | 2031992 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| 0-14 | 1176770 | 854556 | 322214 | 15,8 | 15,7 | 15,9 |
| 15-39 | 2475102 | 1791417 | 683685 | 33,2 | 33,0 | 33,8 |
| 40-64 | 2557703 | 1855357 | 702346 | 34,3 | 34,2 | 34,7 |
| 65-79 | 1095028 | 819017 | 276011 | 14,7 | 15,1 | 13,6 |
| 80+ | 145477 | 106303 | 39174 | 2,0 | 2,0 | 1,9 |
| Nepoznato | 47921 | 39359 | 8562 | | | |
| 2011 | | | | | | |
| Svega | 7186862 | 5255053 | 1931809 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| 0-14 | 1025278 | 747808 | 277470 | 14,3 | 14,2 | 14,4 |
| 15-39 | 2312317 | 1681210 | 631107 | 32,2 | 32,0 | 32,7 |
| 40-64 | 2598951 | 1892257 | 706694 | 36,2 | 36,0 | 36,6 |
| 65-79 | 992198 | 737006 | 255192 | 13,8 | 14,0 | 13,2 |
| 80+ | 258118 | 196772 | 61346 | 3,6 | 3,7 | 3,2 |
| Nepoznato | - | - | - | | | |

Izvor: Konačni rezultati popisa stanovništva (odgovarajuće godine).

Napomena: Podaci na osnovu konačnih rezultata popisa prema definiciji ukupnog stanovništva koja je primenjena u vreme svakog konkretnog popisa (različite definicije).

Napomena: Podaci za 1991. godinu odnose se na popisano stanovništvo (koncept *de jure*) uključujući i procene stanovništva opština Bujanovac i Preševo koje je bojkotovalo Popis 1991.

Napomena: Podaci za 2011. odnose se na popisano stanovništvo (koncept uobičajenog stanovništva) i ne uključuju podatke o stanovništvu opština Bujanovac, Medveda i Preševo koje je bojkotovalo popis.

U istom dvadesetogodišnjem razdoblju smanjen je i broj lica starosti 15-39 godina (mlađe sredovečno stanovništvo), kao i njihov udeo u ukupnom stanovništvu, ali je smanjenje bilo manje intenzivno nego u slučaju stanovništva mlađeg od 15 godina.

Ostale velike starosne grupe (starije sredovečno, stari 65-79 i 80 ili više godina) beležile su povećanje broja i relativno još veće povećanje njihovog procentnog udela u ukupnom stanovništvu Srbije. Povećanje je bilo najmanje kod starijeg sredovečnog stanovništva, a relativno najveće kod najstarijih. Za dve decenije, broj lica starih 80 ili više godina povećan je za 64 % (sa 157 hiljada u 1991. na 258 hiljada u 2011. godini),

a njihov udeo u ukupnom stanovništvu gotovo udvostručen (sa 2,0 % na 3,6 %), s jasnom tendencijom ka ubrzanom povećanju u narednim decenijama (Penev, 2013).

Tako intenzivno starenje stanovništva direktno je uticalo i na naglo povećanje samačkih staračkih domaćinstava, i ubrzanu transformaciju porodični struktura s brojnim demografskim, ekonomskim i socijalnim implikacijama (Bobić, 2004; Đurđev et al., 2015).

4.2.2. Druge važnije strukture stanovništva relevantne za suicidalni mortalitet

Stanovništvo po bračnom stanju

Bračna struktura stanovništva je pod uticajem sociokulturnih, ekonomskih, etnokulturnih uslova i normi što dominantno utiče na formiranje modela bračnosti. Od značaja su i pozitivna zakonska rešenja, koja ne samo da pružaju zakonski okvir nupcijaliteta i divorcijaliteta stanovništva, već mogu snažno da utiču i na bračno ponašanje stanovništva odnosno preferenciju prilikom donošenja odluke o vrsti zajednice (bračna ili vanbračna, građanski ili običajni brak, razvod ili razdvajanje, i slično). Struktura stanovništva po bračnom stanju je determinisana i demografskim karakteristikama stanovništva, a pre svega njegovim sastavom po starosti i polu, a s tim u vezi i komponentama kretanja stanovništva, tj. nivoom fertiliteta, mortaliteta i migracija. Istovremeno, struktura stanovništva po bračnosti povratno utiče, pre svega na nivo rađanja, nivo mortaliteta posebno određenih uzroka smrti, intenzitet i tip migracionih kretanja.

Za Srbiju u periodu između popisa iz 1953. i 1991. odnosno 1981. godine⁸ nije jednostavno izdvojiti jedinstvenu tendenciju u pogledu modifikacije strukture stanovništva prema bračnosti. Ipak, kao osnovna karakteristika se nameće stabilnost redosleda po procentnom učešću kontingenata stanovništva po bračnosti (tabela 4.2-7). Tako su u svim popisima od 1953. do 1981. najzastupljenija bila lica u braku (oženjeni / udate), s udelima između 64,8 % (1953) i 69,2 % (1961). Po procentnom udelu u ukupnom stanovništvu (starijem od 15 godina) slede lica koja nikada nisu sklapala brak (neoženjeni / neudate ili tzv. celibateri) s udelima između 20,0 % (1961) i 23,5 % (1953), a zatim obudovela lica (udovci / udovice), čije se učešće u ukupnom stanovništvu kretalo od 8,1 % (1971) do 10,2 % (1953). Najmanje je bilo razvedenih, sa stalno rastućim, ali relativno niskim udelima (1,3 % u 1953. do 2,7 % u 1981).

Posmatrano i po velikim područjima, ne postoje razlike u pogledu redosleda procentne zastupljenosti pojedinih kontingenata stanovništva po bračnosti. Razlike koje postoje prvenstveno se odnose na konkretne procene, ali postoje razlike i u

⁸ Zbog bojkota Popisa iz 1991. godine od strane stanovništva albanske nacionalne pripadnosti ne postoje potpuni popisni podaci o bračnoj strukturi stanovništva Srbije. S obzirom da zvanične procene nisu obuhvatile obeležje bračnosti, za tu godinu se raspoložuje samo podacima koji se odnose na stanovništvo Centralne Srbije (uz mali obuhvat za opštine Bujanovac i Preševo) i za Vojvodinu.

pogledu smera i intenziteta promena. Na sva tri velika područja, prema rezultatima svih popisa sprovedenih od 1953. do 1981. bilo je najviše lica u braku, sa procentnim udelima koji su se kretali u intervalu od 62,1 % (u Vojvodini, 1953) do 70,2 % (u Centralnoj Srbiji, 1961). Veći je interval u kome su se nalazila procentna učešća celibatera (19,0 % u Centralnoj Srbiji 1961. godine do 30,7 % na Kosovu i Metohiji u 1981). Udeli obudovelih svuda su bili znatno manji, ali su relativne razlike između minimalne i maksimalne vrednosti po područjima bile mnogo naglašenije (odnos je bio bezmalo 1:2).

Tabela 4.2-7
Bračna struktura stanovništva starijeg od 15 godina.
Srbija, po područjima, 1953-1991.(u procentima)

| Godina | Ukupno | Neoženjeni / neudate | Ožljeni / udete | Udovci / udovice | Razvedeni / razvedene |
|--------------------------|--------|-------------------------|--------------------|---------------------|--------------------------|
| Srbija | | | | | |
| 1953 | 100,0 | 23,5 | 64,8 | 10,2 | 1,3 |
| 1961 | 100,0 | 20,0 | 69,2 | 9,0 | 1,8 |
| 1971 | 100,0 | 21,9 | 67,8 | 8,1 | 2,2 |
| 1981 | 100,0 | 21,0 | 68,1 | 8,2 | 2,7 |
| 1991 | ... | ... | ... | ... | ... |
| Centralna Srbija | | | | | |
| 1953 | 100,0 | 22,9 | 65,7 | 9,9 | 1,4 |
| 1961 | 100,0 | 19,0 | 70,2 | 9,0 | 1,9 |
| 1971 | 100,0 | 20,9 | 68,8 | 8,1 | 2,3 |
| 1981 | 100,0 | 19,2 | 69,5 | 8,3 | 3,0 |
| 1991 | 100,0 | 20,0 | 68,2 | 8,4 | 3,3 |
| Vojvodina | | | | | |
| 1953 | 100,0 | 25,0 | 62,1 | 11,1 | 1,7 |
| 1961 | 100,0 | 21,0 | 67,3 | 9,6 | 2,0 |
| 1971 | 100,0 | 22,3 | 66,2 | 8,9 | 2,7 |
| 1981 | 100,0 | 20,4 | 67,1 | 9,2 | 3,3 |
| 1991 | 100,0 | 20,0 | 66,3 | 9,8 | 3,9 |
| Kosovo i Metohija | | | | | |
| 1953 | 100,0 | 23,4 | 66,3 | 9,7 | 0,4 |
| 1961 | 100,0 | 24,1 | 67,3 | 8,0 | 0,5 |
| 1971 | 100,0 | 27,4 | 65,7 | 6,5 | 0,4 |
| 1981 | 100,0 | 30,7 | 63,0 | 5,9 | 0,5 |
| 1991 | ... | ... | ... | ... | ... |

Izvor: Za 1953. i 1961. Petrović (1995); za 1971, 1981. i 1991. godinu proračun autora na osnovu konačnih rezultata popisa stanovništva za odgovarajuće godine (SGSr-75; SGSr-84; SZS, Popis 1991, Elektronsko izdanje knjiga popisa 1991, Beograd, 1998)

Napomena: Struktura je izračunata samo za stanovništvo poznatog bračnog stanja

Udeo udovaca / udovica je dostigao minimum od 5,9 % i to 1981. godine na Kosovu i Metohiji, dok je maksimalno učešće od 11,1 % ostvareno u Vojvodini (1953). Što se tiče udela obudovelih po područjima, treba istaći i različite tendencije koje su, s jedne strane bile prisutne u Centralnoj Srbiji i Vojvodini, i s druge strane na Kosovu i Metohiji. Na prva dva područja udeo obudovelih je najpre opadao, a od 1971. je

prisutno njegovo povećanje. Na Kosovu i Metohiji, udeo obudovelih je iz popisa u popis bio sve manji.

Najmanje apsolutne razlike po područjima bile su registrovane u nivou procentne zastupljenosti razvedenih lica. Udeli su iznosili od 0,4 % na Kosovu i Metohiji (1953. i 1971) do 3,3 % u Vojvodini (1981). I u tom slučaju postoji naglašena diferenciranost u smeru kretanja relativne zastupljenosti razvedenih u ukupnom stanovništvu. U Centralnoj Srbiji i Vojvodini oni su postajali sve zastupljeniji, dok je njihovo učešće na Kosovu i Metohiji bilo vrlo nisko i vrlo stabilno (od 0,4 % do 0,5 %).

Podaci popisa stanovništva iz 2002. i 2011. godine ukazuju da su promene koje su se odvijale u decenijama na razmeđu 20. i 21. stoleća bile uglavnom istog smera kao i one koje su karakterisale period od 1953. do 1991. godine, a posebno one koje su započele tokom 1980-ih. Uopšteno, nastavljeno je smanjenje udela lica u braku, uz istovremeno nastavljanje povećanje udela celibatera, obudovelih i razvedenih, s tim što je redosled po brojnosti kontingenata po bračnosti ostao identičan kao i tokom čitavog posmatranog razdoblja od sredine 20. veka (tabele 4.2-7 i 4.2-8). Ono što posebno izdvaja promene u te dve decenije je njihov intenzitet – one su bile mnogo ubrzanije nego što je to bio slučaj u periodu 1953-1991.

Tabela 4.2-8.
Bračna struktura stanovništva starijeg od 15 godina.
Srbija, po područjima, 1991, 2002. i 2011.(u procentima)

| Godina | Ukupno | Neoženjeni / neudate | Ožljeni / udete | Udovci / udovice | Razvedeni / razvedene |
|------------------|--------|-------------------------|--------------------|---------------------|--------------------------|
| Srbija | | | | | |
| 1991 | 100,0 | 20,0 | 67,7 | 8,8 | 3,5 |
| 2002 | 100,0 | 24,5 | 60,7 | 10,9 | 4,0 |
| 2011 | 100,0 | 28,0 | 55,3 | 11,7 | 5,0 |
| Centralna Srbija | | | | | |
| 1991 | 100,0 | 20,0 | 68,2 | 8,4 | 3,3 |
| 2002 | 100,0 | 24,1 | 61,4 | 10,6 | 3,9 |
| 2011 | 100,0 | 27,5 | 56,1 | 11,6 | 4,7 |
| Vojvodina | | | | | |
| 1991 | 100,0 | 20,0 | 66,3 | 9,8 | 3,9 |
| 2002 | 100,0 | 25,4 | 58,7 | 11,5 | 4,4 |
| 2011 | 100,0 | 29,3 | 53,2 | 11,9 | 5,5 |

Izvor: Proračun autora na osnovu konačnih rezultata popisa stanovništva Srbije iz 1991, 2002. i 2011.

Posebnu pažnju, u tom smislu, treba obratiti na udele celibatera i lica koja su u zakonskom braku. Početkom 1990-ih godina, svako peto lice starije od 15 godina nikada nije sklapalo brak, dok je udeo onih koju su u braku bio gotovo 3 i po puta veći (67,7 %). Dvadeset godina kasnije, udeo celibatera uvećan je za 40 % (u 2011. je dostigao 28,0 %), a udeo lica u braku smanjen za 18 % (2011. je sveden na 55,3 %). Time je odnos između broja neoženjenih/neudatih i broja lica u braku smanjen sa 1:3,4 na manje od 1:2.

Značajno su povećani i udeli obudovelih i razvedenih lica. Početkom 2000-ih procentno učešće udovica i udovica premašilo je 10 % ukupnog stanovništva, što je bilo prvi put nakon 1953. godine. Povećanje udela obudovelih nastavljeno je tokom prve decenije 21. veka, da bi u 2011. bio dostignuto maksimalno učešće od 11,7 %, koje je čak veće nego 1948, tj. odmah posle Drugog svetskog rata (Petrović, 1995).

Najintenzivnije je bilo povećanje udela razvedenih lica, ali je taj kontingent i dalje najmalobrojniji. U 2011. godini udeo razvedenih je dostigao maksimalno učešće od 5,0 %, ali je ono i dalje višestruko manje od udela obudovelih.

S obzirom da se od Popisa iz 1991. godine ne raspolaže zvaničnim statističkim podacima za Kosovo i Metohiju, razmatranja razlika u bračnosti stanovništva Srbije su ograničena samo na Centralnu Srbiju i Vojvodinu. Ta dva područja su i u periodu 1991-2011. imala isti model bračnosti. Redosled po zastupljenosti pojedinih populacionih kontingenata po bračnosti je ostao isti, a na oba područja bio je istovetan i smer promena (tabela 4.2-8).

Važno je napomenuti da se svi navedeni podaci o bračnoj strukturi odnose na zakonsko bračno stanje.⁹ U Srbiji su statističke informacije o faktičkom bračnom stanju stanovništva prvi put dobijene Popisom iz 2011. Te godine je, prema popisnim rezultatima, bilo evidentirano ukupno 234 hiljade lica koja su živela u vanbračnoj zajednici ili 3,8 % ukupnog stanovništva starijeg od 15 godina (Stanković, 2015). Zbirno, 2011. godine u Srbiji je udeo lica koja žive u zajednici (bračna ili vanbračna) iznosio 59,1 %. To je manje procentno učešće nego što je bio udeo lica u zakonskom braku u 2002. godini (60,7 %).

Stanovništvo po školskoj spremi

Sastav stanovništva po obrazovanju predstavlja jednu od osnovnih struktura stanovništva koja je u direktnoj uzročno-posledičnoj vezi s demografskim razvitkom, prirodnom i migracionom komponentom demografskog rasta, kao i s ostalim strukturama stanovništva. Ujedno, obrazovna struktura stanovništva predstavlja jedan od osnovnih pokazatelja ukupnog razvoja društva, koja je u vrlo direktnoj vezi s ostalim determinantama društvenog razvoja, pod čijim je uticajem formirana, ali na koje i ona takođe snažno utiče.

U srpskoj statistici, posebno u popisnoj statistici, od obrazovnih obeležja stanovništva obuhvata se pismenost i školska sprema. Za Srbiju je druga polovina 20. veka, ili tačnije razdoblje između 1953. i 1991. godine,¹⁰ karakteristična po veoma izraženom poboljšanju obrazovne strukture stanovništva. Ono se, najpre, ogleda kroz

⁹ Vitalna statistika Srbije do 2015. godine nije prikupljala podatke o broju rođenih i umrlih (uključujući i umrle usled samoubistva) prema faktičkom bračnom stanju.

¹⁰ Zbog već spomenutog bojkota Popisa 1991. za Srbiju u celini su i za školsku spremu raspoloživi samo podaci popisa sprovedeni između 1953. i 1981. godine. Za to obeležje ne postoje zvanične procene koje se odnose na kritični momenat 31. marta 1991.

kontinuirano smanjenje udela, ali i broja lica bez školske spreme ili s nepotpunom osnovnom školom. S druge strane, kontinuirano i veoma intenzivno bilo je povećanje broja i udela lica koja su stekla neku školsku diplomu, i to počev od onih sa završenom osnovnom školom, pa sve do onih sa fakultetskom školskom spremom.

Tabela 4.2-9.
Stanovništvo staro 15 i više godina po školskoj spremi. Srbija, po područjima, 1953-1991.

| Godina | Ukupno | | Bez škole ili 1-3 razreda osn. škole | | 4-7 razreda osnovne škole | | Osnovna škola | | Srednja škola | | Viša ili visoka škola | |
|--------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------------------|-----------------|---------------------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------------|--|
| | broj stanovnika | broj stanovnika | % | broj stanovnika | % | broj stanovnika | % | broj stanovnika | % | broj stanovnika | % | |
| Srbija | | | | | | | | | | | | |
| 1953 | 4980252 | 2178437 | 43,9 | 2132306 | 43,0 | 242296 | 4,9 | 370279 | 7,5 | 36837 | 0,7 | |
| 1961 | 5397741 | 1894591 | 35,2 | 2487887 | 46,2 | 374180 | 6,9 | 544313 | 10,1 | 87993 | 1,6 | |
| 1971 | 6360012 | 1612552 | 25,4 | 2567192 | 40,5 | 915026 | 14,4 | 1030125 | 16,3 | 212059 | 3,3 | |
| 1981 | 7074075 | 1319563 | 18,8 | 1849570 | 26,3 | 1729906 | 24,6 | 1734433 | 24,6 | 403983 | 5,7 | |
| 1991 | ... | ... | | ... | | ... | | ... | | ... | | |
| Centralna Srbija | | | | | | | | | | | | |
| 1953 | 3229112 | 1472677 | 45,8 | 1321995 | 41,1 | 143259 | 4,5 | 251730 | 7,8 | 29067 | 0,9 | |
| 1961 | 3479237 | 1253428 | 36,1 | 1576048 | 45,4 | 225016 | 6,5 | 352114 | 10,1 | 67738 | 1,9 | |
| 1971 | 4107316 | 1055958 | 25,8 | 1647350 | 40,3 | 554542 | 13,6 | 676517 | 16,5 | 157474 | 3,8 | |
| 1981 | 4516125 | 842706 | 18,7 | 1345253 | 29,9 | 893299 | 19,8 | 1131997 | 25,1 | 289901 | 6,4 | |
| 1991 | 4666891 | 608036 | 13,1 | 960506 | 20,8 | 1130226 | 24,4 | 1484715 | 32,1 | 443618 | 9,6 | |
| Vojvodina | | | | | | | | | | | | |
| 1953 | 1268302 | 349959 | 27,7 | 711889 | 56,4 | 88171 | 7,0 | 105473 | 8,4 | 6985 | 0,6 | |
| 1961 | 1360824 | 316779 | 23,3 | 732765 | 54,0 | 120432 | 8,9 | 170552 | 12,6 | 16855 | 1,2 | |
| 1971 | 1539760 | 273735 | 17,8 | 689037 | 44,9 | 234398 | 15,3 | 293871 | 19,2 | 43356 | 2,8 | |
| 1981 | 1629497 | 218286 | 13,6 | 345550 | 21,5 | 517009 | 32,2 | 442220 | 27,5 | 83833 | 5,2 | |
| 1991 | 1627459 | 171056 | 10,6 | 373723 | 23,2 | 411552 | 25,5 | 537333 | 33,3 | 120686 | 7,5 | |
| Kosovo i Metohija | | | | | | | | | | | | |
| 1953 | 482838 | 355801 | 74,3 | 98422 | 20,5 | 10866 | 2,3 | 13076 | 2,7 | 785 | 0,2 | |
| 1961 | 557680 | 324384 | 58,2 | 179074 | 32,1 | 28732 | 5,2 | 21647 | 3,9 | 3399 | 0,6 | |
| 1971 | 712936 | 282859 | 40,4 | 230805 | 32,9 | 126086 | 18,0 | 49737 | 7,1 | 11229 | 1,6 | |
| 1981 | 928453 | 258571 | 27,9 | 158767 | 17,1 | 319598 | 34,5 | 160216 | 17,3 | 30249 | 3,3 | |
| 1991 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |

Izvor: Konačni rezultati popisa stanovništva

Napomena 1: Razliku do ukupno čine lica nepoznate školske spreme.

Napomena 2: Prilikom izračunavanja procentnih udela nije uzeto u obzir stanovništvo nepoznate školske spreme

Napomena 3: Za 1991. godinu, podaci za Centralnu Srbiju se odnose samo na stanovništvo koje nije bojkotovalo popis.

Podaci Popisa iz 1953. ukazuju na vrlo nepovoljnu obrazovnu strukturu stanovništva Srbije. Posmatrano po školskoj spremi, najveći broj stanovnika (2,2 miliona), ili gotovo polovina (43,9 %) ukupnog stanovništva starijeg od 15 godina je bila bez ikakve školske spreme, ili sa završena 1-3 razreda osnovne škole (tabela 4.2-9). Broj lica s nepotpunom osnovnom školom (4-7 razreda) bio je neznatno manji (za 46 hiljada), a ona su učestvovala sa 43,0 % u ukupnom stanovništvu Srbije. Zbirno, te dve grupe su predstavljale bezmalo 9/10 ukupnog stanovništva zemlje starog 15 ili

više godina. Na tadašnju vrlo lošu obrazovnu strukturu upućuje i popisni podatak da je čak 1,4 miliona lica ili 26,8 % ukupnog stanovništva starog 10 ili više godina bilo nepismeno. Te 1953. godine broj lica sa osmogodišnjom osnovnom, srednjom, višom ili visokom školskom spremom iznosio je 649 hiljada, i bio je višestruko manji od onih bez diplome, i čak dvostruko manji od broja nepismenih.

Rezultati narednih popisa potvrđuju da je u Srbiji za relativno kratko vreme došlo do prave ekspanzije obrazovnog sistema i znatnog poboljšanja obrazovne strukture stanovništva. Broj stanovnika bez bilo kakve školske diplome se intenzivno smanjivao. Zbirno, broj lica bez školske spreme ili sa 1-3 razreda osnovne škole do 1981. godine smanjen je sa 2,2 na 1,3 miliona. Međutim, smanjenje onih lica koja su imala završena 4-7 razreda osnovne škole bilo je znatno umerenije (sa 2,1 na 1,8 miliona). Istovremeno, neprestano je povećavan broj stanovnika sa školskom spremom (od osnovne do visoke škole). Popisom iz 1981. godine utvrđeno je da je u odnosu na 1953. godinu najintenzivnije povećan broj lica koja su stekli višu ili visoku školsku spremu (sa 37 hiljada na 404 hiljade). Sledstveno, potpuno je promenjena i procentna zastupljenost pojedinih kontingenata stanovništva prema obrazovnom nivou. Učešće stanovništva koje nije posedovalo ni diplomu osmogodišnje osnovne škole smanjeno je sa 87 % na 45 %, dok je udeo onih koji su imali barem diplomu "osmoljetke" povećan sa 13 % na 55 %. Relativno, najveće procentno povećanje ostvareno je kod stanovništva sa završenom višom ili visokom školskom spremom (sa 0,7 % na 5,7 %). Ipak, Srbija je i s tako intenzivnim povećanjem, prema udelu stanovništva s tercijarnim obrazovanjem početkom 1980-ih bila na evropskom začelju (Berend, 2010).

U Srbiji su i u pogledu obrazovne strukture stanovništva u posmatranom periodu od ranih 1950-ih godina do 1981. godine takođe bile prisutne naglašene regionalne razlike. U tom smislu posebno se izdvaja područje Kosova i Metohije sa konstantno najnepovoljnijom obrazovnom strukturom. Ipak, osnovna zapažanja koja su se odnosila na Srbiju u najvećoj meri važe i za svako od njena tri velika područja. Prema Popisu iz 1953. godine u Centralnoj Srbiji, Vojvodini i na Kosovu i Metohiji ubedljivo najveći deo (preko četiri petine) stanovništva starog 15 ili više godina nije imao završenu osmogodišnju osnovnu školu. U narednim decenijama udeo tog neobrazovanog odnosno najmanje obrazovanog stanovništva se kontinuirano smanjivao. Istovremeno, stalno su povećavani udeli lica koja su posedovala najmanje diplomu osmogodišnje osnovne škole, što je u 1981. godini rezultiralo njihovim natpolovičnim udelom u ukupnom stanovništvu sva tri velika područja.

Na Kosovu i Metohiji je u vreme Popisa iz 1953. čak 95 % stanovništva (starih 15+) bilo bez osmogodišnje osnovne škole, 74 % je bilo bez ikakve školske spreme ili sa 1 do 3 razreda osnovne škole, a 63 % stanovništva (stari 10+) bilo je nepismeno (Radivojević, 1995). Iste godine je i u Centralnoj Srbiji i Vojvodini udeo lica bez završene osmogodišnje osnovne škole bio vrlo visok (87 % i 82 %), ali je udeo lica bez ikakve školske spreme ili samo s 1-3 razreda osnovne škole bio znatno manji nego na Kosovu i Metohiji (46 % u Centralnoj Srbiji i 28 % u Vojvodini).

Vremenom, na sva tri velika područja znatno je poboljšana obrazovna struktura stanovništva, s tim što je ona i dalje bila najnepovoljnija na Kosovu i Metohiji (tabela 4.2-9). To se posebno ogleda preko najvećeg udela nepismenih kojih je u 1981. godini bilo 18 %, najvećeg udela lica bez školske spreme, kao i najmanjeg udela lica sa sekundarnim (17 %) ili tercijarnim obrazovanjem (3 %). Značajne razlike u obrazovnom nivou stanovništva Kosova i Metohije, s jedne, i Centralne Srbije i Vojvodine, s druge strane, prvenstveno su rezultat neujednačene društveno-ekonomske razvijenosti, uticaja tradicije i prvenstveno položaja žena u porodici i društvu, ali i vrlo diferencirane starosne strukture po područjima.

Tabela 4.2-10.

Stanovništvo staro 15 i više godina po školskoj spreml. Srbija, po područjima, 1991-2011.

| Godina | Ukupno | | Bez škole ili 1-3 razreda osn. škole | | 4-7 razreda osnovne škole | | Osnovna škola | | Srednja škola | | Viša ili visoka škola | |
|-------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------------------|-----------------|---------------------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------------|--|
| | broj stanovnika | broj stanovnika | % | broj stanovnika | % | broj stanovnika | % | broj stanovnika | % | broj stanovnika | % | |
| Srbija | | | | | | | | | | | | |
| 1991 | 6294350 | 779092 | 12.5 | 1334229 | 21.4 | 1541778 | 24.7 | 2022048 | 32.4 | 564304 | 9.0 | |
| 2002 | 6321231 | 483679 | 7.8 | 896847 | 14.5 | 1509462 | 24.4 | 2596348 | 42.0 | 697000 | 11.3 | |
| 2011 | 6161584 | 164884 | 2.7 | 677499 | 11.0 | 1279116 | 20.8 | 3015092 | 49.1 | 1000569 | 16.3 | |
| Centralna Srbija | | | | | | | | | | | | |
| 1991 | 4666891 | 608036 | 13.1 | 960506 | 20.8 | 1130226 | 24.4 | 1484715 | 32.1 | 443618 | 9.6 | |
| 2002 | 4611453 | 373576 | 8.3 | 651184 | 14.5 | 1083898 | 24.1 | 1845166 | 41.1 | 534919 | 11.9 | |
| 2011 | 4507245 | 126409 | 2.8 | 500761 | 11.2 | 919355 | 20.5 | 2172950 | 48.4 | 767695 | 17.1 | |
| Vojvodina | | | | | | | | | | | | |
| 1991 | 1627459 | 171056 | 10.6 | 373723 | 23.2 | 411552 | 25.5 | 537333 | 33.3 | 120686 | 7.5 | |
| 2002 | 1709778 | 110103 | 6.5 | 245663 | 14.5 | 425564 | 25.1 | 751182 | 44.3 | 162081 | 9.6 | |
| 2011 | 1654339 | 38475 | 2.3 | 176738 | 10.7 | 359761 | 21.8 | 842142 | 51.0 | 232874 | 14.1 | |

Izvor: Konačni rezultati popisa stanovništva

Napomena 1: Razliku do ukupno čine lica nepoznate školske spreml.

Napomena 2: Prilikom izračunavanja procentnih udela nije uzeto u obzir stanovništvo nepoznate školske spreml

Napomena 3: Za 1991. i 2011. godinu, podaci za Centralnu Srbiju se odnose samo na stanovništvo koje nije bojkotovalo popis.

Narednih decenija nastavljene su pozitivne promene obrazovne strukture stanovništva i to mnogo intenzivnije nego što je to bio u slučaj tokom prvog potperioda (1953-1991). Promene ostvarene u poslednjoj deceniji 20. i prvoj deceniji 21. veka naročito su bile ubrzane pri smanjivanju broja lica bez završene osmogodišnje osnovne škole i njihovog udela u ukupnom stanovništvu Srbije. Tako je za samo 20 godina brojnost tog kontingenta više nego prepolovljena (sa 2,1 milion u 1991. na 842 hiljade u 2011), a njihov udeo u ukupnom stanovništvu sveden sa 34 % na 14 %. U odnosu na početnu 1953. godinu, broj lica bez osnovne škole smanjen je za preko 3 miliona (tabele 4.2-9 i 4.2-10), a udeo u ukupnom stanovništvu za preko 70 procentnih poena.

U dvadesetogodišnjem razdoblju između 1991. i 2011. smanjen je i udeo lica sa najviše završenom osmogodišnjom osnovnom školom. Smanjenje je relativno umereno (sa 25 % na 21 %), ali je time prekinuto dotadašnje kontinuirano povećanje

brojnosti tog populacionog kontingenta, kao i njegovog udela u ukupnom stanovništvu starijem od 15 godina.

Istovremeno, nastavljeno je, i to vrlo intenzivno, povećanje broja i udela lica sa sekundarnim i tercijarnim obrazovanjem. Naime, udeo lica sa srednjom školskom spremom povećan je sa 32 % na 49 %, dok je udeo onih sa višim ili visokim obrazovanjem gotovo udvostručen (sa 9 % na 16 %). Tako je, već početkom 2000-ih, udeo lica s najmanje završenim srednjoškolskim obrazovanjem prešao granicu od 50 % ukupnog stanovništva, da bi u vreme Popisa iz 2011. on iznosio preko 65 % ukupnog stanovništva Srbije starog 15 ili više godina.

Stanovništvo po nacionalnoj pripadnosti

Za Srbiju, kao jednu heterogenu etnokulturnu zemlju s diferenciranom nacionalnom, lingvističkom i konfesionalnom strukturom stanovništva, statističko praćenje etničkih obeležja stanovništva je od primarnog značaja. I to ne samo iz političkih razloga, prvenstveno vezanih za prava manjinskih etničkih zajednica, već i zbog činjenice da je etnička raznolikost na ovim prostorima ujedno vodila ka diferenciranosti bitnih elemenata demografskog razvitka, kao što su npr. reproduktivne norme i nivo fertiliteta, smrtnost stanovništva po starosti i polu, ili pak po uzroku smrti, intenzitet i pravci migracionih kretanja, porodične strukture i drugo.

Stoga, nije neočekivano što je, zasnovano na proklamovanim načelima nacionalne ravnopravnosti, već u prvom popisu stanovništva, koji je sproveden u federativnoj Jugoslaviji, postavljeno pitanje o nacionalnoj pripadnosti, i koje je zatim postalo obavezno obeležje u svim popisima koji su sprovedeni na teritoriji Srbije. Posebno je bitno što je u svim popisima primenjivan princip subjektivnosti, tj, što je odgovor na popisno pitanje o nacionalnoj pripadnosti dobijan na osnovu "slobodne izjave" popisanog lica. Takav princip je implicirao mogućnost da jedno lice daje različite izjave o svojoj nacionalnoj ili etničkoj pripadnosti (Mrđen, 2002). Stoga, čini se da su u pravu oni koji smatraju da se zbog primene subjektivnog principa, postavljeno pitanje pre odnosi na nacionalnu opredeljenost nego na nacionalnu pripadnost popisanog lica (Sardon, 2008).

Na brojnost svake etničke zajednice u Srbiji, koja je ustanovljena popisom, utiču iste komponente kao i na kretanje ukupnog stanovništva (natalitet, mortalitet, migracioni saldo). Međutim, zbog mogućnosti promene u izjašnjavanju o nacionalnoj pripadnosti mora se uključiti i ta komponenta, koja ponekad, posebno u slučaju nekih manjih etničkih zajednica može biti i bitnija od onih "čisto" demografskih. Do promene u izjašnjavanju dolazilo je i zbog "objektivnih" razloga, odnosno prakse koja je primenjivana u svim popisima u vezi različitog definisanja, razvrstavanja, uvođenja novih modaliteta u klasifikaciji nacionalnosti. Sve to neposredno, manje ili više, otežava utvrđivanje brojnosti stanovništva po nacionalnoj pripadnosti, ali usložnjava i analizu mnogih demografskih pojava koje su usko povezane sa etničkom pripadnošću stanovništva (Đurić et al., 2014).

Rezultati svih popisa stanovništva sprovedenih od sredine 20. veka potvrđuju da je Srbija izrazita višenacionalna sredina. Od prvog Popisa iz 1953. do poslednjeg u 20. veku, Srbi su predstavljali apsolutnu većinu stanovništva, ali s tendencijom smanjivanja njihovog procentnog učešća (tabela 4.2-11). Srbi su početkom tog razdoblja činili tri četvrtine ukupnog stanovništva Srbije (74 % u 1953. i 75 % u 1961), da bi krajem perioda njihov udeo bio sveden na dve trećine (66,7 % u 1981. i 66,3 % u 1991).

Tabela 4.2-11.
Stanovništvo prema nacionalnoj pripadnosti. Srbija, 1953-1991.

| Nacionalnost | 1953 | | 1961 | | 1971 | | 1981 | | 1991 | |
|--------------|-----------------|-------|-----------------|-------|-----------------|-------|-----------------|-------|-----------------|-------|
| | broj stanovnika | % | broj stanovnika | % | broj stanovnika | % | broj stanovnika | % | broj stanovnika | % |
| Ukupno | 6979154 | 100,0 | 7642227 | 100,0 | 8446591 | 100,0 | 9313676 | 100,0 | 9778991 | 100,0 |
| Srbi | 5152939 | 73,9 | 5704686 | 74,7 | 6016811 | 71,5 | 6182155 | 66,7 | 6446595 | 66,3 |
| Albanci | 565513 | 8,1 | 699772 | 9,2 | 984761 | 11,7 | 1303034 | 14,1 | 1674353 | 17,2 |
| Crnogorci | 86061 | 1,2 | 104753 | 1,4 | 125260 | 1,5 | 147466 | 1,6 | 139299 | 1,4 |
| Hrvati | 173246 | 2,5 | 196409 | 2,6 | 184913 | 2,2 | 149368 | 1,6 | 105406 | 1,1 |
| Jugosloveni | b.k. | b.k. | 20079 | 0,3 | 123824 | 1,5 | 441941 | 4,8 | 323625 | 3,3 |
| Mađari | 441907 | 6,3 | 449587 | 5,9 | 430314 | 5,1 | 390468 | 4,2 | 343942 | 3,5 |
| Muslimani | 81081 | 1,2 | 93467 | 1,2 | 154330 | 1,8 | 215166 | 2,3 | 246411 | 2,5 |
| Romi | 58800 | 0,8 | 9826 | 0,1 | 49894 | 0,6 | 110959 | 1,2 | 140237 | 1,4 |
| Slovaci | 75027 | 1,1 | 77837 | 1,0 | 76733 | 0,9 | 73207 | 0,8 | 66798 | 0,7 |
| Ostali | 342586 | 4,9 | 280207 | 3,7 | 269477 | 3,2 | 256689 | 2,8 | 241958 | 2,5 |

Izvor: Radovanović (1995)

Napomena 1: Za 1991. godinu uključeni i procenjeni podaci za opštine Bujanovac i Preševo

Napomena 2: U popisima do 1981. godine Bunjevci i Šokci prikazivani su zbirno sa Hrvatima.

Napomena 3: U Popisu 1961. modalitet Jugosloveni obuhvata lica koja se nisu bliže nacionalno opredelila ili su se opredelila u smislu regionalne pripadnosti.

Napomena 4: Prikazani su podaci samo za nacionalnosti koje su barem u jednom popisu učestvovala s najmanje 1 % u ukupnom stanovništvu Srbije.

Napomena 5: Razlika do ukupnog predstavlja "nepoznato". Struktura u procentima ne uključuje "nepoznato"

Drugo po brojnosti je stanovništvo albanske nacionalne pripadnosti. To je stanovništvo koje se odlikovalo visokim fertilitetom, niskim mortalitetom, mladom starosnom strukturom i intenzivnim demografskim rastom. Učešće Albanaca u ukupnom stanovništvu Srbije se kontinuirano i veoma intenzivno povećavalo, dostižući 17,2 % u 1991. godini.

Od ostalih brojnijih nacionalnosti, najveće udele su imali Mađari, Hrvati, Muslimani i Romi. Udeo Mađara i Hrvata po pravilu se smanjivao, dok se udeo Muslimana kontinuirano povećavao. Kretanje broja Roma je bilo prilično neujednačeno. U pojedinim međupopisnim razdobljima bilo je registrovano naglo smanjenje, u drugim naglo povećanje, a zatim relativno umereni demografski rast. Takve fluktuacije su pre svega bile rezultat promene u izjašnjavanju o nacionalnoj pripadnosti.

Najveći značaj promene izjašnjavanja na kretanje broja stanovnika je u slučaju lica koja su se nacionalno opredelila kao Jugosloveni. Ta kategorija praktično se prvi put

pojavi u Popisu iz 1971. Tada je u Srbiji bilo ukupno 124 hiljade lica koja su na pitanje o nacionalnoj pripadnosti izjavila da su Jugosloveni. U narednom popisu ih je bilo znatno više (442 hiljade), i po brojnosti su svrstani odmah iza Srba i Albanaca. Popisom iz 1991, koji je održan neposredno pred raspad SFRJ, evidentirano je za oko 120 hiljada Jugoslovena manje nego deset godina ranije.

Tabela 4.2-12.
Stanovništvo prema nacionalnoj pripadnosti.
Centralna Srbija, Vojvodina i Kosovo i Metohija, 1953-1991.

| Nacionalnost | 1953 | | 1961 | | 1971 | | 1981 | | 1991 | |
|--------------------------|-----------------|-------|-----------------|-------|-----------------|-------|-----------------|-------|-----------------|-------|
| | broj stanovnika | % | broj stanovnika | % | broj stanovnika | % | broj stanovnika | % | broj stanovnika | % |
| Centralna Srbija | | | | | | | | | | |
| Ukupno | 4458394 | 100,0 | 4823274 | 100,0 | 5250365 | 100,0 | 5694464 | 100,0 | 5808906 | 100,0 |
| Srbi | 4088724 | 91,7 | 4459953 | 92,5 | 4699415 | 89,9 | 4865283 | 86,0 | 5108682 | 88,4 |
| Albanci | 39989 | 0,9 | 51173 | 1,1 | 65507 | 1,3 | 72484 | 1,3 | 75725 | 1,3 |
| Crnogorci | 24157 | 0,5 | 32383 | 0,7 | 57289 | 1,1 | 77134 | 1,4 | 74096 | 1,3 |
| Jugosloveni | - | - | 11699 | 0,2 | 75976 | 1,5 | 272050 | 4,8 | 145873 | 2,5 |
| Muslimani | 64303 | 1,4 | 83811 | 1,7 | 124482 | 2,4 | 151674 | 2,7 | 174371 | 3,0 |
| Romi | 35371 | 0,8 | 3312 | 0,1 | 27541 | 0,5 | 57140 | 1,0 | 70126 | 1,2 |
| Ostali | 204723 | 4,6 | 178032 | 3,7 | 177817 | 3,4 | 160037 | 2,8 | 127568 | 2,2 |
| Vojvodina | | | | | | | | | | |
| Ukupno | 1712619 | 100,0 | 1854965 | 100,0 | 1952533 | 100,0 | 2034772 | 100,0 | 2013889 | 100,0 |
| Srbi | 874346 | 51,1 | 1017717 | 54,9 | 1089132 | 56,0 | 1107375 | 54,5 | 1143723 | 57,2 |
| Crnogorci | 30561 | 1,8 | 34782 | 1,9 | 36416 | 1,9 | 43304 | 2,1 | 44838 | 2,2 |
| Hrvati | 128054 | 7,5 | 145341 | 7,8 | 138561 | 7,1 | 109203 | 5,4 | 74808 | 3,7 |
| Jugosloveni | - | 0,0 | 3174 | 0,2 | 46928 | 2,4 | 167215 | 8,2 | 174295 | 8,7 |
| Mađari | 435345 | 25,4 | 442561 | 23,9 | 423866 | 21,8 | 385356 | 19,0 | 339491 | 17,0 |
| Romi | 11525 | 0,7 | 3312 | 0,2 | 7760 | 0,4 | 19693 | 1,0 | 24366 | 1,2 |
| Rumuni | 57236 | 3,3 | 57259 | 3,1 | 52987 | 2,7 | 47289 | 2,3 | 38809 | 1,9 |
| Rusini | 23043 | 1,3 | 24548 | 1,3 | 20109 | 1,0 | 19305 | 1,0 | 17652 | 0,9 |
| Slovaci | 73460 | 4,3 | 73830 | 4,0 | 72795 | 3,7 | 69549 | 3,4 | 63545 | 3,2 |
| Ostali | 78390 | 4,6 | 50031 | 2,7 | 57638 | 3,0 | 63296 | 3,1 | 76869 | 3,8 |
| Kosovo i Metohija | | | | | | | | | | |
| Ukupno | 808141 | 100,0 | 963988 | 100,0 | 1243693 | 100,0 | 1584440 | 100,0 | 1956196 | 100,0 |
| Srbi | 189869 | 23,5 | 227016 | 23,6 | 228264 | 18,4 | 209497 | 13,2 | 194190 | 9,9 |
| Albanci | 524559 | 64,9 | 646605 | 67,1 | 916168 | 73,8 | 1226736 | 77,5 | 1596072 | 81,7 |
| Crnogorci | 31343 | 3,9 | 37588 | 3,9 | 31555 | 2,5 | 27028 | 1,7 | 20365 | 1,0 |
| Muslimani | 6241 | 0,8 | 8226 | 0,9 | 26357 | 2,1 | 58562 | 3,7 | 66189 | 3,4 |
| Romi | 11904 | 1,5 | 3202 | 0,3 | 14593 | 1,2 | 34126 | 2,2 | 45745 | 2,3 |
| Turci | 34583 | 4,3 | 25764 | 2,7 | 12244 | 1,0 | 12513 | 0,8 | 10445 | 0,5 |
| Ostali | 9434 | 1,2 | 15304 | 1,6 | 12917 | 1,0 | 14605 | 0,9 | 20781 | 1,1 |

Izvor: Radovanović (1995)

Napomena 1: Prikazane su samo nacionalnosti koje su barem jedne popisne godine učestvovalе s najmanje 1 % u ukupnom stanovništvu posmatranog područja Srbije.

Napomena 2: Videti "Napomene" uz tabelu 4.2-11

Što se tiče velikih područja, njihova etnička struktura je bila vrlo različita (tabela 4.2-12). S jedne strane je Centralna Srbija, s izrazitom brojčanom dominacijom stanovništva srpske nacionalne pripadnosti. Srbi su na tom području predstavljali oko 90 % ukupnog stanovništva (92 % u 1953. i 88 % u 1991).

S druge strane, to je Kosovo i Metohija, gde su pripadnici albanske nacionalne manjine predstavljali apsolutnu i stalno rastuću većinu. Broj Albanaca se između 1953. i 1991. povećao za tri puta (sa 525 hiljada u 1953. na 1596 hiljada u 1991), a udeo sa 65 % na 82 %. Istovremeno udeo Srba kontinuirano je opadao (sa 23 % na 10 %), a nakon 1971. godine i njihov broj.

Vojvodina je područje s najheterogenijim nacionalnim sastavom stanovništva, ali i s promenama koje su se odvijale u smeru sve veće etničke homogenizacije. Srbi su bili najbrojniji tokom čitavog posmatranog perioda, i to s rastućom apsolutnom većinom (51 % u 1953. i 57 % u 1991). Drugi po brojnosti su bili stanovnici mađarske nacionalne pripadnosti, i to takođe tokom čitavog perioda od 1953. do 1991. Međutim, za razliku od Srba, njihov broj i udeo u ukupnom stanovništvu kontinuirano se smanjivao od Popisa iz 1961. godine (tabela 4.2-12). Procentni udeli ostalih brojnijih nacionalnosti (Nemci, Rumuni, Rusini, Slovaci, Hrvati) uglavnom su se smanjivali. Jedini izuzetak je kretanje broja lica koja su se izjašnjavala kao Jugosloveni, koji je naglo uvećan nakon popisa iz 1971. godine. U 1981. i 1991. to stanovništvo je po brojnosti odmah posle Srba i Mađara, dostižući u 1991. godini udeo od 9 % ukupnog stanovništva Vojvodine.

Tabela 4.2-13.
Stanovništvo prema nacionalnoj pripadnosti. Srbija, 1991, 2002. i 2011.

| Nacionalnost | 1991 | | 2002 | | 2011 | |
|----------------------|-----------------|-------------|-----------------|-------|-----------------|-------|
| | broj stanovnika | % | broj stanovnika | % | broj stanovnika | % |
| Ukupno | 7822795 | 100,0 | 7498001 | 100,0 | 7186862 | 100,0 |
| Srbi | 6252405 | 80,4 | 6212838 | 83,7 | 5988150 | 84,3 |
| Albanci | 78281 | 1,0 | 61647 | 0,8 | 5809 | 0,1 |
| Bošnjaci / Muslimani | 180222 | 2,3 | 155590 | 2,1 | 167579 | 2,4 |
| <i>Bošnjaci</i> | <i>b.k.</i> | <i>b.k.</i> | 136087 | 1,8 | 145278 | 2,0 |
| <i>Muslimani</i> | 180222 | 2,3 | 19503 | 0,3 | 22301 | 0,3 |
| Crnogorci | 118934 | 1,5 | 69049 | 0,9 | 38527 | 0,5 |
| Hrvati | 97344 | 1,3 | 70602 | 1,0 | 57900 | 0,8 |
| Jugosloveni | 320168 | 4,1 | 80721 | 1,1 | 23303 | 0,3 |
| Mađari | 343800 | 4,4 | 293299 | 4,0 | 253899 | 3,6 |
| Romi | 94492 | 1,2 | 108193 | 1,5 | 147604 | 2,1 |
| Ostali | 278473 | 3,6 | 262847 | 3,5 | 262005 | 3,7 |
| Nisu se izjasnili | 10718 | 0,1 | 107732 | 1,5 | 160346 | 2,3 |

Izvor: RZS (2012: 14)

Napomena 1: Za 1991. god. uključeni i procenjeni podaci za opštine Bujanovac i Preševo.

Napomena 2: Prikazani su podaci samo za nacionalnosti koje su barem u jednom popisu učestvovala s najmanje 1 % u ukupnom stanovništvu Srbije.

Napomena 3: Razlika do ukupnog predstavlja "nepoznato". Struktura u % ne uključuje "nepoznato".

U Srbiji (bez Kosova i Metohije) su u dvadesetogodišnjem razdoblju 1991-2011. nastavljene promene etničkog sastava stanovništva koje su započete 1980-ih godina. To se, pre svega, ogleda kroz povećanje udela Srba kao većinske nacije (tabela 4.2-13). Prema rezultatima Popisa iz 2011. godine, procentno učešće stanovništva srpske nacionalne pripadnosti dostiglo je 84,3 % što je predstavljalo maksimalni nivo ne samo u periodu 1991-2011, već i od sredine 20. veka, tj. od 1953. godine.

Što se tiče ostalih brojnijih nacionalnosti, njihovo učešće u ukupnom stanovništvu Srbije je uglavnom smanjivano. Izuzetak su samo Muslimani/Bošnjaci (posmatrano zajedno) i posebno Romi. Takve promene su u slučaju nacionalnosti čiji je broj stanovnika i udeo u ukupnom stanovništvu uglavnom opadao, predstavljale rezultat negativnog prirodnog priraštaja, zatim negativnog migracionog salda (naročito tokom 1990-ih godina), ali i promene u izjašnjavanju o nacionalnoj pripadnosti. Što se tiče poslednje, tzv. subjektivne komponente, ona se kod pojedinih nacionalnih zajednica ogledala u većem opredeljivanju za srpsku nacionalnu pripadnost, ali i u vrlo intenzivnom korišćenju Ustavom zagaranovanog prava da se ne izjasne o svojoj nacionalnoj pripadnosti. Tako je u Srbiji broj onih koji su nacionalno neopredeljeni ili koji su odbili da se opredele između popisa iz 1991. i 2002. udesetostručen (sa 11 hiljada na 108 hiljada), a u periodu do narednog Popisa iz 2011. za još 49 %. Ta lica su prema Popisu iz 2011. po brojnosti (160 hiljada ili 2,3 % ukupnog stanovništva) bila odmah iza Mađara (254 hiljade ili 3,6 %), Bošnjaka/Muslimana (ukupno 168 hiljada ili 2,3 %). Inače, te godine, pored Srba, Mađara i Bošnjaka/Muslimana, jedino su još Romi učestvovali sa više od 1 % u ukupnom stanovništvu Srbije.

4.3. Kretanje broja suicida i osnovne karakteristike lica koja su izvršila samoubistvo u periodu 1950-1990

Broj samoubistava u Srbiji u periodu od 1950. do 1990. godine imao je jasno naglašenu rastuću tendenciju. Očekivano, postoje godišnje oscilacije, ali one nisu tako značajne da bi mogle da utiču na promenu zaključka o izraženom rastućem trendu broja suicida u posmatranom četvorodecenijskom razdoblju. Istovremeno, značajno je povećavana i vrednost stope suicida, tj. broj samoubistava na 100.000 stanovnika. Ipak, povećanje tog najopštijeg pokazatelja smrtnosti usled suicida odvijalo se sporije od tempa porasta broja lica koja su izvršila samoubistvo. Takva neujednačenost je u velikoj meri uzrokovana kontinuiranim povećanjem broja stanovnika Srbije, odvijanjem starenja stanovništva, promenom njegove polne strukture (povećanje udela muškog stanovništva), ali i promenama u starosnom modelu suicida.

Za posmatrano četvorodecenijsko razdoblje ne raspolaže se detaljnim statističkim podacima o strukturi lica umrlih usled samoubistva. Mnoge informacije nisu prikupljane, a mnoge koje jesu, zbog organizacionih i tehničkih razloga, posebno nakon ukidanja Saveznog zavoda za statistiku (SZS) nisu raspoložive sadašnjim korisnicima. Inače, u ovom radu, svi podaci o broju samoubistava u Srbiji su preuzeti iz zvaničnih publikacija SZS-a odnosno RZS-a (iz serija *Demografska statistika* i

Statistički godišnjak Jugoslavije / Srbije, dokumentacionih tabela SZS-a, ili baze podataka RZS-a.¹ U ovoj glavi će pored analize podataka o broju i opštoj stopi suicida, biti ukazano i na osnovne karakteristike lica koja su izvršila samoubistvo (prema polu, starosti, "razlogu" i načinu izvršenja samoubistva). Podaci se, s izuzetkom nekoliko godina ranih 1950-ih, odnose na Srbiju i njena tri velika područja (Centralna Srbija, Vojvodina, Kosovo i Metohija).

4.3.1. Broj samoubistava i stopa suicida

U Srbiji je između 1950. i 1990. godine, tj. za 41 godinu, evidentirano ukupno 43.564 samoubistava. Prosečna godišnja stopa suicida iznosila je 12,7 umrlih na 100.000 stanovnika. Ukoliko se posmatraju samo prva i poslednja godina analiziranog razdoblja, tada je broj suicida povećan za 70 %, i to sa 753 u 1950. na 1277 u 1990. godini (tabela 4.3-1). Istovremeno, povećanje vrednosti opšte stope suicida bilo je znatno skromnije, sa 11,2 u 1950. na 12,9 na 100.000 u 1990. godini. Povećanje broja suicida krajem posmatranog perioda, u odnosu na stanje s početka 1950-ih, još je upečatljivije ukoliko se, umesto podataka za pojedinačne godine, porede podaci za nešto duže razdoblje, npr. za pet godina, čime bi bila izbegnuta kratkoročna godišnja odstupanja. Tako je u Srbiji u prvom petogodišnjem potperiodu, od 1950. do 1954. godine evidentirano ukupno 3746 suicida ili u proseku 749 godišnje, dok su u poslednjem, od 1986. do 1990. ti brojevi povećani na ukupno 6850 ili 1368 godišnje, tj. za 83 % više nego početkom četrdesetjednogodišnjeg razdoblja. Ujedno, u prvom petogodišnjem periodu evidentiran i najveći godišnji broj suicida (684 u 1951), dok je u poslednjem petogodištu godina s maksimalnim godišnjim brojem umrlih usled samoubistva (1462 u 1987). Te dve godine su rekordne i po vrednostima stope suicida na 100.000 stanovnika (10,0 i 15,0 respektivno).

Kretanje broja samoubistava po godinama ima jasno izražen rastući trend. Konkretno vrednosti parametara jednačine linearnog trenda $y = a + bx$ su:

$$y = 702.76 + 17.13x$$

Vrednost koeficijenta determinacije (R^2) iznosi visokih 0.928, što znači da je linearnim trendom objašnjeno 93 % promena broja samoubistava u periodu 1950-1990.

Takođe, zaključak o uzlaznom trendu kretanja broja sucida u Srbiji postaje još uočljiviji ukoliko se, umesto podataka po pojedinačnim godinama, za čitavo razdoblje 1950-1990 uzmu u razmatranja podaci po petogodišnjim periodima.² Naime, vrednosti prosečnog godišnjeg broja suicida za posmatrane petogodišnje potperiode ukazuju da je u svakom narednom razdoblju broj samoubistava bio veći nego u prethodnom.

¹ Svi relativni pokazatelji suicidnog mortaliteta (stope, koeficijenti, sturkture i slično), predstavljaju rezultat izračunavanja od strane autora.

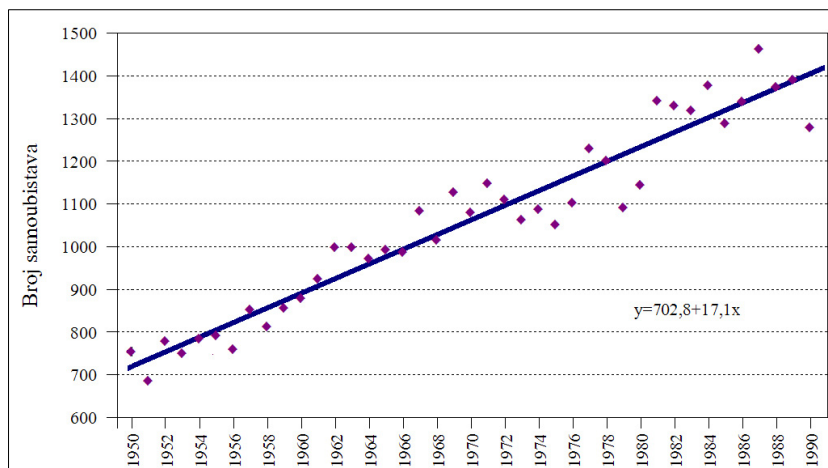
² S obzirom da se radi o 51-godišnjem razdoblju, poslednji, deseti potperiod, umesto pet ima dužinu od šest godina (1985-1990).

Tabela 4.3-1.
Broj samoubistava i opšta stopa suicida po polu i standardizovana stopa suicida.
Srbija, 1950-1990.

| Godina | Broj samoubistava | | | | Opšta stopa suicida (na 100.000) | | | Standardizovana stopa suicida* (na 100.000) |
|--------|-------------------|-------|--------|------------------|-------------------------------------|-------|--------|---|
| | svega | muško | žensko | koef. maskul. | svega | muško | žensko | |
| 1950 | 753 | 494 | 259 | 1907,3 | 11,2 | 15,1 | 7,5 | 13,6 |
| 1951 | 684 | 435 | 249 | 1747,0 | 10,0 | 13,1 | 7,1 | ... |
| 1952 | 778 | 517 | 261 | 1980,8 | 11,3 | 15,3 | 7,4 | 13,4 |
| 1953 | 749 | 460 | 289 | 1591,7 | 10,7 | 13,4 | 8,1 | 12,4 |
| 1954 | 782 | 495 | 287 | 1724,7 | 11,0 | 14,2 | 7,9 | 13,0 |
| 1955 | 791 | 492 | 299 | 1645,5 | 11,0 | 13,9 | 8,1 | 12,9 |
| 1956 | 758 | 490 | 268 | 1828,4 | 10,4 | 13,7 | 7,2 | 12,3 |
| 1957 | 852 | 543 | 309 | 1757,3 | 11,6 | 15,0 | 8,3 | 13,3 |
| 1958 | 812 | 479 | 333 | 1438,4 | 10,9 | 13,1 | 8,8 | 12,5 |
| 1959 | 846 | 544 | 302 | 1801,3 | 11,3 | 14,7 | 7,9 | 13,2 |
| 1960 | 878 | 571 | 307 | 1859,9 | 11,6 | 15,3 | 8,0 | 13,3 |
| 1961 | 924 | 586 | 338 | 1733,7 | 12,1 | 15,6 | 8,7 | 14,1 |
| 1962 | 997 | 660 | 337 | 1958,5 | 12,9 | 17,3 | 8,6 | 14,8 |
| 1963 | 997 | 664 | 333 | 1994,0 | 12,8 | 17,3 | 8,4 | 14,6 |
| 1964 | 970 | 668 | 302 | 2211,9 | 12,3 | 17,2 | 7,6 | 13,9 |
| 1965 | 991 | 655 | 336 | 1949,4 | 12,5 | 16,7 | 8,3 | 14,2 |
| 1966 | 985 | 665 | 320 | 2078,1 | 12,2 | 16,7 | 7,9 | 14,0 |
| 1967 | 1082 | 729 | 353 | 2065,2 | 13,3 | 18,2 | 8,6 | 15,2 |
| 1968 | 1014 | 702 | 312 | 2250,0 | 12,4 | 17,3 | 7,5 | 14,0 |
| 1969 | 1127 | 779 | 348 | 2238,5 | 13,6 | 18,9 | 8,3 | 15,2 |
| 1970 | 1079 | 755 | 324 | 2330,2 | 12,9 | 18,2 | 7,6 | 14,4 |
| 1971 | 1146 | 793 | 353 | 2246,5 | 13,5 | 19,0 | 8,2 | 15,0 |
| 1972 | 1109 | 741 | 368 | 2013,6 | 13,0 | 17,5 | 8,5 | 14,4 |
| 1973 | 1061 | 716 | 345 | 2075,4 | 12,3 | 16,8 | 7,9 | 13,4 |
| 1974 | 1086 | 723 | 363 | 1991,7 | 12,5 | 16,8 | 8,3 | 13,8 |
| 1975 | 1050 | 725 | 325 | 2230,8 | 12,0 | 16,7 | 7,3 | 13,4 |
| 1976 | 1101 | 753 | 348 | 2163,8 | 12,4 | 17,1 | 7,8 | 13,6 |
| 1977 | 1229 | 826 | 403 | 2049,6 | 13,7 | 18,6 | 8,9 | 14,9 |
| 1978 | 1200 | 811 | 389 | 2084,8 | 13,3 | 18,1 | 8,5 | 14,1 |
| 1979 | 1090 | 693 | 397 | 1745,6 | 12,0 | 15,3 | 8,6 | 13,0 |
| 1980 | 1143 | 773 | 370 | 2089,2 | 12,3 | 16,8 | 7,9 | 12,9 |
| 1981 | 1341 | 932 | 409 | 2278,7 | 14,4 | 20,1 | 8,7 | 15,0 |
| 1982 | 1329 | 857 | 472 | 1815,7 | 14,1 | 18,3 | 10,0 | 14,9 |
| 1983 | 1319 | 885 | 434 | 2039,2 | 13,9 | 18,8 | 9,1 | 14,6 |
| 1984 | 1376 | 943 | 433 | 2177,8 | 14,4 | 19,9 | 9,0 | 15,0 |
| 1985 | 1288 | 892 | 396 | 2252,5 | 13,4 | 18,7 | 8,2 | 14,0 |
| 1986 | 1339 | 931 | 408 | 2281,9 | 13,9 | 19,4 | 8,4 | 14,3 |
| 1987 | 1462 | 986 | 476 | 2071,4 | 15,0 | 20,4 | 9,7 | 15,3 |
| 1988 | 1372 | 919 | 453 | 2028,7 | 14,0 | 18,9 | 9,2 | 14,2 |
| 1989 | 1389 | 941 | 448 | 2100,4 | 14,1 | 19,3 | 9,1 | 14,2 |
| 1990 | 1277 | 863 | 414 | 2084,5 | 12,9 | 17,6 | 8,3 | 12,9 |

Izvor: Podaci demografske statistike SZS / RZS (za broj samoubistava) i izračunavanja autora. Ukoliko nije drugačije navedeno, isti izvor je i za sve ostale tabele i grafikone u poglavljima 4.3 i 4.4.

Napomena: Standardnu populaciju predstavlja stanovništvo Srbije po starosti sredinom 1990. god. (procena SZS-a). Za 1950-1965. primenjene su SSMS za starosne grupe 10-15, 15-19, 20-49 i 50+, a za 1966-1990. SSMS po desetogodišnji starosnim grupama (10-14, 15-24, 25-34, ..., 65-74 i 75+).



Grafikon 4.3-1
Broj samoubistava i linija trenda, Srbija, 1950-1990.

Relativno najintenzivnije povećanje broja suicida u odnosu na prethodno petogodište ostvareno je u prvoj polovini 1960-ih (1960-1964) i prvoj polovini 1980-ih (1980-1984) i to za 17,2 % odnosno 14,8 %. Najsporije povećanje je evidentirano za drugu polovinu 1970-ih (1975-1979) i za kraj posmatranog perioda (1985-1990), kada je prosečan godišnji broj samoubistava povećan u odnosu na prethodni potperiod za 3,4 % odnosno 4,1 %.

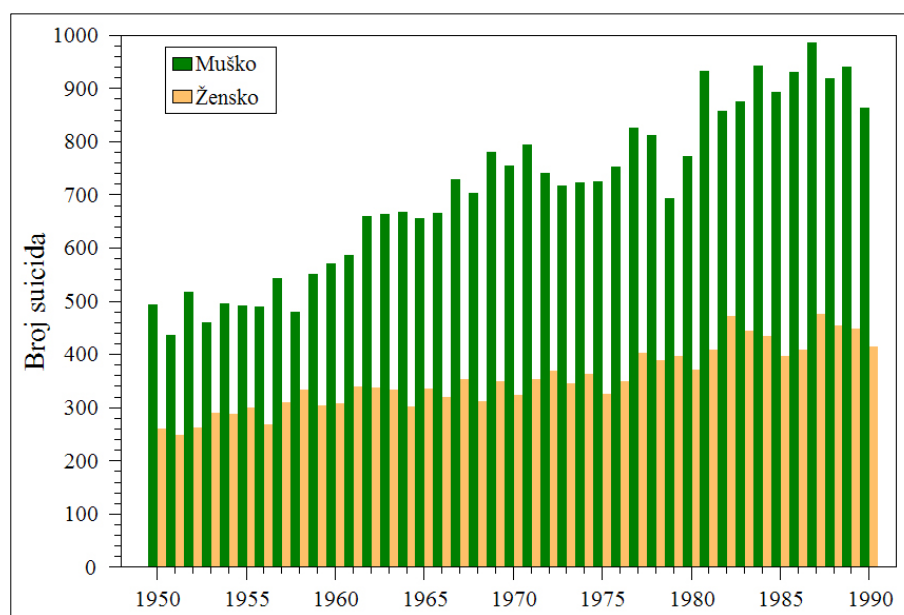
Slične, ali delimično umerenije promene su prisutne i u slučaju stope suicida. Najmanje vrednosti tog opšteg pokazatelja smrtnosti usled samoubistva takođe su izračunate za 1950-e godine, i to pre svega za njenu prvu polovinu (10,8 na 100.000 u 1955). Ujedno, najveće vrednosti stope suicida su, kao i u slučaju apsolutnog broja samoubistava, dostignute u drugoj polovini 1980-ih ili konkretnije od 1985-1990. godine kada je broj umrlih usled suicida iznosio 14,1 na 100.000.

4.3.2. Samoubistva po polu

I u Srbiji, kao i u ogromnom broju zemalja sveta, među licima koja su izvršila samoubistvo znatno je više muškaraca nego žena (v. potpoglavlje 3.2.1). Polna struktura umrlih usled samoubistva je brojčano prilično neujednačena, ali i relativno stabilna u vremenu. U Srbiji je od 1950. do 1990. godine evidentirano ukupno 43.556 samoubistava. Od tog broja, dve trećine bila su lica muškog pola (29.086 ili 66,8 %). U većini godina (19 od ukupno 41) muškarci su bili barem dvostruko brojniji od žena (tabela 4.3-1). Prosečna vrednost koeficijenta maskuliniteta suicida iznosila je 2010,1, a vrednosti po godinama su se kretala u intervalu od 1438,4 (1958) do 2330,2 (1970). Ipak, razlike u vrednostima koeficijenta maskuliniteta nisu previše naglašene po godinama. U većini slučajeva (22/40) smer promene broja suicida bio je identičan za oba pola, a apsolutna razlika u indeksu rasta uglavnom nije bila bitnije naglašena (u 27 godina ona je iznosila manje od 10 %).

Treba istaći da je primetno izvesno povećanje udela muškaraca u ukupnom broju suicida. Naime, tokom 1950-ih i 1960-ih prosečna vrednost koeficijenta maskuliniteta umrlih usled samoubistva iznosila je 1894 na 1000 žena, dok je u drugoj polovini posmatranog perioda vrednost tog pokazatelja povećana na 2093 na 1000 žena.

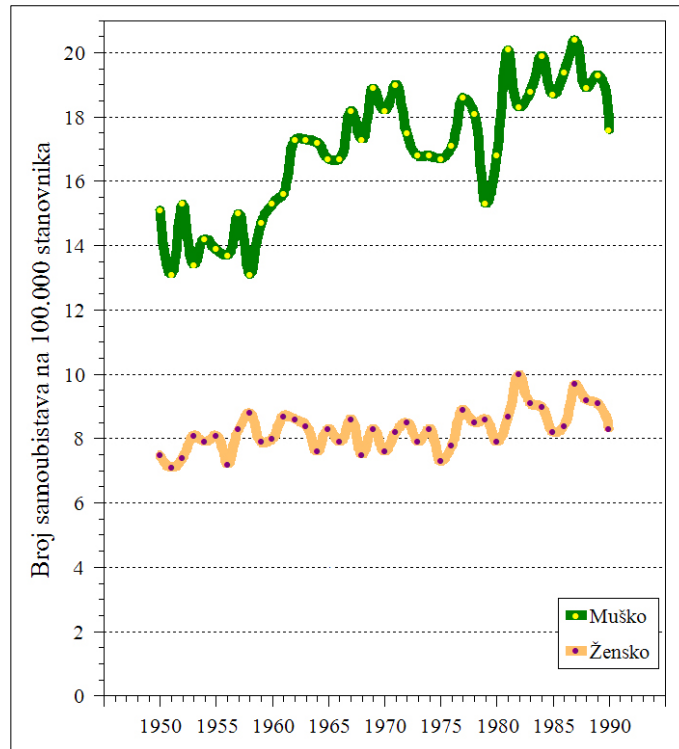
Ako se posmatraju samo prva i poslednja godina analiziranog perioda, koeficijent maskuliniteta umrlih usled samoubistva povećan je sa 1907 u 1950. na 2085 na 1000 žena u 1990, a udeo muškaraca u ukupnom broju suicida sa 65,6 % na 67,6 %. Inače, udeo muškaraca je samo 1958. godine bio manji od 60 % (59,0 %), a nijednom nije bio veći od 70 %.



Grafikon 4.3-2.
Broj samoubistava po polu, Srbija, 1950-1990.

Razlike po polu su još izraženije ukoliko se porede vrednosti opštih stopa suicida, tj. broj samoubistava muškaraca i žena na 100.000 stanovnika istog pola (tabela 4.3-1 i grafikon 4.3-3). To je neposredno uslovljeno većim brojem žena u ukupnom stanovništvu Srbije (v. potpoglavlje 4.2-1). Stopa samoubistava muškaraca se, u periodu 1950-1990, kretala u intervalu od 13,1 (1951) do 20,4 (1987) na 100.000 stanovnika. U istom razdoblju, stope za žensko stanovništvo su varirale između 7,1 (1951) i 10,0 (1982) na 100.000 stanovnika. To konkretno znači, da je najviša izračunata godišnja vrednost stope samoubistva žena bila dvostruko niža od najviše stope suicida muškaraca, ali i da je maksimalna stope suicida ženskog stanovništva bila niža od minimalne godišnje stope za muško stanovništvo.

Broj samoubistava je početne godine posmatranog razdoblja (1950) kod muškaraca iznosio 15,1 a kod žena 7,5 na 100.000 stanovnika istog pola. U 1990. vrednosti su bile veće kod oba pola (za muškarce 17,6, a za žene 8,3 na 100.000). Povećanje je umereno, ali je i apsolutno i relativno veće kod muškog nego kod ženskog stanovništva.



Grafikon 4.3-3.

Stopa samoubistva po polu. Srbija, 1950-1990. (na 100.000 stanovnika)

4.3.3. Samoubistva po starosti

Za samoubistva, kao uostalom i za ostale uzroke smrti, ustanovljena je uska veza sa starošću, a posebno ukoliko se ona posmatra po polu. Među istraživačima koji se bave suicidima uglavnom postoji konsenzus da je najviše samoubistava među starima, a pre svega među starima muškog pola. Takav stav je potvrđen nalazima brojnih studija koje se odnose na ranija razdoblja, ali i najnovijim istraživanjima koja se tiču kretanja s kraja 20. i početkom 21. veka. I to u razvijenim, ali i nerazvijenim zemljama, u evropskim kao i vanevropskim, u zemljama s natprosečnim ili u onim sa stopama suicida koje su ispod svetskog proseka (v. potpoglavlja 3.2.1 i 3.2.2).

Razlike svakako postoje i zaključci mogu biti potpuno suprotni, naročito ukoliko se posmatra apsolutni broj samoubistava. A to posebno važi ukoliko se radi o demografski mladim populacijama s malim udelima starih. Uz to, razlike u starosnoj strukturi umrlih usled samoubistva, ali i u vrednosti opšte i specifičnih stopa suicida po starosti još su приметnije ukoliko se suicidi posmatraju po polu.

Što se tiče starosne strukture umrlih usled samoubistva, i ona se razlikuje u vremenu, kao i po područjima, a neposredno je uslovljena starosnom strukturom ukupnog stanovništva i nivoom smrtnosti usled samoubistva po starosti, odnosno visinom specifičnih stopa suicidnog mortaliteta. U pogledu starosne strukture ukupnog stanovništva, prvenstveno je bitna struktura stanovništva starijeg od 10 godina.

U ovom delu rada ukratko će biti ukazano na osnovne karakteristike suicida po starosti u Srbiji u periodu od 1950-ih do 1990. godine. S obzirom da je za to razdoblje, a posebno za njegovu prvu polovinu, vrlo ograničena raspoloživost statističkih podataka o starosti umrlih lica usled samoubistva,³ ovom prilikom analiza će se odnositi samo na ukupno stanovništvo (ne i po polu) i to bez izdvajanja stanovništva koje se uobičajno smatra za staro (preko 60 ili preko 65 godina starosti).⁴

Na osnovu raspoloživih podataka za period 1950-1990. mogu se izvesti dva osnovna zaključka. Prvo, da je u Srbiji starosna struktura umrlih usled samoubistva pretrpela značajne promene. Drugo, te promene su se odvijale u smeru gotovo kontinuiranog povećanja udela starih 50 ili više godina i smanjenja udela umrlih lica dečjeg i adolescentnog uzrasta (10-19), kao i sredovečnog stanovništva (20-49).

Tabela 4.3-2.
Broj samoubistva po starosti umrlog lica.
Srbija, 1955, 1960, 1965, 1970, 1975, 1980, 1985. i 1990.

| Godina | Broj samoubistava | | | | | | Struktura u % | | | | |
|--------|-------------------|-------|-------|-------|-----|--------|---------------|-------|-------|-------|------|
| | Ukupno | Do 15 | 15-19 | 20-49 | 50+ | Nepoz. | Ukupno | Do 15 | 15-19 | 20-49 | 50+ |
| 1950 | 753 | 14 | 43 | 363 | 324 | 9 | 100,0 | 1,9 | 5,8 | 48,8 | 43,5 |
| 1955 | 791 | 12 | 69 | 359 | 350 | 1 | 100,0 | 1,5 | 8,7 | 45,4 | 44,3 |
| 1960 | 877 | 8 | 48 | 418 | 403 | - | 100,0 | 0,9 | 5,5 | 47,7 | 46,0 |
| 1965 | 991 | 14 | 57 | 398 | 522 | - | 100,0 | 1,4 | 5,8 | 40,2 | 52,7 |
| 1970 | 1079 | 17 | 59 | 451 | 551 | 1 | 100,0 | 1,6 | 5,5 | 41,8 | 51,1 |
| 1975 | 1050 | 9 | 39 | 419 | 583 | - | 100,0 | 0,9 | 3,7 | 39,9 | 55,5 |
| 1980 | 1143 | 12 | 30 | 406 | 690 | 5 | 100,0 | 1,1 | 2,6 | 35,7 | 60,6 |
| 1985 | 1288 | 8 | 31 | 472 | 777 | - | 100,0 | 0,6 | 2,4 | 36,6 | 60,3 |
| 1990 | 1277 | 18 | 35 | 401 | 821 | 2 | 100,0 | 1,4 | 2,7 | 31,5 | 64,4 |

Za četiri decenije, između 1950. i 1990, ne samo da je značajno povećan godišnji broj samoubistava (sa 753 na 1277), već je bitno promenjena starosna struktura umrlih, zatim udeo lica koja su izvršila samoubistvo u ukupnom broju umrlih iste starosti, a za neke starosne grupe i vrednosti specifičnih stopa suicida (tabela 4.3-3).

U Srbiji je 1950. godine od ukupno 753 suicida, svako trinaesto umrlo lice bilo mlađe od 20 godina, 49 % su bile osobe stare 20-49 godina, a neznatno manji je bio udeo lica starih 50 ili više godina (44 %). Dvadeset godina kasnije (1970) broj suicida bio je veći za 43 %, iznosio je 1079, ali su samoubistva mladih povećana za trećinu (sa 57 na 76 smrtnih slučajeva), tako da je njihov udeo u ukupnom broju suicida bio neznatno niži (7,1 % ili svako četrnaesto lice). Istovremeno, došlo je do umerenog smanjenja i udela umrlih starih 20-49 godina, s tom razlikom što je njihov broj u odnosu na 1950. godinu povećan za šestinu. Međutim, znatno veće povećanje evidentirano je kod suicida lica starih 50 ili više godina. Za dve decenije njihov broj povećan je za preko dve trećine (sa 354 na 551) dok je udeo u ukupnom broju

³ Podaci o umrlima usled samoubistva po starosti nisu raspoloživi za 1951. godinu.

⁴ U statističkim publikacijama (statistički godišnjaci i demografske statistike, sve u izdanju SZS ili RZS), koje su korišćene kao izvor podataka za strukturu suicida po starosti umrlog lica, otvoreni interval počinje sa 50 godina (osim za 1966. i 1967. kada je otvoreni interval počinjao sa 55 godina)

samoubistava povećan na 51 %. U narednim godina promene su se odvijale u istom smeru. Udeli mladih i sredovečnih u ukupnom broju suicida je nastavio da opada, što je uglavnom bio slučaj i sa kretanjem broja samoubistava lica tog uzrasta. Istovremeno, povećanje je registrovano jedino kod lica starih 50 ili više godina, i to kako u njihovom udelu u ukupnom broju samoubistava (na 64 %), tako još više u broju smrtnih slučajeva (na 821 ili za 49 %).

Tako je starosna struktura umrlih usled samoubistva u Srbiji za četiri decenije, između 1950. i 1990. godine, drastično promenjena. Udeo mladih u ukupnom broju suicida je znatno smanjen više nego propolovljen. Istovremeno, potpuno su promenjeni procentni udeli ostale dve velike starosne grupe (20-49 i 50 ili više godina). Dok je na početku posmatranog perioda udeo umrlih starih 20-49 godine bio za preko 5 procentnih poena veći od udela starih 50 ili više godina, na kraju razdoblja njihovo učešće u ukupnom broju suicida smanjeno je za jednu trećinu, a njihov udeo u ukupnom stanovništvu bio je više nego dvostruko manji od udela samoubistava lica starih 50 ili više godina.

Neposredne razloge promene starosne strukture umrlih usled samoubistva treba prvenstveno tražiti u dinamici starosnog modela suicidalnog mortaliteta i u promeni starosne strukture ukupnog stanovništva.

U posmatranom periodu bile su prisutne i promene u starosnom modelu suicidalnog mortaliteta, ali isključivo u pogledu visine specifičnih stopa suicidalnog mortaliteta po starosti (SSMS). Naime, tokom čitavog posmatranog perioda jasno se uočava tzv. rastući starosni model u kome se broj samoubistava na 100.000 stanovnika povećava sa starošću. Inače, ostvarene promene u vrednostima SSMS uglavnom su bile umerene, pa samim tim i njihov uticaj na promenu distribucije umrlih usled samoubistva nije prevelik. Najveće razlike po godinama su primetne kod starosne grupe 15-19 godina, a najmanje kod lica mlađih od 15 godina.⁵ Međutim, treba napomenuti da ograničenosti u pogledu intervala koji se tiču starosti umrlih lica (10-14, 15-19, 20-49, 50 ili više)⁶ koje su bile prisutne sve do sredine 1960-ih, a za pojedine godine s početka perioda (1951 odnosno 1950-1952. za velika područja Srbije) i potpuno odsustvo podataka po starosti i polu ne dozvoljavaju dublje sagledavanje karakteristika i trendova promena starosnog modela suicidalnog mortaliteta u periodu 1950-1990.

⁵ Vrednost SSMS dece mlađe od 15 godina u 1990. godini bila je veća nego 1950. godine. Međutim, broj samoubistava u toj starosnoj grupi bio je vrlo mali, uglavnom između 10 i 20 smrtnih slučajeva godišnje, pa ni relativno velike promene u broju suicida nisu mogle bitnije da utiču na visinu SSMS. Tako je, na primer, broj suicida dece tog uzrasta u 1990. bio samo za 10 slučajeva veći nego 1985. godine (18 prema 8), ali je i takvo povećanje bilo dovoljno da vrednost SSMS bude više nego dvostruko veća. Posebno je pitanje koliko su pouzdani spomenuti statistički podaci odnosno da li su kod dece tog uzrasta svi smrtni slučajevi koji su zvanično okarakterisani kao samoubistva to zaista i bila namerna samopovređivanja s fatalnim ishodom.

⁶ Kao kuriozitet se može navesti da su u redovnim godišnjim publikacijama Saveznog zavoda za statistiku (*Vitalna statistika*) sve do 1955. godine za republike i pokrajine objavljivani podaci o samoubistvima po starosti za grupe 5-9, 10-14, 20-49 i 50 ili više. Detaljniji podaci za republike i pokrajine o samoubistvima po starosti (do 15, 15-24, ... , 65-74, 75+) objavljivani su tek počev od 1966. godine (*Demografska statistika*).

Konkretni statistički podaci ukazuju da, ukoliko se posmatraju vrednosti specifičnih stopa suicida za tri starosne grupe (10-19, 20-49, 50+) u početnoj i poslednjoj godini 41-godišnjeg razdoblja, tada se može zaključiti da je suicidalni mortalitet smanjen kod mladog i sredovečnog stanovništva (10-19 i 20-49), dok je kod stanovništva iz najstarije uzrasne grupe (50 ili više godina), on povećan (tabela 4.3-3).

Tabela 4.3-3.
Specifične stope suicidalnog mortaliteta po starosti.
Srbija, 1950, 1955, 1960, 1965, 1970, 1975, 1980, 1985. i 1990

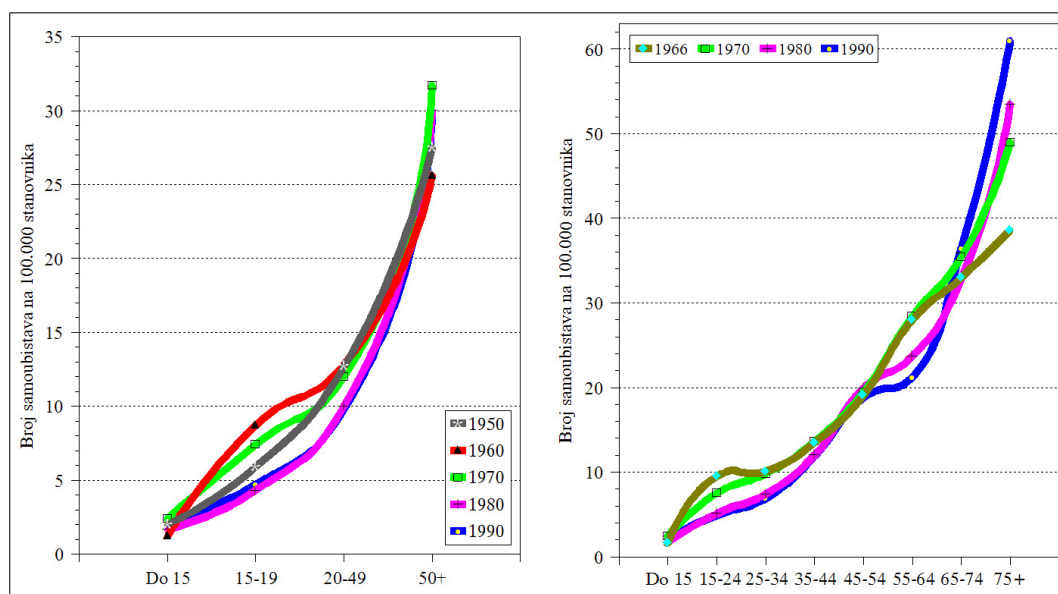
| Godina | Ukupno | 10-14 | 15-19 | 20-49 | 50+ |
|--------|--------|-------|-------|-------|------|
| 1950 | 11,2 | 2,0 | 5,9 | 12,7 | 27,5 |
| 1955 | 11,0 | 2,1 | 10,6 | 11,5 | 25,5 |
| 1960 | 11,6 | 1,2 | 8,7 | 12,8 | 25,6 |
| 1965 | 12,5 | 1,8 | 8,3 | 11,8 | 30,4 |
| 1970 | 12,9 | 2,4 | 7,4 | 12,0 | 31,7 |
| 1975 | 12,0 | 1,3 | 5,4 | 10,6 | 29,8 |
| 1980 | 12,3 | 1,7 | 4,3 | 10,0 | 30,0 |
| 1985 | 13,4 | 1,1 | 4,4 | 11,7 | 30,2 |
| 1990 | 12,9 | 2,3 | 4,7 | 9,8 | 29,5 |

Smanjenje specifičnih stopa suicida bilo je manje kod mladih (10-19) nego kod sredovečnog stanovništva (20-49). Naime, vrednost stope suicida lica uzrasta 10-19 godina u 1990. godini iznosila je 3,5 na 100.000 stanovnika, i bila je neznatno manja nego 1950. godine (4,0 na 100.000). Kod sredovečnog stanovništva (20-49 godina) smanjenje smrtnosti usled suicida bilo je intenzivnije (sa 12,7 na 9,8 na 100.000), posebno relativno posmatrano (smanjenje od preko 20 %). Istovremeno, promena stope suicida lica starih 50 ili više godina u potpunosti je imalo suprotan tok. Vrednost tog pokazatelja smrtnosti je između 1950. i 1990. godine povećana sa 27,5 na 29,5 umrlih na 100.000 stanovnika. Interval varijacije je bio manji nego kod starosne grupe 20-49, a relativna promena (povećanje od 7 %) još manja nego kod ostale dve starosne grupe. Ujedno, povećanje stope smrtnosti bilo je manje intenzivno nego što je to bio slučaj s udelom samoubistava lica starih 50 ili više godina u ukupnom broju suicida. To dodatno potvrđuje da je Srbija, posmatrano po izabranim starosnim grupama, početkom i krajem perioda 1950-1990. bila vrlo slična prema nivou smrtnosti usled suicida (tabela 4.3-3), ali i vrlo različita prema svojoj starosnoj strukturi (v. potpoglavlje 4.2-1).

Inače, tokom posmatranog razdoblja, promene vrednosti specifičnih stopa suicida po starosti nisu uvek bile istosmerne, i to važi za sve tri starosne grupe. Fluktuacije u broju suicida na 100.000 stanovnika bile su najučestalije u starosti 20-49, ali su u apsolutnom iznosu one bile najintenzivnije kod stanovništva starog 50 ili više godina. U celini posmatrano, ta odstupanja se kod sve tri starosne grupe mogu oceniti kao umerena (grafikon 4.3-4).

Ako se za ilustraciju promena u periodu 1950-1990. posmatraju samo vrednosti SSMS u početnim decenijskim godinama, tada su najveće razlike kod starosne grupe 15-19 (grafikon 4.3-4, levo). Veća diferenciranost po godinama uočljiva je za period 1966-1990. za

kada se raspolaže i podacima po detaljnijim, desetogodišnjim starosnim grupama. Ipak, ni u tom slučaju se ne može doneti zaključak da je vremenom došlo do promene starosnog modela suicidalnog mortaliteta. Ono što privlačni posebnu pažnju su vrednosti SSMS starijeg sredovečnog i starog stanovništva (stariji od 45 godina) u poslednjoj godini posmatranog perioda (grafikon 4.3-4, desno). One su za starosne grupe 45-54 i 55-64 bile na istom nivou ili niže nego u ostalim posmatranim godinama (1966, 1970, 1980). Međutim za starosne grupe 65-74 i 75 ili više godina, vrednosti SSMS su 1990. bile veće nego ranijih godina, a to posebno važi za najstarije (75+).



Grafikon 4.3-4.

Specifične stope suicidalnog mortaliteta po starosti. Srbija, 1950-1990.

Stanje u pogledu transformacije starosne strukture ukupnog stanovništva potpuno je jasno - u Srbiji je bio prisutan intenzivan proces starenja koji se kontinuirano odvijao kako od baze, tako i s vrha starosne piramide (v. potpoglavlje 4.2-1). Što se tiče posmatranih starosnih grupa, između 1950. i 1990. u ukupnom stanovništvu ostvareno je smanjenje udela mladih i sredovečnih, dok je jedino povećan udeo lica starih 50 ili više godina. Udeo mladih uzrasta 10-19 godina smanjen je za 5,7 procentnih poena (sa 21,1 % na 15,4 %), smanjenje udela sredovečnih (20-49) je bilo neznatno (sa 42,5 % na 41,3 %) dok je udeo "starih" (50+ ili više godina) uvećan za preko 10 procentnih poena (sa 17,5 % na 28,2 %). Očigledno, takva transformacija sastava ukupnog stanovništva po starosti pozitivno je korelirala s ostvarenim promenama u strukturi umrlih usled suicida koje su ustanovljene u periodu 1950-1990 (povećanje udela starih 50 ili više i smanjenje udela umrlih lica koja su prema starosti pripadala starosnim kontingentima 10-19 i 20-49 godina. To se prvenstveno odnosi na treću, najstariju starosnu grupu.

Rezultati standardizacije po starosti potvrđuju da su promene smrtnosti usled suicida po starosti koje su ostvarene u periodu 1950-1990. bile umerene i u celini posmatrano bez bitnijeg efekta na promenu vrednosti opšte stope suicidalnog mortaliteta (tabela 4.3-1). Vrlo je upečatljivo da je razlika u vrednosti standardizovane stope suicida u prvoj i poslednjoj godini analiziranog perioda vrlo mala. Ukoliko se kao standardna

populacija uzme ukupno stanovništvo Srbije i njegova starosna struktura iz 1990. godine, tada bi 1950. godine opšta stopa suicida na 100.000 stanovnika iznosila 13,6 i bila bi neznatno veća (za 5 %) od stvarne stope u 1990 (12,9 na 100.000), koja je za tu godinu imala identičnu vrednost kao standardizovana stopa suicida (tabela 4.3-1). Takođe, u slučaju da su se stope suicida po starosti menjale kao u stvarnosti, a da je broj i starosna struktura ukupnog stanovništva ostali konstantni (kao 1950), tada bi u 1990. godini broj suicida bio manji za 10 % od onog u 1950 (iznosio bi ukupno 678 umrlih ili 10,1 na 100.000).

Rezultati opisanih simulacija ukazuju da su veći broj suicida u 1990. u odnosu na 1950. godinu (1277 prema 753), kao i veća vrednost opšte stope suicida (12,9 prema 11,2 na 100.000) bili isključivo rezultat promene brojnosti ukupnog stanovništva odnosno promene njegove starosne strukture. S druge strane, ostvarene promene nivoa stope smrtnosti usled samoubistva po starosti uticale su smanjenje broja suicida, odnosno usporavale su njegovo povećanje.

Razlika između prosečne empirijske i standardizovane stope suicida za ceo period 1950-1990 (bez podataka za 1951) je veća (12,7 prema 14,0 na 100.000), što isto tako navodi na zaključak da su promene u starosnoj strukturi stanovništva Srbije, u sadejstvu sa ostvarenim promenama vrednosti SSMS (smanjenje za starosne grupe 10-14, 15-19 i 20-49 i povećanje za stare 50 ili više godina) uticale nepovoljno na kretanje broja samoubistava.

Vrednosti standardizovane stope suicida nisu bile stabilne. Posmatrano po godinama, one su se smanjivale, ali i povećavale. Varijacije, koje su se kretale u intervalu od 12,3 u 1956. do 15,3 na 100.000 u 1987, bile su manje nego što je to slučaj sa vrednostima (empirijskim) opše stope suicida (od 10,4 u 1956. do 15,0 na 100.000 u 1987). Svakako, nužno je istaći da bi rezultati standardizacije bili donekle drugačiji da se za sve godine raspolagalo detaljnijim statističkim podacima, npr. po petogodišnjim starosnim grupama i po polu. Ipak, najverovatnije je da ni tako dobijene vrednosti standardizovane stope suicida ne bi upućivali na bitnije drugačije zaključke.

4.3.4. Samoubistva po načinu izvršenja

U istraživanjima suicida posvećuje se posebna pažnja načinu izvršenja samoubistva. Takva proučavanja su posebno važna ne samo radi dobijanja potpunije slike o fenomenu suicida i karakteristikama suicidalnog ponašanja stanovništva, već naročito zbog činjenice da je utvrđivanje osnovnog uzroka smrti lica koje je izvršilo samoubistvo, a zatim povezivanje primene pojedinih načina izvršenja samoubistva s demografskim, socioekonomskim, etnokulturnim, religioznim i drugim obeležjima lica umrlih usled samoubistva od velikog značaja u svim aktivnostima vezanim za prevenciju suicida (v. potpoglavlje 1.3.2 i poglavlje 2.5).

Način izvršenja samoubistva determinisan je brojnim činiocima, koji se mogu svrstati u dve osnovne grupe, a mogu se uslovno nazvati kao spoljni i unutrašnji faktori

(Petrović, Opalić, Radulović, 1990). Pod spoljnim faktorima prvenstveno se misli na dostupnost pojedinih vrsta sredstava i načina koji se mogu primeniti za izvršenje samoubistva (opšta razvijenost, a posebno razvijenost tehničkih sredstava, način života, geografski položaj, i slično). Grupa tzv. unutrašnjih činilaca je znatno kompleksnija, a pod njima se podrazumevaju faktori koji se mogu okarakterisati kao društveni, istorijski, kulturni. U unutrašnje činioce spadaju i oni koji se mogu tretirati kao individualni, a zavise od pola, starosti, zanimanja, obrazovanja, ali i vrste i težine eventualnog mentalnog poremećaja lica koje je izvršilo samoubistvo.

Na osnovu raspoloživih podataka,⁷ može se nedvosmisleno zaključiti da su u Srbiji u periodu od 1956. do 1990. i u pogledu načina izvršenja samoubistva prisutne pravilnosti koje važe za čitavo posmatrano razdoblje i na sva tri velika područja zemlje. O uzrocima koji utiču na stepen zastupljenosti određenih metoda izvršenja samoubistva, kao i o razlikama s ozbirom na obeležja umrlih lica, a pre svega prema polu i starosti, biće više reči u glavi koja se odnosi na period 1990-2012. Ovom prilikom biće ukazano samo na distribuciju samoubistava prema načinu izvršenja, promene tokom posmatranog razdoblja, a zatim i na sličnosti i razlike po područjima.

Tabela 4.3-4.
Samoubistva po načinu izvršenja. Srbija, 1956-1990.

| Period | Ukupno | Trovanje | Vešanje | Utapanje | Vatreno oružje | Nož i druge oštre sprave | Skok s visine | Ostalo |
|--|--------|----------|---------|----------|----------------|--------------------------|---------------|--------|
| Broj samoubistava | | | | | | | | |
| 1956-1990 | 39019 | 4313 | 24993 | 2530 | 2022 | 766 | 847 | 3548 |
| 1956-1960 | 4146 | 495 | 2534 | 342 | 200 | 95 | 97 | 383 |
| 1961-1965 | 4879 | 569 | 2995 | 342 | 181 | 96 | 109 | 587 |
| 1966-1970 | 5287 | 698 | 3195 | 400 | 253 | 64 | 116 | 561 |
| 1971-1975 | 5452 | 654 | 3394 | 366 | 267 | 86 | 138 | 547 |
| 1976-1980 | 5763 | 511 | 3915 | 325 | 285 | 153 | 113 | 461 |
| 1981-1986 | 6653 | 694 | 4532 | 397 | 397 | 166 | 131 | 336 |
| 1986-1990 | 6839 | 692 | 4428 | 358 | 439 | 106 | 143 | 673 |
| Udeo u ukupnom broju samoubistava (u procentima) | | | | | | | | |
| 1956-1990 | 100,0 | 11,1 | 64,1 | 6,5 | 5,2 | 2,0 | 2,2 | 9,1 |
| 1956-1960 | 100,0 | 11,9 | 61,1 | 8,2 | 4,8 | 2,3 | 2,3 | 9,2 |
| 1961-1965 | 100,0 | 11,7 | 61,4 | 7,0 | 3,7 | 2,0 | 2,2 | 12,0 |
| 1966-1970 | 100,0 | 13,2 | 60,4 | 7,6 | 4,8 | 1,2 | 2,2 | 10,6 |
| 1971-1975 | 100,0 | 12,0 | 62,3 | 6,7 | 4,9 | 1,6 | 2,5 | 10,0 |
| 1976-1980 | 100,0 | 8,9 | 67,9 | 5,6 | 4,9 | 2,7 | 2,0 | 8,0 |
| 1981-1986 | 100,0 | 10,4 | 68,1 | 6,0 | 6,0 | 2,5 | 2,0 | 5,1 |
| 1986-1990 | 100,0 | 10,1 | 64,7 | 5,2 | 6,4 | 1,5 | 2,1 | 9,8 |

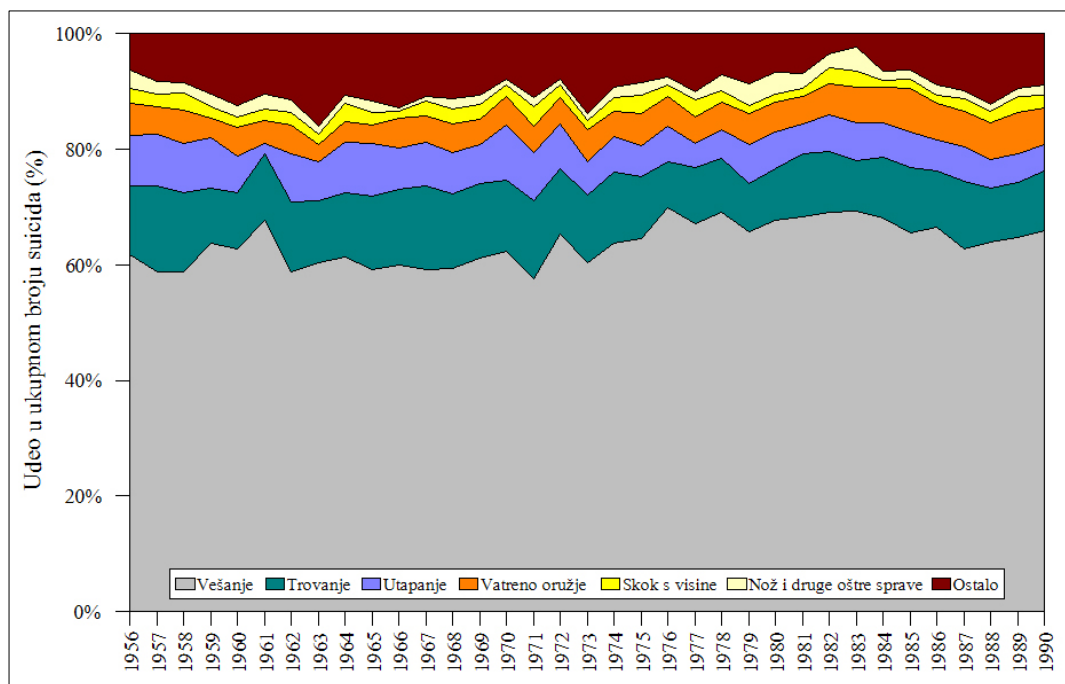
Vešanje (vešanje, davljenje i gušenje – E953 prema MKB-9) je od sredine 1950-ih do 1990. godine bio najčešći način izvršenja samoubistva u Srbiji (tabela 4.3-4). I to svake

⁷ U zvaničnim godišnjim statističkim publikacijama SZS-a i RZS-a podaci o metodu suicida, tj. o spoljnom uzroku smrti usled samoubistva su za prvi potperiod 1950-1990. dati samo po polu, i to počev od 1956. godine. Jugoslovenska odnosno srpska statistika je od 1979. do 1996. godine obradu podataka mortalitetne statistike vršila na osnovu Devete revizije Međunarodne klasifikacije bolesti, povreda i uzroka smrti Svetske zdravstvene organizacije (MKB-9).

godine, bez izuzetka, s natpolovičnim udelom u ukupnom broju suicida (grafikon 4.3-5). Posmatrano u celini, u periodu od 1956. do 1990. godine dva od tri samoubistva u Srbiji su izvršena vešanjem (64,1 % u periodu 1956-1990). Po godinama, procentno učešće se kretalo u intervalu od 57,7 % (1971), do 69,9 % (1976).

Trovanje je, posle vešanja, najzastupljeni način izvršenja samoubistva, i to, takođe, važi za svaku godinu u posmatranom periodu. Udeli tog metoda suicida znatno su manji od udela samoubistva vešanjem, a kretali su se u intervalu od 7,9 (1976, tj. u godini maksimalnog udela vešanja) do 14,4 % (1967). U proseku, za ceo period, udeo trovanja je iznosio 11,1 % svih samoubistava. U odnosu na vešanje kao način izvršenja samoubistva, interval varijacije je manji (6,5 prema 12,3 procentna poena), ali je veća relativna disperzija (koeficijent varijacije iznosi 15,6 % prema 5,4 % za vešanje), što se svakako, jednim delom može objasniti i bezmalo šest puta manjim brojem slučajeva suicida izvršenih trovanjem nego vešanjem.

Posle trovanja, najčešći načini izvršenja samoubistva su utapanje i upotreba vatrenog oružja, ali sa znatno manjim udelima u ukupnom broju samoubistava (prosečno 6,5 % i 5,2 %, respektivno). *Utapanje* je, tokom najvećeg broja godina (26), bilo mnogo češće spoljni uzrok smrti usled samoubistva, nego upotreba vatrenog oružja (9). Međutim, krajem posmatranog potperioda, tj. od ranih 1980-ih godina, *upotreba vatrenog oružja* postaje češće primenjivan metod izvršenja samoubistva nego utapanje, i to s udelima (prosečno 6,5 % između 1983. i 1990. godine) koji su stalno bili veći od udela u bilo kojoj godini prethodnog dvadeset sedmogodišnjeg razdoblja (1956-1982) kada su samoubistava vatrenim oružjem u proseku predstavljala 4,7 % ukupnog broja suicida.



Grafikon 4.3-5.
Samoubistva po načinu izvršenja. Srbija, 1956-1990.

U Srbiji su *skok s visine* i *upotreba noža i ostalih oštih predmeta* najmanje primenjivani načini izvršenja suicida, s prosečnim udelima od oko 2 %. Što se tiče ostalih i neutvrđenih načina izvršenja samoubistva, njihov udeo je bio relativno visok (u proseku 9,1 %), s tim što je on u drugoj polovini 1980-ih bio u porastu. Raspoloživi podaci ne omogućavaju da se utvrdi koliko je takva promena bila rezultat povećanja broja samoubistava metodom koji nije jedan od šest spomenutih, a koliko je to posledica lošijeg kvaliteta statističkih podataka odnosno rada službi nadležnih za utvrđivanje uzroka smrti.

Spoljni uzrok smrti usled samoubistva predstavlja jedno od obeležja suicida s vrlo naglašenom rodnom determinisanošću. Značaj roda, odnosno pola je još izraženiji ukoliko se način izvršenja samoubistva istovremeno razmatra i s aspekta starosti umrlog lica. Međutim, zbog neraspologanja neophodnim podacima, u ovom poglavlju metodi suicida su sagledani samo po polu.⁸

Tabela 4.3-5.
Samoubistva muškaraca i žena po načinu izvršenja. Srbija, 1956-1990

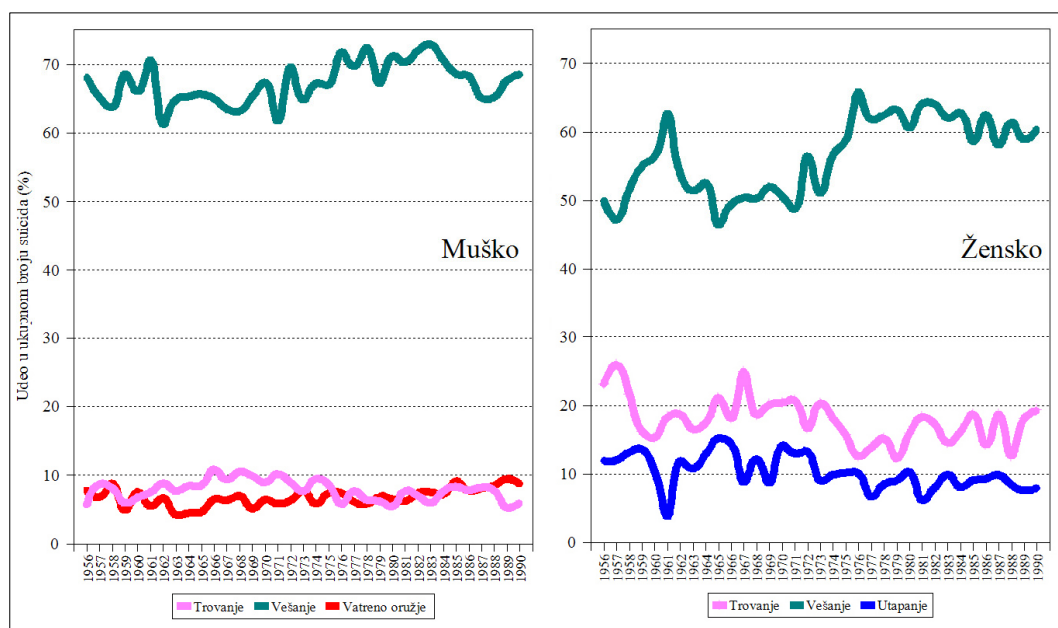
| Period | Ukupno | Trovanje | Vešanje | Utapanje | Vatreno oružje | Nož i druge oštre sprave | Skok s visine | Ostalo |
|--|--------|----------|---------|----------|----------------|--------------------------|---------------|--------|
| Broj samoubistava | | | | | | | | |
| Muško | | | | | | | | |
| 1956-1990 | 26193 | 2043 | 17675 | 1243 | 1801 | 608 | 503 | 2320 |
| 1956-1960 | 2627 | 185 | 1743 | 156 | 186 | 81 | 55 | 221 |
| 1971-1975 | 3698 | 333 | 2441 | 171 | 244 | 70 | 75 | 364 |
| 1986-1990 | 4640 | 327 | 3105 | 168 | 394 | 91 | 84 | 471 |
| Žensko | | | | | | | | |
| 1956-1990 | 12826 | 2270 | 7318 | 1287 | 221 | 158 | 344 | 1228 |
| 1956-1960 | 1519 | 310 | 791 | 186 | 14 | 14 | 42 | 162 |
| 1971-1975 | 1754 | 321 | 953 | 195 | 23 | 16 | 63 | 183 |
| 1986-1990 | 2199 | 365 | 1323 | 190 | 45 | 15 | 59 | 202 |
| Udeo u ukupnom broju samoubistava (u procentima) | | | | | | | | |
| Muško | | | | | | | | |
| 1956-1990 | 100,0 | 7,8 | 67,5 | 4,7 | 6,9 | 2,3 | 1,9 | 8,9 |
| 1956-1960 | 100,0 | 7,0 | 66,3 | 5,9 | 7,1 | 3,1 | 2,1 | 8,4 |
| 1971-1975 | 100,0 | 9,0 | 66,0 | 4,6 | 6,6 | 1,9 | 2,0 | 9,8 |
| 1986-1990 | 100,0 | 7,0 | 66,9 | 3,6 | 8,5 | 2,0 | 1,8 | 10,2 |
| Žensko | | | | | | | | |
| 1956-1990 | 100,0 | 17,7 | 57,1 | 10,0 | 1,7 | 1,2 | 2,7 | 9,6 |
| 1956-1960 | 100,0 | 20,4 | 52,1 | 12,2 | 0,9 | 0,9 | 2,8 | 10,7 |
| 1971-1975 | 100,0 | 18,3 | 54,3 | 11,1 | 1,3 | 0,9 | 3,6 | 10,4 |
| 1986-1990 | 100,0 | 16,6 | 60,2 | 8,6 | 2,0 | 0,7 | 2,7 | 9,2 |

Ukoliko se posmatra celokupno 35-godišnje razdoblje za koje se raspolaže podacima o načinu izvršenja samoubistva (1956-1990), tada u Srbiji ne postoji razlika po polu u

⁸ Savezni zavod za statistiku je za period od 1956. do 1990. godine u svojim redovnim godišnjim publikacijama (*Vitalna statistika* odnosno *Demografska statistika*) objavljivao podatke o načinu izvršenja samoubistva po polu i starosti, ali samo za Jugoslaviju, a ne i za republike i pokrajine.

pogledu najzastupljenijeg metoda suicida. Za oba pola to je vešanje, a jedina razlika je u visini procentnog udela. Kod muškaraca vešanje je spoljni uzrok u dva od tri smrtna slučaja (67,5 %), dok je kod žena negov udeo manji za 10 procentnih poena (57,1 % - tabela 4.3-5).

Isti zaključak važi i za trovanje, koje je za oba pola, drugi po zastupljenosti spoljni uzrok smrti usled samoubistva. I apsolutna razlika je istovetna, iznosi 10 procentnih poena, ali je relativna razlika mnogo naglašenija. Kod muškaraca trovanja učestvuju sa 7,8 %, dok je njihov udeo u ukupnom broju suicida kod žena bio više nego dvostruko veći (17,7 %). Čak je i apsolutni broj samoubistava izvršenih trovanjem kod žena za 10 % veći nego kod muškaraca (2.270 prema 2.043).



Grafikon 4.3-6.

Tri najčešća načina izvršenja samoubistva muškaraca i žena (prema procentnom učešću). Srbija, 1956-1990

Razlike po polu u redosledu zastupljenosti metoda izvršenja suicida su prisutne tek od načina koji je treći po učestalosti. Kod muškaraca je to korišćenje vatrenog oružja (6,9 %) i to s neznatno manjim brojem smrtnih slučajeva od trovanja (1801 prema 2043). Kod žena je utapanje treći po učestalosti spoljni uzrok smrti usled samoubistva. Utapanje je kao način izvršenja suicida učestvovalo sa tačno 10,0 % u ukupnom broju suicida žena. To je, kod žena, dvostruko veće procentno učešće nego kod muškaraca (4,7 %), ali je istovremeno procentna zastupljenost upotrebe vatrenog oružja kao spoljnog uzroka smrti kod žena (1,7 %) četiri puta manja nego kod muškaraca. Takav odnos je objašnjiv mnogo većom dostupnošću vatrenog oružja i znatno boljim poznavanjem njegove primene od strane muškaraca, kao i činjenicom da oni češće pribegavaju letalnijim metodima namernog samopovređivanja (v. potpoglavlje 1.4.1)

Udeli preostala dva najčešće primenjivana načina izvršenja samoubistva (upotreba noža ili drugih oštih predmeta, skok s visine) su niski. Takva konstatacija važi za oba

oba pola (ispod 3 %). Što se tiče ostalih i neutvrđenih spoljnih uzroka smrti usled samoubistva, njihov udeo je srazmerno vrlo visok, 8,9 % kod muškaraca i 9,6 % kod žena (tabela 4.3-5).

Prethodno izloženi podaci odnose se na udele pojedinih načina izvršenja samoubistva za celokupni analizirani period 1956-1990. Međutim, posmatrano i po pojedinačnim godinama, uglavnom ne postoje razlike koje bi mogle uticati na bitno drugačije zaključke u pogledu strukture broja suicida po načinu izvršenja. Naime, vešanje je svake pojedinačne godine bilo najčešći metod suicida, i to kako za muškarce, tako i za žene (grafikoni 4.3-5 i 4.3-6). Ipak, promene koje su se dešavale dovodile su do smanjenja razlika po polu, a prvenstveno smanjenja razlika u udelima dva najzastupljenija načina izvršenja samoubistva (vešanja i trovanja). Tako su, na primer, početkom posmatranog perioda (1956-1960) udeli iznosili 66,3 % kod muškaraca i 52,1 % kod žena. Krajem istog razdoblja (1986-1990), kod oba pola zabeleženo je povećanje udela vešanja u ukupnom broju suicida, s tim što je ono kod muškaraca bilo minimalno (dostiglo je 67 %), dok je kod žena ono bilo mnogo intenzivnije i premašilo je 60 %.

Promene koje su vodile ka rodnoj konvergenciji u pogledu strukture umrlih usled suicida prema načinu izvršenja su zabeležene i u slučaju trovanja kao spoljnog uzroka smrti. Naime, kod muškaraca je udeo tog načina izvršenja samoubistva bio stabilan, njegovo procentno učešće bilo je identično (7,0 %) u prvom i poslednjem petogodišnjem razdoblju. Međutim, kod žena su ostvarene vrlo primetne promene. Udeo tog metoda suicida je smanjen sa 20,4 % na 16,6 %.

Može se zaključiti da su promene koje su ostvarene u periodu 1956-1990. bile u skladu s opštim tendencijama ka smanjivanju rodnih razlika u pogledu uzroka smrti stanovništva Srbije, posebno u smanjenju razlika po polu u udelima umrlih usled tzv. muških i ženskih uzroka smrti (Breznik, 1991; Šobot, 2012).

4.3.5. Samoubistva po bračnosti

Socijalne mreže podrške predstavljaju jedan od osnovnih činilaca očuvanja mentalnog zdravlja, a samim tim i smanjenja rizika od samoubistva ili suicidalnog ponašanja. S tim u vezi su i nalazi brojnih autora da je rizik od samoubistva manji kod lica u braku nego lica koja nisu u braku (v. potpoglavlje 1.3.2). Takve konstatacije se posebno odnose na lica koja su suočena sa prestankom integrativne partnerske, formalne ili neformalne, zajednice uslovljene trajnim razdvajanjem od bračnog partnera ili zbog biološkog gubitka bračnog druga. Muškarci i žene ne reaguju podjednako na prestanak bračne zajednice odnosno na život van braka. U takvim uslovima rizik od samoubistva postaje mnogo veći među muškarcima nego među ženama, koje u situacijama gubitka partnera zbog razvoda ili smrti predstavljaju izvor emocionalne i socijalne podrške.

Konstatacija o manjem riziku od samoubistva lica koja su u bračnoj zajednici ne implicira i da je među licima koja su izvršila samoubistvo najmanje onih koji su u braku. Naime, bitno drugačija starosna i polna struktura pojedinih populacionih kontingenata prema bračnom stanju neposredno utiče i na distribuciju umrlih usled samoubistva po bračnosti, što je u neposrednoj vezi s diferenciranošću suicidalnog mortaliteta po starosti i polu. To potvrđuju i višedecenijske serije podataka vitalne statistike Srbije koji se odnose na bračnu strukturu lica koja su izvršila samoubistvo.

Savezni odnosno Republički zavod za statistiku su u svojim redovnim godišnjim publikacijama objavljivali podatke o suicidima po bračnom stanju umrlog lica počev od 1956. godine, ali samo po polu, a ne i po starosti. Od druge polovine 1970-ih podaci o bračnosti lica koja su izvršila samoubistva raspoloživi su i po starosti, ali jedino u teško dostupnim tzv. dokumentacionim tabelama SZS-a.

U ovom delu rada koji se odnosi na period do 1990. godine, biće analizirani samo podaci o bračnosti lica koja su umrla usled samoubistva za godine nakon 1960, i to samo za po tri godine oko popisa stanovništva sprovedenih 1961, 1971, 1981. i 1991. Izabrani su trogodišnji periodi oko popisnih godina kako bi se izbeglo donošenje pogrešnih zaključaka usled eventualnih velikih godišnjih fluktuacija broja suicida pojedinih grupa stanovništva po bračnosti, ali i da bi se procenile vrednosti stopa suicida lica u braku odnosno van braka.⁹

U Srbiji su lica u braku bila najbrojnija među umrlima usled samoubistva, i to u sva četiri izabrana trogodišnja perioda (tabela 4.3-6). Njihov udeo se kretao u intervalu od maksimalnih 62 % dostignutih 1970-1972, do minimalnih 56 %, procenjenih za poslednje trogodišnje razdoblje (1990-1992). Smanjenje bi moglo da se karakteriše kao umereno, a najaglašenije je bilo tokom 1980-ih godina.

Smanjenje udela u ukupnom broju suicida je bilo prisutno i kod celibatera, s tim što je kod te populacione grupe ono bilo najizraženije tokom 1960-ih i 1970-ih godina, da bi tokom 1980-ih ono bilo zaustavljeno.

Udeli preostale dve grupe (obudovela i razvedena lica) imali su suprotan smer kretanja – povećavali su se. Povećanje je, relativno posmatrano, najveće među razvedenima (sa 4,2 na 6,5 umrlih na 100.000 stanovnika), ali je apsolutno dvostruko veće kod obudovelih (sa 17,3 na 22,0 na 100.000 stanovnika).

Različit smer promena udela umrlih usled samoubistva po bračnosti rezultirao je i promenom redosleda po procentnom učešću pojedinih bračnih kontigenata u ukupnom broju suicida. Početkom 1960-ih među licima koja su izvršila samoubistvo gotovo svako peto bilo je neoženjeno ili neudato (19,3 %), što je najveće procentno učešće posle udela lica koja su u braku. Tri decenije kasnije, drugi po brojnosti među onima koji su izvršila samoubistvo su bili udovci i udovice, i to sa blizu 45 % većim učešćem nego što je bio slučaj sa celibaterima (tabela 4.3-6).

⁹ Za Srbiju, kao i za bivšu Jugoslaviju, ne rade se zvanične procene stanovništva po bračnom stanju.

Tabela 4.3-6.
Lica koja su izvršila samoubistvo po bračnom stanju, po polu.
Srbija, 1960-1962, 1970-1972, 1980-1982. i 1990-1992.

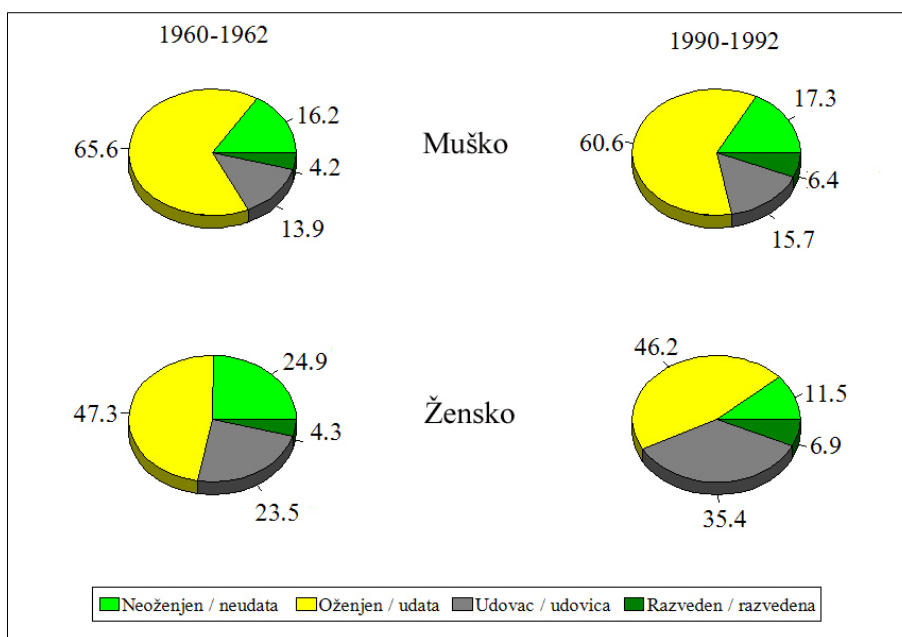
| Bračno stanje | Prosečan godišnji broj suicida | | | | Stopa suicida (na 100.000 stanovnika starih 15 ili više godina) | | | |
|----------------------|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|---|-----------|-----------|-----------|
| | 1960-1962 | 1970-1972 | 1980-1982 | 1990-1992 | 1960-1962 | 1970-1972 | 1980-1982 | 1990-1992 |
| Ukupno | 924 | 1098 | 1248 | 1452 | 17,1 | 17,3 | 17,6 | 19,2 |
| Muški | 601 | 753 | 837 | 988 | 23,1 | 24,3 | 24,1 | 26,6 |
| Ženski | 323 | 345 | 411 | 464 | 11,6 | 10,6 | 11,4 | 12,0 |
| Neoženjen / neudata | 176 | 180 | 186 | 221 | 16,3 | 12,9 | 12,5 | 13,5 |
| Muški | 96 | 112 | 133 | 168 | 15,5 | 13,9 | 15,1 | 17,3 |
| Ženski | 79 | 68 | 53 | 52 | 17,3 | 11,6 | 8,8 | 7,9 |
| Oženjen / udata | 540 | 662 | 733 | 801 | 14,5 | 15,4 | 15,3 | 16,0 |
| Muški | 389 | 490 | 531 | 590 | 21,1 | 22,9 | 22,2 | 23,6 |
| Ženski | 150 | 173 | 201 | 211 | 8,0 | 8,0 | 8,4 | 8,4 |
| Udovac / udovica | 157 | 186 | 237 | 315 | 32,3 | 36,3 | 41,1 | 51,1 |
| Muški | 83 | 104 | 113 | 153 | 77,0 | 92,1 | 89,9 | 117,4 |
| Ženski | 75 | 82 | 123 | 162 | 19,7 | 20,5 | 27,4 | 33,3 |
| Razveden / razvedena | 39 | 45 | 71 | 94 | 40,3 | 33,0 | 36,9 | 41,5 |
| Muški | 25 | 30 | 47 | 62 | 86,0 | 74,7 | 76,5 | 80,3 |
| Ženski | 14 | 15 | 24 | 32 | 20,5 | 15,5 | 18,5 | 21,3 |

Napomena 1: U ukupna broj suicida nisu uključeni smrtni slučajevi lica mlađih od 15 godina. Podaci o bračnosti ukupnog stanovništva se odnose samo na stanovništvo starije od 15 godina.

Napomena 2: Za 1990-1992. izračunato na osnovu zvaničnih podatka o umrlima i procena autora o ukupnom stanovništvu po bračnosti.

Naglašene razlike po polu postoje i u pogledu nivoa i kretanja broja odnosno udela lica koja su izvršila samoubistvo po bračnom stanju u ukupnom broju suicida. Među licima koja su izvršila samoubistvo kod oba pola najveći udeo predstavljaju lica u braku, ali s različitim procentnim učešćem. U periodu 1990-1992, to učešće je kod muškaraca iznosilo 61 %, što je bilo za 5 procentnih poena manje nego tri decenije ranije. Udeo udatih među ženama koje su izvršile samoubistvo bio je znatno manji (46 %), i takođe s najmanjim udelom te kohorte u ukupnom broju suicida žena u trogodišnjim razdobljima oko izabranih popisnih godina (tabela 4.3-6 i grafikon 4.3-7).

Što se tiče smjera promene udela suicida pojedinih grupa stanovništva po bračnosti, on je bio identičan za oba pola (ili se smanjivao i za muškarce i za žene, ili se povećavao za oba pola). Kao vrlo značajan izuzetak se izdvaja kretanje udela celibatera u ukupnom broju suicida muškaraca odnosno žena. Udeo lica koja nisu sklapala brak u ukupnom broju samoubistava koja su izvršili muškarci se povećavao, i to počev od 1970-1972. Kod žena su promene bile dijametralno suprotne i mnogo intenzivnije. Udeo žena van braka u ukupnom broju samoubistava žena intenzivno je opadao. Tako je između 1960-1962. i 1990-1992, udeo neudatih žena u ukupnom broju suicida koje su izvršile osobe istog pola smanjen sa 25 % na 11 %. Takva diferencirana kretanja po polu bitno su drugačija nego kod ostalih grupa po bračnosti, i njihovo tumačenje svakako zahteva detaljnija istraživanja.



Grafikon 4.3-7.

Samoubistva po bračnosti umrlog lica, po polu (u procentima).
Srbija, 1960-1962. i 1990-1992.

Razlike po polu su primetne i kod obudovelih, ali one se pre svege odnose na intenzitet promena, a ne i na smer. Naime, i kod muškaraca i kod žena povećan je udeo obudovelih u ukupnom broju suicida istog pola, ali je to povećanje bilo mnogo intenzivnije kod žena. Stoga je razlika između udela udovaca u ukupnom broju suicida koje su izvršili muškarci i udela udovica u ukupnom broju samoubistava žena povećana sa 10 na 20 procentnih poena (grafikon 4.3-7).

Ustanovljena struktura umrlih usled suicida po bračnom stanju, kao i razlike po polu, uslovljene su prvenstveno sastavom ukupnog stanovništva po bračnosti, razlikama u bračnoj strukturi muškog i ženskog stanovništva, bitno drugačijoj starosnoj strukturi stanovništva s obzirom na bračnost (v. potpoglavlje 4.4-2), ali i vrlo naglašenim razlikama u suicidnom mortalitetu po starosti stanovništva po bračnosti, i to kako za muško, tako i za žensko stanovništvo. Svi ti neposredni činioci nivoa suicidne smrtnosti po bračnosti, a prvenstveno smrtnost po starosti i polu biće detaljnije razmotreni u delu rada koji se odnosi na period 1990-2012. Ovom prilikom biće ukazano još samo na stope opšte smrtnosti usled suicida po polu i bračnom stanju umrlih.

Najveći broj suicida na 100.000 stanovnika je izračunat za obudovele. To je bio slučaj u tri od četiri trogodišnja perioda. Jedini izuzetak je razdoblje oko popisne 1961. godine. Tada je opšta stopa smrtnosti usled suicida bila veća kod razvedenih nego kod obudovelih (40,3 prema 32,3 umrlih na 100.000 stanovnika). Ujedno, obudovele su jedina populaciona grupa po bračnosti kod koje je kontinuirano bilo prisutno povećanje broja suicida na 100.000 stanovnika. Tako je za tri decenije stopa suicida povećana za gotovo 60 % (sa 32,3 u razdoblju 1960-1962. na 51,1 na 100.000 tokom 1990-1992).

U pogledu visine stope suicida jasno se izdvajaju, s jedne strane, obudoveli i razvedeni i, s druge strane, celibateri i lica u braku. Prve dve grupe odlikuju se natprosečnim vrednostima stope suicida (uglavnom barem dvostruko više od proseka za ukupno stanovništvo Srbije starije od 15 godina – tabela 4.3-7). Kod druge dve grupe (celibateri i lica u braku), vrednosti stope suicida su niže od proseka za ukupno stanovništvo Srbije, ali je ta razlika, apsolutno i relativno, mnogo manja nego u slučaju stope suicida prva dva kontingenta. Takve relacije su i razumljive s obzirom na velike razlike u udelima obudovelih i razvedenih, s jedne, i celibatera i lica u braku, s druge strane, u ukupnom stanovništvu starom 15 ili više godina. Taj odnos je uglavnom bio 1:8.

Iste relacije su postojale i po polu. Vrednosti stope suicida su i po nekoliko puta veće među obudovelima i razvedenima nego među celibaterima i licima u braku. To je posebno primetno za kasnija trogodišnja razdoblja, i bilo je izraženije kod muškog stanovništva. Na primer, u periodu 1990-1992. broj samoubistava među udovcima iznosio je 117 na 100.000, a među udovicama 33 na 100.000 stanovnika istog bračnog stanja. U poređenju sa stopom suicida među celibaterima, vrednosti kod obudovelih su 6,8 puta veće kod muškog i 4,2 puta veće kod ženskog stanovništva.

4.3.6. Samoubistva po školskoj spremi

Bez obzira na sve razlike koje među zemljama postoje, s boljim socioekonomskim uslovima smanjuje se i rizik od samoubistva, što naročito važi za muškarce. Među osobama nižeg socioekonomskog statusa su rasprostranjenija i ponašanja koja ugrožavaju zdravlje i život, kao što je zloupotreba alkohola, češće među muškarcima, što takođe predstavlja faktor rizika za samoubistvo. Među muškarcima nižeg obrazovnog nivoa samoubistva su češća (v. potpoglavlje 1.3.2). Značajnu vezu između socioekonomskog statusa i samoubistva verovatno predstavljaju i psihijatrijska oboljenja, rasprostranjenija u grupama nižeg socioekonomskog statusa, koje, ujedno, manje koriste zdravstvenu zaštitu.

Raspoloživi podaci o samoubistvima po školskoj spremi umrlog lica vrlo očigledno upućuju na zaključak da i u Srbiji postoji uska korelaciona veza između nivoa obrazovanja i učestalosti suicida. To se odnosi kako na broj izvršenih samoubistava prema školskoj spremi, tako i stope suicida na 100.000 stanovnika istog obrazovanja. Distribucija suicida po školskoj spremi u velikoj meri je uslovljena obrazovnom strukturom ukupnog stanovništva, ali i razlikama u školovanosti stanovništva prema starosti i polu.

Najmerodavije informacije o obrazovnoj strukturi ukupnog stanovništva Srbije dobijaju se opštim popisom stanovništva, dok se statistički podaci o samoubistvima po školskoj spremi umrlog lica redovno prikupljaju od 1956. godine. U zvaničnim statističkim publikacijama podaci o smrtnosti usled samoubistva su do 1990. godine objavljivani samo po polu, dok su podaci po starosti prikazivani u tzv. publikacionim tabelama, ali samo za Jugoslaviju. Stope suicida prezentovane u radu dobijene su na

osnovu odnosa prosečnog broja suicida po školskoj spremi nastradalog lica u trogodišnjem razdoblju oko popisnih godina i broja stanovnika iste školske spreme prema rezultatima popisa objavljenih 1961, 1971, 1981. i 1991. godine. S obzirom na neuspeh Popisa 1991. godine na Kosovu i Metohiji i u opštinama Bujanovac i Preševo, za period 1990-1992. stope suicida po školskoj spremi su računane samo za Centralnu Srbiju i Vojvodinu.

U Srbiji su u sva četiri posmatrana trogodišnja razdoblja među licima koja su izvršila samoubistvo najbrojnija bila ona bez škole ili s najviše završenom osmogodišnjom osnovnom školom. Udeo umrlih usled suicida iz te dve obrazovne grupe bio je najveći u 1960-1962. i 1970-1972. kada je iznosio po 86 % ukupnog broja samoubistava. Tokom 1970-ih godina udeo lica bez škole i onih s najviše 8 razreda osnovne škole je smanjen na 80 % (1980-1982).¹⁰ Povećanje broja samoubistava obrazovanih je nastavljeno i tokom 1980-ih, tako da je u trogodišnjem razdoblju 1990-1992. udeo umrlih s najmanje srednjim obrazovanjem povećan na 28 %, dok je udeo manje obrazovanih i lica bez škole sveden na 72 %. Takvo kretanje udela umrlih usled samoubistva po školskoj spremi bilo je, gotovo isključivo, rezultat poboljšanja obrazovne strukture ukupnog stanovništva odnosno višestrukog povećanja broja odnosno udela lica sa sekundarnim ili tercijarnim obrazovanjem (v. potpoglavlje 4.2.2). Ta konstatacija se prvenstveno odnosi na period između 1970-1972. i 1980-1982. godine. Tada je među umrlima usled samoubistva povećano učešće lica iz obe velike obrazovne grupe. Apsolutno povećanje je znatno veće kod lica sa srednjom školom (sa 13 % u razdoblju 1960-1962. na 23 % u 1990-1992), dok je povećanje umrlih koji su posedovali višu ili visoku školsku spremu bilo mnogo intenzivnije – udeo je učestvorostručen (sa 1,2 % na 5,0 %).

Da su u Srbiji suicidi prisutniji među neobrazovanim i najmanje obrazovanim stanovništvom potvrđuju i podaci o stopama suicida po školskoj spremi. Broj suicida na 100.000 stanovnika, po pravilu, bio je manji među licima sa srednjom, višom ili visokom školskom spremom nego među licima bez škole ili s najviše osam razreda osnovne škole (tabela 4.3-7). Jedini izuzetak je trogodišnje razdoblje 1960-1962. kada je stopa suicida lica sa srednjom školskom spremom (uključujući i one s nepotpunom srednjom školom odnosno sa školom za KV radnike) bila najveća upravo kod te obrazovne grupe (22 na 100.000).¹¹ U ostalim trogodišnjim razdobljima, što je obrazovanje veće, to je stopa suicida manja.

¹⁰ Školska sprema stanovništva Srbije je u popisima iz 1961. i 1971. utvrđivana za lica stara 10 ili više godina, dok je u svim kasnijim popisima donja starosna granica pomenjena na 15 godina. Ukoliko bi, radi uporedivosti, i za periode 1960-1962. i 1970-1972. posmatrali samo stanovništvo staro 15 ili više godina, tada bi udeo lica bez škole ili sa najviše završenom osmogodišnjim osnovnom školom u ukupnom broju lica koja su izvršila samoubistvo bio neznatno manji (82,7 % i 83,6 %, respektivno).

¹¹ Stopa suicida lica s nepotpunom srednjom školom je u tom razdoblju iznosila 26 na 100.000 i bila je znatno veća nego među stanovništvom sa završenom "potpuno srednjom školom" (15 na 100.000).

Tabela 4.3-7.
Lica koja su izvršila samoubistvo po školskoj spremi, po polu.
Srbija, 1960-1962, 1970-1972, 1980-1982. i 1990-1992.

| | Pol | Školska sprema | | | | |
|---|-----|----------------|-----------|------------------------------|---------|--------------------|
| | | Ukupno | Bez škole | Osnov. škola ili 1-7 raz. | Srednja | Viša ili visoka |
| 1960-1962 | | | | | | |
| Prosečan godišnji broj suicida | Sv. | 933 | 235 | 546 | 118 | 11 |
| | M. | 606 | 108 | 386 | 89 | 8 |
| | Ž. | 327 | 127 | 160 | 29 | 3 |
| Struktura prosečnog godišnjeg broja suicida (%) | Sv. | 100,0 | 25,8 | 60,0 | 13,0 | 1,2 |
| | M. | 100,0 | 18,2 | 65,3 | 15,1 | 1,3 |
| | Ž. | 100,0 | 39,8 | 50,2 | 9,1 | 0,9 |
| Stopa suicida (na 100.000 starih 10+) | Sv. | 15,2 | 14,6 | 14,1 | 21,7 | 12,1 |
| | M. | 20,3 | 25,4 | 18,4 | 22,9 | 11,8 |
| | Ž. | 10,4 | 10,7 | 9,0 | 18,8 | 13,1 |
| 1970-1972 | | | | | | |
| Prosečan godišnji broj suicida | Sv. | 1111 | 322 | 596 | 133 | 17 |
| | M. | 763 | 189 | 425 | 107 | 14 |
| | Ž. | 348 | 133 | 172 | 26 | 3 |
| Struktura prosečnog godišnjeg broja suicida (%) | Sv. | 100,0 | 30,1 | 55,8 | 12,5 | 1,6 |
| | M. | 100,0 | 25,7 | 57,8 | 14,6 | 1,9 |
| | Ž. | 100,0 | 39,8 | 51,6 | 7,8 | 0,8 |
| Stopa suicida (na 100.000 starih 10+) | Sv. | 15,7 | 24,0 | 13,4 | 12,9 | 7,9 |
| | M. | 22,0 | 56,7 | 18,6 | 15,5 | 9,4 |
| | Ž. | 9,7 | 13,2 | 7,9 | 7,7 | 4,2 |
| 1980-1982 | | | | | | |
| Prosečan godišnji broj suicida | Sv. | 1271 | 356 | 616 | 211 | 27 |
| | M. | 854 | 191 | 439 | 170 | 20 |
| | Ž. | 417 | 165 | 176 | 41 | 7 |
| Struktura prosečnog godišnjeg broja suicida (%) | Sv. | 100,0 | 29,4 | 50,9 | 17,4 | 2,2 |
| | M. | 100,0 | 23,3 | 53,6 | 20,7 | 2,4 |
| | Ž. | 100,0 | 42,4 | 45,3 | 10,5 | 1,8 |
| Stopa suicida (na 100.000 starih 15+) | Sv. | 17,6 | 33,5 | 16,0 | 12,1 | 6,6 |
| | M. | 24,1 | 71,7 | 23,8 | 15,5 | 7,6 |
| | Ž. | 11,4 | 20,8 | 8,8 | 6,4 | 4,8 |
| 1990-1992 | | | | | | |
| Prosečan godišnji broj suicida | Sv. | 1465 | 356 | 647 | 328 | 69 |
| | M. | 996 | 196 | 439 | 260 | 54 |
| | Ž. | 469 | 160 | 208 | 68 | 15 |
| Struktura prosečnog godišnjeg broja suicida (%) | Sv. | 100,0 | 25,4 | 46,2 | 23,4 | 5,0 |
| | M. | 100,0 | 20,6 | 46,3 | 27,4 | 5,7 |
| | Ž. | 100,0 | 35,4 | 46,1 | 15,2 | 3,3 |
| Stopa suicida (na 100.000) | Sv. | ... | ... | ... | ... | ... |

Izvor: Izračunato na osnovu podataka demografske statistike i rezultata popisa iz 1961, 1971, 1981. i 1991. god

Napomena 1: Razlika do ukupno u prosečnom godišnjem broju suicida predstavlja nepoznato.

Napomena 2: Zbog nepotpunih podataka Popisa iz 1991. o stanovništvu Srbije po školskoj spremi, u tabeli nisu dati podaci o stopama suicida u periodu 1990-1992.

Ujedno, u tom tridesetogodišnjem periodu promene vrednosti stope suicida odvijale su se u različitim smerovima kod manje obrazovanih (bez škole i najviše

osmogodišnja osnovna škola) i više obrazovanih lica (srednja, viša ili visoka školska sprema). Stope samoubistva su se povećavale među manje obrazovanim stanovništvom, dok su istovremeno opadale kod obrazovnijeg stanovništva (tabela 4.3-7). Tako je, na primer, u periodu od 1960-1962. do 1980-1982. razlika između stope suicida stanovništva bez školske spreme (vrednosti su povećane sa 14,6 i 33,5 na 100.000) i stanovništva sa višom ili visokom školskom spremom (smanjenje sa 12,1 i 6,6 na 100.000) povećana za preko 10 puta (sa 2,5 na 26,9 poena).

Za 1990-1992 nije bilo moguće izračunati stope suicida stanovništva sa celokupnog područja Srbije, ali rezultati za Centralnu Srbiju i Vojvodinu upućuju da je u odnosu na 1980-1982. kod svih obrazovnih grupa došlo do povećanja broja suicida na 100.000 stanovnika. I dok je kod neobrazovanih to predstavljalo samo nastavak već postojećih trendova, kod stanovništva sa srednjom školskom spremom, kao i kod onih sa višom ili visokom školskom spremom, takva kretanja su bila suprotna onima iz prethodna dva desetogodišnja razdoblja. To je nesumljivo povezano i sa znatnim poboljšanjem obrazovne strukture starih, tj. stanovništva onih starosti koje je najviše izloženo riziku samoubistva. A za detaljnije sagledavanje neposrednih uzroka neophodno je utvrditi i visine specifičnih stopa suicida po školskoj spremi.

Što se tiče razlika po polu, one u pogledu suicida po školskoj spremi nisu previše naglašene, posebno ne prema redosleda pojedinih velikih obrazovnih grupa ukupnom broju suicida istog pola. Razlike koje postoje pre svega se odnose na vrednosti procentnog učešća pojedinih obrazovnih grupa u ukupnom broju suicida, kao i na visinu stope suicida na 100.000 stanovnika iste školske spreme i istog pola.

Kod muškaraca je udeo samoubistava lica sa srednjom ili višom-visokom školskom spremom u ukupnom broju samoubistava koje su izvršili muškarci stalno bio veći nego kod žena (tabela 4.3-7). Međutim, povećanje udela suicida iz tzv. grupe obrazovanih se odvijalo intenzivnije kod žena, mada ne toliko značajno da bi vidljivije uticalo na promenu strukture samoubistva po školskoj spremi i polu. Takve promene su prvenstveno bile uslovljene mnogo bržim poboljšanjem obrazovne strukture žena odnosno zbog mnogo bržeg povećanja udela žena sa srednjom ili višom/visokom školskom spremom u ukupnom ženskom stanovništvu, nego što je u posmatranom periodu to bio slučaj kod muškog stanovništva (v. potpoglavlje 4.2.2) Na ispravnost takvog zaključka ukazuju i promene stopa suicida po školskoj spremi kod muškaraca i žena. One su, u periodu od 1960-1962. do 1980-1982. kod "obrazovanih" žena opadale mnogo brže nego kod obrazovanih muškaraca, posebno kod stanovništva sa srednjom školskom spremom.

4.3.7. Samoubistva po nacionalnoj pripadnosti

Razlike u visini stope suicidnog mortaliteta kako na međunarodnom nivou, tako i unutar nacionalnih granica često se najočiglednije manifestuju preko razlika u stopi samoubistva po etničkim zajednicama. Nacionalna pripadnost sama po sebi nije određujući činilac visine smrtnosti usled samoubistva. To su pre svega faktori koji se

nalaze u širokom spektru od čisto demografskih, kao što su starosna i polna struktura stanovništva etničkih zajednica, zatim geografskih preko njihovih socioekonomskih, kulturnih, obrazovnih karakteristika, modela bračnosti, prevladajućih porodičnih struktura, zatim do konfesionalne pripadnosti i stepena religioznosti, jačine uticaja pojedinih verskih zajednica, ukorenjenosti tradicije, prihvatanja specifičnih moralnih normi, pa do raširenosti konzumiranja alkohola i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, itd. koje u velikoj meri mogu uticati na diferenciranost nivoa suicidalnog mortaliteta s obzirom na etničku pripadnost (Kölves et al. /eds./, 2012; Penev, 2010; Petrović, Opalić, Radulović, 1990; Stack, Kposowa, 2015; Turnbull et al., 2015; Stanković, Penev, 2009; Šovljanski, 1976; Värnik, Kölves, Wasserman, 2005).

U Srbiji, kao nacionalno heterogenoj zemlji, u društvenim istraživanjima, a naročito u demografskim, opravdano se posvećuje posebna pažnja etničkim aspektima. To posebno što je etnička raznolikost u uskoj vezi s razlikama u socioekonomskim, obrazovnim, kulturnim, religijskim karakteristikama pojedinih nacionalnih zajednica. U tom smislu naročito su izražene razlike u osnovnim demografskim obeležjima stanovništva prema nacionalnoj opredeljenosti, a iznad svega u pogledu starosti i pola, a s njima u uskoj vezi i razlike u nivou i karakteristikama fertiliteta, mortaliteta, smera i intenziteta migracija.

Raspoloživi statistički podaci o suicidima po nacionalnosti¹² nepobitno ukazuju da su u Srbiji u periodu od početka 1970-ih do početka 1990-ih godina bile prisutne ogromne razlike u učestalosti suicida (tabela 4.3-8). Ovom prilikom su posmatrane samo najveće etničke zajednice (sa preko 100 hiljada stanovnika u vreme popisa iz 1991. godine), kao i stanovništvo slovačke nacionalne pripadnosti koje se od ostalih manjih etniciteta izdvaja po najvećem broju suicida.

Sve izabrane nacionalnosti se, prema nivou stope suicida na 100.000 stanovnika, mogu svrstati u tri grupe, s tim što isto grupisanje važi u sva tri posmatrana trogodišnja razdoblja. Prvu grupu sačinjavaju lica srpske i crnogorske nacionalne pripadnosti, čije vrednosti stopa suicida ne odstupaju bitnije od proseka za Srbiju. Drugu grupu čine etniciteti s izrazito natprosečnim stopama suicida, a pripadaju joj mađarska, hrvatska i slovačka etnička zajednica. U treću grupu su svrstani Albanci, Muslimani i Romi, koji se odlikuju vrlo niskim stopama suicida, višestruko nižim od prosečnih vrednosti.

Od ukupnog broja suicida, ubedljivo najviše umrlih lica bila su srpske nacionalnosti. Vremenom, njihov udeo u ukupnom broju samoubistava se povećavao. Početkom 1970-ih nešto više od dve trećine samoubistava (68,6 %) izvršila su lica srpske nacionalne pripadnosti, da bi dve decenije kasnije udeo Srba bio povećan na tri

¹² Zavodi za statistiku Srbije i bivše Jugoslavije su, za period do 1990. godine, publikovali podatke o samoubistvima po nacionalnosti umrlih, tek od 1970, i to za federalni nivo po starosti i polu, a za republike i pokrajine samo po polu. S obzirom da nacionalna statistika ne radi godišnje procene ukupnog stanovništva po etničkoj pripadnosti, za izračunavanje stopa suicida po nacionalnosti korišćeni su rezultati popisa, a za suicide, da bi se izbegle veće godišnje oscilacije, i u ovom slučaju je korišćen prosek za tri kalendarske godine oko popisa sprovedenih 1971, 1981. i 1991. godine.

četvrtine svih suicida u Srbiji (75,3 %). Povećanje udela najbrojnije nacionalnosti u ukupnom broju suicida ostvareno je i pored toga što je između 1971. i 1991. godine zabeleženo smanjenje udela Srba u ukupnom stanovništvu Srbije (sa 71,2 % na 65,9 %). Na takve promene ukazuju i smer promene vrednosti *indeksa odstupanja stopa suicida*, koja je između 1970-1972. 1990-1992. povećana sa 0,96 na 1,14 (tabela 4.3-8). To upućuje na zaključak da je povećanje udela Srba u ukupnom broju samoubistava prvenstveno rezultat intenzivnijeg povećanja stope suicida Srba od proseka za Srbiju.

Tabela 4.3-8.

Lica koja su izvršila samoubistvo po nacionalnoj pripadnosti, po polu.
Srbija, 1970-1972, 1980-1982. i 1990-1992.

| Nacionalnost | Pol | Prosečan godišnji broj suicida po nacionalnosti | | | Stopa suicida po nacionalnosti (na 100.000 stanovnika) | | | Indeks odstupanja (stope suicida od proseka) | | |
|--------------------|-----|---|-----------|-----------|--|-----------|-----------|--|-----------|-----------|
| | | 1970-1972 | 1980-1982 | 1990-1992 | 1970-1972 | 1980-1982 | 1990-1992 | 1970-1972 | 1980-1982 | 1990-1992 |
| Ukupno | Sv. | 1111 | 1271 | 1465 | 13,2 | 13,6 | 15,0 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| | M. | 763 | 854 | 996 | 18,3 | 18,4 | 20,5 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| | Ž. | 348 | 417 | 469 | 8,2 | 8,9 | 9,5 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| Srbi | Sv. | 762 | 906 | 1103 | 12,7 | 14,6 | 17,1 | 0,96 | 1,07 | 1,14 |
| | M. | 508 | 595 | 748 | 17,2 | 19,4 | 23,5 | 0,94 | 1,05 | 1,15 |
| | Ž. | 254 | 311 | 355 | 8,3 | 10,0 | 10,9 | 1,02 | 1,12 | 1,14 |
| Albanci | Sv. | 18 | 32 | 9 | 1,9 | 2,4 | 0,5 | 0,14 | 0,18 | 0,04 |
| | M. | 13 | 25 | 7 | 2,5 | 3,7 | 0,8 | 0,13 | 0,20 | 0,04 |
| | Ž. | 6 | 6 | 2 | 1,2 | 1,0 | 0,2 | 0,15 | 0,11 | 0,03 |
| Crnogorci | Sv. | 16 | 17 | 20 | 12,8 | 11,3 | 14,4 | 0,97 | 0,83 | 0,96 |
| | M. | 9 | 8 | 14 | 14,4 | 10,8 | 18,4 | 0,79 | 0,58 | 0,90 |
| | Ž. | 7 | 8 | 6 | 11,0 | 11,9 | 9,7 | 1,35 | 1,33 | 1,02 |
| Hrvati | Sv. | 53 | 43 | 38 | 28,7 | 28,8 | 35,7 | 2,18 | 2,11 | 2,39 |
| | M. | 39 | 32 | 28 | 46,6 | 47,5 | 60,3 | 2,55 | 2,58 | 2,94 |
| | Ž. | 14 | 11 | 10 | 14,1 | 13,7 | 16,4 | 1,73 | 1,54 | 1,72 |
| Jugosloveni | Sv. | 3 | 7 | 17 | 2,2 | 1,7 | 5,3 | 0,16 | 0,12 | 0,35 |
| | M. | 2 | 5 | 9 | 2,7 | 2,4 | 6,2 | 0,15 | 0,13 | 0,30 |
| | Ž. | 1 | 2 | 8 | 1,6 | 1,0 | 4,4 | 0,20 | 0,11 | 0,47 |
| Mađari | Sv. | 176 | 175 | 175 | 41,0 | 44,7 | 51,0 | 3,11 | 3,28 | 3,40 |
| | M. | 136 | 129 | 115 | 66,8 | 69,4 | 70,5 | 3,65 | 3,76 | 3,43 |
| | Ž. | 40 | 46 | 60 | 17,7 | 22,3 | 33,4 | 2,17 | 2,51 | 3,51 |
| Muslimani | Sv. | 8 | 10 | 10 | 5,2 | 4,6 | 4,1 | 0,39 | 0,34 | 0,27 |
| | M. | 5 | 6 | 7 | 6,7 | 5,7 | 5,3 | 0,37 | 0,31 | 0,26 |
| | Ž. | 3 | 4 | 3 | 3,6 | 3,5 | 2,8 | 0,44 | 0,39 | 0,29 |
| Romi | Sv. | 3 | 9 | 10 | 6,7 | 7,8 | 7,1 | 0,51 | 0,57 | 0,48 |
| | M. | 1 | 5 | 7 | 5,3 | 8,3 | 10,3 | 0,29 | 0,45 | 0,50 |
| | Ž. | 2 | 4 | 3 | 8,0 | 7,3 | 3,9 | 0,99 | 0,82 | 0,41 |
| Slovaci | Sv. | 20 | 12 | 21 | 26,5 | 16,4 | 31,4 | 2,01 | 1,20 | 2,10 |
| | M. | 17 | 10 | 17 | 45,1 | 27,3 | 53,0 | 2,47 | 1,48 | 2,58 |
| | Ž. | 4 | 2 | 4 | 9,2 | 6,2 | 11,5 | 1,13 | 0,69 | 1,21 |
| Ostali i nepoznato | Sv. | 51 | 61 | 62 | 17,1 | 20,5 | 21,2 | 1,30 | 1,50 | 1,42 |
| | M. | 33 | 39 | 44 | 22,9 | 27,6 | 31,5 | 1,25 | 1,49 | 1,54 |
| | Ž. | 18 | 22 | 18 | 11,8 | 14,0 | 11,8 | 1,44 | 1,57 | 1,24 |

Izvor: Izračunato na osnovu podataka demografske statistike i rezultata popisa iz 1971, 1981. i 1991. godine.

Napomena: Indeks odstupanja predstavlja odnos stope suicida određene nacionalnosti i stope suicida ukupnog stanovništva. Indeks je posebno računat za ukupno, muško i žensko stanovništvo.

Stopa suicida Crnogoraca je, za razliku od Srba, u sva tri posmatrana trogodišnja razdoblja imala vredosti koje su bile ispod proseka za Srbiju. Odstupanje je bilo najveće 1980-1982 (11,3 prema proseku od 13,6 samoubistava na 100.000 stanovnika). Radi boljeg razumevanja navedenih osobenosti kretanja stope suicida među licima crnogorske nacionalne pripadnosti, treba napomenuti da je u posmatrane dve decenije broj lica koja su se nacionalno opredelila kao Crnogorci pod uticajem nivoa i trendova ne samo čisto demografskih komponenti rasta (nataliteta, mortaliteta i migracija) već i promena u izjašnjavanju o etničkoj pripadnosti. Naime, upravo je promena u izjašnjavanju jedan od osnovnih razloga značajnog povećanja broja Crnogoraca u 1981. godini (za 18 % više nego u vreme popisa iz 1971), ali i smanjenja od 6 % u 1991. u odnosu na 1981. za 6 % (Radovanović, 1995). A da je u nekom konkretnom slučaju došlo do promene izjašnjavanja o nacionalnoj pripadnosti ne moraju da budu upoznati i članovi porodice lica koje je izvršilo samoubistvo, a koja, pored ostalih daju i informaciju o nacionalnosti umrlog. Ova metodološka napomena je posebno bitna ne samo za crnogorsku nacionalnu zajednicu, već i za druge manjinske zajednice, ali i ne samo za njih.

Kod nacionalnosti koje su svrstane u drugu grupu, stope suicida su veće od proseka za Srbiju, i to uglavnom višestruko veće (tabela 4.3.-8). Redosled prema visini stope je bio isti u sva tri trogodišnja razdoblja. Najveće stope suicida su među Mađarima, zatim među Hrvatima a najmanje među Slovacima. Kod Mađara one su stalno barem tri puta veće od proseka za Srbiju, kod Hrvata najmanje dva puta, dok je razlika u odnosu na srpski prosek bila najmanja kod Slovaka (u 1980-1982. iznosila je "tek" 20 %). Ujedno, u sva tri slučaja, među Mađarima, Hrvatima i Slovacima, odstupanje od proseka je bilo najveće krajem posmatranog perioda, tj. u trogodišnjem razdoblju 1990-1992. I pored toga što se broj suicida na 100.000 stanovnika povećavao intenzivnije od republičkog proseka, udeo samoubistava koja su izvršila lica tih nacionalnosti u ukupnom broju suicida u Srbiji je opadao (sa 22,5 % u 1970-1972. na 16,0 % u 1990-1992). Takve promene njihovog procentnog učešća u ukupnom broju suicida su isključivo posledica smanjenja broja Mađara, Hrvata i Slovaka u Srbiji, pa samim tim, i smanjenja njihovog udela u ukupnom stanovništvu zemlje.¹³

Razlike u visini stope suicida postoje i kod nacionalnosti koje su svrstane u treću grupu (Romi, Muslimani i Albanci) broj suicida na 100.000 stanovnika je manji od proseka za Srbiju). Istovremeno, i u toj grupi je redosled s obzirom na odstupanje od proseka vrlo stabilan tokom čitavog dvodecenijskog razdoblja.

Kod romske nacionalnosti najmanje je odstupanje od prosečne republičke stope suicida. Broj samoubistava na 100.000 stanovnika je bio prilično ujednačen (od 6,7 do 7,8) i u sva tri trogodišnja razdoblja bio je za oko 50 % manji od proseka.

Stope suicida Muslimana su bile niže i stalno opadajuće (sa 5,2 u 1970-1972. na 4,1 na 100.000 u 1990-1992). Istovremeno se kontinuirano povećavala i razlika u odnosu

¹³ Ukupna brojnost mađarske, hrvatske i slovačke nacionalne zajednice je između popisa iz 1971. i 1991. godine smanjena za četvrtinu (sa 692 hiljade na 516 hiljada).

na republički prosek. Krajem posmatranog perioda stopa suicida Muslimana je svedena na nešto više od jedne četvrtine prosečne republičke stope.

Zvanična statistika je najniže vrednosti stopa suicida evidentirala kod stanovništva albanske nacionalne pripadnosti. Među Albancima najviše samoubistava registrovano je 1980-1982 (prosečno 32 godišnje ili 2,4 na 100.000 stanovnika), a najmanje tokom 1990-1992. (svega 9 godišnje ili 0,5 na 100.000 stanovnika, što je 25 puta manje od prosečne stope za Srbiju). Tako niske stope se nužno moraju uzeti s rezervom, prvenstveno zbog uobičajeno visokog statističkog neobuhvata suicida u sredini u kojoj su vrlo snažne tradicionalne društvene i religijske norme koje vrlo odlučno osuđuju čin samoubistva. Uz to, s jačanjem iredentističkih zahteva albanskih političkih lidera, krajem 1980-ih i početkom 1990-ih sve masovnije bivaju bojkotovani državni organi Republike Srbije, pa samim tim i RZS. To se odrazilo i na sve manji obuhvat vitalnih događaja pripadnika albanske nacionalne manjine, a kulminacija je dostignuta 1991. godine kada je masovno bojkotovao popis stanovništva.¹⁴

I u slučaju samoubistava lica koja pripadaju nacionalnostima s najnižim stopama suicida, udeo u ukupnom broju suicida u Srbiji bio je najmanji u razdoblju 1990-1992 (iznosio je svega 2,0). Međutim, za razliku od smanjenja procentnog učešća samoubistava Mađara, Hrvata i Slovaka, do koga je došlo isključivo zbog smanjenja broja stanovnika tih nacionalnih zajednica, smanjenje udela suicida Albanaca, Muslimana i Roma u potpunosti predstavlja rezultat smanjenja stope suicida stanovništva, jer je broj stanovnika te tri etničke zajednice u periodu od 1970-1972. do 1990-1992. povećan za gotovo tri četvrtine, a udeo ukupnom stanovništvu Srbije za 50 %.

Sve analizirane nacionalnosti se prema visini stope suicida takođe mogu svrstati u iste grupe i ako se odvojeno posmatraju po polu. Razlike koje postoje tiču se prvenstveno stepena odstupanja od proseka za Srbiju, a ne i relacija. Naime, odstupanja od republičkog proseka su kod najvećeg broja nacionalnih zajednica izraženija kod muškog nego kod ženskog stanovništva (tabela 4.3-8). Takav zaključak potvrđuju i izračunate vrednosti koeficijenta varijacije stopa suicida koje su po trogodišnjim razdobljima za muško stanovništvo iznosile 122, 118 i 122 procenta, respektivno, a za žensko stanovništvo 64, 73 i 99 procenta.

Suštinski drugačije relacije stope suicida muškaraca i žena prema republičkom proseku postoje samo u slučaju stanovništva crnogorske nacionalne pripadnosti. Stope suicida Crnogoraca su u sva tri trogodišnja razdoblja bile ispod proseka za Srbiju (indeks odstupanja je imao vrednosti 0,79; 0,58 i 0,90), dok su stope suicida Crnogorki uvek bile iznad srpskog proseka (odgovarajuće vrednosti su bile 1,35; 1,33 i 1,02). Objašnjenje takve specifičnosti po polu svakako zahteva dublje istraživanje, naravno ukoliko se pretpostavi da je obuhvat suicida identičan ili približno jednak kod

¹⁴ Zbog neuspeha popisa stanovništva, u Saveznom zavodu za statistiku su urađene zvanične procene broja stanovnika na dan 31. marta 1991. na područjima gde je bojkot bio najmasovniji (Kosovo i Metohija i opštine Bujanovac i Preševo). U ovom radu su prilikom izračunavanja stopa suicida stanovništva albanske nacionalne pripadnosti za period 1990-1992. korišćeni rezultati tih procena.

oba pola, što se nužno mora prihvatiti s velikom rezervom. Međutim, uvek mora da se vodi računa da se radi o maloj populaciji i o malom broju smrtnih slučajeva usled samoubistva. Uz to, neka ranija istraživanja su pokazala da je promena izjašnjavanja u pogledu nacionalne pripadnosti (crnogorska ili neka druga) mnogo prisutnija kod muškaraca nego kod žena (Parant, Penev, Remikovic, 2008).

U ovom delu rada osnovna namera bila je da se ukratko ukaže na učestalost suicida kod najbrojnijih nacionalnosti u Srbiji, a eventulano samo na neke njihove neposredne i posredne uzroke. Ipak, posebno se ističe da stanovništva nacionalnosti koje su prema visini stope suicida svrstane u drugu grupu (Mađari, Hrvati i Slovaci) takođe spadaju i u grupu demografski najstarijih populacija u Srbiji. Istovremeno, nacionalnosti iz druge grupe (Albanci, Muslimani, Romi) spadaju u demografsekl najmlađe. Ujedno, sve tri nacionalnosti s natprosečnim vrednostima stope suicida prema veroispovesti najvećim delom pripadaju zapadnim hrišćanskim crkvama, dok stanovništvo s potprosečnim vrednostima stopa suicida u velikoj većini pripada islamskoj veroispovesti.

4.3.8. Samoubistva po velikim područjima Srbije (Centralna Srbija, Vojvodina, Kosovo i Metohija)

Srbija je u periodu 1950-1990, s demografskog aspekta, bila regionalno vrlo heterogena. Razlike po velikim područjima¹⁵ su se vrlo vidljivo manifestovale prema nivou pokazatelja demografskog razvitka, ali i prema karakteristikama i smeru i intenzitetu promena u svim domenima demografskog razvitka – fertiliteta, mortaliteta, migracionih kretanja, kao i u strukturama stanovništva (Breznik, 1991; Penev, 2005). A ta tri područja se prema svojim karakteristikama uglavnom mogu svrstati u dve grupe: prvu čine Centralna Srbija i Vojvodina, a drugu Kosovo i Metohija. Ta podela je, za period 1950-1990, u potpunosti primenjiva i prilikom razmatranja mortaliteta stanovništva, i to po svim njegovim najvažnijim obeležjima – po starosti, polu, prema uzroku smrti (Breznik, 1991). Samoubistvo svakako spada u uzrok smrtnosti stanovništva Srbije kod koga je naročito naglašena heterogenost po područjima. Međutim, za razliku od većine ostalih demografskih karakteristika, prilikom analize suicida svako od tri velika područja se jasno razlikuje od druga dva. Te razlike se najlakše primete preko vrednosti opšte stope suicida, ali i preko osobenosti po najvažnijim obeležjima, a prvenstveno po polu i po starosti.

Neposredne uzroke izrazito naglašenih regionalnih razlika u visini opšte stope suicida treba prvenstveno tražiti u diferenciranoj starosnoj strukturi stanovništva ta tri područja, ali i u postojećim socioekonomskim, kulturološkim, etničkim, konfesionalnim

¹⁵ Srbija je u zvaničnim statsitičkim publikacijama iz razdoblja od 1950. do 1990. godine bila podeljena na tri velika područja, autonomne pokrajine Vojvodina i Kosovo i Metohija, i njen središnji deo. Za ta područja su korišćeni različiti nazivi, a posebno za njen središnji deo, za koji su, pored ostalih, bili korišćeni nazivi "Uža Srbija", "Uža teritorija", "Srbija bez podataka za pokrajine", "Teritorija Srbije van teritorija pokrajina". U radu smo prihvatili sledeće nazive: Centralna Srbija, Vojvodina i Kosovo i Metohija, i to za celo analizirano razdoblje.

razlikama. Od velikog značaja su i razlike po područjima u rasprostranjenosti pojedinih porodičnih struktura, a pre svega u zastupljenosti staračkih, a posebno samačkih staračkih domaćinstava. Međutim, ono što se često zanemaruje od strane istraživača koji se bave fenomenom suicida u Srbiji je pitanje kvaliteta statističkih podataka o samoubistvima, a pre svega regionalnih razlike koje postoje u stepenu statističkog obuhvata smrtnih slučajeva od strane državnih statističkih službi.

Podaci o suicidima za Centralnu Srbiju, Vojvodinu i Kosovo i Metohiju su za ceo potperiod 1950-1990, koji je predmet razmatranja u ovom delu rada, raspoloživi počev od 1953. godine, i to samo za vrlo ograničen broj obeležja. Ovom prilikom su za ta tri područja Srbije biti razmatrani samo podaci o broju suicida i to po polu i starosti.

Broj i opšta stopa suicida

Između tri velika područja Srbije postoje znatne razlike u broju stanovnika, s tim što su one vremenom postojale sve manje. To se pre svega odnosi na smanjenje udela u ukupnom stanovništvu Srbije koji su, s jedne strane imale Centralne Srbije i Vojvodina, i s druge strane na povećanje procentnog učešća stanovništva Kosova i Metohije. Stoga, sasvim je bilo očekivano i da distribucija broja samoubistava po područjima bude neujednačena.

Prema zbirnim podacima za posmatrano 38-godišnje razdoblje, redosled područja prema broju suicida je identičan redosledu prema ukupnom broju stanovnika. Najviše samoubistava bilo je u Centralnoj Srbiji, zatim u Vojvodini, a najmanje na Kosovu i Metohiji (tabela 4.3-9). Međutim, procentne distribucije ukupnog stanovništva i ukupnog broja suicida po područjima bile su vrlo različite, a njihove promene su se čak odvijale i u dijametralno suprotnim smerovima, posebno u slučaju Kosova i Metohije.

Tabela 4.3-9.

Kretanje ukupnog stanovništvo i broja samoubistava po velikim područjima Srbije, početkom, sredinom i krajem perioda 1953-1990.

| Period | Srbija | Centralna Srbija | Vojvodina | Kosovo i Metohija | Srbija | Centralna Srbija | Vojvodina | Kosovo i Metohija |
|------------------------|--------------------------------|------------------|-----------|-------------------|-------------|------------------|-----------|-------------------|
| | Prosečno godišnje stanovništvo | | | | Samoubistva | | | |
| Broj lica | | | | | | | | |
| 1953-1990 | 8501391 | 5248168 | 1936694 | 1316530 | 41341 | 22358 | 17850 | 1133 |
| 1953-1955 | 7104478 | 4546355 | 1729134 | 828989 | 2322 | 1283 | 958 | 81 |
| 1969-1971 | 8387690 | 5219209 | 1947444 | 1221037 | 3352 | 1718 | 1538 | 96 |
| 1988-1990 | 9831974 | 5841079 | 2050901 | 1939994 | 4038 | 2364 | 1618 | 56 |
| Struktura u procentima | | | | | | | | |
| 1953-1990 | 100,0 | 61,7 | 22,8 | 15,5 | 100,0 | 54,1 | 43,2 | 2,7 |
| 1953-1955 | 100,0 | 64,0 | 24,3 | 11,7 | 100,0 | 55,3 | 41,3 | 3,5 |
| 1969-1971 | 100,0 | 62,2 | 23,2 | 14,6 | 100,0 | 51,3 | 45,9 | 2,9 |
| 1988-1990 | 100,0 | 59,4 | 20,9 | 19,7 | 100,0 | 58,5 | 40,1 | 1,4 |

Izvor: Izračunato na osnovu podatka objavljenih u *Demografskoj statistici* (razne godine) u izdanju Saveznog zavoda za statistiku. Podaci o broju stanovnika sredinom godine (prosečan broj stanovnika) izračunati na osnovu rezultata zvaničnih procene stanovništva (SZS, 1992).

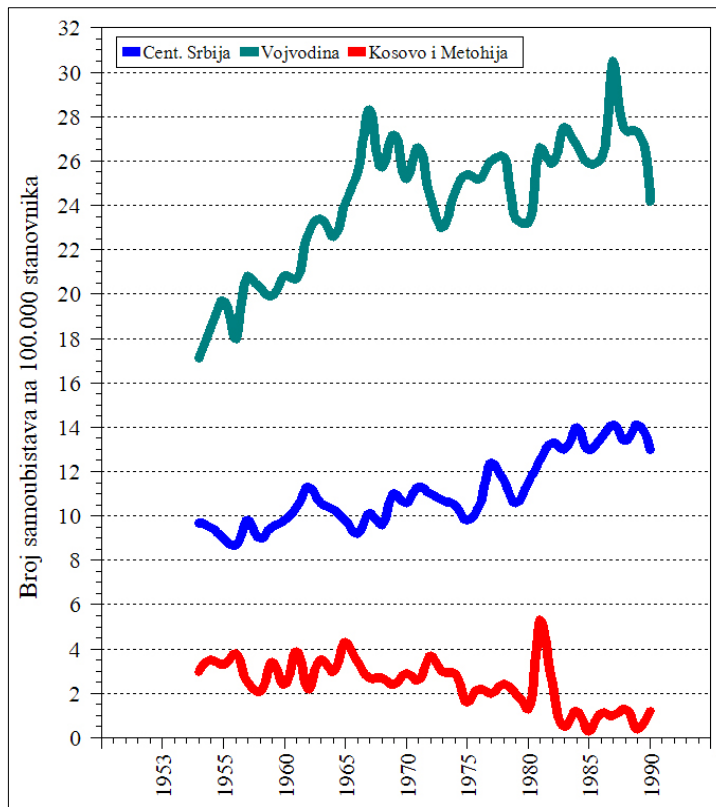
Centralna Srbija je bila područje s najvećim brojem stanovnika i najvećim brojem suicida. U proseku, između 1953. i 1990, taj deo Srbije učestvovao je sa 62 % u ukupnom stanovništvu zemlje i sa 54 % u ukupnom broju samoubistava.

Nesklad u udelima u ukupnom stanovništvu i ukupnom broju suicida još je izraženiji u slučaju Vojvodine. Prosečno učešće Pokrajine u ukupnom stanovništvu Srbije je iznosilo 23 %, a po godinama se kretalo u intervalu od 21 % do 24 %. Istovremeno, udeo samoubistava bio je gotovo dvostruko veći, u proseku za preko 20 procentnih poena (iznosio je 43,2 %). Vojvodina je pojedinih godina bila područje s najvećim brojem samoubistava u Srbiji (1966-1968), a 1967. godine u Pokrajini je izvršeno više nego svako drugo statistički registrovano samoubistvo u zemlji (543 od 1082).

Disproporcije su još prisutnije u slučaju Kosova i Metohije. Razlike u udelima te pokrajine u ukupnom stanovništvu i u ukupnom broju samoubistava u Srbiji ne samo da su relativno najveće, već su vremenom postajale sve izraženije. Naime, procentno učešće Kosova i Metohije u ukupnom stanovništvu povećavalo se kontinuirano i vrlo intenzivno, dok je istovremeno udeo samoubistava imao vrlo naglašen opadajući trend. Posebno se izdvaja poslednja trećina posmatranog razdoblja, odnosno period nakon 1980. godine. Kao ilustracija može da posluži poređenje podataka o broju i udelu ukupnog stanovništva sredinom i krajem posmatranog perioda. Za manje od dve decenije, između 1969-1971. i 1988-1990, broj stanovnika Kosova i Metohije je povećan za 59 %, a njegov udeo u ukupnom stanovništvu Srbije sa 15 % na 20 % (tabela 4.3-9). Istovremeno, broj suicida je smanjen za 42 %, a njihov udeo ukupnom broju samoubistava u Srbiji je više nego prepolovljen (sa 2,9 % na 1,4 %). Te promene su u svemu potpuno suprotne od onih koje su se odvijale u Centralnoj Srbiji i Vojvodini, i nikako se ne mogu objasniti samo demografskim, socioekonomskim, kulturnim i drugim relevantnim razlikama između ta dva područja, s jedne, i Kosova i Metohije, s druge strane. U tom smislu prvenstveno je važno voditi računa o ograničenjima u vezi kvaliteta statističkih podataka o suicidima.

Razlike u učestalosti suicida po velikim područjima Srbije se vrlo slikovito odražavaju i preko broja samoubistava na 100.000 stanovnika. Posmatrano za ceo period 1953-1990, stopa suicida je u Centralnoj Srbiji bila neznatno niža od proseka, u Vojvodini gotovo dvostruko veća, a na Kosovu i Metohiji preko pet puta niža.

U Srbiji je u tom razdoblju ponderisana prosečna godišnja stopa suicida iznosila 12,8 na 100.000 stanovnika. Za Centralnu Srbiju je izračunata stopa suicida od 11,2 samoubistava na 100.000. Karakteristično je da je vrednost tog pokazatelja smrtnosti za Centralnu Srbiju bila svake godine ispod proseka za Republiku. Jedini izuzetak je poslednja, 1990. godina, kada je vrednost stope suicida bila neznatno veća od proseka za zemlju (13,0 prema 12,9 na 100.000 stanovnika). Inače, stopa suicida bila je relativno stabilna, kretala se u intervalu od 8,7 (1956) do 14,1 na 100.000 (1989), a koeficijent varijacije iznosio je umerenih 14,3 %.



Grafikon 4.3-8.
Stopa samoubistva (na 100.000 stanovnika)
Srbija, po područjima, 1953-1990.

U Vojvodini je prosečna godišnja stopa (24,3 na 100.000) bila više nego dvostruka veća nego u Centralnoj Srbiji. I u Pokrajini su promene vrednosti tog osnovnog pokazatelja suicida bile relativno stabilne. Koefficient varijacije je kao relativna mera disperzije imao neznatno nižu vrednost (12,7 %) nego u slučaju Centralne Srbije, ali je interval varijacije bio veći (13,3 poena). Takođe, najmanje samoubistava na 100.000 stanovnika bilo je evidentirano početkom posmatranog perioda (17,1 na 100.000 u 1953), a najviše krajem 1980-ih (30,5 na 100.000 u 1987). Na ta dva područja smer godišnjih promena stope suicida se uglavnom nije razlikovao. Na oba se u 21 od 37 godina broj suicida u odnosu na prethodnu godinu ili povećavao ili smanjivao, dok su se u 16 slučajeva promene odvijale u različitom smeru (grafikon 4.3-8 i tabela 4.3-10).

Na dobru povezanost promena stope suicida na ta dva područja upućuje i vrednost Pearsonovog koefficienta korelacije broja samoubistava na 100.000 stanovnika Centralne Srbije i Vojvodine koja je za period 1953-1990. iznosila 0,69. Relativne razlike u visini stope suicida između Vojvodine i Centralne Srbije bile su najveće u drugoj polovini 1960-ih, dok su najmanje bile prve i poslednje godine posmatranog perioda, odnosno tokom 1950-ih i u drugoj polovini devete decenije 20. veka. To upućuje na zaključak da su u Centralnoj Srbiji i Vojvodini, i pored relativno velikih razlika u visini stope suicida, one bile formirane pod dominantnim dejstvom istih determinirajućih faktora.

Tabela 4.3-10.
Broj samoubistva i opšta i standardizovana stopa suicida.
Srbija, po područjima, 1953-1990.

| Godina | Broj samoubistava | | | Opšta stopa suicida (na 100.000 stanovnika) | | | Standardizovana stopa suicida (na 100.000 stanovnika) | | |
|-----------|--------------------|---------|----------------------|--|---------|----------------------|--|---------|----------------------|
| | Central. Srbija | Vojvod. | Kosovo i Metohija | Central. Srbija | Vojvod. | Kosovo i Metohija | Central. Srbija | Vojvod. | Kosovo i Metohija |
| 1953-1990 | 22358 | 17850 | 1133 | 11,2 | 24,3 | 2,3 | 11,6 | 24,5 | 3,1 |
| 1953 | 433 | 292 | 24 | 9,7 | 17,1 | 3,0 | 10,3 | 18,0 | 4,0 |
| 1954 | 433 | 320 | 29 | 9,5 | 18,5 | 3,5 | 11,1 | 20,5 | 5,3 |
| 1955 | 417 | 346 | 28 | 9,0 | 19,7 | 3,3 | 10,4 | 21,9 | 4,4 |
| 1956 | 406 | 319 | 33 | 8,7 | 18,0 | 3,8 | 10,1 | 19,9 | 5,9 |
| 1957 | 458 | 372 | 22 | 9,8 | 20,8 | 2,5 | 11,0 | 22,7 | 3,0 |
| 1958 | 427 | 366 | 19 | 9,0 | 20,3 | 2,1 | 10,3 | 21,4 | 2,8 |
| 1959 | 452 | 363 | 31 | 9,5 | 19,9 | 3,4 | 10,9 | 21,9 | 4,3 |
| 1960 | 472 | 383 | 23 | 9,8 | 20,8 | 2,4 | 11,1 | 22,3 | 3,1 |
| 1961 | 502 | 384 | 38 | 10,4 | 20,7 | 3,9 | 11,8 | 22,8 | 5,7 |
| 1962 | 549 | 426 | 22 | 11,3 | 22,8 | 2,2 | 12,7 | 24,4 | 3,0 |
| 1963 | 522 | 439 | 36 | 10,6 | 23,4 | 3,5 | 11,8 | 25,2 | 4,9 |
| 1964 | 511 | 427 | 32 | 10,3 | 22,6 | 3,0 | 11,3 | 24,2 | 4,4 |
| 1965 | 487 | 458 | 46 | 9,8 | 24,1 | 4,3 | 10,9 | 25,7 | 5,6 |
| 1966 | 459 | 488 | 38 | 9,2 | 25,5 | 3,4 | 10,0 | 27,5 | 5,1 |
| 1967 | 508 | 543 | 31 | 10,1 | 28,3 | 2,7 | 11,0 | 30,1 | 4,0 |
| 1968 | 487 | 495 | 32 | 9,6 | 25,7 | 2,7 | 10,5 | 26,9 | 3,9 |
| 1969 | 570 | 529 | 28 | 11,0 | 27,2 | 2,4 | 11,9 | 28,5 | 3,4 |
| 1970 | 554 | 490 | 35 | 10,6 | 25,2 | 2,9 | 11,3 | 26,2 | 3,8 |
| 1971 | 594 | 519 | 33 | 11,3 | 26,6 | 2,6 | 11,9 | 27,2 | 3,6 |
| 1972 | 584 | 477 | 48 | 11,0 | 24,3 | 3,7 | 11,8 | 24,8 | 5,1 |
| 1973 | 569 | 452 | 40 | 10,7 | 23,0 | 3,0 | 11,0 | 23,1 | 4,1 |
| 1974 | 562 | 484 | 40 | 10,5 | 24,6 | 2,9 | 11,0 | 24,7 | 4,5 |
| 1975 | 527 | 501 | 22 | 9,8 | 25,4 | 1,6 | 10,4 | 25,7 | 2,4 |
| 1976 | 568 | 501 | 32 | 10,5 | 25,2 | 2,2 | 10,8 | 25,3 | 2,9 |
| 1977 | 679 | 520 | 30 | 12,4 | 26,0 | 2,0 | 12,9 | 25,6 | 2,3 |
| 1978 | 638 | 526 | 36 | 11,6 | 26,2 | 2,4 | 11,5 | 25,6 | 3,4 |
| 1979 | 588 | 470 | 32 | 10,6 | 23,4 | 2,0 | 10,8 | 22,9 | 3,4 |
| 1980 | 652 | 471 | 20 | 11,5 | 23,2 | 1,3 | 11,3 | 22,2 | 1,9 |
| 1981 | 715 | 542 | 84 | 12,5 | 26,6 | 5,3 | 12,4 | 25,3 | 6,5 |
| 1982 | 762 | 528 | 39 | 13,3 | 25,9 | 2,4 | 13,2 | 25,0 | 2,7 |
| 1983 | 747 | 563 | 9 | 13,0 | 27,5 | 0,5 | 12,7 | 26,2 | 0,7 |
| 1984 | 809 | 547 | 20 | 14,0 | 26,7 | 1,2 | 13,6 | 25,5 | 2,0 |
| 1985 | 752 | 530 | 6 | 13,0 | 25,9 | 0,3 | 12,6 | 24,6 | 0,5 |
| 1986 | 783 | 536 | 20 | 13,5 | 26,1 | 1,1 | 13,0 | 24,7 | 1,5 |
| 1987 | 818 | 625 | 19 | 14,1 | 30,5 | 1,0 | 13,3 | 28,3 | 1,4 |
| 1988 | 784 | 563 | 25 | 13,4 | 27,4 | 1,3 | 12,6 | 25,4 | 2,0 |
| 1989 | 821 | 560 | 8 | 14,1 | 27,3 | 0,4 | 13,1 | 25,1 | 0,4 |
| 1990 | 759 | 495 | 23 | 13,0 | 24,2 | 1,2 | 11,9 | 21,9 | 1,4 |

Napomena: Videti napomenu uz tabelu 4.3-1

Kosovo i Metohija i u ovom slučaju predstavlja izuzetak. Pre svega u pogledu visine stope suicida, koja je svake godine bile višestruko niža u odnosu na izračunate vrednosti tog pokazatelja za Centralnu Srbiju i Vojvodinu. Uz to, godišnje fluktuacije su bile relativno mnogo izraženije (koeficijent varijacije je u periodu 1953-1990.

iznosio 44,9 %), što je donekle i očekivano s obzirom na vrlo niske vrednosti, ali je i pored toga interval varijacije imao gotovo istovetnu vrednost (4,9) kao u slučaju Centralne Srbije (5,3 poena). Ujedno, na Kosovu i Metohiji su tokom 1980-ih godina statistički registrovani i maksimalni i minimalni broj suicida na 100.000 stanovnika, što je u suprotnosti sa stanjem u Centralnoj Srbiji i Vojvodini, gde je taj period bio svojstven samo po rekordno visokim vrednostima stope suicida.

Sve navedene specifičnosti ne samo da ukazuju na bitno drugačije rezultate delovanja determinističke osnove na broj samoubistava i vrednost stope suicida, a posebno starosne strukture ukupnog stanovništva, već i na ranije spomenutu sumnju u pogledu kvaliteta statističkih podataka o samoubistvima koji je na Kosovu i Metohiji očigledno ostao vrlo aktuelan tokom čitavog posmatranog perioda. Naime, ukoliko se prihvati da jedan od osnovnih pokazatelja kvaliteta mortalitetne statistike predstavlja i udeo nedovoljno definisanih stanja u ukupnom broju umrlih po uzroku smrti, tada raspoloživi podaci za Kosovo i Metohiju mogu dobro da ilustruju razmere problema. Procenatno učešće "nedovoljno definisanih stanja" u ukupnoj smrtnosti stanovništva Kosova i Metohije bilo je vrlo visoko tokom čitavog perioda od 1950-ih do početka 1990-ih godina. U 1990. godini svaki peti smrtni slučaj (tačno 20 %) je prema uzroku smrti bio svrstan u "nedovoljno definisano stanje". Dvadeset godina ranije (1970), udeo "nedovoljno definisanih stanja" je iznosio enormnih 59 %. Simptomatično je da je najmanji učešće registrovano 1955 godine (ukupno 9,5 %).

Kraći osvrt na kvalitet statističkih podataka o suicidnom mortalitetu u Srbiji dat je u glavi 4.1, dok je procena neobuhvata suicida po velikim područjima Srbije, ali samo za Centralnu Srbiju i Vojvodinu, prikazana u poglavlju 4.4).

Što se tiče uticaja starosne strukture ukupnog stanovništva na ukupan broj samoubistava odnosno na regionalne razlike u visini opšte stope suicida on se može sagledati i preko razlike u nivou empirijskih i standardizovanih stopa suicida. Dobijeni rezultati ukazuju da je i prema vrednostima standardizovane stope suicida, redosled velikih područja Srbije ostao nepromenjen. Najviše vrednosti standardizovane stope su u Vojvodini, znatno manje u Centralnoj Srbiji, i izrazito niske na Kosovu i Metohiji. (tabela 4.3-10). Poređenjem vrednosti standardizovane stope suicida, izračunatih stavljanjem u odnos specifičnih stopa suicida po starosti i procenjenog prosečnog stanovništva Srbije po starosti za 1990. godinu, koje je korišćeno kao standardna populacija, dobijene su manje razlike nego u slučaju poređenja empirijskih stopa suicida. One jesu manje, ali ne bitnije manje od onih koje su utvrđene prilikom poređenja empirijskih stopa, prvenstveno zbog vrlo malih vrednosti stopa suicida za Kosovo i Metohiju. Međutim, bitno je manja relativna razlika između vrednosti standardizovane stope suicida za Centralnu Srbiju i Vojvodinu, s jedne strane, i one za Kosovo i Metohiju, s druge strane. Tako je standardizovana stopa Centralne Srbije bila veća od kosovske za 372 % (kod realnih stopa je veća za 495 %), a vojvođanska 785 % (kod empirijskih je odnos 11:1).

Ako se posmatraju samo prosečne godišnje stope suicida na 100.000 stanovnika (zbirno za muškarce i žene), tada su u periodu 1953-1990, izračunate standardizovane

stope Srbije veće od empirijskih, i to na sva tri velika područja (tabela 4.3-10). Takvi rezultati su očekivani, s obzirom da je starosna struktura Srbije u 1990. za većinu godina bila starija od starosnih struktura stanovništva svakog od tri velika područja, pa je u sadejstvu s konkretnim starosnim modelima smrtnosti usled samoubistva, rezultirala većim standardizovanim brojem suicida. Sumarno posmatrano, razlike između empirijskih i teorijskih vrednosti stope suicida nisu velike, ali su one, ponovo očekivano, naj-veća u slučaju Kosova i Metohije, i to kako apsolutno (0,8 peona), tako još više relativno (standardizovana stopa je veća za 38 % od empirijske).

Samoubistva po polu

U Srbiji ne postoje velike razlike po područjima u pogledu polne strukture umrlih usled samoubistva. Muškarci su na sva tri velika područja bili daleko brojniji od žena među licima koja su izvršila samoubistvo (tabela 4.3-11). Najveća razlika je u Vojvodini, gde su muškarci u proseku bili 2,5 puta brojniji od žena (71,3 % prema 28,7 %). Najmanji udeo muškaraca bio je u Centralnoj Srbiji (63,4 %).

Veći udeo muškaraca među umrlima usled suicida je pravilnost koja je tokom čitavog perioda 1953-1990. prisutna na sva tri velika područja Srbije. Jedini izuzeci su zabeleženi 1959, 1960. i 1973. godine, kada su žene bile brojnije među licima koja su izvršila samoubistvo, i to samo na području Kosova i Metohije. Svakako, ovom prilikom takođe važi napomena da se na Kosovu i Metohiji radi o malom broju slučajeva, i da je realna pretpostavka o velikom neobuhvatu umrlih usled suicida.

Za Srbiju je konstatovano da su se intervali varijacije u kome su se u periodu 1950-1990. nalazili procentni udeli samoubistava po polu bili umereni. Isti zaključak važi i za područja (za period 1953-1990), ali samo za Centralnu Srbiju i Vojvodinu, gde su se minimalna i maksimalna godišnja učešća muškaraca u broju samoubistava kretala između 54,3 % i 67,4 % (Centralna Srbija) odnosno 64,8 % i 75,6 %. Za ta dva područja je i izračunati koeficijent varijacije procentnog udela samoubistva po polu bio nizak (ispod 10 %), a posebno za muško stanovništvo (ispod 5 %). Konkretno vrednosti tog pokazatelja su za udele muškaraca iznosili 4,7 % (Centralna Srbija) i 3,9 % (Vojvodina). Za žene su te vrednosti relativno mnogo veće (7,9 % i 9,6 %, respektivno), što je normalno s obzirom da su i procentna učešća žena u ukupnom broju samoubistava približno dvostruko manja od udela muškaraca.

Na Kosovu i Metohiji je interval varijacije bio mnogo veći, iznosio je 56,5 procentnih poena. Ujedno su i odstupanja godišnjih procentnih udela od prosečne vrednosti znatno veća nego u Centralnoj Srbiji i Vojvodini, i to za oba pola. Koeficijent varijacije je imao vrednosti od 17,7 % za muškarce i 34,4 % za žene, i bile su 3,5 do 4,5 puta veće u odnosu na one u Centralnoj Srbiji i Vojvodini.

Promene u polnoj strukturu umrlih usled samoubistva koje su se odvijale u Centralnoj Srbiji i Vojvodini nisu bile intenzivne. One su za prvo područje vodile ka povećanju udela muškaraca, dok su na drugom one imale isti smer, ali ne tokom čitavog perioda.

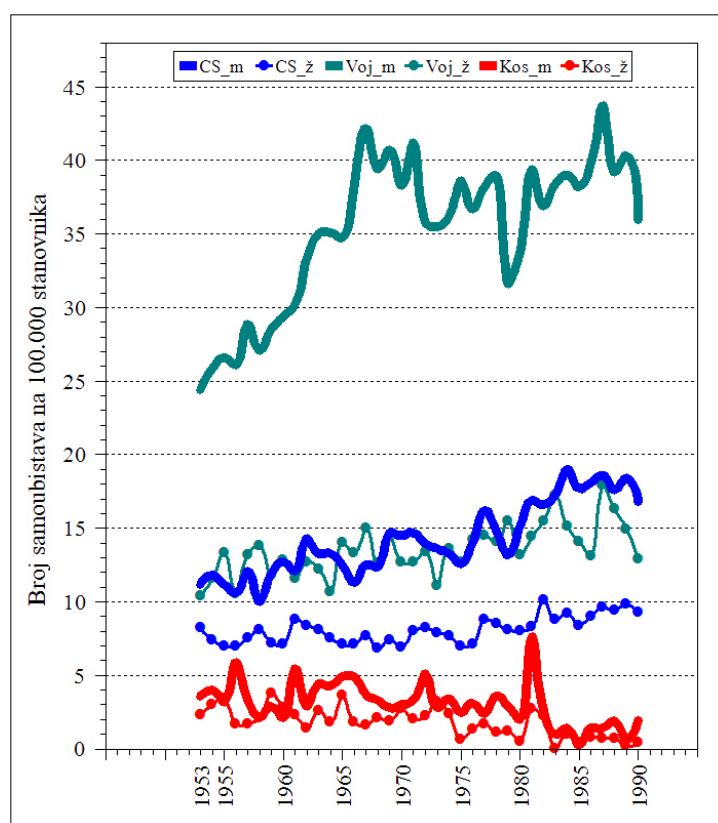
Naime, u Vojvodini je trend povećanja udela muškaraca u ukupnom broju samoubistava bio prisutan samo do sredine 1970-ih. Njihovo maksimalno učešće dostignuto je u ranim 1970-im kada je broj sucida muškaraca bio 3 puta veći od broja suicida žena (1971. i 1973). Inače, i u Vojvodini je od 1961. do 1978. godine udeo suicida muškaraca svake godine bio veći od 70 %, s maksimumima od preko 75 % koji su dostizani 1963, 1971. i 1973. godine. Tokom 1980-ih udeli suicida muškaraca su manji nego u prethodne dve decenije, ali su i dalje svake godine veći nego u Centralnoj Srbiji.

Polna struktura lica koja su izvršila samoubistvo prvenstveno je uslovljena stopama suicida muškaraca i žena, ali zavisi i od brojnosti muškog odnosno ženskog stanovništva, a naročito u starostima kod kojih je veća učestalost samoubistava. Povećanje udela muškaraca u ukupnom broju suicida koje je bilo prisutno u Centralnoj Srbiji i Vojvodini realizovano je pod uticajem bržeg povećanja suicidnog mortaliteta muškaraca, ali i zbog tendencije povećanja udela starosnih grupa kod kojih su visoke vrednosti specifičnih stopa suicida a ujedno i znatno više nego kod žena.

Iako se Kosovo i Metohija u pogledu polne strukture umrlih usled suicida nije bitnije razlikovalo od ostala dva velika područja Srbije, posebno u odnosu na Centralnu Srbiju, razlike, i to vrlo izražene, postoje i u ovom domenu. Naime, Kosovo i Metohija je sa 65,8 % muškaraca u ukupnom broju samoubistava izvršenih u periodu 1953-1990. bilo najbliže republičkom proseku (66,9 %). Međutim, to važi isključivo za period kao celinu, dok su po godinama fluktuacije udela suicida po polu najveće upravo na Kosovu i Metohiji, a razlika u odnosu na ostala dva područja, ali i u odnosu na prosek za Srbiju znatno veća, a u pojedinim godinama i ogromna. Na primer, udeo muškaraca u ukupnom broju suicida je u 1982. iznosio 56 %, sledeće godine je dostigao čitavih 100 %, da bi 1984. bio sveden na 60 %. Na Kosovu i Metohiji se velike fluktuacije u udelima muškaraca i žena u ukupnom broju suicida mogu objasniti izuzetno malim brojem smrtnih slučajeva usled samoubistva (za 38 godina ih je evidentirano svega 1133, a od toga 745 muškaraca i 388 žena ili prosečno po 19 odnosno 10 suicida godišnje), ali i lošim kvalitetom statistike umrlih, kao i najverovatnije velikim statističkim neobuhvatom suicida.

Razlike po polu su još izraženije ukoliko se posmatra koeficijent maskuliniteta broja suicida muškaraca i žena na 100.000 stanovnika istog pola. Ta konstatacija važi za Srbiju u razdoblju 1953-1990, kao i za Centralnu Srbiju i Vojvodinu, dok su u slučaju Kosova i Metohije razlike po polu bile relativno manje ukoliko su komparirane vrednosti opštih stopa suicida. Takve relacije su nastale kao rezultat nejednakog procentnog udela muškaraca i žena u ukupnom stanovništvu odnosno različitih vrednosti koeficijenta maskuliniteta ukupnog stanovništva. Muškarci su u Centralnoj Srbiji i Vojvodini bili malobrojniji od žena, i to svake godine tokom čitavog perioda 1953-1990, što je u uslovima kontinuirane brojčane dominacije muškaraca među umrlima usled samoubistva dodatno doprinosilo povećanju neravnoteže po polu ukoliko se broj samoubistava posmatra u odnosu na 100.000 stanovnika istog pola. Ujedno, postoje razlike po područjima i u pogledu smeru promena tokom vremena. U Centralnoj Srbiji i Vojvodini su razlike po polu u vrednostima koeficijenta

maskuliniteta ukupnog broja suicida i koeficijenta maskuliniteta broja samoubistava na 100.000 stanovnika, iz godine u godinu postojale sve manje (zbog bržeg povećanja udela muškaraca u ukupnom stanovništvu nego u ukupnom broju suicida). S druge strane, na Kosovu i Metohiji se koeficijent maskuliniteta ukupnog stanovništva brže povećavao od koeficijenta maskuliniteta broja suicida na 100.000 stanovnika, što je dodatno delovalo na povećanje relativnih razlika po polu između vrednosti spomenuta dva pokazatelja suicidnog mortaliteta.



Grafikon 4.3-9.

Stopa samoubistava po polu (na 100.000 stanovnika istog pola)
Srbija, po područjima, 1953-1990.

Velike razlike po područjima su registrovane i prema vrednosti stope suicida, kako muškog tako i ženskog stanovništva. Najveći broj suicida muškaraca i žena na 100.000 stanovnika istog pola bio je u Vojvodini, a najmanji na Kosovu i Metohji, i to svake godine između 1953. i 1990. (grafikon 4.3-9; tabela 4.3-11). Na jasnu regionalnu diferenciranost Srbije u pogledu stope suicida ukazuje i to da je minimalna godišnja vrednost stope suicida u Vojvodini bila veća od maksimalne u Centralnoj Srbiji, a da je maksimalna na Kosovu i Metohji bila manja od minimalne u Centralnoj Srbiji, i to, kako za muškarce, tako i za žene. Inače, razlike u visini stope suicida između područja su naglašenije kod muškog nego kod ženskog stanovništva.

U Vojvodini je, u periodu 1953-1990, prosečna godišnja stopa suicida muškaraca iznosila 35,5 na 100.000 stanovnika, i bila je 2,5 puta veća od prosečne u Centralnoj Srbiji (14,4 na 100.000), a čak 12,3 puta veća od kosovske (2,9 na 100.000).

Istovremeno, prosečna stopa suicida žena bila je znatno niža (13,6 na 100.000), i "samo" 1,7 veća od vrednosti za Centralnu Srbiju, odnosno 8,5 puta veća od one za Kosovo i Metohija. Posmatrano na godišnjem nivou, relacije između područja s obzirom na visinu stope suicida su bile prilično stabilne. Tu se pre svega misli na odnos između Vojvodine i Centralne Srbije, dok su poređenja s Kosovom i Metohijom, zbog ranije navedenih razloga, neprikladna. Na primer, vojvođanska stopa suicida muškaraca uvek je bila barem 2 puta veća od one u Centralnoj Srbiji, ali samo u četiri, od 38 godina, veća od 3 puta. A ostvarene promene su bile prilično sinhronizovane. Promene stopa suicida muškaraca su u Centralnoj Srbiji i Vojvodini, u 28 od 37 godina, imale identičan smer - ili su se povećale ili smanjile u odnosu na prethodnu godinu, dok je takvo poklapanje kod promene vrednosti stope suicida žena bilo u 25 od 37 slučajeva. Ujedno, po područjima je bio sinhronizovan i smer promene stope suicida muškaraca i žena (27/37 u Centralnoj Srbiji i 20/37 u Vojvodini).

Tabela 4.3-11.

Neki pokazatelji strukture i disperzije suicida po polu. Srbija, po područjima, 1953-1990.

| | Centralna Srbija | | Vojvodina | | Kosovo i Metohija | |
|------------------------------|------------------|--------|-----------|--------|-------------------|--------|
| | muško | žensko | muško | žensko | muško | žensko |
| Samoubistva | | | | | | |
| Ukupno za period (1953-1990) | 14165 | 8193 | 12730 | 5120 | 745 | 388 |
| Udeo u svega (%) | 63,4 | 36,6 | 71,3 | 28,7 | 65,8 | 34,2 |
| Koef. maskul. (na 1000 žena) | 1728,9 | | 2486,3 | | 1920,1 | |
| Samoubistva (na 100.000) | | | | | | |
| Minimalna stopa suicida | 10,0 | 6,8 | 24,4 | 10,4 | 0,3 | 0,0 |
| Maksimalna stopa suicida | 19,0 | 10,1 | 43,7 | 17,9 | 7,6 | 3,8 |
| V (koef. varijacije - %) | 17,3 | 10,9 | 14,3 | 12,5 | 47,9 | 55,1 |

I pored toga što je, verovatno, za Kosovo i Metohiju potpuno deplasirano da se prave bilo kakve demografske analize smrtnosti usled samoubistva, posebno za kraj posmatranog perioda, ovom prilikom se čini upitnim napomenuti da se ta Pokrajina izdava ne samo u pogledu visine stope suicida, već i prema odnosu koji postoji između stopa suicida muškog i ženskog stanovništva, kao i prema usklađenosti njihovih promena. Naime, vrednosti stope suicida su uglavnom znatno veće kod muškaraca nego kod žena, ali su apsolutne razlike mnogo manje nego što je to bio slučaj u Centralnoj Srbiji i Vojvodini. To je, uostalom, i očekivano s obzirom da su vrednosti stope suicida i za muškarce i za žene bile vrlo niske. Ujedno, Kosovo i Metohija je jedino veliko područje Srbije gde su registrovane veće godišnje stope suicida žena nego muškaraca (1955, 1959, 1960, 1973. i 1985 – grafikon 4.3-9). Razlike su minimalne, ali ti podaci zaslužuju pažnju kao kuriozitet u okvirima Srbije. Takođe, Kosovo i Metohija je izuzetak i u pogledu usklađenosti odnosno neusklađenosti promene vrednosti stope suicida muškog i ženskog stanovništva. To je jedino veliko područje gde su godišnje promene stope suicida muškaraca i žena najčešće imale suprotan smer – slaganje je bilo ostvareno samo u 14 od 37 slučajeva. Svakako, i ovom prilikom, kosovske specifičnosti prvenstveno treba objašnjavati niskim kvalitetom statističkih podataka o smrtnosti uopšte, a posebno o suicidima, i vrlo verovatno najvećim neobuhvatom smrtnih slučajeva usled samoubistva u Srbiji.

Srbija je do 1990. godine bila naglašeno regionalno izdiferencirana i u pogledu karakteristika suicidalnog mortaliteta po starosti. Ponovo je bila prisutna jasno polarizacija. Na jednom polu su Centralna Srbija i Vojvodina, a na drugom Kosovo i Metohija. Izrazite razlike bile su prisutne kako u strukturi suicida po starosti umrlih lica, tako i u nivou specifičnih stopa samoubistva po starosti odnosno u pogledu starosnog modela suicidalnog mortaliteta.

Razlike po područjima u distribuciji umrlih usled samoubistva po starosti bile su najmanje izražene na samom početku posmatranog perioda. Prema najstarijim raspoloživim podacima o suicidalima po starosti, koji se odnose na 1953. godinu, vrlo je ujednačena distribucija po velikim starosnim grupama.¹⁶ Broj umrlih usled samoubistva je na sva tri područja najveći u uzrasnoj grupi 20-49 godina (tabela 4.3-12). Po brojnosti zatim slede samoubistva lica starih 50 ili više godina, dok je, ponovo bez izuzetka, najmanje umrlih bilo uzrasta do 20 godina. Udeli starih 20-49 godina iznosili su oko 50 % broja lica koja su izvršila samoubistvo. Procentno učešće te starosne grupe bilo je najveće u Centralnoj Srbiji (51,3 %), dok je u Vojvodini i na Kosovu i Metohiji ono bilo manje od polovine svih smrtnih slučajeva (47,6 % i 45,8 %, respektivno). Udeli samoubistava koja su izvršila lica stara 50 ili više godina su bili znatno manji (od 35,3 % u Centralnoj Srbiji do 43,8 % u Vojvodini).

Promene koje su ostvarene u narednim godinama i decenijama bile su, po područjima, različitog inteziteta, ali i smera. Ipak, kao osnovna se može izvesti konstatacija da su se u Centralnoj Srbiji i Vojvodini promene u distribuciji umrlih po starosti odvijale ka povećanju udela starih 50 ili više godina, i smanjenju udela sredovečnih (20-49). Samoubistva lica iz najstarije starosne grupe su na ta dva područja već krajem 1950-ih (Vojvodina) odnosno početkom 1960-ih (Centralna Srbija) predstavljala najveći deo svih samoubistava izvršenih u Srbiji. U Vojvodini je njihov udeo od 1963. bio veći od 50 %, a od 1979. je stalno iznosio preko 60 %. U Centralnoj Srbiji je natpolovični udeo stabilizovan nešto kasnije (1974), dok je učešće stalno veće od 60 % tek od 1986 godine. Krajem 1980-ih samoubistva starih 50 ili više godina su predstavljala gotovo 2/3 svih samoubistava koja su izvršena na ta dva područja Srbije. Istovremeno, suicidi lica starih 20-49 svedeni su na neznatno više od 30 % svih suicida.

Na ta dva područja Srbije vrlo su jasno izražene tendencije i u pogledu kretanja udela mladih (do 20 godina) u ukupnom broju suicida. Njihovo procentno učešće se gotovo iz godine u godinu kontinuirano smanjivalo. Opšta tendencija ka smanjivanju je istovetna za oba područja, s tim što je u Centralnoj Srbiji udeo mladih u ukupnom broju suicida bio uglavnom (u 30 od ukupno 38 godina) veći nego u Vojvodini. Samoubistva lica mlađih od 20 godina su u Centralnoj Srbiji od 1956. godine stalno

¹⁶ Podaci o samoubistvima po starosti (i polu) za tri velika područja Srbije (Uža Srbija, Autonomna Pokrajina Vojvodina i Autonomna Kosovsko-Metohiska Oblast) prvi put su objavljeni u godišnjaku *Vitalna statistika 1953* (izdanje SZS). Izdvojene su sledeće starosne grupe: 5-9, 10-14, 15-19, 20-49 i 50 i više godina. U radu su ovom prilikom sva samoubistva po starosti grupisana u tri velike starosne grupe: do 20, 20-49 i 50 i više godina.

predstavljala manje od 10 % ukupnog broja samoubistava na tom području, a od 1975. godine stalno ispod 5 %. U Vojvodini udeo suicida mladih nikada nije bio veći od 10 %, a i tamo je od sredine 1970-ih taj udeo stalno ispod 5 %.

Prema podacima koji se odnose na poslednju godinu posmatranog perioda (1990), udeo suicida lica mlađih od 20 godina iznosio je u Centralnoj Srbiji 4,3 %, a u Vojvodini svega 2,8 %. Inače, najmanji broj smrtnih slučajeva mladih registrovan je krajem perioda – u Centralnoj Srbiji to je bilo 1988. godine (12 suicida ili 1,5 %), a u Vojvodini 1985 (10 ili 1,9 % svih suicida na tom području). Ujedno, na oba područja je najviše samoubistava mladih evidentirano početkom 1950-ih, u Centralnoj Srbiji u 1953. godini (58), a u Vojvodini dve godine kasnije (1955), kada su samoubistvo izvršila 33 lica mlađa od 20 godina.

Broj suicida po starosnim grupama neposredno je uslovljena brojem stanovništva po starosti tj. starosnom strukturom ukupnog stanovništva i specifičnim stopama suicidalnog mortaliteta, tj. smrtnošću usled suicida po starosti. Ukupno stanovništvo Centralne Srbije i Vojvodine je u posmatranom periodu kontinuirano povećavano. Međutim, kretanje brojnosti stanovništva velikih starosnih grupa bilo je prilično neujednačeno (v. poglavlje 4.2-1).

Najjasnije promene su ostvarene kod stanovništva starog 50 ili više godina – ono se kontinuirano povećavalo i to na oba velika područja. Što se tiče stanovništva starog 20-49 godina, promene u broju stanovnika te starosti nisu bile istosmerne po potperiodima. One su se sve do druge polovine 1970-ih godina odvijale u smeru povećanja brojnosti te starosne grupe, i to na oba područja. Nakon 1977. (Vojvodina) odnosno nakon 1978. godine (Centralna Srbija) broj starih 20-49 kontinuirano se smanjuje. Najveće fluktuacije su bile u kretanju broja lica starih 10-19 godina, što je jednim delom i razumljivo jer je to najmanja, odnosno jedina desetogodišnja starosna grupa i kao takva podložnija uticajima smanjenja odnosno povećanja rađanja u posmatranom periodu. Tako je već sredinom 1950-ih registrovano smanjenje broja starih 10-19 godina, i to zbog ulaska u tu starosnu grupu tzv. krnjih generacija rođenih tokom i u prvim godinama po završetku Drugog svetskog rata. Međutim, već od sredine 1960-ih, pa do sredine 1980-ih, kohorta starih 10-19 godina se smanjuje, da bi se nakon 1984. broj lica tog uzrasta ponovo povećao.

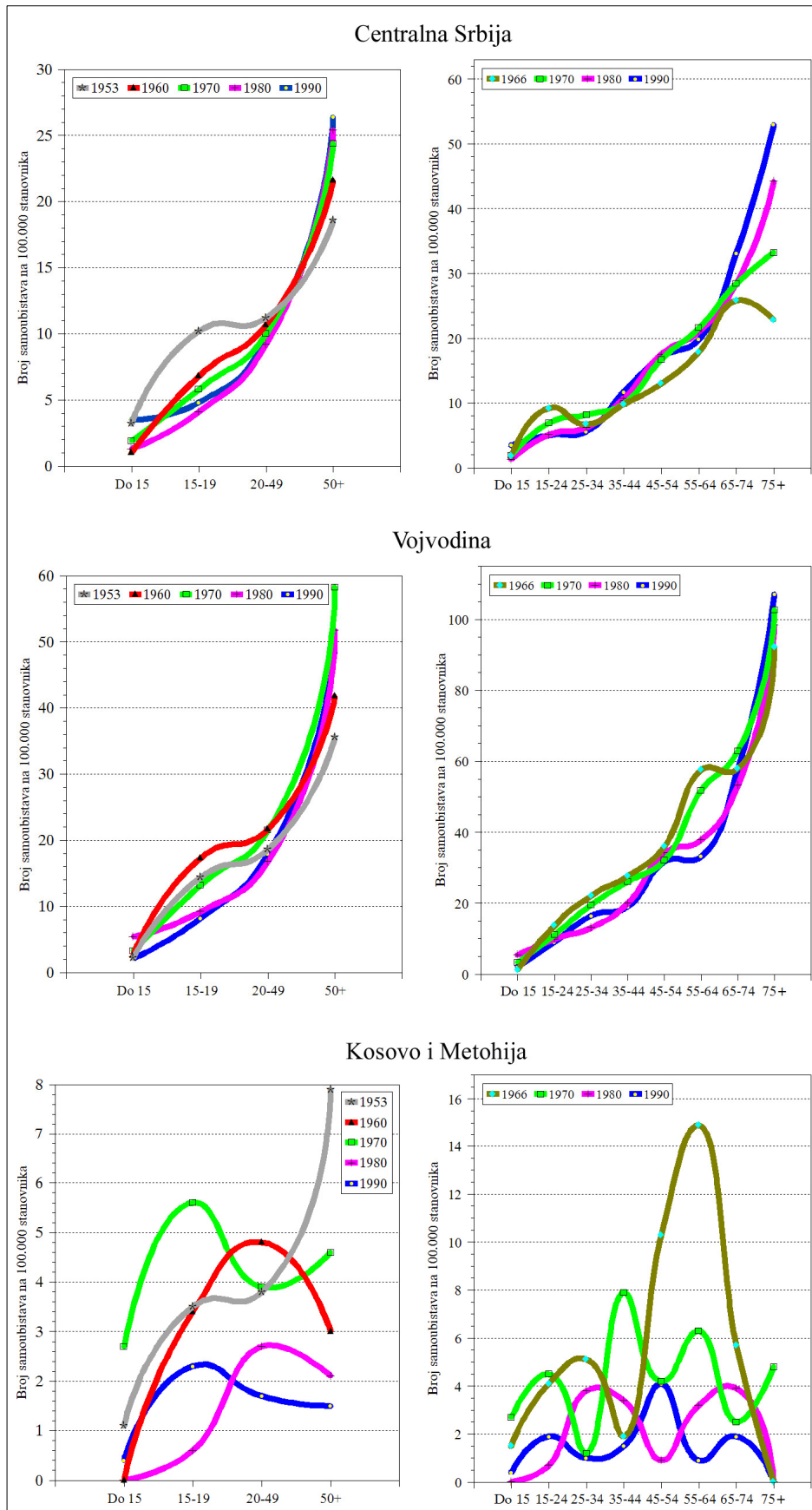
Ukoliko se porede samo brojevi stanovnika velikih starosnih grupa s početka i na kraju posmatranog perioda, očigledno je da su demografska kretanja u Centralnoj Srbiji i Vojvodini rezultirala smanjenjem broja starih 10-19 godina, kao i povećanjem brojnosti starosnih grupa 20-49 i 50 ili više godina (v. poglavlje 4.2-1). Takvo kretanje broja stanovnika po starosti navodi na zaključak da su se promene u strukturi ukupnog broja suicida po starosti odvijale u istom smeru kao i promene udela stanovništva iste starosti u ukupnom stanovništvu ta dva velika područja Srbije. Međutim, promene procentne distribucije umrlih usled suicida po starosnim grupama bile su mnogo intenzivnije nego promene starosne strukture ukupnog stanovništva Centralne Srbije i Vojvodine. Raspoloživi podaci o starosnoj strukturi umrlih usled samoubistva, kao i rezultati procena stanovništva po starosti ukazuju da se smanjenje udela suicida mladih i lica starih 20-49 godina u ukupnom broju samoubistava

odvijalo mnogo intenzivnije od smanjenja procentnog udela stanovništva tih starosti u ukupnom stanovništvu posmatarnih područja. Isti zaključak važi i za starosnu grupu 50 ili više godina, s tom razlikom što se u tom slučaju radilo o povećanju udela samoubistava te starosti koje je bilo intenzivnije od povećanja udela te starosne grupe u ukupnom stanovništvu (tabele 4.3-12).

Tabela 4.3-12.
Broj samoubistava i struktura u procentima po velikim starosnim grupama.
Srbija, po područjima, 1953-1990.

| God. | Područje | Broj samoubistava | | | | | | Struktura samoubistava (%) | | | | |
|------|---------------|-------------------|-------|-------|-------|-----|--------|----------------------------|-------|-------|-------|------|
| | | Ukupno | Do 15 | 15-19 | 20-49 | 50+ | Nepoz. | Ukupno | Do 15 | 15-19 | 20-49 | 50+ |
| 1953 | Centr. Srbija | 433 | 12 | 46 | 221 | 152 | 2 | 100,0 | 2,8 | 10,7 | 51,3 | 35,3 |
| | Vojvodina | 292 | 3 | 22 | 139 | 128 | - | 100,0 | 1,0 | 7,5 | 47,6 | 43,8 |
| | Kos. i Metoh. | 24 | 1 | 3 | 11 | 9 | - | 100,0 | 4,2 | 12,5 | 45,8 | 37,5 |
| 1955 | Centr. Srbija | 417 | 8 | 38 | 192 | 178 | 1 | 100,0 | 1,9 | 9,1 | 46,2 | 42,8 |
| | Vojvodina | 346 | 4 | 29 | 147 | 166 | - | 100,0 | 1,2 | 8,4 | 42,5 | 48,0 |
| | Kos. i Metoh. | 28 | - | 2 | 20 | 6 | - | 100,0 | 0,0 | 7,1 | 71,4 | 21,4 |
| 1960 | Centr. Srbija | 472 | 4 | 23 | 228 | 217 | - | 100,0 | 0,8 | 4,9 | 48,3 | 46,0 |
| | Vojvodina | 383 | 4 | 22 | 174 | 182 | 1 | 100,0 | 1,0 | 5,8 | 45,5 | 47,6 |
| | Kos. i Metoh. | 23 | - | 3 | 16 | 4 | - | 100,0 | 0,0 | 13,0 | 69,6 | 17,4 |
| 1965 | Centr. Srbija | 487 | 12 | 28 | 184 | 263 | - | 100,0 | 2,5 | 5,7 | 37,8 | 54,0 |
| | Vojvodina | 458 | 1 | 23 | 185 | 249 | - | 100,0 | 0,2 | 5,0 | 40,4 | 54,4 |
| | Kos. i Metoh. | 46 | 1 | 6 | 29 | 10 | - | 100,0 | 2,2 | 13,0 | 63,0 | 21,7 |
| 1970 | Centr. Srbija | 554 | 8 | 29 | 243 | 274 | - | 100,0 | 1,4 | 5,2 | 43,9 | 49,5 |
| | Vojvodina | 490 | 5 | 23 | 191 | 270 | 1 | 100,0 | 1,0 | 4,7 | 39,1 | 55,2 |
| | Kos. i Metoh. | 35 | 4 | 7 | 17 | 7 | - | 100,0 | 11,4 | 20,0 | 48,6 | 20,0 |
| 1975 | Centr. Srbija | 527 | 1 | 24 | 211 | 291 | - | 100,0 | 0,2 | 4,6 | 40,0 | 55,2 |
| | Vojvodina | 501 | 7 | 12 | 196 | 286 | - | 100,0 | 1,4 | 2,4 | 39,1 | 57,1 |
| | Kos. i Metoh. | 22 | 1 | 3 | 12 | 6 | - | 100,0 | 4,5 | 13,6 | 54,5 | 27,3 |
| 1980 | Centr. Srbija | 652 | 5 | 16 | 237 | 390 | 4 | 100,0 | 0,8 | 2,5 | 36,6 | 60,2 |
| | Vojvodina | 471 | 7 | 13 | 154 | 296 | 1 | 100,0 | 1,5 | 2,8 | 32,8 | 63,0 |
| | Kos. i Metoh. | 20 | - | 1 | 15 | 4 | - | 100,0 | 0,0 | 5,0 | 75,0 | 20,0 |
| 1985 | Centr. Srbija | 752 | 4 | 25 | 277 | 446 | - | 100,0 | 0,5 | 3,3 | 36,8 | 59,3 |
| | Vojvodina | 530 | 4 | 6 | 189 | 331 | - | 100,0 | 0,8 | 1,1 | 35,7 | 62,5 |
| | Kos. i Metoh. | 6 | - | - | 6 | - | - | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 100,0 | 0,0 |
| 1990 | Centr. Srbija | 759 | 14 | 19 | 233 | 492 | 1 | 100,0 | 1,8 | 2,5 | 30,7 | 64,9 |
| | Vojvodina | 495 | 3 | 11 | 155 | 325 | 1 | 100,0 | 0,6 | 2,2 | 31,4 | 65,8 |
| | Kos. i Metoh. | 23 | 1 | 5 | 13 | 4 | - | 100,0 | 4,3 | 21,7 | 56,5 | 17,4 |

Spomenute razlike u tempu promena starosne strukture umrlih usled samoubistva i promene starosne strukture ukupnog stanovništva su očekivane s obzirom da se radi o ogromnim razlikama u brojnosti kontingenta umrlih usled suicida i kontingenta ukupnog stanovništva. Međutim, prilikom donošenja zaključka treba voditi računa da se radi o velikim starosnim grupama, kod kojih su u posmatranom 38-godišnjem periodu svakako postojale i velike razlike u njihovoj internoj starosnoj strukturi. Ta napomena se prvenstveno odnosi na interne starosne strukture suicida, npr. po petogodištima, u okviru velikih starosnih grupa, koje su vrlo bitne za preciznije sagledavanje starosnog modela suicida, a za koje nisu, za ceo posmatrani period postojali raspoloživi podaci po velikim područjima Srbije (grafikon 4.3-10).



Grafikon 4.3-10.

Specifične stope suicidnog mortaliteta po velikim i desetogodišnjim starosnim grupama. Srbija, po područjima, 1953-1990. i 1966-1990.

Ipak, neujednačen intenzitet promena starosnih struktura umrlih usled samoubistva i promena starosne strukture ukupnog stanovništva upućuju na značaj promene suicidalnog mortaliteta po starosti odnosno promene vrednosti SSMS u periodu 1953-1990. Uz ogradu da se radi o vrednostima specifičnih stopa suicidalnog mortaliteta za tri velike starosne grupe, što u velikoj meri limitira domašaje analize, ipak se prema vrednostima SSMS izračunatih na osnovu raspoloživih podataka o umrlima usled suicida po starosti i procena ukupnog stanovništva po starosti može zaključiti da su u Centralnoj Srbiji i Vojvodini one u posmatranom razdoblju 1953-1990. bile vrlo slične. Naime, krive suicidalnog mortaliteta po starosti imaju iste odlike za oba područja. Vrednosti SSMS su najmanje kod najmlađih (10-19) i povećavaju se sa starošću, dostižući maksimum za starosnu grupu 50 ili više godina. Takav odnos SSMS važi, uz nekoliko godišnjih izuzetaka, tokom čitavog posmatranog perioda. To ukazuje na identičnost oblika krive suicidalnog mortaliteta po starosti u Centralnoj Srbiji i Vojvodini.

Razlike koje su postojale između ta dva područja gotovo isključivo se tiču nivoa stopa, ali i u pogledu intenziteta promena tih vrednosti tokom perioda od 1953. do 1990, a pojedinih godina i prema smeru promena suicidalnog mortaliteta po starosti (grafikon 4.3-10). Opšti zaključak za period 1953-1990 u pogledu nivoa SSMS u ta dva velika područja Srbije je da su vrednosti SSMS uvek bile veće u Vojvodini nego u Centralnoj Srbiji, i to za sve tri velike starosne grupe.¹⁷ Razlike su bile najmanje izražene, i apsolutno i relativno, kod najmlađe starosne grupe (10-19 godina), a uglavnom najizraženije kod najstarije (50 ili više godina).

Na razmere razlika između Centralne Srbije i Vojvodine u nivou smrtnosti usled samoubistva po starosti koje su bile prisutne u razdoblju 1953-1990. vrlo slikovito ukazuju i vrednosti maksimalnih i minimalnih SSMS stanovništva starosnih grupa 20-49 i 50 ili više godina. U Centralnoj Srbiji vrednosti SSMS su se kretale u intervalu od 8,1 do 11,6 umrlih na 100.000 stanovnika starih 20-49 i od 18,6 do 30,2 umrlih na 100.000 stanovnika starosti 50 ili više godina.

Istovremeno, za Vojvodini su SSMS istih starosnih grupa bile u intervalu od 16,5 do 25,0 na 100.000 odnosno od 35,5 do 61,5 na 100.000 stanovnika iste starosti. To znači ne samo da su svake godine vrednosti specifični stopa suicidalnog mortaliteta za te dve starosne grupe bile veće u Vojvodini, već i da su minimalne vrednosti SSMS na tom području bile manje od maksimalnih vrednosti SSMS za iste starosne grupe u Centralnoj Srbiji. Najčešće, u oko dve trećine slučajeva, godišnje vrednosti SSMS za te dve starosne grupe su u Vojvodini bile dvostruko veće nego u Centralnoj Srbiji. Inače, vojvođanske godišnje stope suicidalnog mortaliteta po starosti bile su najmanje za oko dve trećine veće od vrednosti odgovarajućih stopa za Centralnu Srbiju. Ujedno, bitno je naglasiti da su najmanje razlike u visini SSMS između Vojvodine i Centralne Srbije ostvarene tokom 1950-ih i tokom 1980-ih godina, tj. početkom i krajem posmatranog razdoblja.

¹⁷ Jedini izuzetak je 1956. godina i to samo za starosnu grupu 10-19. Te godine je stopa suicida lica starih 10-19 godina u Centralnoj Srbiji bila veća nego u Vojvodini, ali je razlika minimalna (4,0 prema 3,0 samoubistva na 100.000 stanovnika iste starosti).

Kosovo i Metohija se i s aspekta starosti lica koja su izvršila samoubistvo izdvaja od ostala dva velika područja Srbije. Ono što svakako i u ovom domenu odlikuje Kosovo i Metohija, to je izuzetno mali broj suicida, što sa svoje strane, po prirodi stvari, neminovno dovodi do velikih fluktuacija u kretanju suicida po starosti, i sledstveno do vrlo otežanog preciznijeg sagledavanja pravilnosti u pogledu nivoa smrtnosti po starosti, distribuciji po velikim starosnim grupama, ili pak utvrđivanja tendencija promena. Uz to, mnogo elemenata ukazuje na vrlo loš kvalitet mortalitetne statistike,¹⁸ što dodatno otežava donošenje bilo kakvih dobro utemeljenih zaključaka koji bi bili zasnovani na raspoloživim zvaničnim statističkim podacima.

Uprkos velikih ograda zbog kvaliteta statističkih podataka, ipak, i pored velikih godišnjih varijacija, čini se da ima smisla navesti da se kao starosna grupa s najvećim brojem suicida i ujedno najvećim vrednostima SSMS izdvaja stanovništvo starosti 20-49 godina. Udeo samoubistava lica te starosti u ukupnom broju suicida se kretao u intervalu od niskih 12,5 % (1989) do celih 100,0 % (1985), ali iznova se mora istaći da se radilo o vrlo malom broju evidentiranih slučajeva. U 1989. bilo je registrovano samo jedno samoubistvo lica starog 20-49 godina (od ukupno 8), dok su četiri godine ranije sva samoubistva na Kosovu i Metohiji izvršila lica te starosti (6 od 6).

U istom periodu bili su vrlo veliki i intervali varijacije procentnog udela suicida lica koja su pripadala drugim dvema starosnim grupama. Udeli suicida mladih (10-19) su se kretali u intervalu od 0 % (1985) do 75 % (1989), dok su se procentni udeli najstarije starosne grupe (50+) takođe kretali u intervalu od 0 % (iste 1985. godine), do 55 % (1984). Iako se s takvim podacima svaka analiza čini potpuno depasiranom, vredi napomenuti da je Kosovo i Metohija jedino veliko područje Srbije gde je, prema zvaničnoj statistici, bilo godina u kojima je bilo više samoubistava mladih nego starih. Jednim delom to se može objasniti i izrazitom mladom starosnom strukturom stanovništva Kosova i Metohije, ali mnogo je verovatnije da se prvenstveno radi o vrlo velikom neobuhvatu suicidnog mortaliteta.

Saglasno s prethodnim zaključkom, nema smisla analizirati ni vrednosti SSMS, kao ni promene u vrednostima tog pokazatelja smrtnosti. Takvo opredeljenje se sasvim dobro može opravdati i oblikom kosovskih krivulja suicidnog mortaliteta po starosti (grafikon 4.3 -10) za 1953, 1960, 1970, 1980. i 1990. godinu.

4.3.9. Samoubistva u Srbiji u jugoslovenskom okruženju, 1950-1990.

Srbija je tokom čitavog posmatranog razdoblja od 1950. do 1990. godine bila deo jugoslovenske federacije, i to kao njena populaciono najveća federalna jedinica. Kao takva ona je u velikoj meri uticala na formiranje osobenosti Jugoslavije, kako u domenu njenog socioekonomskog, tako i demografskog razvoja. U tom smislu su

¹⁸ Na Kosovu je pored ostalog, vrlo visok udeo simptoma, znakova i nedovoljno definisanih stanja kao uzroka smrti, koji su, na primer, u poslednjih 5 godina posmatranog perioda (1986-1990) predstavljali drugi najčešći "uzrok" smrti u Pokrajini, odmah posle bolesti cirkulatornog sistema.

brojnost kao i osnovne demografske karakteristike samoubistava u Jugoslaviji bile formirane pod snažnim dejstvom stanja i trendova u Srbiji.

Socijalistička Jugoslavija bila je zemlja velikih regionalnih razlika, koje su u velikoj meri bile nasleđene iz perioda pre njenog formiranja kao federalne države (1918), ali koje su u mnogim domenima produbljene i tokom njenog postojanja od 1945. do 1991. godine. Regionalne razlike odnosno razlike između njenih konstitutivnih republika postojale su ponajviše u pogledu nivoa ekonomske razvijenosti pojedinih republika, a još više naglašene uključivanjem u razmatranje tri velika područja Srbije. Pored ekonomskih, vrlo izražene su bile i sociokulturne, etnokonfesionalne, ali i vrlo duboke demografske razlike.

Imajući u vidu veliku heterogenost zemlje, ali i bitno drugačije etnokulturno nasleđe, lako je objasniti i prisustvo velikih razlika po republikama u domenu suicidalnog mortaliteta koje su se prvenstveno ogledale kroz razlike u vrednostima stope suicida, kao i smeru i intenzitetu promena tog osnovnog pokazatelja smrtnosti usled samoubistva, kao i karakteristikama lica koja su izvršila samoubistvo prema socioekonomskim, etnokulturnim, ali i čisto demografskim obeležjima. Ovom prilikom takođe treba uzeti u obzir i ono što se u sličnim istraživanjima uglavnom zanemaruje, a to je nejednak kvalitet prikupljenih statističkih podataka o smrtnosti usled samoubistva. S obzirom da je u bivšoj SFRJ postojao jedinstveni statistički sistem, razlike se ne mogu objasniti samo organizacionim razlozima ili razlikama u nivou stručnosti profesionalnog kadra, već i sociokulturnim činiocima. Ovo poslednje se prvenstveno odnosi na razlike u opšteprihvaćenom stavu šire društvene zajednice prema suicidalnom činu, odnosno manje ili veće prisustvo stigme prema osobama koje su izvršile ili pokušale da izvrše samoubistvo u sredinama odnosno delovima bivše Jugoslavije s velikim udelom stanovništva islamske veroispovesti (Bosna i Hercegovina, Makedonija, Srbija) i ostalim područjima zemlje (Slovenija i Hrvatska).

Uprkos nejednakim stopama populacionog rasta, kao i stopama rasta broja samoubistava po republikama (i pokrajinama), Srbija je tokom čitavog perioda od 1950. do 1990. godine bila republika s najbrojnijim stanovništvom i najvećim brojem samoubistava. Uz to, ona je imala i relativno najstabilnije kretanje udela svog stanovništva u ukupnom stanovništvu zemlje, koje je variralo u intervalu od 40,6 % (1968) do 41,5 % (1980). Međutim, ostvarene promene u udelima pojedinih velikih područja Srbije u ukupnom stanovništvu Republike odnosno Jugoslavije, bile su mnogo naglašenije, posebno u slučaju Kosova i Metohije gde je između 1950. i 1990 broj stanovnika povećan za preko 2,5 puta, sa 764 hiljade na bezmalo 2 miliona, a udeo u ukupnom stanovništvu Jugoslavije sa 4,7 % na 8,3 %. Što se tiče ostalih republika, natprosečni populacioni rast ostvaren je u Bosni i Hercegovini, Makedoniji i Crnoj Gori, dok je povećanje stanovništava Slovenije i Hrvatske bilo ispod jugoslovenskog proseka.

Tabela 4.3-13.
Broj stanovnika i broj samoubistava.
Jugoslavija i republike, 1950-1990, 1950-1954. i 1986-1990.

| Period | Jugoslavija | Bosna i Herceg. | Crna Gora | Hrvatska | Makedon. | Slovenija | Srbija |
|---|-------------|-----------------|-----------|----------|----------|-----------|---------|
| Broj stanovnika (godišnji prosek) | | | | | | | |
| 1950-1990 | 20335670 | 3696944 | 527734,4 | 4359973 | 1652538 | 1720119 | 8378361 |
| 1950-1954 | 16812830 | 2790628 | 414007,6 | 3914016 | 1283792 | 1497998 | 6912387 |
| 1986-1990 | 23554114 | 4440132 | 632123,2 | 4678715 | 2087199 | 1942051 | 9773893 |
| Broj samoubistava (za period) | | | | | | | |
| 1950-1990 | 112963 | 12649 | 2606 | 31397 | 3174 | 19581 | 43556 |
| 1950-1954 | 8414 | 597 | 230 | 2282 | 165 | 1394 | 3746 |
| 1986-1990 | 19124 | 2665 | 392 | 5494 | 675 | 3059 | 6839 |
| Stopa suicida (prosečan godišnji broj samoubistava na 100.000 stanovnika) | | | | | | | |
| 1950-1990 | 13,5 | 8,3 | 12,0 | 17,6 | 4,7 | 27,8 | 12,7 |
| 1950-1954 | 10,0 | 4,3 | 11,1 | 11,7 | 2,6 | 18,6 | 10,8 |
| 1986-1990 | 16,2 | 12,0 | 12,4 | 23,5 | 6,5 | 31,5 | 14,0 |
| Struktura u procentima | | | | | | | |
| Broj stanovnika (godišnji prosek) | | | | | | | |
| 1950-1990 | 100,0 | 18,2 | 2,6 | 21,4 | 8,1 | 8,5 | 41,2 |
| 1950-1954 | 100,0 | 16,6 | 2,5 | 23,3 | 7,6 | 8,9 | 41,1 |
| 1986-1990 | 100,0 | 18,9 | 2,7 | 19,9 | 8,9 | 8,2 | 41,5 |
| Broj samoubistava | | | | | | | |
| 1950-1990 | 100,0 | 11,2 | 2,3 | 27,8 | 2,8 | 17,3 | 38,6 |
| 1950-1954 | 100,0 | 7,1 | 2,7 | 27,1 | 2,0 | 16,6 | 44,5 |
| 1986-1990 | 100,0 | 13,9 | 2,0 | 28,7 | 3,5 | 16,0 | 35,8 |
| Stopa suicida (Jugoslavija =100,0) | | | | | | | |
| 1950-1990 | 100,0 | 61,6 | 88,9 | 129,6 | 34,6 | 204,9 | 93,6 |
| 1950-1954 | 100,0 | 42,7 | 111,0 | 116,5 | 25,7 | 185,9 | 108,3 |
| 1986-1990 | 100,0 | 73,9 | 76,4 | 144,6 | 39,8 | 194,0 | 86,2 |

Izvor: Izračunato od strane autora na osnovu zvaničnih procena SZS-a o ukupnom broju stanovnika i podataka o broju umrlih usled samoubistva (preuzeto iz redovne godišnje publikacije *Vitalna / Demografska Statistika* u izdanju SZS-a).

Srbija je bila i republika s najvećim brojem umrlih usled samoubistva. U proseku, za ceo period 1950-1990, u Srbiji je izvršeno ukupno 43,6 hiljada samoubistava ili 38,6 % svih samoubistva u Jugoslaviji (113,0 hiljada). Međutim, za razliku od relativno vrlo stabilnog procentnog udela Srbije u ukupnom broju stanovnika Jugoslavije, udeo samoubistava je imao vrlo naglašenu opadajuću tendenciju. Ako se posmatraju samo početak i kraj posmatranog razdoblja (1950-1954. i 1986-1990) tada je u Srbiji broj samoubistava u poslednjem petogodišnjem razdoblju (6,8 hiljada) bio povećan za preko 80 % u odnosu na broj umrlih usled suicida u razdoblju 1950-1954 (3,7 hiljada). Međutim, istovremeno, procentno učešće Srbije u ukupnom broju samoubistava u Jugoslaviji značajno je smanjeno (sa 44,5 % na 35,8 %), što ukazuje da je povećanje broja suicida na nivou cele zemlje bilo veće, odnosno da je u ostalim republikama prosečno povećanje broja suicida bilo znatno intenzivnije nego u Srbiji. Naime, u poslednjem petogodišnjem razdoblju zbirni broj samoubistava u ostalih pet republika bio je veći za preko 160 % u odnosu na stanje u periodu 1950-1954. Međutim, i pored toga što je povećanje broja suicida bilo registrovano u svim republikama, ono se odvijalo vrlo različitim intezitetom. Naime, najbrže povećanje

broja suicida registrovano je u Bosni i Hercegovini i Makedoniji (za preko 4 puta), zatim u Hrvatskoj i Sloveniji (za oko 140 odnosno oko 120 %), a najsporije u Crnoj Gori (70 %), čak sporije nego u Srbiji. Posebnu pažnju treba obratiti na područja Srbije, gde su evidentirane najveće razlike. Naime, ako se porede prosečni godišnji broj suicida početkom i krajem perioda,¹⁹ tada je u Centralnoj Srbiji i Vojvodini povećanje gotovo identično kao na nivou cele Srbije (oko 82 %), ali je na Kosovu i Metohiji prosečan godišnji broj suicida smanjen za preko 28 %, što je jedinstven slučaj među velikim područjima tadašnje Jugoslavije.

Neujednačen intenzitet, a u slučaju Kosova i Metohije i smer, promene broja suicida uslovio je i promenu procentnog učešća republika odnosno velikih područja Srbije u ukupnom broju samoubistava Jugoslavije. Pored Srbije, zabeleženo je i smanjenje udela Crne Gore, kao i Slovenije, ali mnogo manje (u oba slučaja za ispod jednog procentnog poena). Najveće povećanje udela ostvareno je u Bosni i Hercegovini (sa 7 % na 14 %), dok su apsolutne promene udela Hrvatske i Makedonije bile znatno manje.

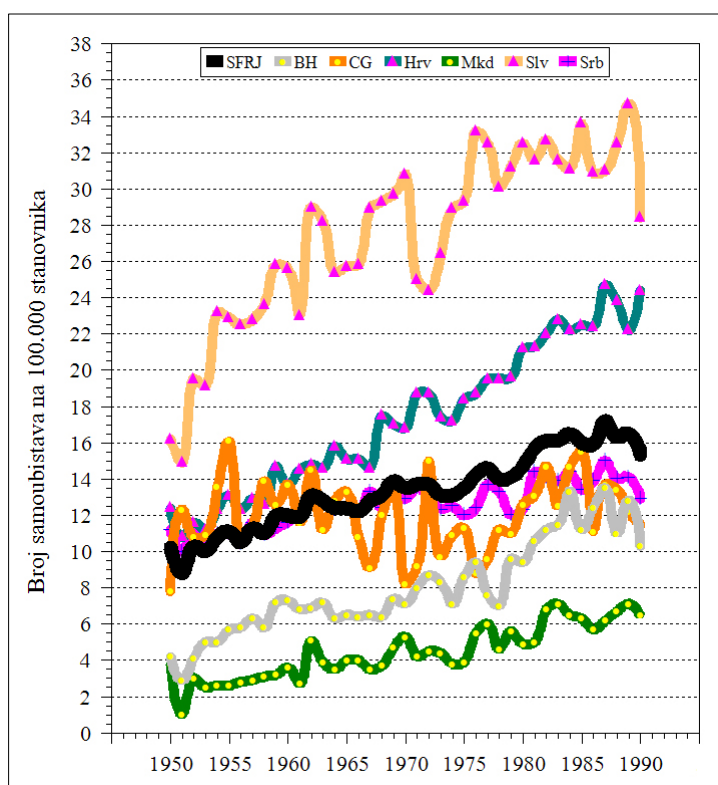
U celini, i pored diferenciranih promena u kretanju broja suicida po područjima, redosled republika u pogledu njihovog procentnog učešća u ukupnom broju suicida u Jugoslaviji je, uglavnom, ostao nepromenjen. Najviše samoubistava je, tokom čitavog perioda, bilo u Srbiji a zatim u Hrvatskoj. Slede Slovenija i Bosna i Hercegovina, s tim što je vremenom razlika u udelima te dve republike značajno smanjena, prvenstveno zbog velikog povećanja broja suicida u Bosni i Hercegovini. Početkom, kao i krajem posmatranog perioda, najmanje suicida je bilo u populaciono najmanjim republikama, Crnoj Gori i Makedoniji, s tom razlikom što je prva smanjila svoj udeo u ukupnom broju umrlih usled samoubistava u Jugoslaviji (sa 2,7 % na 2,0 %), a druga relativno značajno povećala (sa 2,0 % na 3,5 %).

Takve promene u kretanju broja stanovnika republika nisu bile praćene adekvatnim promenama u kretanju broja samoubistava na tim područjima, što se odrazilo i na razlike u dinamici stope suicida. One su se prvenstveno ticale intenziteta promena, a ne i opšteg smera kretanja broja samoubistava na 100.000 stanovnika, koji je u svim republikama imao manje-više rastući trend (grafikon 4.3-11). Naime, ukoliko se posmatraju samo 1950. i 1990. godina, tada je u svim republikama stopa suicida na kraju posmatranog perioda bila viša nego na početku. Ta razlika je bila najveća u Bosni i Hercegovini, gde je vrednost stope više nego duplirana (sa 4,2 na 10,3 umrlih na 100.000), a najmanja upravo u Srbiji, gde je stopa u 1990. bila samo za 15 % veća nego 1950. godine (vrednosti stope suicida su izosile 12,9 i 11,2 na 100.000).

Ukupno stanovništvo jugoslovenskih republika, brzina i smer populacionog rasta, broj suicida i ostvarene promene u dinamici tokom posmatranog razdoblja rezultirale su nivoom stope suicida i smerom i intenzitetom promene vrednosti tog osnovnog pokazatelja suicidnog mortaliteta u razdoblju od 1950. do 1990. godine. Srbija je kao populaciono najveća republika bivše SFRJ i ujedno kao područje s

¹⁹ Podaci o broju suicida po velikim područjima Srbije raspoloživi su tek od 1953. godine.

najvećim brojem samoubistava imala i poseban značaj odnosno najveći ponder prilikom formiranja prosečne jugoslovenske stope suicida u posmatranom periodu. Stopa suicida Srbije imala je više vrednosti od proseka za zemlju u svega 9 od 41 godine posmatranog perioda, dok je u 32/41 godine broj samoubistava na 100.000 stanovnika Srbije bio manji od proseka. Posmatrano vremenski, u Srbiji su više vrednosti stope suicida od prosečne ostvarene tokom 1950-ih i u tri godine iz 1960-ih. Apsolutno najveća razlika između prosečne jugoslovenske vrednosti stope suicida i stope suicida za Srbiju (2,54 100.000-tih poena) izračunata je za 1985. godinu, kada je broj suicida na 100.000 stanovnika Srbije iznosio 13,4 a za Jugoslaviju 16,0. Inače, 1980-te godine se izdvajaju kao decenija s najvećom razlikom između vrednosti stope suicida Srbije i Jugoslavije. Svake godine, s izuzetkom 1981, razlika je iznosila najmanje dva 100.000-ta poena. Relativno velika negativna razlika u vrednostima stope suicida prvenstveno bila je posledica vrlo niske i opadajuće stope suicida na Kosovu i Metohji. Međutim, takvi podaci za Pokrajinu se, kao što je već istaknuto, moraju razmatrati s velikom rezervom.



Grafikon 4.3-11.

Stope suicida u Jugoslaviji i republikama, 1950-1990.

S druge strane, najmanje razlike su evidentirane u prvoj polovini 1960-ih kada je stopa suicida u Srbiji praktično bila izjednačena s prosečnom jugoslovenskom stopom suicida. Stopa suicida se u toj deceniji kretala u intervalu od 11,6 do 13,6 samoubistava na 100.000 stanovnika, dok je na nivou cele zemlje ona bila između 11,9 i 13,9 na 100.000. To razdoblje ujedno može da se tretira i kao svojevrsna vododelnica, jer su pre toga, tj. tokom 1950-ih stope suicida u Srbiji bile više od jugoslovenkog proseka, a nakon toga, ili preciznije od 1968. godine, one su stalno bile niže od proseka za zemlju. Srpska stopa suicida je tokom poslednje decenije

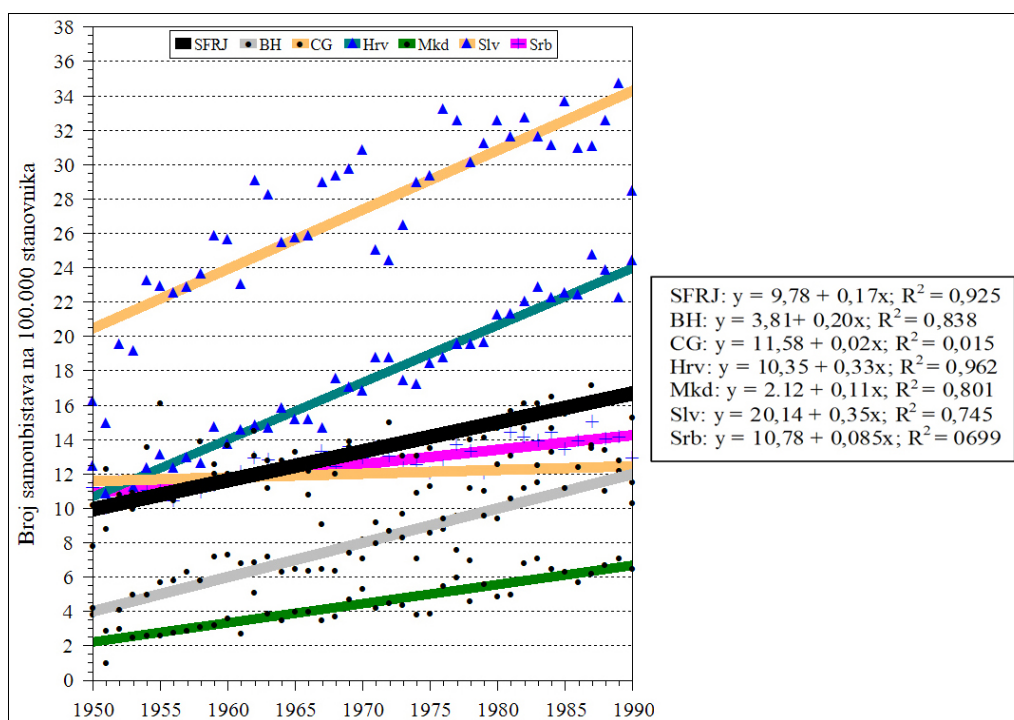
posmatranog perioda uglavnom bila za 10-15 % niža od jugoslovenske, da bi ta razlika bila maksimalna 1990. godine kada je broj suicida na 100.000 stanovnika u Srbiji bio za preko 16 % manji nego u Jugoslaviji (12,9 prema 15,3 na 100.000).

U poređenju s drugim republikama, u Srbiji su stope suicida bile stalno više u odnosu na Bosnu i Hercegovinu i Makedoniju, i stalno niže u odnosu na Hrvatsku i Sloveniju. Razlike su bile najmanje izražene u odnosu na Crnu Goru. Prve dve republike u kojima su stope suicida bile najniže odlikovale su se mlađom starosnom strukturom, većom zastupljenošću tradicionalnih porodičnih struktura i relativno visokim udelom stanovništva muslimanske konfesionalne pripadnosti. S druge strane, Hrvatska i Slovenija su bile demografski starije, s većim udelom samačkih i staračkih domaćinstava i s dominantnim učešćem stanovništva katoličke veroispovesti (Breznik, 1991). Ujedno, obe su pre stvaranja Jugoslavije bile deo Austrougarske monarhije čiji su se pojedini delovi krajem 19. i početkom 20. veka odlikovali najvišim stopama samoubistva u Evropi. To je pojedinim autorima dalo povoda da u nekom posebnom "austrougarskom mentalitetu" nalaze suicidogeni uslov povišenog suicidnog mortaliteta na tim prostorima (Petrović, Opalić, Radulović, 1990). I dok je možda ta specifičnost imala i neki značaj između dva svetska rata, teško da bi u "austrougarskoj zaostavštini" mogao biti tražen uzrok viših stopa suicida u Sloveniji, Hrvatskoj, kao i u Vojvodni, koje su na tim područjima bile evidentirane u drugoj polovini 20. veka.

Bosna i Hercegovina i Makedonija su se tokom posmatranog perioda odlikovale najmanjim brojem samoubistava na 100.000 stanovnika, s tim što je vrednost tog opšteg pokazatelja suicidnog mortaliteta uvek bila niža u Makedoniji. U proseku, u Makedoniji je stopa suicida u periodu 1950-1990. bila za oko 45 % niža nego u Bosni i Hercegovini (prosečne vrednosti su bile 4,7 i 8,3 samoubistava na 100.000 stanovnika), a taj odnos je, i pored normalnih godišnjih oscilacija, ipak bio prilično stabilan. Što se tiče odnosa vrednosti stope suicida u Srbiji i u te dve republike, promene koje su bile prisutne u periodu 1950-1990. odvijale su se u smeru smanjivanja razlika. Takva konstatacija posebno važi kada se poredi Srbija i Bosna i Hercegovina. Naime, tokom 1950-ih stopa suicida je u Srbiji bila uglavnom dvostruko veća, a 1951. godine čak 3,5 puta veća nego u Bosni i Hercegovini. U 1980-im ta razlika bila je svedena na manje od 40 %, i kretala se između 36 % u 1981. godini (vrednosti stope suicida su iznosile od 14,4 i 10,6 na 100.000 stanovnika) i 8 % u 1984 (14,4 u Srbiji prema 13,3 na 100.000 stanovnika u Bosni i Hercegovini). Istosmerne promene su se odvijale i u odnosu na Makedoniju, jedino što su razlike u vrednostima stope suicida bile naglašenije nego prilikom poređenja s Bosnom i Hercegovinom i to kako početkom, tako i krajem posmatranog perioda.

Na drugom polu su se nalazile Hrvatska i Slovenija, dve republike koje su se tokom čitavog razdoblja 1950-1990. odlikovale najvećim vrednostima stope suicida. U tom smislu se izdvaja Slovenija u kojoj je broj suicida na 100.000 stanovnika svake godine, bez izuzetka, bio veći nego u bilo kojoj drugoj bivšoj jugoslovenskoj republici. Stope su se kretale u intervalu od 14,9 (1951) do 34,7 na 100.000 (1989). U poređenju sa Hrvatskom, stope suicida su imale ne samo veće vrednosti, već su i godišnje fluktuacije bile naglašenije, što se može tumačiti i više nego dvostruko

manjom populacionom veličinom. I pored kratkoročnih odstupanja u smeru promena, u obe republike je bio prisutan rastući linerani trend, a vrednosti koeficijenta b bile su gotovo identične (0,346 za Sloveniju i 0,333 za Hrvatsku) (grafikon 4.3 -12). Ipak, ako se porede podaci o godišnjim stopama suicida iz početne i poslednje decenije posmatranog perioda, razlike između Hrvatske i Slovenije su smanjene, istina neznatno. Posebno se ističe činjenica da je najmanja razlika u godišnjem broju suicida na 100.000 stanovnika dostignuta 1990. godine, kada je stopa suicida u Sloveniji bila za svega 16 % veća nego u Hrvatskoj (28,4 prema 24,4 samoubistava na 100.000).



Grafikon 4.3-12

Stopa suicida i linija trenda, Jugoslavija i republike, 1950-1990.

I dok su vrednosti stope suicida u Sloveniji i Hrvatskoj uglavnom održavale iste međusobne relacije, to nije bio slučaj ukoliko su poređenja vršena i s promenama koje su ostvarivane u kretanju stopa suicida u Srbiji. Naime, iako su i stope suicida u Srbiji imale jasno izražen rastući trend, on je bio manje naglašen, odnosno povećanje je bilo manje intenzivno nego u Sloveniji i Hrvatskoj. Sledstveno, vremenom se razlika između dostignutog broja samoubistava na 100.000 stanovnika u Sloveniji i Hrvatskoj i onog u Srbiji povećavala. Tako je, npr. tokom 1950-ih godina (1950-1959) stopa suicida u Sloveniji veća od one u Srbiji od 45 % (1951) do 129 % (1959). Tokom 1980-ih ta razlika je povećana i kretala se u intervalu od 106 % (1987) do 150 % (1985). Promene u smeru povećanja razlika koje su postojale prilikom poređenja stope suicida u Hrvatskoj i Srbiji su još upečatljivije. Tokom 1950-ih najmanja razlika u vrednostima stope suicida u Hrvatskoj i Srbiji iznosila je svega 3 %, i to 1952. godine, kada su stope iznosile 11,6 i 11,3 na 100.000 stanovnika, a najveća 1959. godine (31 %), kada je broj suicida u Hrvatskoj povećan na 14,7 na 100.000 stanovnika, dok je u Srbiji bio na istom nivou kao 1952. godine (11,3). Tridesetak godina kasnije razlike su povećane. Minimalna je iznosila 48 % (1981) kada je izračunata stopa suicida za Hrvatsku dostigla 21,3 umrlih na 100.000, a u Srbiji 14,4

na 100.000. Maksimalna razlika je evidentirana 1990. kada je povećana na 89 % i to kao rezultat povećanja stope u Hrvatskoj (na 24,4 na 100.000) i smanjenja u Srbiji (na 12,9 na 100.000).

Tabela 4.3-14.
Empirijske i standardizovane stope suicida (na 100.000 stanovnika)
Jugoslavija i republike, 1953, 1970, 1980, 1990.

| Godina | Jugoslavija | Bosna i Herceg. | Crna Gora | Hrvatska | Makedon. | Slovenija | Srbija |
|---------------------------------|-------------|-----------------|-----------|----------|----------|-----------|--------|
| Stopa suicida (empirijska) | | | | | | | |
| 1953 | 10,0 | 5,0 | 10,9 | 11,2 | 2,5 | 19,1 | 10,7 |
| 1970 | 13,5 | 7,1 | 8,2 | 16,8 | 5,3 | 30,8 | 12,9 |
| 1980 | 14,7 | 9,4 | 12,6 | 21,2 | 4,9 | 32,5 | 12,3 |
| 1990 | 15,3 | 10,3 | 11,5 | 24,4 | 6,5 | 28,4 | 12,9 |
| Jugoslavija = 100,0 | | | | | | | |
| 1953 | 100,0 | 50,4 | 109,2 | 112,0 | 25,2 | 191,4 | 107,3 |
| 1970 | 100,0 | 52,9 | 60,8 | 125,0 | 39,6 | 228,9 | 95,5 |
| 1980 | 100,0 | 63,8 | 85,7 | 144,3 | 33,1 | 221,0 | 84,0 |
| 1990 | 100,0 | 67,4 | 74,9 | 158,9 | 42,5 | 185,0 | 84,2 |
| Stopa suicida (standardizovana) | | | | | | | |
| 1953 | 11,8 | 6,9 | 13,9 | 12,4 | 3,2 | 20,9 | 12,3 |
| 1970 | 15,2 | 9,2 | 10,4 | 17,2 | 6,8 | 31,9 | 14,1 |
| 1980 | 15,5 | 11,4 | 13,6 | 20,5 | 6,1 | 32,8 | 12,6 |
| 1990 | 15,3 | 11,2 | 12,0 | 22,3 | 7,5 | 27,2 | 12,6 |
| Jugoslavija = 100,0 | | | | | | | |
| 1953 | 100,0 | 58,1 | 117,2 | 104,9 | 27,4 | 177,1 | 103,8 |
| 1970 | 100,0 | 60,8 | 68,5 | 113,1 | 44,8 | 210,2 | 92,9 |
| 1980 | 100,0 | 73,1 | 87,7 | 132,0 | 39,2 | 211,0 | 81,3 |
| 1990 | 100,0 | 72,9 | 78,2 | 145,8 | 48,9 | 177,7 | 82,5 |

Izvor: Izračunato od strane autora na osnovu zvaničnih procena SZS-a o ukupnom broju stanovnika i podataka o broju umrlih usled samoubistva (preuzeto iz redovne godišnje publikacije *Vitalna / Demografska statistika* u izdanju SZS-a).

Napomena: Standardizovane stope suicida izračunate su na osnovu specifičnih stopa suicida u izabranim godinama (prema raspoloživim podacima o samoubistvima po starosti). Standardnu populaciju je predstavljalo procenjeno stanovništvo Jugoslavije po starosti za 1990. godinu.

Navedeni primeri ukazuju, s jedne strane, da su se vremenom smanjivale razlike u visini stopa suicida između Srbije i republika s potprosečnim stopama (Bosna i Hercegovina i Makedonija), a da su istovremeno povećavane razlike između Srbije i Slovenije, kao Srbije i Hrvatske u broju suicida na 100.000 stanovnika.

Što se tiče poređenja s Crnom Gorom, srpske stope su uglavnom bile više od crnogorskih (u 24 od ukupno 41 godine). Međutim, mora se imati u vidu da je Crna Gora populaciono malo područje i s relativno malim brojem samoubistava, pa su samim tim i vrednosti stope suicida podložnije većim godišnjim fluktuacijama nego što je to slučaj sa Srbijom. Ujedno, postojanje najmanje izraženih razlika između te dve bivše jugoslovenske republike se u velikoj meri može objasniti prisustvom velike sličnosti u sociokulturnim i etnokonfesionalnim karakteristikama njihovih populacija, što je u velikoj meri determinisalo i sličnosti u modelima suicidnog mortaliteta na ta dva područja.

U celini posmatrano, u periodu 1950-1990. u svim bivšim jugoslovenskim republikama stope suicida su se odlikovale rastućim trendom. Intenzitet rasta bio je različit, što je do početka 1990-ih rezultiralo smanjenjem razlika između republika, posebno između Slovenije, koja je stalno imala najveći broj samoubistava na 100.000 Makedonije koja je stalno imala minimalnu vrednost stope suicida (grafikon 4.3-12 i tabela 4.3-14).

Što se tiče Srbije, ona se odlikovala najumerenijim promenama stope samoubistva. Ona je od republike s natprosečnim stopom suicida, s početka perioda, već od kraja 1960-ih ušla u grupu onih čije su vrednosti stope suicida stalno bile ispod jugoslovenskog proseka. Međutim, takva kretanja su u Srbiji bila pod velikim dejstvom naglog i kontinuiranog smanjenja stope suicida na Kosovu i Metohiji što je gotovo isključivo bilo posledica vrlo lošeg kvaliteta statistike suicidalnog mortaliteta na tom području.

4.4. Samoubistvo u periodu 1990 -2014

U poglavlju 4.2 prikazani su opšti demografski okviri koji predstavljaju jednu od glavnih odrednica broja i strukture suicida u Srbiji. Ukazano je da je u periodu 1991-2011. smanjen broj stanovnika Srbije, da je znatno povećan broj starih, i da je istovremeno drastično smanjen broj mladih. Ujedno, opao je broj, ali i udeo muškog u ukupnom stanovništvu Srbije. Od drugih važnijih struktura stanovništva relevantnih za suicidalni mortalitet izdvojene su bračna, obrazovna i etnička struktura. Za stukturu po bračnosti naglašeno je stalno većinsko učešće lica u braku, ali i kontinuirano smanjivanje njihovog udela, kao i povećanje udela ostalih kontingenata po bračnosti (celibatera, obudovelih i razvedenih). Za strukturu po školskoj spremi najznačajnije je naglo smanjenje broja i udela lica bez škole ili s nezavršenom osnovnom školom, uz takođe intenzivno povećanje lica sa srednjim ili tercijarnim obrazovanjem. Što se tiče etničke strukture Srbije, njene promene su bile najmanje izražene, a pre svega su se odlikovale velikim i rastućim udelom stanovništva srpske nacionalnosti.

Iako je svako samoubistvo lični čin, a suicidalno ponašanje individualan odgovor na vlastite životne probleme, ono je ujedno i društvena pojava (Radulović, 1990; Baechler, 2009) koja je u velikoj meri posledica poremećenih odnosa pojedinca i društva. Stoga proučavanje samoubistva u širem društvenom kontekstu, predstavlja neophodan korak ka njegovom boljem razumevanju. U tom smislu od posebnog značaja je delovanje *specifičnih neposrednih spoljnih činilaca*, kao varijable koja utiče na suicidalno ponašanje pojedinca, kroz situaciju u koju je doveden ne svojom voljom. A pod tim specifičnim neposrednim spoljnim činiocima suicida prvenstveno se podrazumevaju oni koji deluju masovno i brutalno. Masovno, jer pogađaju ukupno stanovništvo, sve slojeve društva, a brutalno jer onemogućavaju prilagođavanje "normalnih" pojedinaca novostvorenim uslovima. Uticaj takvih specifičnih činilaca na samoubistvo nije jednoznačan, on može biti inhibirujući, ali i podsticajan (Baechler,

2009). Ratovi, duboke političke i ekonomske krize su pravi primeri takvih eksternih činilaca suicida.

Radi lakšeg sagledavanja specifičnih spoljnih činilaca ili, u širem smislu rečeno, društvenih okvira u kojima su se dešavala samoubistva u Srbiji između 1990. i 2014. godine, treba imati u vidu da se taj period prvenstveno izdvaja kao izuzetno razdoblje u kome je umesto jedinstvene države formirano šest novih, međunarodno priznatih država, i u kome je drastično narušen suverenitet Srbije nad delom njene teritorije. Poslednja dekada 20. veka odlikuje se i brutalnim ekonomskim propadanjem zemlje i početkom pada tadašnjeg političkog režima. Rane 2000-te su početak mirnodopskog razdoblja i korenite transformacije političkog i ekonomskog sistema, ukidanja međunarodnih sankcija, ali i pokušaja zaustavljanja tzv. evropskog puta Srbije. Sprovođenje tranzicionih reformi rezultiralo je naglim povećanjem nezaposlenosti, masovnim osiromašenjem stanovništva i intenziviranjem ekonomske emigracije. Početak globalne finansijske krize (2007) dodatno je pogoršao ekonomsku situaciju u Srbiji uvodeći je u dugogodišnju recesiju iz koje zemlja nije izašla ni do kraja 2014.

U tom smislu se 25-godišnji period 1990-2014. može podeliti na najmanje tri, po mnogome, vrlo različita potperioda (Penev, Stanković, 2015). Prvi se vezuje za raspad bivše SFRJ i ratove i oružane sukobe koji su sledili tokom 1990-ih; drugi za promenu vladajućeg političkog režima i otpočinjanje zakasnele tranzicije iz prve polovine 2000-ih godina; a treći potperiod se odnosi na višegodišnju recesiju koja je neposredno izazvana svetskom finansijskom krizom ali i vrlo vidljivim posledicama neuspešne tranzicione politike (2007-2014).

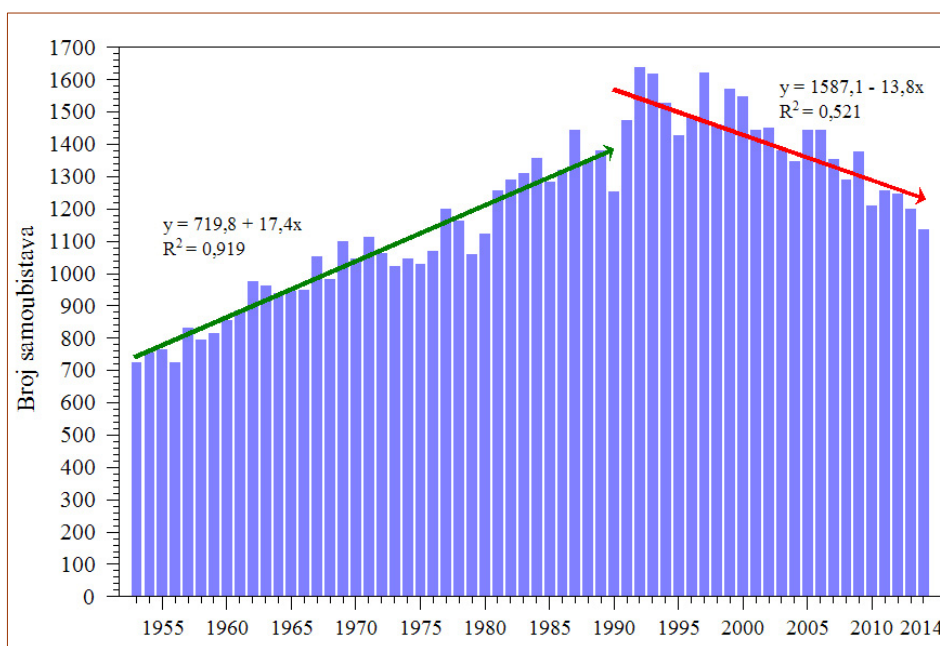
Što se tiče ratnih sukoba iz 1990-ih, oni su bili najžešći u prvoj polovini te decenije, a za Srbiju su kulminirali u proleće 1999. tokom višemesečnog bombardovanja od strane NATO-a koje je prouzrokovalo više hiljada poginulih i ogromna ratna razaranja. 1990-te su i godine nestabilne političke situacije, teških sankcija međunarodne zajednice, hiperinflacije, velikog pada proizvodnje, intenzivnog povećanja nezaposlenosti (otvorene i prikrivene), ogromnog osiromašenja stanovništva, priliva preko 850 hiljada prisilnih migranata (Penev, 2006a).

Pad Miloševićevog režima (oktobar 2000) značio je i početak potpunog otvaranja Srbije prema inostranstvu, priliva velikih finansijskih sredstava (kredit i donacije), poboljšanja životnog standarda i intenziviranja zakasnele tranzicije (Vukadinović, 2004; Drouet, 2004). Tranzicija se najočiglednije manifestovala kroz ukidanje društvene svojine, privatizaciju državne svojine, smanjenje proizvodnje i veliko povećanje nezaposlenosti (sa 722 hilj. u 2000. na 947 hilj. u 2003 – RZS, 2004a).

Nedovoljno uspešna tranzicija, pogoršanje odnosa sa zapadnim zemljama, kao i posledice globalne finansijske krize su uvele Srbiju u dugogodišnju recesiju, održavanje vrlo visoke nezaposlenosti (preko 30%) i smanjenje životnog standarda najširih slojeva stanovništva (Bošnjak, 2011). Poseban je značaj visoke nezaposlenosti lica starijih od 50 godina koji su činili preko 20 % ukupnog broja nezaposlenih (Maksimović, 2009), kao i znatnog smanjenja primanja penzionera.

4.4.1. Nivo i skorašnje tendencije smrtnosti usled samoubistva

U Srbiji je u 25-godišnjem razdoblju 1990-2014. bilo evidentirano ukupno 35.187 samoubistva. I dok je godišnji broj suicida od sredine 20. veka, pa da kraja njegove devete decenije bio uglavnom rastući, bivajući u 1990. gotovo dvostruko veći nego početne 1953. godine, u narednih četvrt veka (1990-2014), on je pretežno bio opadajući bivajući u 2014. za oko 10 % manji nego početne 1990. godine (grafikon 4.4-1). Na promenu opšteg smera kretanja godišnjeg broja samoubistava ukazuje i poređenje minimalnih i maksimalnih vrednosti i godina kada su one dostignute u prvom i drugom potperiodu. U prvom, 38-godišnjem razdoblju, najmanji broj samoubistava evidentiran je 1953 (725), a najveći 1987. godine (1443). U drugom, 25-godišnjem razdoblju, najveći broj samoubistava registrovan je početkom 1990-ih (1638 u 1992), a najmanji na samom kraju tog perioda (1134 u 2014). Ujedno, i poređenje vrednosti parametara linearnog trenda za 1953-1990. i 1990-2014, upućuju da je došlo do preokreta u smeru kretanju broja suicida u Srbiji ($b_1=17,35$; $b_2=-13,8$), ali da je prosečno godišnje povećanje između 1953. i 1990 bilo za 60 % veće nego prosečno godišnje smanjenje između 1990. i 2014. godine (+1,64 % prema -0,98 %).



Grafikon 4.4-1

Broj i linija trenda samoubistava. Srbija, 1953-1990. i 1990-2014.

U razdoblju 1990-2014, posmatrano po pojedinačnim godinama, s najvećim brojem suicida se izdvajaju ratne 1990-te, a posebno 1992. i 1993. kada je, kao i 1997. broj suicida u Srbiji bio veći od 1600 smrtnih slučajeva, a stope suicida stalno premašivale granicu od 20 na 100.000 stanovnika, s maksimalnih 20,9 na 100.000 u 1992. i 1997. godini. Početkom poslednje dekade 20. veka ostvarene su i najveće godišnje stope rasta broja samoubistava (17% u 1991. i 11% u 1992). I ostale ratne 1990-e godine izdvajaju se po relativno velikom broju samoubistava (stalno preko 1400).¹ To su, i

¹ Pre toga, jedino je 1987. godine broj suicida bio veći od 1400.

pored izvesnih oscilacija, svakako godine s najvećim brojem samoubistava od kada zvanična statistika redovno objavljuje podatke o suicidnoj smrtnosti u Srbiji.

Relativna stabilnost, ali na nižem nivou, ostvarena je i tokom prvih 6 godina prve decenije 21. veka. U tom šestogodišnjem razdoblju, godišnji broj suicida kretao se u intervalu od 1449 (2002) do 1346 (2004).

Međutim, već od 2007. godine vrlo je vidljiv opadajući trend u kretanju broja suicida. S izuzetkom 2009. i 2011, svih ostalih godine beleženo je smanjenje broja suicida. Ono je bilo intenzivnije nego u prethodnom potperiodu, a broj samoubistava dostigao je minimalni nivo u 2014. godini (1134), a minimalna je bila i vrednost stope suicida (15,9 na 100.000). Te godine registrovani su najmanji broj umrlih usled samoubistva kao i najniža stopa suicida ne samo u periodu 1990-2014, već nakon 1980. godine (1123 umrlih ili 14,6 na 100.000 stanovnika). Ipak, vrednost stope suicida od 15,9 na 100.000 koja je izračunata za poslednju godinu (2014), identična je onoj izračunatoj za početnu godinu (1990) posmatranog perioda,² što samim tim relativizira činjenicu o smanjenju godišnjeg broja suicida.

Tabela 4.4-1.
Broj samoubistva, opšta stopa suicida i standardizovana stopa suicida.
Srbija, 1990-2014, po pojedinačnim godinama

| Godina | Broj suicida | Stopa suicida na 100000 | Udeo u ukupnoj smrtnosti (%) | Standard. stopa suicida na 100000 | Godina | Broj suicida | Stopa suicida na 100000 | Udeo u ukupnoj smrtnosti (%) | Standard. stopa suicida na 100000 |
|--------|--------------|-------------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------|--------------|-------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| 1990 | 1254 | 15,9 | 1,47 | 15,9 | 2003 | 1381 | 18,5 | 1,33 | 16,5 |
| 1991 | 1472 | 18,8 | 1,65 | 18,7 | 2004 | 1346 | 18,0 | 1,29 | 15,8 |
| 1992 | 1638 | 20,9 | 1,75 | 20,6 | 2005 | 1442 | 19,4 | 1,35 | 16,7 |
| 1993 | 1619 | 20,7 | 1,70 | 20,3 | 2006 | 1444 | 19,5 | 1,40 | 16,8 |
| 1994 | 1527 | 19,6 | 1,64 | 19,0 | 2007 | 1354 | 18,3 | 1,32 | 15,8 |
| 1995 | 1426 | 18,3 | 1,52 | 17,7 | 2008 | 1290 | 17,6 | 1,26 | 15,2 |
| 1996 | 1484 | 19,1 | 1,51 | 18,4 | 2009 | 1376 | 18,8 | 1,32 | 16,1 |
| 1997 | 1622 | 20,9 | 1,65 | 20,0 | 2010 | 1209 | 16,6 | 1,17 | 13,8 |
| 1998 | 1460 | 18,8 | 1,47 | 17,9 | 2011 | 1256 | 17,4 | 1,22 | 14,3 |
| 1999 | 1572 | 20,3 | 1,55 | 19,2 | 2012 | 1245 | 17,3 | 1,22 | 14,3 |
| 2000 | 1546 | 20,1 | 1,49 | 18,4 | 2013 | 1198 | 16,7 | 1,19 | 13,9 |
| 2001 | 1443 | 18,8 | 1,46 | 17,0 | 2014 | 1134 | 15,9 | 1,12 | 13,0 |
| 2002 | 1449 | 19,3 | 1,41 | 17,5 | | | | | |

Izvor: Podaci o broju samoubistava preuzeti iz zvaničnih publikacija RZS-a i SZS-a (*Demografska statistika*, odgovarajuće godine); ostali podaci predstavljaju rezultat izračunavanja autora na osnovu zvaničnih statističkih podataka o broju suicida, o procenjenom broju stanovnika sredinom godine (osim za period 1991-2001. za koji su korišćene procene autora) i o ukupnom broju umrlih.

Napomena: Standardizovane stope suicida po starosti izračunate su na osnovu specifičnih stopa suicida po godinama. Standardnu populaciju je predstavljalo procenjeno stanovništvo Srbije (bez Kosova i Metohije) po starosti za 1990. god.

² S obzirom da je procenjeni broj stanovnika za 1990. godinu približno za 1 % veći od realnog (nisu rađene poslepopisne korekcije), srazmerno bi i stvarna stopa suicida trebalo da bude veća od izračunate (16,0 prema 15,9 na 100.000).

Ukoliko se razdoblje 1990-2014. i u pogledu kretanja suicidalne smrtnosti stanovništva Srbije podeli na tri potperioda (1990-2000, 2001-2006. i 2007-2014), analogno podeli na potperiode prilikom razmatranja opštih društvenih prilika u zemlji, tada je prosečan godišnji broj samoubistava kontinuirano opadao (tabela 4.4-2). U prvom podrazdoblju broj umrlih usled samoubistava iznosio je 1511, u drugom 1418, a u trećem 1258. Inače, maksimalan godišnji broj samoubistava je takođe bio registrovan početkom prvog potperioda (1638 u 1992), a minimalan poslednje godine posmatranog razdoblja (1134 u 2014). Maksimum, koji je dostignut 1992, predstavlja i najveći godišnji broj samoubistava od 1953. do 2014, dok je broj samoubistava iz 2014. bio najmanji ne samo u posmatраним četvrt veka, nego i u prethode 34 godine. Naime, od 1981. do 2013, broj samoubistava je svake godine bio veći nego 2014.

Što se tiče kretanja udela samoubistava u ukupnom broju umrlih, ona mogu, ali i ne moraju da se odvijaju u istom smeru i istim intenzitetom kao što je to kretanje broja ili pak stope suicida. Ipak, tokom čitavog perioda, s izuzetkom 1996. i 2002. godine, udeo samoubistava u ukupnom broju umrlih u Srbiji imao je istovetan smer kretanja kao kretanje broja umrlih usled samoubistava i stope suicida na 100.000 stanovnika. Razlika postoji, ali samo u pogledu intenziteta promena ta tri pokazatelja suicidalnog mortaliteta u periodu 1990-2014. Naime, smanjenje između prve i poslednje godine tog perioda bilo je najintenzivnije kod promene udela umrlih usled samoubistava u ukupnom broju umrlih. I dok je broj suicida u 2014. bio za 10 % manji nego u 1990, a stopa suicida manja za nepunih 1 %, udeo samoubistava u ukupnoj smrtnosti je smanjen za četvrtinu (sa 1,47 % na 1,12 %). Takvo relativno intenzivno smanjenje udela prvenstveno je rezultat uglavnom potpuno suprotnog kretanja broja umrlih tj. njihovog vrlo ubrzanog povećanja (sa 85,5 hiljada na 101,2 hiljade).

Tabela 4.4-2.
Broj samoubistava i opšta stopa suicida po polu. Srbija, 1990-2014, po razdobljima.

| | Pol | 1990-2014 | 1990-2000 | | | 2001-2006 | 2007-2014 |
|--|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | | ukupno | 1990-1995 | 1996-2000 | | |
| Broj samoubistava (za period) | Svega | 35187 | 16620 | 8936 | 7684 | 8505 | 10062 |
| | Muško | 24862 | 11395 | 6074 | 5321 | 6088 | 7379 |
| | Žensko | 10325 | 5225 | 2862 | 2363 | 2417 | 2683 |
| Broj samoubistava (prosečno godišnje) | Svega | 1407 | 1511 | 1489 | 1537 | 1418 | 1258 |
| | Muško | 994 | 1036 | 1012 | 1064 | 1015 | 922 |
| | Žensko | 413 | 475 | 477 | 473 | 403 | 335 |
| Udeo u ukupnom broju suicida (%) | Svega | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | Muško | 70,7 | 68,6 | 68,0 | 69,2 | 71,6 | 73,3 |
| | Žensko | 29,3 | 31,4 | 32,0 | 30,8 | 28,4 | 26,7 |
| Stopa suicida (na 100.000) | Svega | 18,6 | 19,4 | 19,0 | 19,8 | 18,9 | 17,3 |
| | Muško | 27,0 | 27,1 | 26,3 | 28,0 | 27,8 | 26,1 |
| | Žensko | 10,7 | 12,0 | 12,0 | 12,0 | 10,5 | 9,0 |

Izvor: Kao za tabelu 4.4-1

Na opadajući trend u pogledu kretanja suicidalne smrtnosti stanovništva Srbiju u periodu 1990-2014. ukazuju i izračunate vrednosti standardizovene stope suicida. Naime, ukoliko bi kao standardna populacija poslužilo stanovništvo Srbije distribuirano po starosti kao 1990. godine, i na taj način bio eliminisan uticaj promene

starosne strukture na kretanje broja samoubistava, tada bi poslednje godine posmatranog perioda stopa suicida (standardizovana) iznosila 13,0 umesto empirijskih 15,9 na 100.000. Ujedno, pod pretpostavkom odsustva promene starosne strukture, ali uz istovremnu pretpostavku da bi se u datoj simulaciji broj stanovnika menjao kao u stvarnosti (smanjenje sa 7,9 miliona u 1990. na 7,1 milion u 2014), tada bi ukupan broj smrtnih slučajeva usled samoubistva u periodu 1990-2014. iznosio 32 hiljade umesto statistički registrovanih 35 hiljada.

Razlike po velikim područjima

Naglašene regionalne razlike su jedna od osnovnih osobenosti smrtnosti stanovništva Srbije. One se najočiglednije primećuju kroz decenijama prisutne neujednačenosti između Centralne Srbije i Vojvodine, kako vrednosti opšte stope smrtnosti, tako i dužine očekivanog trajanja života, i uvek su nepovoljnije u slučaju Vojvodine (Penev, 2003; Radivojević, 2006; Radivojević, Marinković, 2015).

Razlike između velikih područja u pogledu smrtnosti usled samoubistva još su izraženije. Stopa samoubistava stalno je viša u Vojvodini, i to kako tokom čitave druge polovine 20. veka, tako i u prvih deceniju i po 21. veka (tabele 4.3-10 i 4.4.3). U 25-godišnjem razdoblju 1990-2014, regionalna diferenciranost bila je najnaglašenija početkom 1990-ih, tj. u vreme kada je u Srbiji došlo do intenzivnog povećanja broja samoubistava, kao i rekordnih vrednosti stope suicida (1992-1993). Međutim, iako je tada povećanje broja suicida ostvareno na oba velika područja Srbije, maksimalna stopa suicida registrovana je samo u Vojvodini (34,5 na 100.000 u 1993). Neujednačen intenzitet promena, rezultirao je u prvoj polovini 1990-ih približno dvostruko većim vrednostima godišnjih stopa suicida u Vojvodini nego u Centralnoj Srbiji. U 1991, 1992. i 1993. stope suicida u Vojvodini su čak bile i više nego dvostruko veće nego u Centralnoj Srbiji. To su godine kada je ostvarena najveća relativna, ali i apsolutna razlika u nivou stope suicida na ta dva velika područja Srbije. Kasnije promene u vrednostima stope samoubistava vodile su ka smanjenju razlika, tako da su u prvoj polovini 2010-ih godišnje stope suicida u Vojvodini bile približno za 50 % veće nego u Centralnoj Srbiji.

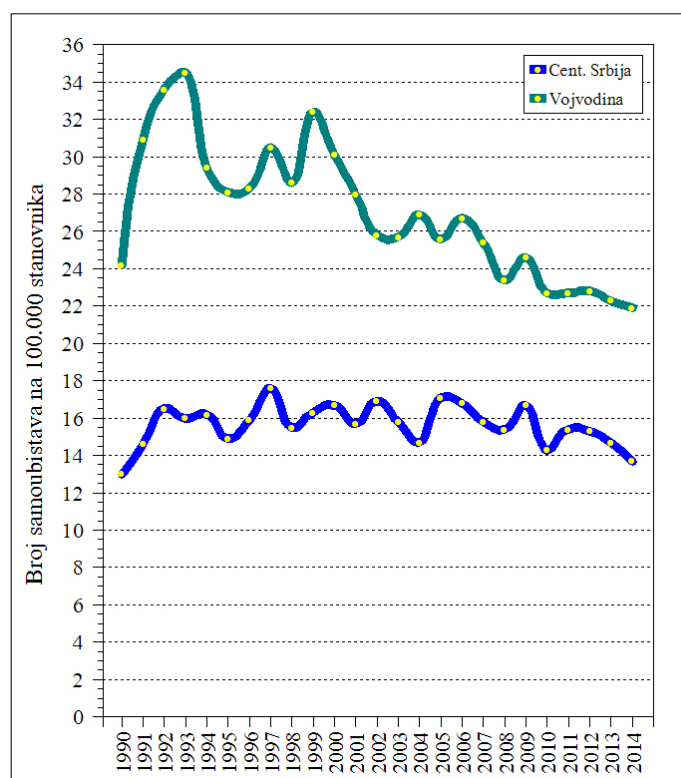
Na regionalnu diferenciranost nivoa i smera promena suicidnog mortaliteta u Srbiji ukazuje i podatak da je u Centralnoj Srbiji minimalna stopa suicida registrovana na samom početku posmatranog razdoblja (13,0 na 100.000 u 1990), dok se u Vojvodini izračunata minimalna stopa suicida odnosi na poslednju godinu istog perioda (21,9 na 100.000 u 2014). Ta minimalna vojvođanska stopa bila je veća od maksimalne stope suicida za Centralnu Srbiju koja je iznosila 17,6 na 100.000 u 1997 (grafikon 4.4-2). Inače, godišnje fluktuacije broja, a naročito stope suicida bile su znatno izraženije u Vojvodini nego u Centralnoj Srbiji (tabela 4.4-3). U Vojvodini su se vrednosti opšte stope samoubistva kretale u intervalu od 34,5 na 100.000 stanovnika (1993) i 21,9 na 100.000 stanovnika (2014), dok je u Centralnoj Srbiji interval varijacije bio gotovo tri puta manji. Ujedno je i vrednost koeficijenta varijacije godišnje stope suicida u periodu 1990-2014. za Vojvodinu imala gotovo dvostruko veću vrednost, nego za Centralnu Srbiju (0,13 prema 0,07).

Tabela 4.4-3.
Broj samoubistava, opšta stopa suicida i standardizovana stopa suicida.
Centralna Srbija i Vojvodina, 1990-2014.

| Godina | Centralna Srbija | | | | Vojvodina | | | |
|--------|------------------|-------------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------|-------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| | broj suicida | stopa suicida na 100000 | udeo u ukupnoj smrtnosti (%) | standard. stopa suicida na 100000 | broj suicida | stopa suicida na 100000 | udeo u ukupnoj smrtnosti (%) | standard. stopa suicida na 100000 |
| 1990 | 759 | 13,0 | 1,26 | 13,0 | 495 | 24,2 | 1,96 | 23,9 |
| 1991 | 849 | 14,6 | 1,36 | 14,6 | 623 | 30,9 | 2,35 | 30,6 |
| 1992 | 962 | 16,5 | 1,47 | 16,2 | 676 | 33,6 | 2,42 | 33,1 |
| 1993 | 928 | 16,0 | 1,38 | 15,5 | 691 | 34,5 | 2,47 | 34,2 |
| 1994 | 939 | 16,2 | 1,43 | 15,7 | 588 | 29,4 | 2,14 | 28,4 |
| 1995 | 867 | 14,9 | 1,30 | 14,4 | 559 | 28,1 | 2,06 | 27,4 |
| 1996 | 923 | 15,9 | 1,33 | 15,4 | 561 | 28,3 | 1,92 | 27,0 |
| 1997 | 1019 | 17,6 | 1,47 | 16,9 | 603 | 30,5 | 2,11 | 28,9 |
| 1998 | 897 | 15,5 | 1,28 | 14,8 | 563 | 28,6 | 1,92 | 27,2 |
| 1999 | 937 | 16,3 | 1,30 | 15,1 | 635 | 32,4 | 2,17 | 31,2 |
| 2000 | 959 | 16,7 | 1,30 | 15,2 | 587 | 30,1 | 1,95 | 28,0 |
| 2001 | 901 | 15,7 | 1,28 | 14,3 | 542 | 28,0 | 1,90 | 25,2 |
| 2002 | 923 | 16,9 | 1,26 | 15,1 | 526 | 25,8 | 1,78 | 23,9 |
| 2003 | 860 | 15,8 | 1,16 | 13,9 | 521 | 25,7 | 1,75 | 23,6 |
| 2004 | 802 | 14,7 | 1,08 | 12,7 | 544 | 26,9 | 1,83 | 24,2 |
| 2005 | 927 | 17,1 | 1,21 | 14,7 | 515 | 25,6 | 1,71 | 22,2 |
| 2006 | 909 | 16,8 | 1,23 | 14,5 | 535 | 26,7 | 1,84 | 23,2 |
| 2007 | 849 | 15,8 | 1,15 | 13,5 | 505 | 25,4 | 1,75 | 22,2 |
| 2008 | 826 | 15,4 | 1,11 | 13,2 | 464 | 23,4 | 1,65 | 20,4 |
| 2009 | 892 | 16,7 | 1,18 | 14,1 | 484 | 24,6 | 1,71 | 21,4 |
| 2010 | 765 | 14,3 | 1,02 | 11,9 | 444 | 22,7 | 1,56 | 19,1 |
| 2011 | 818 | 15,4 | 1,09 | 12,7 | 438 | 22,7 | 1,56 | 18,9 |
| 2012 | 806 | 15,3 | 1,08 | 12,6 | 439 | 22,8 | 1,60 | 19,2 |
| 2013 | 772 | 14,7 | 1,05 | 12,3 | 426 | 22,3 | 1,58 | 18,4 |
| 2014 | 718 | 13,7 | 0,97 | 11,2 | 416 | 21,9 | 1,53 | 17,9 |

Izvor i napomena: Kao uz tabelu 4.4-1

Što se tiče distribucije broja umrlih usled samoubistva po velikim područjima Srbije, Centralna Srbija je tokom čitavog razdoblja učestvovala sa preko 50 %, ali je njen udeo u suicidinom mortalitetu Srbije bio stalno manji od njenog udela u ukupnom stanovništvu zemlje. Najveća razlika između ta dva područja u visini procentnih udela broja suicida ostvarena je 2011. godine, kada je broj suicida u Centralnoj Srbiji bio gotovo 2 puta veći nego u Vojvodini (65 % prema 35 %). Najmanja razlika zabeležena je u vreme maksimalne suicidne smrtnosti u Vojvodini (1993), kada su procentni udeli umrlih usled samoubistva po velikim područjima Srbije iznosili 57 % prema 43 %.



Grafikon 4.4-2

Stopa suicida. Centralna Srbija i Vojvodina, 1990-2014.

Već su spomenuti neki od osnovnih razloga stalno prisutnih velikih razlika u suicidalnom mortalitetu između Centralne Srbije i Vojvodine. I u nastavku će se ukazati na najvažnije neposredne determinante suicidalnog mortaliteta stanovništva ta dva velika područja, ali je očigledno da su one prisutne kako u grupi čisto demografskih (struktura po starosti i polu) faktora, zatim u socijalnom i etnokulturološkom domenu, kao i u sastavu stanovništva po školskoj spremi, a takođe i u dominantnim porodičnim strukturama. Takođe, ne treba zanemariti razlike u kvalitetu statističkih podataka odnosno u stepenu obuhvata broja umrlih usled samoubistva.

Još jedan osvrt na kvalitet statističkih podataka: rezultati simulacije

U nedostatku istraživanja koji se detaljnije bave kvalitetom statističkih podataka o suicidalima u Srbiji, a da bi se stekao uvid u moguće razmere stepena statističkog neobuhvata te pojave, od koristi je i primena rezultata istraživanja u drugim zemljama. Ovog puta primenjena je matematička simulacija na osnovu rezultata dobijenih već spomenutom anketom sprovedenom u Francuskoj krajem 2000-ih (poglavlje 4.1), a koji su poslužili kao polazište za izradu ocene kvaliteta podataka o smrtnosti usled samoubistva u Francuskoj u 2006. godini (Aouba et al., 2011).

Simulacije su rađene za Srbiju, zatim za Centralnu Srbiju i Vojvodinu, kao i za 25 upravnih okruga. Za nacionalni nivo su odabrane po dve godine, najpre s kraja 1990-ih (1998-1999), zatim za sredinu 2000-ih (2005-2006) i na kraju za početak 2010-ih godina (2011-2012). Procene za Centralnu Srbiju, Vojvodinu i okruge rađene su samo

za 2005. i 2012. godinu. Korišćen je isti metod. Usvojena je jednostavna pretpostavka da je procentni udeo samoubistava u ukupnom broju smrti nepoznatog uzroka (R99), zatim u broju nasilnih smrti neutvrđenog porekla (Y10-Y34), kao i ukupnom broju statistički evidentiranih samoubistava (X60-X84) isti kao prema rezultatima anketnog istraživanja koji su dobijeni za Francusku u 2006. godini. Prema francuskoj anketi, udeli suicida u smrtima šifrovanim sa R99, Y10-Y34 i X60-X84 iznosili su 13,8 %, 64,3 % i 98,0 %, respektivno. Isti procentni udeli, i to identični za sve godine, predstavljali su i korektivne faktore na osnovu kojih je dobijen korigovan broj suicida za Srbiju u posmatranom periodu.

Pojednostavljeno, rezultati takve matematičke simulacije se samo "radno" mogu nazvati procenama stvarnog broja samoubistava u Srbiji. To naročito stoga što su pretpostavke preuzete iz istraživanja koje se bavilo problemom podregistracije suicida u jednoj drugoj, po mnogo čemu različitoj zemlji. Za prave, na podacima utemeljene procene neobuhvata suicida u Srbiji neophodno je sprovesti novo istraživanje, koje bi trebalo da bude sveobuhvatno, u kome bi se vodilo računa o razlikama po polu, starosti, tipu naselja itd, kao i nekim srpskim specifičnostima koje se odnose na regionalne i etničke razlike.

Ipak, i pored velikih ograničenja, rezultati simulacije u kojoj se pošlo od iste osnovne pretpostavke i u kojoj je primenjen isti korektivni koeficijent kao i u spomenutom francuskom istraživanju iz 2008/2009, mogu sasvim dobro da posluže kao ilustracija smeru promena u domenu kvaliteta statističkih podataka o suicidima, ali i kao prva, provizorna procena razmera podregistracije broja samoubistava u Srbiji.

U uvodnom delu poglavlja 4.1 razmatrane su skorašnje promene ukupnog broja smrti nepoznatog uzroka i broja nasilnih smrti neutvrđenog porekla i konstatovano je da su se od kraja 1990-ih do početka 2010-ih one odvijale u smeru koji upućuje na poboljšanje kvaliteta statističkih podataka o suicidima, odnosno na znatno smanjenje broja smrti koji bi mogli da "kriju" slučajeve suicida. Ipak, poređenje s Francuskom upućuje na zaključak da je u Srbiji statistička podregistracija suicida verovatno i dalje vrlo značajno prisutna.

Prema dobijenim rezultatima matematičke simulacije koji su prikazani u tabeli 4.4-4 razlika između zvanično evidentiranih samoubistava i "korigovanog" broja samoubistava bila je najveća krajem 1990-ih, a rekordna ratne 1999. godine (77 %). Te godine je izračunata stopa suicida od 20,3 na 100.000 stanovnika, dok je "procenjena" korigovana stopa iznosila 36,1 na 100.000. Tokom 2000-ih beleži se smanjenje broja suicida, ali takođe je prisutno i smanjenje broja smrti nepoznatog uzroka odnosno nasilnih smrti neutvrđenog porekla. U 2012. u Srbiji je registrovano 1245 samoubistava, što znači da je to, posle 2010-te, godina s najmanjim brojem suicida u proteklom tridesetogodišnjem periodu. Za tu godinu izračunat je i najmanji korigovani broj samoubistava (1739), ali isto tako je najmanja i razlika, apsolutna i relativna u odnosu na evidentiran broj samoubistava od strane RZS-a (494 suicida odnosno 40 %).

Tabela 4.4-4
Procena broja suicida u Srbiji, 1998-1999, 2005-2006 i 2011-2012: rezultati simulacije
(prema pretpostavkama iz studije CépiDc-2006)

| Godina | Nepoznat uzrok smrti (R99) | | Nasilne smrti neutvrđenog porekla (Y10-Y34) | | Samoubistva (X60-X84) | | Ukupan broj suicida nakon korekcije | Korigovana stopa suicida (na 100.000) | Stopa suicida prema RZS-u (na 100.000) |
|--------|----------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| | Podaci RZS-a | Pretpostavljeni broj suicida (k=.138) | Podaci RZS-a | Pretpostavljeni broj suicida (k=.643) | Podaci RZS-a | Pretpostavljeni broj suicida (k=.980) | | | |
| 1998 | 5277 | 728 | 635 | 408 | 1460 | 1431 | 2567 | 33,1 | 18,8 |
| 1999 | 5459 | 753 | 765 | 492 | 1572 | 1541 | 2786 | 36,1 | 20,3 |
| 2005 | 4148 | 572 | 517 | 332 | 1440 | 1411 | 2316 | 31,1 | 19,4 |
| 2006 | 2991 | 413 | 334 | 215 | 1443 | 1414 | 2042 | 27,5 | 19,5 |
| 2011 | 2469 | 341 | 343 | 221 | 1256 | 1231 | 1792 | 24,8 | 17,4 |
| 2012 | 2019 | 279 | 373 | 240 | 1245 | 1220 | 1739 | 24,1 | 17,3 |

U poređenju s Francuskom, razlika između empirijskih ("zvaničnih") i teorijskih ("korigovanih") vrednosti suicida veća je preko četiri puta (40 % prema 9%). Međutim, u poređenju s nekim drugim evropskim zemljama razlika je znatno manja, čak i ako se posmatraju uporedive godine (npr. 1998). Slične simulacije koje su rađene za druge evropske zemlje, ali na osnovu rezultata istraživanja za Francusku u 1998. godini (Andriessen, 2006), omogućavaju drugačiji uvid u ocenu kvaliteta podataka o suicidima u Srbiji. Na primer, za Portugaliju su korigovane stope suicida bile blizu četiri puta veće od empirijskih (25,3 prema 6,6 na 1000.000), dok su za Dansku one bile veće za preko 60 % (31,9 prema 19,8 na 100.000).

Rezultati simulacije koji se odnose na niže teritorijalne celine, u ovom slučaju na Centralnu Srbiju i Vojvodinu, potvrđuju osnovni zaključak o vrlo izvesnom postojanju značajnog statističkog neobuhvata suicida. Međutim, evidentno je i poboljšanje kvaliteta statističkih podataka o izvršenim samoubistvima odnosno o smanjenju broja smrti nepoznatog uzroka kao i broja nasilnih smrti nepoznatog porekla, s druge strane (tabela 4.4-4). Ovom prilikom biće reči samo o 2005. i 2012. godinama za koje jedino raspoložemo zvaničnim statističkim podacima koji su, prema usvojenom postupku neophodni za izračunavanje korigovane stope suicida.

Posebno su indikativni rezultati koji se odnose na Vojvodinu, a naročito ukoliko se porede s rezultatima simulacije za Centralnu Srbiju. Vojvodina je u obe posmatrane godine imala znatno veći udeo statistički obuhvaćenih suicida, koji je 2005. iznosio 81 %, a 2012. 83 %. Istovremeno, rezultati koji se odnose na Centralnu Srbiju ukazuju na znatno manji obuhvat, ali i na znatno poboljšanje kvaliteta statističkih podataka relevantnih za procenu stvarnog broja samoubistava. Naime, za to područje Srbije procena statističkog obuhvata suicida je povećana sa 55 % u 2005, na 67 % u 2012. Vojvodina je tokom čitavog analiziranog 62-godišnjeg razdoblja 1953-2014. imala znatno više stope suicida od Centralne Srbije. Poslednjih desetak godina razlike su prilično stabilne, stopa je u Vojvodini veća za oko 50 %, ali se apsolutna razlika smanjuje. Za izabrane godine ona je smanjena sa 8,4 poena u 2005. na 7,5 poena u 2012 (tabela 4.4-5).

Tabela 4.4-5
Procena broja suicida u Centralnoj Srbiji i Vojvodini, 2005. i 2012: rezultati simulacije
(prema pretpostavkama iz studije CépiDc-2006)

| Godina | Nepoznat uzrok smrti (R99) | | Nasilne smrti neutvrđenog porekla (Y10-Y34) | | Samoubistva (X60-X84) | | Ukupan broj suicida nakon korekcije | Korigovana stopa suicida (na 100000) | Stopa suicida prema RZS-u (na 100000) |
|------------------|----------------------------|--|---|--|-----------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| | Podaci RZS-a | Pretpostavljeni broj suicida (k=0.138) | Podaci RZS-a | Pretpostavljeni broj suicida (k=0.643) | Podaci RZS-a | Pretpostavljeni broj suicida (k=0.980) | | | |
| Centralna Srbija | | | | | | | | | |
| 2005 | 3785 | 522 | 387 | 249 | 926 | 907 | 1679 | 30,9 | 17,1 |
| 2012 | 1782 | 246 | 268 | 172 | 806 | 790 | 1208 | 22,9 | 15,3 |
| Vojvodina | | | | | | | | | |
| 2005 | 363 | 50 | 130 | 84 | 514 | 504 | 637 | 31,7 | 25,6 |
| 2012 | 237 | 33 | 105 | 68 | 439 | 430 | 531 | 27,6 | 22,8 |

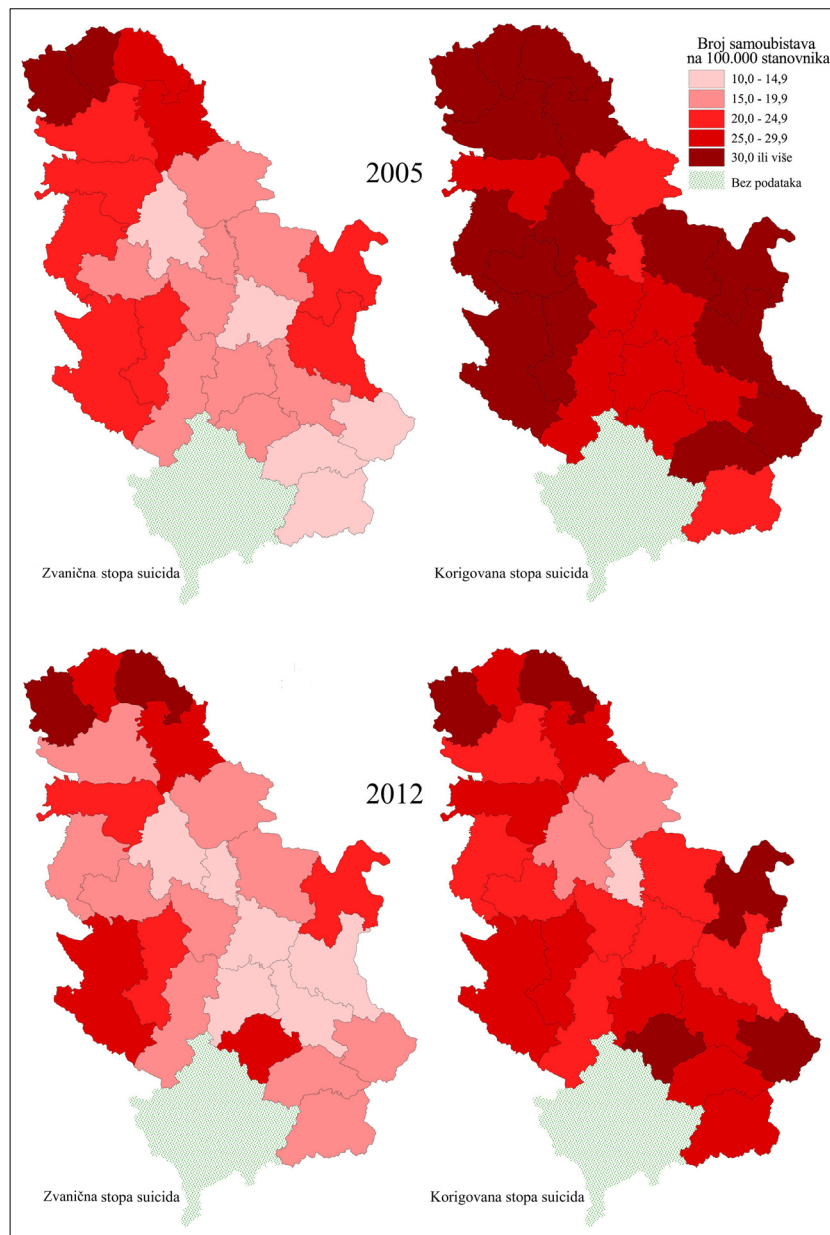
Stope suicida za Vojvodinu su i nakon korekcija dobijenih matematičkom simulacijom, veće nego za Centralnu Srbiju, ali su razlike u odnosu na empirijske značajno manje. Za 2005. godinu razlika dobijenih korigovanih stopa suicida je minimalna (31,7 prema 30,9 na 100.000 stanovnika). Za 2012. godinu razlike su znatno veće (27,6 prema 22,9 na 100.000 ili 4,7 poena), ali su mnogo manje nego prilikom poređenja zvaničnih stopa suicida objavljenih od strane RZS-a (22,8 prema 15,3 na 100.000 ili 7,5 poena).

Razlike po područjima u pogledu procene kvaliteta podataka relevantnih za statističko praćenje suicida postaju još upečatljivije ukoliko se posmatranje svede na još niži teritorijalni nivo. Rezultati identične matematičke simulacije za koju su usvojene iste pretpostavke ukazuju da se Vojvodina i na nivou okruga izdvaja kao područje u Srbiji s verovatno najvećim statističkim obuhvatom samoubistava.³ Naime, u svim vojvođanskim okruzima, osim u Južnobačkom 2012. godine, u obe posmatrane godine procenjeni statistički obuhvat suicida bio je veći (u 2005. se kretao u intervalu od 69 % do 95 %, a 2012 od 69 % do 96 %), a u većini okruga znatno veći od republičkog proseka, koji je iznosio 62 % (2005) odnosno 72 % (2012). U 2005. godini vrednosti stope suicida su se kretale u intervalu od 23 na 100.000 (Južnobački okrug) do 37 na 100.000 (Severnobački). Nakon korekcije, vrednosti stope suicida su povećane u svih sedam vojvođanskih okruga, ali razlika u odnosu na "zvaničnu" nije bila veća od 10 poena.

Podaci o broju umrlih nepoznatog uzroka i nasilnim smrtima neutvrđenog porekla koji se odnose na okruge u Centralnoj Srbiji upućuju na zaključak da je u tom delu Srbije statistički neobuhvat samoubistava znatno veći nego u Vojvodini. Na osnovu rezultata matematičke simulacije broj zvanično evidentiranih suicida u odnosu na ukupan broj suicida nakon "korekcije" (izražen u procentima), koji smo uslovno nazvali statistički obuhvat suicida, kretao se u 2005. u intervalu od 33 %, u Jablaničkom okrugu, do 76 % u Zlatiborskom okrugu (tabela 4.4-6 i karta 4.4-1). U 2012. godini obuhvat je

³ Pod terminom "statistički obuhvat suicida" podrazumevamo odnos broja samoubistava koji je objavio RZS i korigovanog broja suicida dobijenog na osnovu ranije interpretirane matematičke simulacije.

povećan, i bio je između 40 % (Nišavski) i 86 % (Šumadijski okrug). Ipak, i pored očiglednog poboljšanja, "obuhvat" suicida je u većini okruga (10/18) manji do republičkog proseka (72 %), a u svega četiri veći od vojvođanskog proseka (83 %).



Karta 4.4-1
Zvanična i korigovana stopa suicida (na 100.000).
Srbija, po okruzima, 2005. i 2012.

Simptomatično je da su u okruzima u kojima je procenjen najveći statistički neobuhvat broja samoubistava ujedno i najmanje vrednosti stope suicida izračunate na osnovu zvaničnih podataka RZS-a. To je pre svega bio slučaj u 2005. godini, kada je svih 6 okruga s najnižim stopama suicida (13,4 do 15,1 na 100.000) spadalo u grupu od ukupno 7 okruga s najvećim "neobuhvatom" suicida (od 46 % do 67 %). Slična situacija je zabeležena i 2012. godine, ali je veza između nivoa zvanične stope suicida i procenjenog neobuhvata samoubistava bila manje naglašena nego 7 godina ranije.

Naime, prema podacima iz 2012. godine od 6 okruga s najnižim stopama suicida (ispod 16 na 100.000), u 4 je udeo "neobuhvata" bio među najvećim u Srbiji (između 60 % i 40 %). Jedini pravi izuzetak je bio Podunavski okrug sa 11,6 samoubistava na 100.000 stanovnika i "neobuhvatom" od svega 17 %.

Tabela 4.4-6

Broj suicida prema zvaničnoj statistici i nakon korekcije, ukupno i stopa na 100.000 stanovnika. Srbija, po okruzima, 2005. i 2012.

| Upravni okrug | 2005 | | | | | 2012 | | | | |
|-----------------|---------------------|------------|---------------------------|------------|----------------------|---------------------|------------|---------------------------|------------|----------------------|
| | Suicidi (prema RZS) | | Suicidi (posle korekcije) | | "Obuhvat" (procenti) | Suicidi (prema RZS) | | Suicidi (posle korekcije) | | "Obuhvat" (procenti) |
| | ukupno | na 100.000 | ukupno | na 100.000 | | ukupno | na 100.000 | ukupno | na 100.000 | |
| Grad Beograd | 220 | 13,8 | 525 | 32,9 | 41,9 | 191 | 11,5 | 283 | 17,0 | 67,4 |
| Severnobački | 73 | 37,1 | 77 | 39,0 | 95,1 | 41 | 28,0 | 43 | 29,2 | 96,0 |
| Srednjobanatski | 60 | 29,7 | 66 | 32,5 | 91,3 | 51 | 27,4 | 56 | 30,0 | 91,5 |
| Severnobanatski | 46 | 28,6 | 51 | 31,8 | 90,0 | 66 | 35,5 | 70 | 37,7 | 94,2 |
| Južnobanatski | 57 | 18,3 | 71 | 23,0 | 79,8 | 51 | 17,5 | 55 | 18,9 | 92,7 |
| Zapadnobački | 65 | 31,5 | 77 | 37,3 | 84,2 | 59 | 31,7 | 73 | 39,3 | 80,5 |
| Južnobački | 135 | 22,6 | 195 | 32,6 | 69,2 | 101 | 16,4 | 148 | 24,1 | 68,1 |
| Sremski | 78 | 23,1 | 100 | 29,7 | 77,8 | 70 | 22,6 | 85 | 27,4 | 82,2 |
| Mačvanski | 75 | 23,2 | 106 | 32,7 | 71,0 | 54 | 18,2 | 66 | 22,3 | 81,8 |
| Kolubarski | 35 | 18,7 | 57 | 30,6 | 61,0 | 32 | 18,5 | 41 | 23,7 | 78,1 |
| Podunavski | 35 | 16,8 | 50 | 24,2 | 69,5 | 23 | 11,6 | 28 | 13,9 | 83,3 |
| Braničevski | 35 | 17,7 | 68 | 34,3 | 51,7 | 33 | 18,2 | 38 | 21,1 | 85,9 |
| Šumadijski | 55 | 18,6 | 78 | 26,5 | 70,3 | 53 | 18,1 | 60 | 20,5 | 88,5 |
| Pomoravski | 30 | 13,4 | 58 | 25,9 | 51,9 | 29 | 13,6 | 51 | 24,1 | 56,5 |
| Borski | 32 | 22,8 | 48 | 33,9 | 67,2 | 28 | 22,7 | 49 | 39,4 | 57,5 |
| Zaječarski | 30 | 22,7 | 47 | 36,0 | 63,2 | 16 | 13,5 | 28 | 23,7 | 57,1 |
| Zlatiborski | 73 | 23,7 | 96 | 31,2 | 76,1 | 72 | 25,3 | 84 | 29,6 | 85,6 |
| Moravički | 49 | 22,1 | 74 | 33,3 | 66,5 | 45 | 21,3 | 56 | 26,3 | 81,1 |
| Raški | 54 | 18,3 | 81 | 27,3 | 67,0 | 52 | 16,8 | 72 | 23,4 | 72,1 |
| Rasinski | 45 | 17,7 | 75 | 29,4 | 60,2 | 28 | 11,7 | 63 | 26,2 | 44,5 |
| Nišavski | 65 | 17,1 | 95 | 25,1 | 68,4 | 39 | 10,4 | 97 | 26,0 | 40,0 |
| Toplički | 15 | 15,1 | 29 | 28,9 | 52,3 | 26 | 28,7 | 48 | 53,3 | 53,8 |
| Pirotski | 15 | 14,8 | 39 | 38,5 | 38,4 | 15 | 16,4 | 32 | 35,2 | 46,7 |
| Jablanički | 32 | 13,6 | 97 | 41,1 | 33,0 | 35 | 16,3 | 61 | 28,4 | 57,6 |
| Pčinjski | 31 | 13,5 | 57 | 25,0 | 54,0 | 35 | 17,3 | 51 | 25,2 | 68,6 |

Drugi izuzetak, ali ne tako izrazit, je Grad Beograd, sa podjednako niskom stopom suicida (11,5 na 100.000), ali s neobuhvatom koji je bio na proseku za Centralnu Srbiju (33 %). Posebnu pažnju privlače podaci koji se odnose na 2005. godinu. Beograd je te godine imao jednu od najnižih zvaničnih stopa suicida (13,8 na 100.000), ali i vrlo visok procenjeni neobuhvat od 58 % (najveći posle Jablaničkog i Pirotskog okruga). Takva relacija nije iznenađenje, jer su i ostali okruzi s relativno malim brojem samoubistava imali visok "neobuhvat", ali se, ipak, za glavni grad očekivao bolji kvalitet podataka.

Svi spomenuti rezultati, uz nalaze koji se odnose na vojvođanske okruge, vrlo ilustrativno ukazuju ne samo da je i na nižim teritorijalnim nivoima prisutna jasno

izražena veza između nivoa zvanične stope suicida i kvaliteta statističkih podataka o broju izvršenih samoubistava, već i da je uglavnom i mnogo primetnija nego na nacionalnom nivou. Mora se istaći i da se u slučaju upravnih okruga uglavnom radi o demografski malim područjima, što posebno dobija na značaju prilikom razmatranja podataka o suicidima. Stoga su moguće značajne godišnje oscilacije, što nameće potrebu da se posmatraju podaci za jedan duži vremenski period, a zaključci donose na osnovu višegodišnjih proseka (od barem dve ili tri godine).

I pored brojnih ograda, navedeni rezultati matematičkih simulacija odnosno preliminarnih procena statističkog obuhvata suicida po područjima ipak omogućavaju jedan drugačiji aspekt gledanja na regionalne razlike u nivou smrtnosti usled samoubistva, i ukazuju da uzroke takvih pojava svakako treba tražiti i u kvalitetu statističkih podataka po područjima. Ono što je izvesno, to je potreba detaljnijeg razmatranja problema statističkog obuhvata suicidama u Srbiji i nastojanje da se on dalje poboljšava.

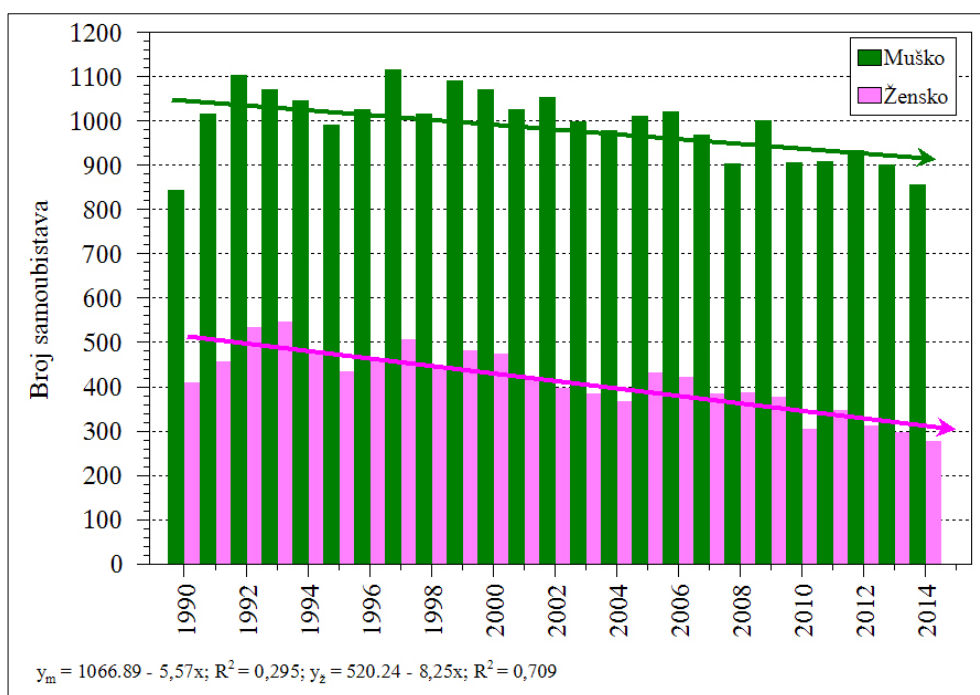
4.4.2. Samoubistva po polu

Samoubistva su i u 21. veku u većini zemalja znatno učestalija među muškarcima nego među ženama. Na svetskom nivou, taj odnos je početkom 2010-ih bio približno 2:1 (WHO, 2014). Veći broj samoubistava među ženama je u samo nekoliko azijskih zemalja. U Indiji i Kini, zemljama s najvećim brojem samoubistava u svetu, udeo muškaraca u ukupnom broju suicida je relativno nizak (60 % u Indiji) ili manji od udela žena (42 % u Kini). Što se tiče Evrope, u svim zemljama, osim u Albaniji, među licima koja su izvršila samoubistvo najmanje je dvostruko više muškaraca nego žena. U ogromnoj većini zemalja učešće muškaraca je preko 75 %, dok su u desetak, uglavnom bivših socijalističkih zemalja, muškarci najmanje 4 puta brojniji od žena (WHO, 2015).

Srbija u pogledu polne strukture lica koja su izvršila samoubistvo bitnije ne odudara od većine ostalih evropskih zemalja. U periodu 1990-2014 od ukupnog broja samoubistava 24,862 ili 70.7 % su izvršili muškarci, a 10,325 ili 29.3 % su bila samoubistva žena. To znači da je u odnosu na ranije posmatrano razdoblje (1953-1990), kada je udeo muškaraca iznosio 67 %, registrovano povećanje diferenciranosti u pogledu polne strukture lica koja su izvršila samoubistvo.

Vremenski posmatrano, i u okviru razdoblja 1990-2014, promene su se odvijale u smeru smanjenja broja samoubistava kod oba pola. Međutim, ono je bilo mnogo intenzivnije među ženama nego među muškarcima, što je rezultiralo sve većim disproporcijama u procentnim udelima suicida po polu (tabele 4.4-7 i 4.4-8 i grafikon 4.4-3) Ukoliko se 25-godišnje posmatra po petogodišnjim razdobljima, tada je u prvom (1990-1994) udeo muškaraca iznosio 67,7% , a u svakom narednom petogodišnjem potperiodu, osim između 2005. i 2009. godine, procentna zastupljenost muškaraca u ukupnom broju samoubistava bila je sve veća (74,6 % u 2010-2014). Ujedno, udeo

muških u ukupnom broju suicida bio je najmanji početkom 1990-ih (66,2 % u 1993), a najveća na samom kraju posmatranog perioda (75,6 % u 2014).



Grafikon 4.4-3
Broj i linija trenda samoubistava, po polu. Srbija, 1990-2014.

Ostvarene promene u polnoj strukturi umrlih usled samoubistva ukazuju da je, u poslednjih četvrt veka, udeo muškaraca bio najmanji u vreme najvećeg broja suicida, a udeo žena najmanji u vreme najmanjeg broja samoubistava. Iako je u razdoblju 1990-2014. prisutan opadajući trend broja suicida kako kod muškaraca, tako i kod žena, smanjenje je bilo mnogo intenzivnije kod žena. Prosečan godišnji broj samoubistava muškaraca u periodu 2010-2014. bio je za 11 % manji nego u 1990-1994 (901 prema 1016), dok je broj suicida žena bio manji za 37 % (307 prema 486). Ne samo da je procentno smanjenje broja suicida naglašeno različito po polu, već je u poslednjem petogodišnjem razdoblju apsolutno smanjenje prosečnog godišnjeg broja suicida muškaraca u odnosu na 1990-1994. bilo manje (115) od smanjenja broja suicida žena (179).

Tabela 4.4-7.
Broj i stopa samoubistva, po polu. Srbija, 1990-2014 (po petogodišnjim periodima)

| | Pol | 1990-2014 | 1990-1994 | 1995-1999 | 2000-2004 | 2005-2009 | 2010-2014 |
|----------------------------------|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Broj suicida | M. | 24862 | 5082 | 5241 | 5128 | 4904 | 4507 |
| | Ž. | 10325 | 2428 | 2323 | 2037 | 2002 | 1535 |
| Udeo u ukupnom broju suicida (%) | M. | 70,7 | 67,7 | 69,3 | 71,6 | 71,0 | 74,6 |
| | Ž. | 29,3 | 32,3 | 30,7 | 28,4 | 29,0 | 25,4 |

Izvor: Kao za tabelu 4.4-1

Sinhronizovanost smera promene broja suicida po polu još je vidljivija po godinama. Između godina 1990. i 2014, u svega 6 slučajeva promene broja suicida muškaraca i

žena nisu bile istosmerne, dok su se u 19 godina promene broja suicida u odnosu na prethodnu godinu odvijale u istom smeru za oba pola. To znači da, najčešće, kada se broj samoubistava muškaraca smanjivao u odnosu na prethodnu godinu, i broj suicida žena se takođe smanjivao. I obrnuto, povećanje broja samoubistava muškaraca bilo je uglavnom praćeno i povećanjem suicida žena (grafikon 4.4-4).

Tabela 4.4-8.
Broj i stopa samoubistva, po polu. Srbija, 1990-2014.

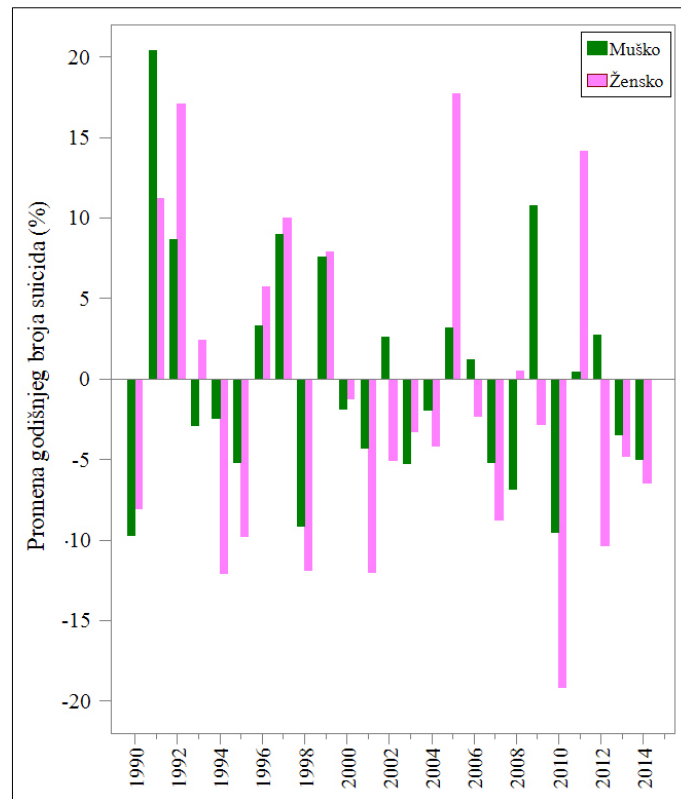
| Godina | Broj suicida | | Udeo u ukupnom broju suicida (%) | | Stopa suicida (na 100.000) | | Udeo u ukupnoj smrtnosti (%) | |
|--------|--------------|--------|----------------------------------|--------|----------------------------|--------|------------------------------|--------|
| | muško | žensko | muško | žensko | muško | žensko | muško | žensko |
| 1990 | 844 | 410 | 67,3 | 32,7 | 21,7 | 10,2 | 1,85 | 1,03 |
| 1991 | 1016 | 456 | 69,0 | 31,0 | 26,4 | 11,4 | 2,13 | 1,10 |
| 1992 | 1104 | 534 | 67,4 | 32,6 | 28,8 | 13,4 | 2,20 | 1,23 |
| 1993 | 1072 | 547 | 66,2 | 33,8 | 28,0 | 13,7 | 2,13 | 1,22 |
| 1994 | 1046 | 481 | 68,5 | 31,5 | 27,3 | 12,1 | 2,16 | 1,08 |
| 1995 | 992 | 434 | 69,6 | 30,4 | 25,9 | 10,9 | 2,05 | 0,95 |
| 1996 | 1025 | 459 | 69,1 | 30,9 | 26,8 | 11,6 | 2,02 | 0,97 |
| 1997 | 1117 | 505 | 68,9 | 31,1 | 29,3 | 12,7 | 2,19 | 1,08 |
| 1998 | 1015 | 445 | 69,5 | 30,5 | 26,7 | 11,3 | 1,96 | 0,93 |
| 1999 | 1092 | 480 | 69,5 | 30,5 | 28,8 | 12,2 | 2,08 | 0,98 |
| 2000 | 1072 | 474 | 69,3 | 30,7 | 28,4 | 12,1 | 1,99 | 0,94 |
| 2001 | 1026 | 417 | 71,1 | 28,9 | 27,3 | 10,7 | 2,01 | 0,87 |
| 2002 | 1053 | 396 | 72,7 | 27,3 | 28,9 | 10,3 | 2,00 | 0,79 |
| 2003 | 998 | 383 | 72,3 | 27,7 | 27,4 | 10,0 | 1,88 | 0,75 |
| 2004 | 979 | 367 | 72,7 | 27,3 | 27,0 | 9,6 | 1,83 | 0,72 |
| 2005 | 1010 | 432 | 70,0 | 30,0 | 27,9 | 11,3 | 1,86 | 0,82 |
| 2006 | 1022 | 422 | 70,8 | 29,2 | 28,4 | 11,1 | 1,95 | 0,83 |
| 2007 | 969 | 385 | 71,6 | 28,4 | 27,0 | 10,2 | 1,85 | 0,76 |
| 2008 | 903 | 387 | 70,0 | 30,0 | 25,3 | 10,2 | 1,74 | 0,76 |
| 2009 | 1000 | 376 | 72,7 | 27,3 | 28,1 | 10,0 | 1,91 | 0,73 |
| 2010 | 905 | 304 | 74,9 | 25,1 | 25,5 | 8,1 | 1,74 | 0,59 |
| 2011 | 909 | 347 | 72,4 | 27,6 | 25,8 | 9,3 | 1,74 | 0,68 |
| 2012 | 934 | 311 | 75,0 | 25,0 | 26,6 | 8,4 | 1,80 | 0,62 |
| 2013 | 902 | 296 | 75,3 | 24,7 | 25,8 | 8,1 | 1,77 | 0,60 |
| 2014 | 857 | 277 | 75,6 | 24,4 | 24,7 | 7,6 | 1,68 | 0,55 |

Izvor: Kao za tabelu 4.4-1

Istosmernost promena bila je najprisutnija između 1990. i 1999. godine. U tom razdoblju, jedino je 1993. godine, smer kretanja broja suicida bio različit po polu. Kod muškaraca je evidentirano smanjenje, a kod žena povećanje broja samoubistava, ali su promene u odnosu na prethodnu 1992. godinu bile vrlo umerene (tabela 4.4-8 i grafikon 4.4-4). Tada je broj suicida muškaraca smanjen za 2,9%, a broj suicida žena povećan za svega 2,4 %. Od preostalih pet godina kada se promene nisu odvijale u istom smeru (2002, 2006, 2008, 2009. i 2012) relacija je u četiri bila obrnuta - broj suicida muškaraca je bio veći, a broj suicida žena manji nego prethodne godine.

Ukoliko su promene broja suicida muškaraca i žena bile istosmerne, one su uglavnom bile intenzivnije kod žena. Naime, kada se broj suicida povećavao, procentna promena bila je veća kod žena nego kod muškaraca (u 6 od 7 godina). S druge strane, u godinama kada se broj suicida opadao, smanjenje je bilo relativno brže kod žena nego kod muškaraca (9 od 12). Takve relacije su očekivane s obzirom da je u razdoblju

1990-2014. broj samoubistava žena bio 2 do 3 puta manji od broja suicida muškaraca. Međutim, u čak četiri godine, povećanje odnosno smanjenje broja samoubistava bilo je apsolutno veće kod žena nego kod muškaraca.

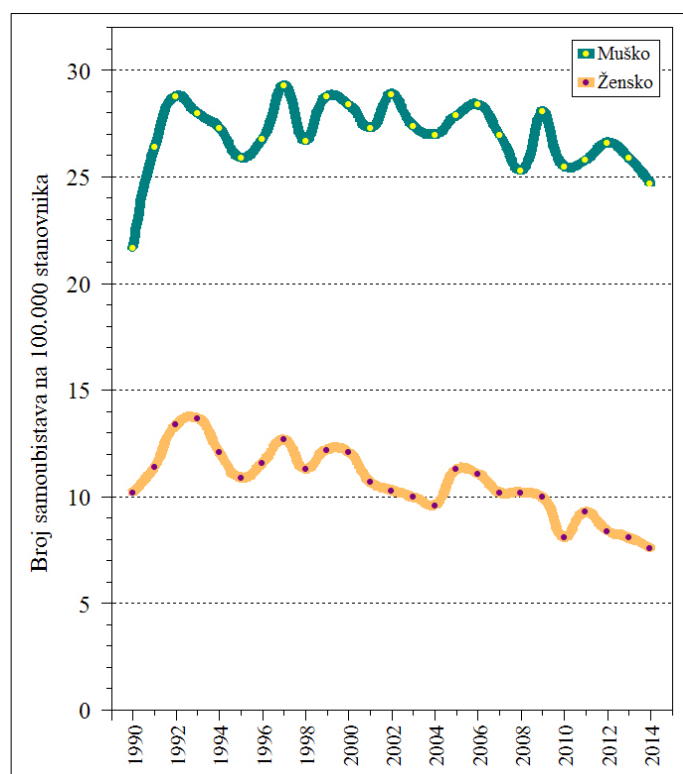


Grafikon 4.4-4.

Promena godišnjeg broja samoubistava, po polu. Srbija, 1990-2014.

Ustanovljene rodne razlike upućuju na pitanje da li žene bolje reaguju na promene koje vode ka smanjenju broja. Ali i obrnuto. Da li su ranjivije u uslovima koji pogoduju većem broju samoubistava? Podaci RZS-a ukazuju samo na stanje koje je evidentirala zvanična statistika, ali to svakako to nije dovoljno za donošenje konačnih zaključaka o uzrocima takvih promena.

Brojčana dominacija ženskog stanovništva, koja se održavala tokom čitavog perioda nakon završetka Drugog svetskog rata, i koja je tokom perioda 1990-2014. postajala još izraženija, ukazuje da su stvarne razlike u suicidalnom mortalitetu muškog i ženskog stanovništva još naglašenije nego što se to može zaključiti na osnovu broja samoubistava muškaraca i žena. Naime, broj samoubistava muškaraca na 100.000 stanovnika muškog pola kretao u intervalu od 21,7 do 29,3 (tabela 4.4-8 i grafikon 4.4-5). Minimalna stopa je izračunata za početnu 1990. godinu, dok je maksimalna takođe registrovana tokom 1990-ih (1997). Istovremeno, stopa suicida žena bila je znatno niža, kretala se u intervalu od maksimalnih 13,7 do minimalnih 7,6 smrtnih slučajeva usled samoubistva na 100.000 žena. To znači da je i tom 25-godišnjem razdoblju, kao i u prethodnom radoblju (1953-1990) maksimalna godišnja stopa suicida žena bila niža od minimalne stope suicida muškaraca.



Grafikon 4.4-5.

Stopa suicida, po polu. Srbija, 1990-2014.

Maksimalna stopa suicida je i kod žena registrovana tokom 1990-ih, ali je za razliku od muškaraca, to bilo u prvoj polovini te dekade (1993). Međutim, potpuno je suprotna situacija u pogledu godine kada je registrovana minimalna stopa suicida – ona je za žensko stanovništvo dostignuta poslednje godine posmatranog perioda (2014), a ne prve godine (1990), kao što je to bio slučaj kod muškaraca. Treba istaći da je najmanja relativna razlika u nivou stope suicida ostvarena 1993, tj. u godini maksimalne stope suicida žena (odnos je bio 2,04:1,00), a najveća 2014. godine, tj. u godini minimalne stope suicida žena (odnos je bio 3,26:1,00). I to je jedan od pokazatelja da je u periodu 1990-2014, i pored, uglavnom, istovetnog smera promena vrednosti godišnjih stopa suicida muškaraca i žena, bilo prisutno povećanje rodne diferenciranosti u pogledu nivoa suicidnog mortaliteta stanovništva Srbije.

Iako je u Srbiji tokom čitavog posmatranog perioda 1990-2014, žensko stanovništvo brojnije i demografski starije od muškog stanovništva (v. poglavlje 4.2), broj umrlih muškog pola je svake godine tog 25-godišnjeg razdoblja, pa i duže (od 1966) bio veći od broja umrlih ženskog pola. Vremenom, razlika u udelima muškaraca i žena u ukupnoj smrtnosti se smanjivala. Ona je bila najveća početkom 1990-ih, kada je broj umrlih muškog pola bio za preko 15 % veći od broja umrlih ženskog pola (15,6 % i 15,5 % u 1991. i 1992), a najmanja 2014. godine kada je broj umrlih muškaraca bio za svega 1,5 % veći od broja umrlih žena. Takva polna struktura ukupne smrtnosti stanovništva Srbije bitno je drugačija od polne strukture broja umrlih usled samoubistva, što je nužno uticalo i na vrlo izražene razlike u udelima suicida u ukupnoj smrtnosti po polu (tabela 4.4-8). Kod muškaraca se procentno učešće samoubistava u njihovoj ukupnoj smrtnosti kretalo u intervalu od 1,68 % (2014.

godine) do 2,20 (1992). I kod žena su istih godina dostignuti minimalni i maksimalni procentni udeli suicida u ukupnoj smrtnosti, ali su njihove vrednosti bile znatno manje (0,55 % u 2014. i 1,23 % u 1992. godini). Takve promene potvrđuju, s jedne strane, ranije spomenuto postojanje usklađenosti u smeru promene suicidalnog mortaliteta muškog i ženskog stanovništva, ali s druge strane, potvrđuju i konstataciju o povećanju rodne diferenciranosti koja je poslednjih decenija prisutna u Srbiji u pogledu intenziteta smanjenja broja suicida. Naime, u godini najvećih procentnih učešća suicida u ukupnom mortalitetu muškog i ženskog stanovništva, razlika u zastupljenosti tog uzroka smrti kod muškaraca i žena bila je najmanja (79 % u 1992), da bi 2010-ih godina ta razlika bila stalno rastuća, dostižući maksimum u godini najmanjeg udela suicida u ukupnoj smrtnosti (odnos od 3:1 u 2014. godini).

Već je ukazano da tradicionalna uverenja i kulturom definisane rodne uloge umnogome doprinose različitim suicidalnim ponašanjima muškaraca i žena (poglavlje 1.4). Određene osobine i ponašanja žena predstavljaju zaštitu od smrtnih ishoda njihovih pokušaja samoubistva, i obrnuto, njihove suprotnosti kod muškaraca predstavljaju faktor rizika za samoubistvo. U tom smislu, Srbija ne samo da spada u ogromnu većinu zemalja sa velikom disproporcijom u polnoj strukturi ukupnog broja umrlih usled samoubistva, već su muškarci koji su izvršili samoubistvo brojniji bez obzira da li se suicidalni mortalitet posmatra s aspekta starosti, ili pak bračnih, obrazovnih, etnokulturnih obeležja (Penev, Stanković, 2009). O tim aspektima koji se odnose na suicidalni mortalitet stanovništva Srbije u periodu 1990-2014. biće više reči u narednim poglavljima.

4.4.3. Samoubistva po starosti

Od davnina ustanovljena uska povezanost visine opšte smrtnosti, a naročito smrtnosti usled mnogih uzroka, pa i suicida, i starosti umrlih potvrđena je i podacima koji se odnose na početak 21. veka, i to na globalnom, regionalnom i nacionalnom nivou. U svetu ne postoji jedinstveni starosni model suicidalnog mortaliteta. Ipak, u većini zemalja stope samoubistva najviše su među starima 70 ili više godina, a najmanje među mladima uzrasta do 15 godina. Uz to, epidemiološki podaci pokazuju da je gotovo svuda među starima najveći rizik da se pokušaj samoubistva završi smrću (Sher, 2006). Razlike koje postoje u svetu u pogledu starosnog modela smrtnosti usled samoubistva odnose se prvenstveno na sredovečno stanovništvo (WHO, 2014).

U Srbiji su, u periodu 1990-2014, od ukupnog broja samoubistava gotovo polovina (48,1%) bila samoubistva koja su izvršila lica stara 60 ili više godina (tabela 4.4-9). Udeo samoubistava starijeg stanovništva bio je najmanji tokom 1990-ih (47 %), a najveći u poslednjem petogodišnjem razdoblju (2010-2014), kada je ujedno registrovano i najveće godišnje procentno učešće lica starih 60 ili više godina u ukupnom broju umrlih usled samoubistva (52 % u 2014). U okviru te starosne grupe većinu umrlih čine lica stara 70 ili više godina (59 %), a promene koje su se odvijale u vodile su ka povećanju udela suicida starijih starih odnosno ka smanjivanju udela samoubistava lica starih 60-69 godina. Tako su u prvoj polovini 1990-ih samoubistva

starih 70 ili više godina učestvovala sa 51 %, da bi u poslednjem petogodišnjem periodu njihov udeo premašio 65 % ukupnog broja suicida lica starijih od 60 godina.

Među umrlim usled samoubistva najmanje je mladih uzrasta do 30. godine (9,5 %). U periodu 1990-2014. udeo samoubistava najmlađih (10-19) iznosio je 2,2 %, s tim što je za dve decenije on višestruko smanjen, dostigavši u poslednjem petogodišnjem periodu (2010-2014) nivo od svega 0,8 %.

Smanjenje udela u ukupnom broju samoubistava ostvareno je i kod mladih u dvadesetim godinama (20-29), ali je ono bilo relativno mnogo umerenije (sa 7,3 % u 1990-1994. na 5,8 % u 2010-2014). I procentno učešće samoubistava koja su izvršila lica ostalih starosti (između 30. i 59. godine), bilo je prilično stabilno (kretalo se u intervalu od 41 % do 44 %), a posebno kod petogodišnjih starosnih grupa 30-34 i 40-44 godine (tabela 4.4-9).

U poređenju s ranijim trendovima, promene u starosnoj strukturi umrlih usled suicida koje su ostvarene u periodu 1990-2014, mogu se okarakterisati kao nastavak višedecenijskih kretanja. Naime, modifikacija starosne strukture lica koja su izvršila samoubistvo se i u periodu 1950-1990 odlikovala smanjenjem udela mladih (do 20 godina) i sredovečnih (20-49 godina), kao i povećanjem udela starih (v. poglavlje 4.3.2. i tabelu 4.3-2). Razlika se u najvećoj meri odnosi na intenzitet promena starosnog sastava umrlih – one su bile mnogo usporenije u novijem razdoblju nego između 1950. i 1990. godine, ali takođe i u odnosu na prethodno 25-godišnje razdoblje (1965-1990).

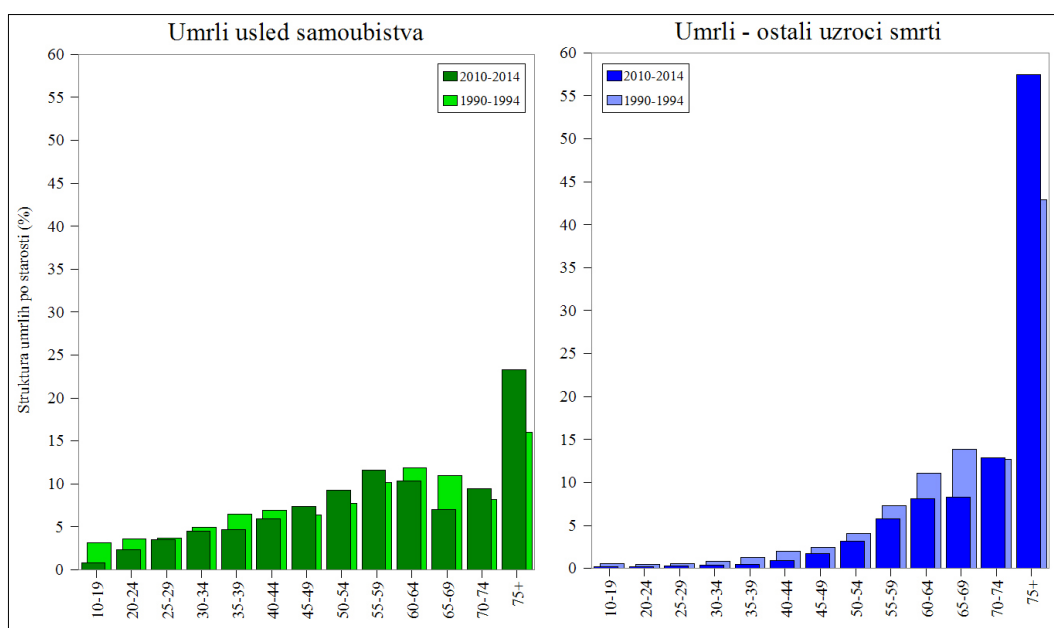
Takođe, i poređenja sa distribucijom po starosti ukupnog broj umrlih, odnosno umrlih usled ostalih uzroka smrti, ukazuju da su u Srbiji u istom periodu stari (preko 60 godina) bili najbrojniji i u ukupnoj smrtnosti, odnosno među umrlima od ostalih uzroka smrti. Međutim, učešće tih starosti bilo je neuporedivo veće nego u smrtnosti usled samoubistva, posebno među licima starim 70 ili više godina. Od ukupnog broja umrlih starijih od 10 godina, preko četiri petine (84,0 %) bila su lica stara 60 ili više godina, dok je samo udeo starih 70 ili više iznosio preko 60% (63,3 %).¹

Osnovne konture starosne strukture ukupnog broja umrlih usled svih ostalih uzroka smrti su, u celini posmatrano, vrlo slične kao i kod smrtnosti usled samoubistva – procentno učešće najmlađih je najmanje, i povećava se sa starošću, dostižući maksimum kod najstarije starosne grupe (75 ili više godina). Prisutne razlike se prvenstveno odnose na procentne udele pojedinih starosti u ukupnoj smrtnosti. Ti udeli su kod svih petogodišnjih kohorti do starosti od 60 godina bili znatno manji kod nesuicidnog nego kod suicidalnog mortaliteta, s tim što se vremenom razlika povećavala. Udeo umrlih starosti 60-69 je približno isti kako kod suicidalnog tako i kod ostalog mortaliteta (po oko 20 %), s tim što se udeli izjednačuju kod umrlih starosti 63 godine (po 1,9 %). Razlika postaje ponovo značajna već kod starosne grupe 70 ili više

¹ Udeo umrlih starijeg uzrasta (60 ili više godina) neznatno je manji ukoliko se posmatra ukupan broj umrlih usled ostalih uzroka smrti (uključujući i smrtnost dece mlađe od 10 godina) – za starije od 60 godina učešće je iznosilo 83,1 %, a za stare 70 ili više godina ono je bilo 62,6 %.

godina, ali tako da je udeo umrlih te starosti (63,3 %) u ukupnoj smrtnosti koja nije uzrokovana samoubistvom bio više nego dvostruko veći od udela iste starosne kohorte u ukupnom suicidalnom mortalitetu (28,4 %). (tabela 4.4-9)

Uz to, promene koje su se odvijele u starosnoj strukturi ukupnog broja umrlih usled uzroka koji nisu klasifikovani kao samoubistvo, bile su mnogo jasnije orijentisane nego što je to bio slučaj kod smera i intenziteta promene udela pojedinih starosnih grupa u ukupnoj smrtnosti usled samoubistva. Naime, tokom analiziranog 25-godišnjeg razdoblja, procentno učešće svih petogodišnjih starosnih grupa mlađih od 70 godina u ukupnom nesuicidnom mortalitetu se iz petogodišnjeg perioda u period gotovo po pravilu kontinuirano smanjivalo.² Istovremeno, udeo umrlih starih 70 ili više godina se neprestano povećavao. Dok su lica te starosti u 1990-1994. učestvovala sa 55,6 %, njihov udeo se do 2010-2014. povećao na 70,4 % ukupnog nesuicidnog mortaliteta Srbije. Ukoliko se poredi starosne strukture umrlih u prvom i poslednjem petogodišnjem razdoblju, tada su procentna učešća svih petogodišnjih kohorti mlađih od 70 godina bila veća 1990-1994. nego 2010-2014, udeo starih 70-74 je bio neznatno veći, a udeo starih 75 ili više godina za trećinu veći (grafikon 4.4-6).



Grafikon 4.4-6.
Starosna struktura umrlih usled samoubistva i usled svih ostalih uzroka smrti (stari 10 ili više godina). Srbija, 1990-1994. i 2010-2014.

Treba imati u vidu da je u tom razdoblju stanovništvo Srbije intenzivno starilo, tako da je, kako kod suicidalnog tako i kod ostalog mortaliteta, smanjenje udela umrlih mladog i sredovečnog uzrasta bilo uslovljeno i velikim smanjenjem brojnosti i udela stanovništva mlađeg od 60 godina, kao i povećanjem broja i procentnog učešća starih preko 70 godina (v. potpoglavlje 4.2.1).

² Kao izrazitiji izuzetak izdvaja se jedino kretanje udela starosne grupe 50-54 i 55-59 godina. Za razliku od ostalih starosnih grupa, udeo umrlih starih 50-59 godina je oscilirao za oko 1-1,5 procentnih poena oko udela od 10,5 %. Takve promene u periodu 1990-2014. u značajnoj meri su uslovljene stalnim ulascima i izlascima u tu starosnu grupu tzv. krnjih i kompenzacionih generacija.

Izrazito drugačija starosna struktura umrlih usled suicida od starosne strukture umrlih od svih ostalih uzroka smrti, ukazuje na specifičnosti starosnog modela suicidalnog mortaliteta. Te posebnosti suicidalnog mortaliteta po starosti u velikoj meri su uslovljene bitno drugačijim činiocima koji neposredno utiču na nivo smrtnosti po starosti usled samoubistva odnosno na nivo smrtnosti usled nekog, bilo kog, drugog uzroka smrti.

Razlike u starosnoj strukturi umrlih usled samoubistva i ukupnog broja umrlih odnosno broja umrlih starih 10 ili više godina odražavaju se i na značajne razlike u prosečnoj starosti lica koja izvršila samoubistvo i prosečne starosti svih umrlih lica. Tako je prosečna starost lica koja su u periodu 1990-2014. izvršila samoubistvo iznosila 57,2 godine, dok je prosečna starost svih umrlih lica (starijih od 10 godina) bila veća za 14,8 godina - iznosila je 72,0 godine. Posmatrano po godinama, razlika između prosečnih starosti umrlih usled suicida i ukupnog broja umrlih bila je najveća 1996. (iznosila je 16,2 godine), tj. u godini najmanje prosečne starosti lica koja su izvršila samoubistvo, a najmanja 2010 (13,5 godina), tj. u godini najveće prosečne starosti umrlih usled samoubistva.

Prema podacima koji se odnose na 2014. godinu, prosečna starost umrlih usled samoubistva iznosila je 59,9 godina i bila je najveća posle maksimalne (60,1 god.) koja je dostignuta 2010. godine. Najmanje vrednosti prosečne starosti lica koja su izvršila samoubistvo bile su registrovane tokom 1990-ih godina,³ tj. u razdoblju maksimalnih stopa suicida na 100.000 stanovnika Srbije. Najveća prosečna starost lica koja su izvršila samoubistvo (59,3 godine) ostvarena je u poslednjem petogodišnjem periodu (2010-2014), tj. u razdoblju minimalnih stopa suicida.

Takve promene prosečne starosti koje su bile prisutne tokom 1990-ih i 2000-ih godina, bile su pod neposrednim uticajem razlika u smeru kretanja broja samoubistava po starosti. Podaci potvrđuju da se povećanje smrtnosti usled suicida koje je ostvareno tokom 1990-ih godina u najvećoj meri odnosilo na mlado i najmlađe sredovečno stanovništvo (do 30 godina). Istovremeno opadao je broj samoubistava lica starijih od 50 godina. Takođe, statistički podaci o umrlima po starosti ukazuju i da je smanjenje broja samoubistava nakon 2000. godine bilo prisutno kod mlađih (do 40 godina), kao i kod starijeg stanovništva (preko 60 godina). Međutim, apsolutno, a posebno relativno, smanjenje je mnogo izraženije kod mlađeg stanovništva, dok je kod starih ono prisutno samo kod mlađih starosnih grupa (60-74), a ne i kod lica starih preko 75 godina, čiji se broj samoubistava povećavao (tabela 4.4-9).

Vrlo značajne razlike između starosne strukture smrtnosti usled samoubistava i ostalih uzroka smrti ukupne smrtnosti rezultirale su i potpuno drugačijim relacijama u pogledu udela samoubistava u ukupnoj smrtnosti iste starosti. U ovom slučaju, postojanje razlika između starosnih grupa prema udelima suicida u ukupnoj smrtnosti neposredno su

³ Najmanje prosečne starosti umrlih usled samoubistva (ispod 55,0 godina) izračunate su za 1996. i 1997. godinu (iznosile su 54,6 i 54,8 godina).

uslovljene nejednakim vrednostima specifičnih stopa suicidnog mortaliteta i specifične stope smrtnosti usled svih ostalih uzroka smrti (uključujući umrle nepoznatog uzroka smrti kao i nasilne smrti neutvrđenog porekla). To znači i da promene u kretanju broja kao i stope suicida po starosti ne moraju da bude praćene i odgovarajućim promenama udela samobistava u ukupnom broju umrlih iste starosti. Da li će doći do promene procentnog učešća umrlih usled samoubistva u ukupnom smrtnosti iste starosti zavisi i od smera i intenziteta promena umrlih usled ostalih uzroka smrti.

Tabela 4.4-9.
Samoubistva po starosti i udeo u ukupnom broju umrlih iste starosti.
Srbija, 1990-2014. (po petogodišnjim periodima)

| Period | Ukupno | Do 20 (10-19) | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-69 | 70-74 | 75+ |
|--|--------|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| Broj samoubistava | | | | | | | | | | | | | | |
| 1990-2014 | 35187 | 779 | 1234 | 1323 | 1605 | 1900 | 2321 | 2725 | 3057 | 3276 | 3409 | 3507 | 3545 | 6447 |
| 1990-1994 | 7510 | 229 | 267 | 276 | 364 | 485 | 514 | 479 | 577 | 762 | 889 | 827 | 615 | 1201 |
| 1995-1999 | 7564 | 251 | 351 | 309 | 353 | 455 | 575 | 584 | 546 | 600 | 767 | 861 | 763 | 1142 |
| 2000-2004 | 7165 | 163 | 263 | 265 | 299 | 348 | 469 | 647 | 653 | 524 | 644 | 787 | 841 | 1251 |
| 2005-2009 | 6906 | 86 | 216 | 260 | 316 | 328 | 404 | 567 | 720 | 692 | 489 | 608 | 761 | 1448 |
| 2010-2014 | 6042 | 50 | 137 | 213 | 273 | 284 | 359 | 448 | 561 | 698 | 620 | 424 | 565 | 1405 |
| Starosna struktura umrlih usled suicida po starosti (u %) | | | | | | | | | | | | | | |
| 1990-2014 | 100,0 | 2,2 | 3,5 | 3,8 | 4,6 | 5,4 | 6,6 | 7,8 | 8,7 | 9,3 | 9,7 | 10,0 | 10,1 | 18,4 |
| 1990-1994 | 100,0 | 3,1 | 3,6 | 3,7 | 4,9 | 6,5 | 6,9 | 6,4 | 7,7 | 10,2 | 11,9 | 11,0 | 8,2 | 16,0 |
| 1995-1999 | 100,0 | 3,3 | 4,6 | 4,1 | 4,7 | 6,0 | 7,6 | 7,7 | 7,2 | 7,9 | 10,1 | 11,4 | 10,1 | 15,1 |
| 2000-2004 | 100,0 | 2,3 | 3,7 | 3,7 | 4,2 | 4,9 | 6,6 | 9,0 | 9,1 | 7,3 | 9,0 | 11,0 | 11,8 | 17,5 |
| 2005-2009 | 100,0 | 1,2 | 3,1 | 3,8 | 4,6 | 4,8 | 5,9 | 8,2 | 10,4 | 10,0 | 7,1 | 8,8 | 11,0 | 21,0 |
| 2010-2014 | 100,0 | 0,8 | 2,3 | 3,5 | 4,5 | 4,7 | 5,9 | 7,4 | 9,3 | 11,6 | 10,3 | 7,0 | 9,4 | 23,3 |
| Udeo umrlih usled samoubistva u ukupnom broju umrlih (%) | | | | | | | | | | | | | | |
| 1990-2014 | 1,41 | 8,9 | 13,3 | 12,4 | 11,6 | 8,9 | 6,3 | 4,5 | 3,2 | 2,2 | 1,6 | 1,2 | 0,9 | 0,6 |
| 1990-1994 | 1,65 | 8,5 | 10,7 | 10,2 | 9,7 | 7,8 | 5,6 | 4,4 | 3,1 | 2,3 | 1,8 | 1,3 | 1,1 | 0,6 |
| 1995-1999 | 1,54 | 11,7 | 16,4 | 13,8 | 12,0 | 9,2 | 6,1 | 4,0 | 3,2 | 2,1 | 1,6 | 1,2 | 0,9 | 0,6 |
| 2000-2004 | 1,39 | 9,6 | 14,2 | 12,6 | 12,1 | 8,9 | 6,4 | 4,3 | 2,8 | 2,1 | 1,6 | 1,2 | 0,9 | 0,6 |
| 2005-2009 | 1,33 | 7,0 | 12,9 | 12,8 | 12,4 | 10,0 | 6,8 | 5,0 | 3,3 | 2,2 | 1,5 | 1,2 | 0,9 | 0,5 |
| 2010-2014 | 1,18 | 5,2 | 12,2 | 13,6 | 12,7 | 9,4 | 7,4 | 5,0 | 3,4 | 2,3 | 1,5 | 1,0 | 0,9 | 0,5 |

Izvor: Kao uz tabelu 4.4-1

Napomena: U delu tabele gde je prikazan broj suicida, razlika do ukupno predstavlja broj samoubistava nepoznate starosti. Starosna struktura samoubistava se odnosi samo na umrle poznate starosti.

Posmatrano po petogodišnjim starosnim grupama, od 10 do 70 i više godina, najveće procentno učešće samoubistava u ukupnom broju umrlih iste starosti je među licima koja su bila u dvadesetim i prvoj polovini tridesetih godina života (tabela 4.4-9). Maksimalni udeo samoubistava u ukupnoj smrtnosti ostvaren je kod starosne grupe 20-24 godine (u 25-godišnjem razdoblju iznosio je 13,3 %), a zatim među umrlima starosti 25-29 godina (12,4 %). Ujedno, te tri petogodišnje starosne grupe su jedine kod kojih su, od ranih 1990-ih pa sve do 2014. godine, svake godine učešća samoubistva u ukupnoj smrtnosti iznosila preko 10 %.

Mladi (10-19 godina) i mlađi sredovečni uzrasta 35-39 godina takođe su starosne grupe sa srazmerno visokom zastupljenošću suicida u njihovom ukupnom mortalitetu. U prvoj polovini 1990-ih, udeli suicida u ukupnom broju umrlih tih starosti bili su

identični (po 8,9 %). Za obe starosne grupe karakteristično je povećanje procentnog učešća suicida koje je ostvareno tokom druge polovine 1990-ih. To je uostalom bio slučaj i sa kohortama 20-24 i 25-29 godina. Promene ostvarene u narednih 15 godina odvijale su se suprotnim smerom. Kod mlađih od 20 godina zastupljenost samoubistava u ukupnoj smrtnosti kontinuirano je opadala (do 5,2 % u 2010-2014), dok je kod starijih (35-39 godina) ona bila relativno stabilna (kretala se intervalu od 8,9 % do 10,0 %).

Natprosečni udeli suicida u ukupnoj smrtnosti (preko 1,4 %) registrovani su i kod starijeg sredovečnog stanovništva (40-59 godina). Međutim, kod umrlih lica tih petogodišta procentna učešća suicida (od 6,3 % do 2,2 %) znatno su manja nego kod stanovništva mlađeg od 40 godina.

Najmanja procentna zastupljenost suicida kao uzroka smrti je kod starog stanovništva. Ona je za stare 60-64 i 65-69 godina na nivou koji je neznatno iznad odnosno ispod proseka za stanovništvo svih starosti (1,4 %). Međutim, među umrlima starijim od 70 godina udeo samoubistva je relativno mnogo manji (od 0,9 % do 0,6 %).

Podaci RZS-a koji se odnose na razdoblje 1990-2014, potvrđuju da su maksimalni udeli samoubistava u ukupnoj smrtnosti i za većinu petogodišnjih starosnih grupa (11 od 16) ostvareni tokom 1990-ih godina, tj. u razdoblju natprosečnih i ujedno najvećih udela suicida u posmatranom 25-godišnjem periodu. Za preostalih pet starosnih grupa, maksimalne procentne zastupljenosti suicida ostvarene su između 2009. i 2013, tj. u godinama potprosečnih i gotovo najmanjih udela suicida u ukupnom broju umrlih tokom perioda 1990-2014.

Tokom 1990-ih, u većini slučajeva (9) maksimalne vrednosti procentnih udela suicida ostvarene su između 1991. i 1997, tj. u godinama najviših stopa suicida i najvećih udela samoubistava u ukupnoj smrtnosti stanovništva Srbije. U tom sedmogodišnjem razdoblju maksimalni udeli suicida u ukupnoj smrtnosti ostvareni su među mladima (15-19, 20-24, 25-29), ali i među petogodišnjim starosnim grupama koje su svrstane u starije sredovečno i staro stanovništvo (55-79 i 85+). Ipak, u tom pogledu za tzv. ratni period iz 1990-ih se vezuju značajne razlike u broju samoubistava, kao i u visini maksimalnih udela suicida u ukupnoj smrtnosti između mladih i starih (višestruko, i preko 10 puta veće kod mladih), ali i razlike prema maksimalnim i prosečnim procentnim udelima samoubistava u ukupnoj smrtnosti iste starosti. Posmatrajući početak 1990-ih i početak 2000-ih, udeli samoubistva u ukupnom broju umrlih 10 ili više godine bili su identični (po 1,5%). Međutim, u godinama najveće krize (1991, 1992, 1993, 1994. i 1997), pre svega u vezi oružanih konflikta u Bosni-Hercegovini, Hrvatskoj i na Kosovu i Metohiji, zabeleženo je naglo povećanje broja suicida i njihovog udela u ukupnom broju umrlih (na 1,7 % i 1,8 %). Međutim, po starosnim grupama, promena broja suicida nije bila istog intenziteta, a u pojedinim slučajevima, ni smeru. Svakako najizrazitije su bile promene broja suicida lica uzrasta 20-29 godina i njihovog udela u ukupnom broju umrlih iste starosti, i to kod oba pola. U 1990. godini bilo je 69 suicida, 1992 – 118; 1994 – 133; 1996 – 142; 1998 broj suicida je smanjen na 129, a poslednje godine tog potperioda sveden je na 114.

Istovremeno udeo suicida u ukupnom broju umrlih iste starosti je sa početnih 7,8% u 1996. povećan na rekordnih 17,1%, da bi u 2000. bio sveden na 13,3%. U narednom potperiodu broj suicida lica starih 20-29 godina bio je relativno stabilan (od 93 do 111 godišnje), da bi u trećem potperiodu (2007-2014) bio prisutan opadajući trend, Kao kuriozitet se može navesti da je poslednje godine (2014) broj suicida mladih (71) bio gotovo isti kao početne godine (1990).

S druge strane, za petogodišnje starosne grupe između 30. i 54. godine života, sa maksimalnim udelima suicida koji su ostvareni između 2009. i 2013. godine, je karakteristično da su te vrednosti znatno više odstupale od onih za iste starosne grupe izračunati za godine "maksimalnih" 1990-ih, nego od njihovih prosečnih vrednosti tokom čitavog perioda 1990-2014.

Specifičnost starosne strukture umrlih usled suicida i njenu različitost u odnosu na starosnu strukturu umrlih usled ostalih uzroka smrti mogu se sagledati i primenom koeficijenta relativnog rizika (RR). To je jedna vrsta indeksa asocijacije kojim se meri stepen povezanosti između starosnih struktura umrlih usled samoubistva i umrlih usled ostalih uzroka smrti. Korišćena je sledeća formula:

$$RR = \frac{\frac{a}{a+b}}{\frac{c}{c+d}}$$

gde su:

a – broj suicida lica starih *t*, *t+4* godina u ukupnom broju umrlih usled suicida;

b – broj suicida lica mladih od *t*, i starijih od *t+4* godina;

c – broj lica umrlih od ostalih uzroka smrti starih *t*, *t+4* godina;

d – broj lica umrlih od ostalih uzroka smrti mladih od *t*, i starijih od *t+4* godina.

Izračunate su i donje i gornje granice 95 % intervala poverenja (95% IP), kao i vrednosti za *p* (korišćen je statistički program *MedCalc*).

Tako dobijene vrednosti relativnog rizika (RR) označavaju za koliko je puta "rizik" veći/manji da će lice biti staro *t*, *t+4* godine u slučaju da je umrlo usled samoubistva u odnosu na lice koje je umrlo usled nekog drugog uzroka smrti.

Najveća vrednost RR za period 1990-2014. izračunata je za mlado stanovništvo (20-24 godine), iznosila je 10,60, što znači da su u tom razdoblju među licima koja su izvršila samoubistvo rizik da su bila stara 20-24 godine bio 10,6 puta veći nego među licima koja su umrla usled nekog drugog uzroka smrti (tabela 4.4-10).

Vrednosti RR-a su, od starosne grupe 25-29 godina, stalno opadajuće, ali su, zaključno sa starosnom grupom 60-64 godina, stalno veće od 1,00. Počev od starosti 65-69, vrednosti koeficijent relativnog rizika su takođe opadajući, ali stalno ispod 1,00, što ukazuje da je "rizik" da je lice koje je izvršilo samoubistvo staro preko 65 godina manji nego da je ono iste starosti ukoliko je umrlo od nekog drugog uzroka smrti, i sve je manji što je veća starost. U Srbiji je, prema podacima o smrtnosti po starosti prema uzroku smrti koji se odnose na period 1990-2014, vrednost koeficijenta

relativnog rizika za starost 75 ili više godina iznosila 0,39. To znači da je u posmatranom 25-godišnjem periodu verovatnoća da je lice koje je izvršilo samoubistvo bilo staro 75 ili više godina bila za 61 % manja nego da je bilo iste starosti lice koje je umrlo od nekog drugog uzroka smrti.

Tabela 4.4-10.

Koeficijent relativnog rizika (RR) umrlih usled samoubistva i umrlih od ostalih uzroka smrti, po starosti (stari 10 i više godina). Srbija, 1990-2014, 1990-1994. i 2010-2014.

| Starost | 1990-2014 | | | 1990-1994 | | | 2010-2014 | | |
|---------|-----------|--------|-------|-----------|--------|------|-----------|--------|-------|
| | RR | 95% IP | | RR | 95% IP | | RR | 95% IP | |
| Do 20 | 6,78 | 6,30 | 7,29 | 5,43 | 4,76 | 6,21 | 4,60 | 3,46 | 6,10 |
| 20-24 | 10,60 | 9,99 | 11,25 | 7,04 | 6,22 | 7,98 | 11,52 | 9,66 | 13,75 |
| 25-29 | 9,81 | 9,27 | 10,38 | 6,63 | 5,87 | 7,49 | 13,07 | 11,34 | 15,07 |
| 30-34 | 9,05 | 8,60 | 9,52 | 6,28 | 5,65 | 6,98 | 12,04 | 10,63 | 13,64 |
| 35-39 | 6,73 | 6,43 | 7,05 | 4,94 | 4,52 | 5,41 | 8,58 | 7,61 | 9,67 |
| 40-44 | 4,66 | 4,47 | 4,85 | 3,47 | 3,18 | 3,78 | 6,67 | 6,01 | 7,41 |
| 45-49 | 3,23 | 3,11 | 3,35 | 2,69 | 2,47 | 2,94 | 4,34 | 3,96 | 4,76 |
| 50-54 | 2,25 | 2,18 | 2,33 | 1,88 | 1,73 | 2,03 | 2,92 | 2,69 | 3,16 |
| 55-59 | 1,57 | 1,52 | 1,62 | 1,40 | 1,31 | 1,50 | 1,99 | 1,86 | 2,14 |
| 60-64 | 1,12 | 1,09 | 1,16 | 1,07 | 1,01 | 1,14 | 1,27 | 1,18 | 1,37 |
| 65-69 | 0,83 | 0,80 | 0,85 | 0,80 | 0,75 | 0,85 | 0,84 | 0,77 | 0,92 |
| 70-74 | 0,64 | 0,62 | 0,66 | 0,65 | 0,60 | 0,70 | 0,72 | 0,67 | 0,78 |
| 75+ | 0,39 | 0,38 | 0,40 | 0,37 | 0,36 | 0,39 | 0,40 | 0,39 | 0,42 |

Izvor: Izračunato na osnovu zvaničnih statističkih podataka o smrtnosti po starosti u periodu 1990-2014. Korišćen je statistički program *MedCalc*, www.medcalc.org/calc/relative_risk.php (pristupljeno: 17. dec. 2015)

Napomena: $p < 0,0001$ (za sve starosne grupe).

Promene vrednosti koeficijenta relativnog rizika tokom posmatranih 25 godina su bile takve da nisu mogle usloviti donošenje drugačijih zaključaka u pogledu odnosa starosnih struktura umrlih usled suicida i umrlih usled nekog od ostalih uzroka smrti. Koeficijenti relativnog rizika su tokom čitavog perioda bile najviše za starosti petogodišnje grupe između 20. i 39 godina, stalno opadajuće sa starošću dostižući vrednosti ispod 1,00 tek kod odmaklih starosnih grupa (preko 65 godina).

Ukoliko se poredi samo vrednosti RR u prvom i poslednjem petogodišnjem razdoblju primetno je njihovo povećanje kod svih petogodišnjih starosnih grupa (tabela 4.4-10). Izuzetak predstavlja jedino opadanje vrednosti RR za najmlađu starosnu grupu (10-19), što ukazuje na relativno brže opadanje udela najmlađih u ukupnom broju samoubistava, nego što je to zabeleženo kod smrtnosti usled ostalih uzroka smrti.

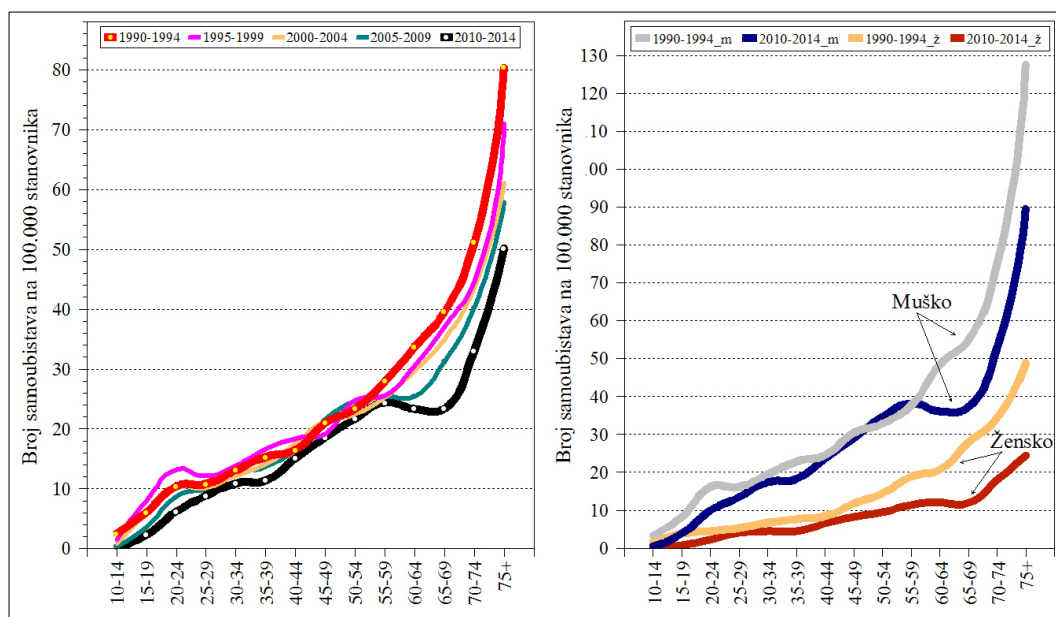
Takve promene pre svega ukazuju da su se modifikacije starosne strukture umrlih prema uzroku smrti (samoubistva i ostali uzroci) odvijale tako da se među licima koja su izvršila samoubistvo u odnosu na ostala umrla lica, ukoliko je bilo prisutno smanjivanje procentnog učešća pojedinih starosnih grupa, ono bilo sporije među umrlima usled samoubistva. U slučaju da se udeo u ukupnoj smrtnosti povećavao (45-59 i 70+), tada je kod suicida to povećanje bilo intenzivnije nego kod umrlih usled ostalih uzroka, odnosno kod ostalih uzroka je registrovano smanjenja udela odgovarajućih starosti. Svakako, spomenuto povećanje vrednosti koeficijenta

relativnog rizika ne podrazumeva i da su se promene suicidalnog mortaliteta po starosti odvijale u istom smeru, a posebno ne znači da su one bile istog intenziteta.

I dok je starosna struktura umrlih usled suicida pod velikim i neposrednim uticajem starosne strukture ukupnog stanovništva, vrlo različiti udeli samoubistava u ukupnom broju umrlih po starosti, koji su u pojedinim godinama za petogodišnje starosne grupe bili i u odnosu od 1:37, ukazuju na specifičnost starosnog modela suicidalnog mortaliteta, ili preciznije, na njegovu bitnu diferenciranost u poređenju sa starosnim modelom "rezidualnog" mortaliteta (umrli usled ostalih uzroka smrti). U potpoglavlju 4.3.3 ukazano je da su u periodu 1950-1990. bile prisutne značajne promene vrednosti specifičnih stopa suicida stanovništva Srbije po starosti, i to ne samo u pogledu smera, već i intenziteta povećanja/smanjenja, ali da je tokom čitavog razdoblja zadržan jedan jedinstven tip starosnog modela suicidalnog mortaliteta. Osnovne karakteristike tog modela su se manifestovale preko rastućih specifičnih stopa smrtnosti usled samoubistva, odnosno stopama smrtnosti usled suicida koje su bile najmanje kod najmlađih, da bi se, gotovo bez izuzetka, kontinuirano povećavale dostižući maksimalne vrednosti kod najstarijeg stanovništva.

Isti, tzv. rastući tip starosnog modela suicidalnog mortaliteta stanovništva Srbije zadržao se tokom narednih 25 godina. U razdoblju 1990-2014, uostalom kao i u prethodne četiri decenije (grafikon 4.3-4), bilo je promena u nivou smrtnosti usled samoubistva po starosti, ali ticale su se, po pravilu, samo visine specifičnih stopa mortaliteta, a ne i redosleda starosti prema njihovim dostignutim vrednostima (grafikon 4.4-7_leva).

Grafikon 4.4-7.
Specifične stope samoubistva po starosti. Srbija, 1990-2014.



Za ukupno stanovništvo (po petogodišnjim periodima) i po polu (za 1990-1994. i 2010-2014) Najveće specifične stope suicida, ali i njihovo najveće aposlutno smanjenje u periodu 1990-2014. ostvareno je kod stanovništva starijeg od 60 godina. U prvoj polovini

1990-ih, prosečne godišnje stope suicida za petogodišnje grupe unutar kontingenta starih 60 ili više godina kretale su se u intervalu od 33,7 na 100.000 za starosnu grupu 60-64 do 80,4 na 100.000 za stare 75 ili više godina. U svakom narednom petogodišnjem razdoblju stope su bile niže nego u prethodnom, da bi u poslednjem petogodišnjem razdoblju (2010-2014), one bile svedene na nivo od 23,4 do 50,2 samoubistava 100.000 stanovnika iste starosti, što je za svaku starosnu grupu značilo smanjenje od najmanje 40 % u odnosu na prvo petogodišnje razdoblje. Ipak, prosečna stopa suicida za kontingent starih (60 ili više godina) je smanjena za svega 29 % (tabela 4.4-11). Takav paradoks neposredno je uslovljen promenom interne starosne strukture stanovništva starijeg od 60 godina, tj. intenzivnim starenjem starih (v. poglavlje 4.2.1) Naime, između 1990-1995. i 2010-2014. smanjen je broj (sa prosečno 945 hiljada na 891 hilj.) i udeo lica u 60-im godinama života, tj. stanovništva čije su stope suicida bile niže, a povećan je broj (sa 539 hiljada na 901 hiljadu) i udeo lica starih 70 ili više godina, čije su stope suicida bile znatno više.

Tabela 4.4-11
Specifične stope suicidnog mortaliteta, po starosti (na 100.000).
Srbija, 1990-2014, po petogodišnjim razdobljima

| Starost | 1990-2014 | 1990-1994 | 1995-1999 | 2000-2004 | 2005-2009 | 2010-2014 |
|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Ukupno | 18,6 | 19,2 | 19,5 | 19,0 | 18,7 | 16,8 |
| 10-14 | 1,2 | 2,5 | 1,5 | 0,8 | 0,3 | 0,2 |
| 15-19 | 5,4 | 6,1 | 8,1 | 5,8 | 3,6 | 2,3 |
| 20-24 | 9,9 | 10,4 | 13,2 | 10,1 | 8,7 | 6,2 |
| 25-29 | 10,4 | 10,8 | 12,1 | 10,2 | 10,1 | 8,8 |
| 30-34 | 12,5 | 13,1 | 13,9 | 12,2 | 12,5 | 10,9 |
| 35-39 | 14,3 | 15,3 | 16,6 | 14,1 | 13,7 | 11,4 |
| 40-44 | 16,9 | 16,5 | 18,4 | 17,5 | 16,6 | 15,1 |
| 45-49 | 20,3 | 21,0 | 19,2 | 21,3 | 21,6 | 18,6 |
| 50-54 | 23,4 | 23,4 | 24,8 | 22,5 | 24,6 | 21,7 |
| 55-59 | 25,8 | 28,0 | 25,6 | 25,3 | 25,3 | 24,4 |
| 60-64 | 28,7 | 33,7 | 30,6 | 29,7 | 25,5 | 23,4 |
| 65-69 | 33,7 | 39,6 | 37,1 | 35,0 | 31,3 | 23,4 |
| 70-74 | 42,1 | 51,2 | 44,7 | 43,7 | 40,3 | 33,1 |
| 75+ | 61,7 | 80,4 | 71,0 | 61,2 | 57,9 | 50,2 |

Izvor: Kao za tabelu 4.4-1

Samoubistva muškaraca i žena po starosti

Uočen rastući tip starosnog modela suicidnog mortaliteta karakterističan je za oba pola, ali su vrednosti stope samoubistva kod svih petogodišnjih starosnih grupa znatno veće kod muškog nego kod ženskog stanovništva (grafikon 4.4-7). Na osnovu podataka o broju samoubistava po starosti i procenjenom broju stanovnika po starosti i polu u periodu 1990-2014, za Srbiju su izračunate specifične stope suicida muškaraca kreću u intervalu od 1,6 na 100.000 za starosnu grupu 10-14. do 104,9 na 100.000 stanovnika starih 75 ili više godina (tabela 4.4-12). Interval varijacije specifičnih stopa suicida žena je trostruko manji, a najmanja i najveća vrednost su

izračunate za iste starosne grupe: 0,7 za stare 10-14 odnosno 34,4 na 100.000 stanovnika za starosnu grupu 75 ili više godina.

Tabela 4.4-12.

Samoubistva muškaraca i žena po starosti i specifične stope suicidnog mortaliteta po polu.
Srbija, 1990-2014, po petogodišnjim razdobljima.

| Starost | Muško | | | | | | Žensko | | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 1990-2014 | 1990-1994 | 1995-1999 | 2000-2004 | 2005-2009 | 2010-2014 | 1990-2014 | 1990-1994 | 1995-1999 | 2000-2004 | 2005-2009 | 2010-2014 |
| Broj samoubistava | | | | | | | | | | | | |
| Ukupno | 24862 | 5082 | 5241 | 5128 | 4904 | 4507 | 10325 | 2428 | 2323 | 2037 | 2002 | 1535 |
| 10-14 | 91 | 45 | 23 | 14 | 6 | 3 | 40 | 21 | 14 | 4 | 0 | 1 |
| 15-19 | 479 | 113 | 150 | 121 | 56 | 39 | 169 | 50 | 64 | 24 | 24 | 7 |
| 20-24 | 993 | 210 | 270 | 221 | 180 | 112 | 241 | 57 | 81 | 42 | 36 | 25 |
| 25-29 | 1029 | 209 | 235 | 212 | 207 | 166 | 294 | 67 | 74 | 53 | 53 | 47 |
| 30-34 | 1226 | 272 | 260 | 235 | 240 | 219 | 379 | 92 | 93 | 64 | 76 | 54 |
| 35-39 | 1451 | 365 | 347 | 254 | 255 | 230 | 449 | 120 | 108 | 94 | 73 | 54 |
| 40-44 | 1728 | 385 | 411 | 349 | 302 | 281 | 593 | 129 | 164 | 120 | 102 | 78 |
| 45-49 | 2010 | 345 | 422 | 482 | 415 | 346 | 715 | 134 | 162 | 165 | 152 | 102 |
| 50-54 | 2233 | 396 | 374 | 495 | 531 | 437 | 824 | 181 | 172 | 158 | 189 | 124 |
| 55-59 | 2326 | 497 | 417 | 377 | 505 | 530 | 950 | 265 | 183 | 147 | 187 | 168 |
| 60-64 | 2368 | 599 | 541 | 436 | 340 | 452 | 1041 | 290 | 226 | 208 | 149 | 168 |
| 65-69 | 2300 | 497 | 568 | 532 | 396 | 307 | 1207 | 330 | 293 | 255 | 212 | 117 |
| 70-74 | 2333 | 373 | 489 | 568 | 512 | 391 | 1212 | 242 | 274 | 273 | 249 | 174 |
| 75+ | 4251 | 760 | 728 | 824 | 950 | 989 | 2196 | 441 | 414 | 427 | 498 | 416 |
| Broj samoubistava na 100.000 stanovnika | | | | | | | | | | | | |
| Ukupno | 27,0 | 26,4 | 27,5 | 27,8 | 27,3 | 25,7 | 10,7 | 12,2 | 11,7 | 10,5 | 10,6 | 8,3 |
| 10-14 | 1,6 | 3,3 | 1,8 | 1,2 | 0,6 | 0,3 | 0,7 | 1,6 | 1,2 | 0,4 | 0,0 | 0,1 |
| 15-19 | 7,8 | 8,2 | 11,1 | 9,5 | 4,9 | 3,8 | 2,9 | 3,8 | 5,0 | 2,0 | 2,2 | 0,7 |
| 20-24 | 15,5 | 16,1 | 19,9 | 16,6 | 14,2 | 9,9 | 3,9 | 4,5 | 6,2 | 3,3 | 2,9 | 2,3 |
| 25-29 | 16,0 | 16,2 | 18,1 | 16,2 | 15,9 | 13,5 | 4,7 | 5,3 | 5,8 | 4,2 | 4,2 | 4,0 |
| 30-34 | 19,0 | 19,5 | 20,4 | 19,1 | 18,8 | 17,3 | 6,0 | 6,7 | 7,4 | 5,2 | 6,0 | 4,4 |
| 35-39 | 21,8 | 22,8 | 25,2 | 20,7 | 21,4 | 18,3 | 6,8 | 7,6 | 7,9 | 7,6 | 6,1 | 4,4 |
| 40-44 | 25,2 | 24,5 | 26,2 | 26,2 | 25,2 | 23,7 | 8,6 | 8,4 | 10,5 | 8,9 | 8,3 | 6,5 |
| 45-49 | 30,2 | 30,4 | 27,7 | 31,8 | 32,2 | 29,1 | 10,6 | 11,7 | 10,7 | 10,8 | 11,4 | 8,3 |
| 50-54 | 34,7 | 32,8 | 34,5 | 34,6 | 36,8 | 34,6 | 12,4 | 14,4 | 15,4 | 10,8 | 12,7 | 9,4 |
| 55-59 | 37,8 | 37,7 | 36,9 | 37,8 | 38,3 | 38,2 | 14,5 | 18,9 | 15,1 | 13,7 | 13,3 | 11,4 |
| 60-64 | 42,4 | 48,4 | 45,6 | 42,9 | 38,0 | 36,1 | 16,6 | 20,7 | 17,1 | 18,1 | 14,6 | 12,0 |
| 65-69 | 49,1 | 55,0 | 53,9 | 51,9 | 45,2 | 37,3 | 21,1 | 27,9 | 23,1 | 20,9 | 19,9 | 11,9 |
| 70-74 | 64,8 | 75,0 | 69,1 | 68,3 | 62,5 | 52,8 | 25,1 | 34,4 | 27,4 | 25,0 | 23,3 | 18,0 |
| 75+ | 104,9 | 127,7 | 119,8 | 107,2 | 97,1 | 89,6 | 34,4 | 49,1 | 41,4 | 33,5 | 32,7 | 24,5 |

Izvor i napomena: Kao za tabelu 4.4-9.

U periodu 1990-2014. razlike po polu u vrednostima stope smrtnosti usled samoubistva relativno su najveće kod starijih adolescenata, uzrasta 20-24 godina. Prosečna godišnja specifična stopa suicidnog mortaliteta muškaraca te starosti iznosila je 15,5 na 100.000, dok je vrednost istog pokazatelja žena bila 3,9 na 100.000, što znači da je rizik od samoubistva mladića bio 3,9 puta veći od rizika devojaka iste starosti. Maksimalne vrednosti koeficijenta rizika (RR) ili pravilnije koeficijenta relativnog rizika od suicida muškaraca po starosti izračunate su za stare 20-24 godine u tri petogodišnja perioda, dok je u preostala dva, ta starosna grupa po RR-u bila na

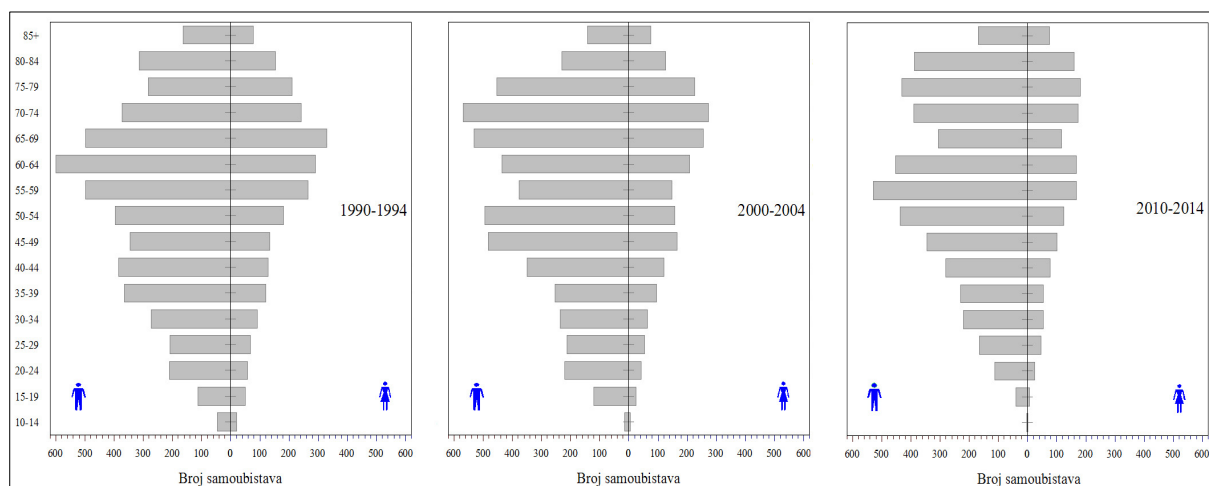
drugom mestu, ali sa još većim vrednostima (4,8 u 2005-2010, odnosno 4,3 u 2010-2014) od prosečne izračunate za 1990-2014.

Znatno veći koeficijent relativnog rizika od samoubistva muškog u odnosu na žensko stanovništvo je prisutan i kod ostalih starosnih grupa, ali su razlike manje naglašene (stope samoubistva muškog stanovništva uglavnom su veće 2 do 4 puta). Krajem posmatranog 25-godišnjeg perioda te razlike su najmanje kod starih 60-74 godine, kod kojih je smrtnost usled samoubistva oko 3 puta veća kod muškog nego kod ženskog stanovništva. Međutim, u apsolutnim vrednostima, razlike po polu su najveće upravo kod najstarijeg stanovništva (tabela 4.4-12 i grafikon 4.4-7_desno).

Promene suicidalnog mortaliteta po starosti odvijale su se za oba pola, uz par izuzetaka, u istom, opadajućem smeru. Specifične stope suicidalnog mortaliteta (SSMS) su u poslednjem petogodišnjem razdoblju za sve starosti i za oba pola bile manje nego u početnom periodu 1990-1994.⁴ Smanjenja su za oba pola uglavnom bila kontinuirana, osim u drugoj polovini 1990-ih. Ipak, razlike po polu u nivou smrtnosti usled samoubistva po starosti znatno su povećane i to za sve starosne grupe bez izuzetka. U periodu 2010-2014. specifične stope suicida muškaraca za 12 od 14 petogodišnjih starosnih grupa bile su najmanje 3 puta veće od stopa suicida žena istih starosti (najveće kod adolescenata – preko 4 odnosno 5 puta veće). Dve decenije ranije, 1990-1994, SSMS muškaraca su bile tri puta veće od vrednosti istog pokazatelja za žene "samo" za dve starosne grupe (20-24 i 25-29), dok su za ostale starosti bile ispod tog nivoa. Takve promene u relativnom odnosu visine specifičnih stopa smrtnosti usled samoubistva bile su neposredno uslovljene prvenstveno intenzivnijim smanjenjem smrtnosti po starosti žena, posebno adolescentnog i mlađeg sredovečnog uzrasta.

Ukoliko se posmatra polna struktura umrlih usled samoubistva po starosnim grupama, neravnoteža je, takođe, nepovoljnija za muškarce (tabela 4.4-12 i grafikon 4.4-8) Zbog različitih vrednosti koeficijenta maskuliniteta ukupnog stanovništva po starosti (v. potpoglavlje 4.2.1), koeficijenti maskuliniteta umrlih usled suicida su za mlado i mlađe sredovečno stanovništvo (10-39 godina) veće, a za ostale petogodišnje grupe one su manje od koeficijenta relativnog rizika od suicida muškaraca. U razdoblju 1990-2014, najveći udeo muškaraca u ukupnom broju suicida iste starosti je među starijim adolescentima (80,5 % odnosno koeficijent maskuliniteta 412,0 suicida muškaraca na 100 suicida žena). To je ujedno starosna grupa za koju je izračunata i najveća vrednost koeficijenta relativnog rizika suicida muškaraca (3,9 ili 394,9 izražen u procentima). Sa starošću, udeo muškaraca u ukupnom broju samoubistava iste starosti opada, da bi najmanje učešće bilo dostignuto kod stanovništva starog 65 ili više godina (neznatno ispod 66 % odnosno oko 190 samoubistava na 100 samoubistava žena). Zbog izrazite brojčane dominacije žena u ukupnom stanovništvu starijem od 65 godina, vrednost koeficijenta maskuliniteta umrlih od suicida je za oko jedne četvrtine niža od vrednosti koeficijenta relativnog rizika.

⁴ Jedini izuzetak su SSMS muškaraca starih 50-54 i 55-59 godina, koje su između u 2010-2014. imale neznatno veće vrednosti nego 1990-1994. (tabela 4. 4-11 i grafikon 4.4-7).



Grafikon 4.4-8.

Broj samoubistava po starosti i po polu. Srbija, 1990-1994, 2000-2004. i 2010-2014.

Promena polne strukture samoubistava po starosti vodile su ka povećanju udelu muškaraca. To je potpuno u skladu i s tendencijom povećanja koeficijenta relativnog rizika od suicida muškaraca po starosti, ali su disproporcije u pogledu polne strukture suicida uglavnom bile manje izražene, posebno za starije stanovništvo.

Samoubistva mladih i starih: dodatna viđenja

Posmatrano po starosti, u demografskoj analizi suicida u Srbiji treba posebnu pažnju posvetiti smrtnosti usled samoubistva kod mladih i starih. To su starosne grupe koje se potpuno razlikuju prema visini specifičnih stopa suicida – najmanje su kod mladih, a najveće kod starih. To su ujedno i starosne grupe koje se potpuno razlikuju i po procentnom učešću samoubistava u njihovoj ukupnoj smrtnosti – najveće je kod mladih, a najmanje kod starih.

Samoubistva mladih

Analiza raspoloživih statističkih podataka RZS-a za razdoblje 1990-2014. omogućava sagledavanje aktuelnog stanja i dosadašnjih trendova suicida mladih uzrasta 10-24 godine, i to kako po pojedinačnim godina starosti, tako i po petogodišnjim grupama (deca 10-14 i adolescenti 15-19 i 20-24).⁵ Međutim, već spomenute ograde u pogledu statističkog obuhvata važe i za samoubistva mladih. Naime, naša procena statističkog obuhvata broja samoubistava odnosila se samo na ukupan broj suicida, ne i po starosti (v. potpoglavlje 4.4.1). Uz to, ranija inostrana istraživanja upućuju da je obuhvat suicida mladih relativno mnogo manji od obuhvata suicidalnog mortaliteta ostalih starosnih grupa (Madge, 1999). Ne postoji razlog zbog koga bi se smatralo da je u Srbiji bitno drugačija situacija.

⁵ U ovom radu se samoubistva dece odnose samo na starosnu grupu 10-14 godina. U Srbiji su statistički evidentirana i samoubistva dece mlađe od 10 godina. U celom razdoblju 1990-2014. zabeleženo je ukupno jedno samoubistvo deteta uzrasta 5-9 godina. Taj slučaj smo iz praktičnih razloga priključili starosnoj grupi 10-14, što je, uostalom, učinio i RZS u svojem godišnjaku "Demografska statistika".

U Srbiji su u 25-godišnjem razdoblju 1990-2014. registrovana ukupno 2013 samoubistva lica uzrasta 10-24. Broj suicida mladih se, posmatrano po petogodišnjim razdobljima, kretao u intervalu od 602 (1995-1999) do 187 (2010-2014) smrtnih slučajeva (tabela 4.4-13).

Tabela 4.4-13
Suicidi mladih 10-24 godine, po petogodišnjim starosnim grupama. Srbija, 1990-2014.

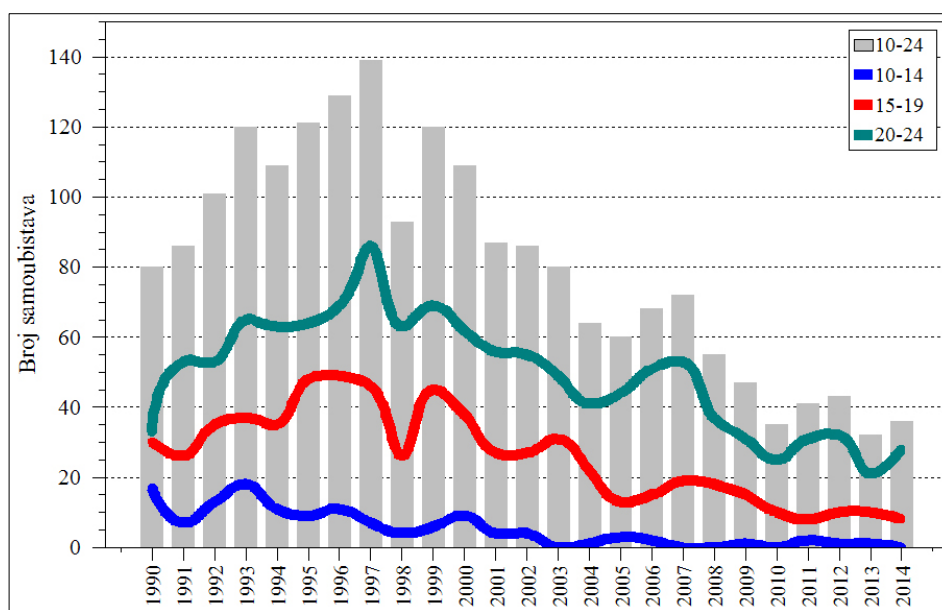
| Starost | 1990-2014 | 1990-1994 | 1995-1999 | 2000-2004 | 2005-2009 | 2010-2014 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Ukupan broj umrlih | | | | | | |
| 10-24 | 17997 | 5194 | 4273 | 3546 | 2907 | 2077 |
| 10-14 | 2563 | 830 | 610 | 516 | 333 | 274 |
| 15-19 | 6156 | 1872 | 1529 | 1178 | 898 | 679 |
| 20-24 | 9278 | 2492 | 2134 | 1852 | 1676 | 1124 |
| Broj samoubistava | | | | | | |
| 10-24 | 2013 | 496 | 602 | 426 | 302 | 187 |
| 10-14 | 131 | 66 | 37 | 18 | 6 | 4 |
| 15-19 | 648 | 163 | 214 | 145 | 80 | 46 |
| 20-24 | 1234 | 267 | 351 | 263 | 216 | 137 |
| Broj samoubistava na 100.000 stanovnika | | | | | | |
| 10-24 | 5,6 | 6,3 | 7,7 | 5,8 | 4,5 | 3,1 |
| Starosna struktura mladih umrlih usled suicida (%) | | | | | | |
| 10-24 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| 10-14 | 6,5 | 13,3 | 6,1 | 4,2 | 2,0 | 2,1 |
| 15-19 | 32,2 | 32,9 | 35,5 | 34,0 | 26,5 | 24,6 |
| 20-24 | 61,3 | 53,8 | 58,3 | 61,7 | 71,5 | 73,3 |
| Prosečna starost umrlih usled suicida (u god.) | | | | | | |
| 10-24 | 20,5 | 19,7 | 20,3 | 20,7 | 21,3 | 21,2 |
| Udeo samoubistva mladih u ukupnoj smrtnosti iste starosti (%) | | | | | | |
| 10-24 | 11,2 | 9,5 | 14,1 | 12,0 | 10,4 | 9,0 |
| 10-14 | 5,1 | 8,0 | 6,1 | 3,5 | 1,8 | 1,5 |
| 15-19 | 10,5 | 8,7 | 14,0 | 12,3 | 8,9 | 6,8 |
| 20-24 | 13,3 | 10,7 | 16,4 | 14,2 | 12,9 | 12,2 |
| Udeo samoubistava mladih u ukupnom broju samoubistava (%) | | | | | | |
| 10-24 | 5,7 | 6,6 | 8,0 | 5,9 | 4,4 | 3,1 |
| 10-14 | 0,4 | 0,9 | 0,5 | 0,3 | 0,1 | 0,1 |
| 15-19 | 1,8 | 2,2 | 2,8 | 2,0 | 1,2 | 0,8 |
| 20-24 | 3,5 | 3,6 | 4,6 | 3,7 | 3,1 | 2,3 |

Nakon maksimalnog broja umrlih usled suicida koji je dostignut u drugoj polovini 1990-ih, nastupa period intenzivnog smanjenja broja suicida mladih. Za 10 godina broj suicida je prepolovljen, da bi u razdoblju 2010-2014. on bio sveden na manje od trećine broja iz perioda 1995-1999. U tom pogledu, promene broja suicida su manje ili više odudarale od kretanja broja suicida lica starijih od 25 godina. Najpre, to je suprotan smer kretanja u drugoj polovini 1990-ih (povećanje broja suicida kod mladih i smanjenje kod starijih od 25 godina). Zatim, to je intenzitet smanjenja, koje je u petogodišnjim periodima nakon 2000. godine bilo mnogo izraženije u slučaju lica

mlađih od 25 godina. Broj samoubistava u periodu 2010-2014. u odnosu na 1995-1999. smanjen kod mladih za 69 %, a kod ostalih starosti za svega 16 %.

Fluktuacije u intenzitetu promena broja samoubistva mladih još su naglašenije ukoliko se uzmu u obzir podaci po pojedinačnim godinama (grafikon 4.4-9). Tako posmatran, period 1990-2014. se može prilično očigledno može podeliti na dva potperioda. U prvom, 1990-1997, broj samoubistava mladih intenzivno se povećava, dok se u drugom, 1998-2014. on naglo smanjuje. Maksimalnm broj samoubistava evidentiran je 1997. godine (ukupno 139), dok je minimalan registrovan 2013. godine (32 umrlih). Broj samoubistava lica starih 10-24 godine je u 1997. godini bio veći u odnosu na početnu 1990. (80 smrtnih slučajeva) za gotovo tri četvrtine, dok je u odnosu na "minimalnu" 2013. on bio veći za preko 4 puta. Inače, u poslednjoj deceniji 20. veka u 9 od 10 godina, broj samoubistava mladih je bio preko 100. Nakon 2000-e godine godišnji broj suicida bio je stalno manji od 90, a od 2010. nijedne godine nije evidentirano više od 45 umrlih usled samoubistva.

Naglo povećanje broja suicida mladih tokom 1990-ih godina zabeleženo je u vreme duboke ekonomske i političke krize u Srbiji, kao i oružanih konflikata vezanih za raspad bivše Jugoslavije (ratne operacije na području Hrvatske, Bosne i Hercegovine, Kosova i bombardovanje od strane NATO-a). Ujedno, smanjenje broja suicida nakon 2000. godine započeo je u usovima stabilizacije političkih prilika i znatnog poboljšanja ekonomskih prilika u zemlji. Međutim, opadajući trend broja suicida mladih nastavljen je i u vreme zaoštavanja ekonomske krize i povećanja nezaposlenosti vezanih za period nakon početka svetske finansijske krize iz 2007. godine, a koji su se u Srbiji, i zbog unutrašnjih razloga, produžili sve do kraja analiziranog 25-godišnjeg perioda (Penev, Stanković, 2015).



Grafikon 4.4-9

Broj samoubistava mladih, ukupno i po starosnim grupama. Srbija, 1990-2014.

Ostvarene razlike u dinamici broja suicida mladih i ostalih starosti rezultirale su i značajnim smanjenjem udela samoubistava mladih u ukupnom broju samoubistava u Srbiji. Za ceo period 1990-2014, učešće suicida mladih 10-24 godine iznosilo je 5,7 %, s tim što je njihovo maksimalno učešće dostignuto 1995-1999, a minimalno 2010-2014. godine (8,0 % i 3,1 %).

Smanjenje broja samoubistava mladih uglavnom je bilo usklađeno sa smerom kretanja ukupnog broja umrlih iste starosti. Međutim, za razliku od suicida mladih, čiji se broj tokom 1990-ih uglavnom povećavao, a u prvih deceniju i po 21. veka uglavnom smanjivao, promene broja umrlih uzrasta 10-24 godine usled drugih, nesuicidnih uzroka smrti, su se odvijale mnogo pravilnije – njihov broj je u svakom narednom petogodišnjem periodu bio sve manji. Ipak, poređenjem udela samoubistava u ukupnoj smrtnosti mladih dolazi se do zaključka da je u proseku smanjenje suicidalnog mortaliteta bilo neznatno ubrzanije od smrtnosti usled ostalih uzroka smrti. Posledično, posmatrano za ceo period kao celinu, u analiziranom 25-godišnjem razdoblju došlo je do smanjenja udela suicida mladih i u tom segmentu mortaliteta. Relativno učešće samoubistava mladih 10-24 godine u ukupnoj smrtnosti iste starosti smanjeno je sa 9,5 % u 1990-1994. na 9,0 % u 2010-2014.

I pored relativno niske stope suicida mladih, koja je u periodu 1990-2014. bila više nego trostruko manja od opšte stope suicidalnog mortaliteta stanovništva Srbije (5,6 prema 18,6 na 100.000), suicid je predstavljao jedan od najčešćih uzroka smrti mladih. Od ukupno 17.997 umrlih starosti 10-24 godine, više nego svako deveto lice (11,2 %) izvršilo je samoubistvo. Uz to, prema broju smrtnih slučajeva, samoubistva su u posmatranom 25-godišnjem razdoblju predstavljala treći po redu uzrok smrti mladih. To je bio slučaj u svim petogodišnjim razdobljima, a i u najvećem broju godina tokom perioda 1990-2014.

U ovom potpoglavlju već je ukazano na osnovne karakteristike starosne strukture umrlih usled samoubistva, na smer i intenzitet promene distribucije suicida po starosti u Srbiji u periodu 1990-2014. Uočeno smanjenje udela suicida mladih i mlađeg sredovečnog stanovništva, ali s naglašeno različitim intenzitetom po petogodišnjim grupama, posebno kod mlađih od 25 godina, upućuje na zaključak da je i nužno promenjena i tzv. interna starosna struktura mladih koji su izvršili samoubistvo. Ipak, osnovne relacije između petogodišnjih starosnih grupa nisu promenjene. Naime, tokom čitavog perioda od 1990. do 2014. godine, u grupi mladih koji su izvršili samoubistvo najmanje je bilo dece (10-14), a najviše starijih adolescenata (20-24).

Smanjenje broja suicida bilo je najintenzivnije među najmlađima, znatno usporenije među mladima uzrasta 15-19, a relativno najsporije među licima starim 20-24 godine (tabela 4.4-13). Tako, dok je u razdoblju 1990-1994. svako osmo samoubistvo izvršilo lice staro 10-14 godina (13,3 % svih samoubistava dece uzrasta 10-24), intenzivno i, po petogodišnjim razdobljima, kontinuirano smanjenje suicida najmlađih rezultiralo je do 2010-2014. višestruko nižim udelom te starosne kohorte u ukupnom broju suicida – sveden je na svega 2,1 %. Još naglašenije je bilo smanjenje broja dece koja su umrla usled samoubistva. Njihov broj je za dvadeset godina smanjen za preko 16 puta - sa

66 u razdoblju 1990-1994. na ukupno 4 smrtna slučaja u petogodišnjem periodu 2010-2014. Inače, poslednjih 10-ak godina analiziranog perioda (od 2003. do 2014) u pet godina nije bio evidentiran nijedan smrtni slučaj usled samoubistva, a u četiri po jedan suicid dece uzrasta 10-14 godina (grafikon 4.4-9).

I kod starosne grupe 15-19 registrovano je smanjenje broja suicida, kao i njihovog udela u ukupnom suicidnom mortalitu mladih 10-24 godine. U periodu 1990-2014. svako treće samoubistvo mladih (32,2 %) izvršila je osoba stara 15-19 godina. Maksimalan udeo suicida tog uzrasta evidentiran je u drugoj polovini 1990-ih, da bi od 2000. godine bio jasno izražen opadajući trend procentnog učešća starih 15-19 u ukupnoj smrtnosti mladih. Do 2010-2014, udeo je smanjen na jednu četvrtinu (tabela 4.4-13).

Što se tiče kretanja broja suicida starijih adolescenata (20-24), ono generalno, takođe prati opadajući trend. Međutim, povećanje broja suicida tokom turbulentnih i ratnih 1990-ih godina bilo je ubrzanije nego kod pet godina mlađe starosne grupe, što je rezultiralo godišnjim brojem suicida koji se u periodu 1993-2000. kretao u intervalu od 62 do 86 (1997. godine) smrtnih slučajeva, ili približno dva puta više nego početne 1990. godine (bilo je ukupno 30 samoubistava lica starih 20-24). I u slučaju te starosne grupe, 2000. godina je prekretnica, od kada broj suicida opada, ali je to smanjenje relativno sporije u odnosu na kretanja samoubistva ostale dve petogodišnje starosne grupe mladih. Zbog takvih razlika u intenzitetu povećanja odnosno smanjenja broja suicida, procentno učešće starosne grupe 20-24 godine u ukupnom broju samoubistava mladih kontinuirano se povećavao dostižući 73 % u razdoblju 2010-2014, i čak 78 % u 2014. godini.

Na smanjenje broja suicida mladih u periodu 1990-2014. neposredno su uticala dva činioca. Prvi je smanjenje starosne kohorte 10-24 godine, kao i njeno interno starenje. Drugi činalac je smanjenje smrtnosti usled samoubistva na 100.000 stanovnika iste starosti, tj. opadanje specifičnih stopa suicidnog mortaliteta mladih.

Između 1990. i 2014, posmatrano po petogodišnjim razdobljima, broj stanovnika Srbije starih 10-24 kontinuirano je opadao. Za dvadeset godina, između 1990-1994. i 2010-2014, broj mladih smanjen je za četvrtinu ili sa prosečno 1.578 hiljada godišnje na 1.196 hiljada. Najveće je smanjenje broja dece (10-14), i to za 33 %, a najmanje broja adolescenata starih 20-24 godine (za 14 %).

Međutim, u istom periodu, smanjenje broja samoubistava mladih bilo je mnogo veće od jedne četvrtine – iznosilo je preko 60 % (tabela 4.4-13). Takva disproporcija prvenstveno je rezultat vrlo intenzivnog smanjenja smrtnosti usled samoubistva na 100.000 stanovnika iste starosti. Tako je između 1990-1994. i 2010-2014. stopa suicida mladih više nego prepolovljena - smanjena je sa 6,3 na 3,1 na 100.000. I u tom pogledu vrlo su naglašene razlike po starosnim grupama (tabela 4.4-13). Najbrže je bilo smanjenje stope suicida dece, koja je sa niskih 2,5 samoubistava na 100.000 u 1990-1994. svedena na zanemarljivih 0,2 na 100.000. Velika su smanjenja i stopa suicida starosnih grupa 15-19 i 20-24. Ona su relativno znatno manja nego SSMS

dece, posebno stope suicida starijih adolescenata (20-24). Očigledno da je kretanje broja suicida mladih 10-24 godine u periodu 1990-2014, ali i promena interne starosne strukture umrlih usled samoubistva bila pod većim uticajem faktora koji su se odrazili na nivo suicidalnog mortaliteta mladih, nego promena u domenu brojnosti i starosne strukture tog populacionog kontingenta.

Samoubistva mladića i devojaka

Prilikom sagledavanja modaliteta suicidalnih ponašanja mladih vrlo su primetne razlike po polu. Suicidne misli i pokušaji samoubistva češći su među devojka, a ostvarena samoubistva među mladićima (Caneto, Sakinofsky, 1998; Fergusson, Woodward, Horwood, 2000).

I u Srbiji su samoubistva među mladićima mnogo prisutnija nego među devojka. U periodu 1990-2014. stopa suicida mladih na 100.000 stanovnika uzrasta 10-24 godine bila je 3,3 puta veća među muškim nego ženskim stanovništvom (8,5 prema 2,6). S obzirom da je među mladima više muških nego ženskih (v. potpoglavlje 4.2.1), razlika u broju suicida po polu još je naglašenija. U tom razdoblju, ukupno je bilo 1563 samoubistva mladića i 450 samoubistava devojaka (3,5:1,0). S udelom muških od 77,6 %, disproporcija u polnoj strukturi samoubistava mladih naglašenija je nego za stanovništvo staro 25 ili više godina (70,2 %).

Posmatrano i po polu, specifične stope suicida mladih su rastuće sa starošću (tabela 4.4-14), a takođe i relativna razlika u visini tog pokazatelja za muško i žensko stanovništvo. Tako je u periodu 1990-2014. stopa suicida muške dece stare 10-14 bila 1,6 a ženske dece 0,7 na 100.000 (odnos 2,2 : 1,0). U istom razdoblju stopa suicida mladih 20-24 godine bila je za muške 15,5 a za ženske 3,9 na 100.000. Odnos je bio 3,9 : 1,0, što je ujedno i najveća relativna razlika u visini specifične stope samoubistva po petogodišnjim starosnim grupama između muškog i ženskog stanovništva.

Između 1990. i 2014. godine, promene u dinamici suicida mladića i devojaka uglavnom su se odvijale istim smerom, ali ne i istim intenzitetom. U periodu povećanja broja samoubistava tokom 1990-ih, ono je bilo relativno intenzivnije kod devojaka nego kod mladića, što se tada odrazilo i na umereno smanjenje udela muških u ukupnom suicidalnom mortalitetu mladih (tabela 4.4-14). S druge strane, u periodima smanjenja broja suicida nakon 2000. godine, ono je uglavnom ponovo bilo intenzivnije među devojka nego među mladićima. Teško je zaključiti da li postoji veći senzibilitet devojaka na eksterne okolnosti koje mogu da utiču na suicidalno ponašanje mladih, ili se samo radi o činjenici da je zbog relativno malog broja smrtnih slučajeva devojaka, koji je ujedno oko tri puta manji od broja umrlih mladića iste starosne grupe, povećanje, ali i smanjenje, uglavnom aritmetički vidljivije. Ipak, nesporno je da je u Srbiji za 25 godina bitno smanjen suicidalni mortalitet mladih, i da se smanjenje odvijalo relativno mnogo brže među devojka nego među mladićima.

Tabela 4.4-14

Suicidi mladića i devojaka uzrasta 10-24 godine po starosnim grupama. Srbija, 1990-2014

| Starost | Muško | | | | | | Žensko | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 1990-2014 | 1990-1994 | 1995-1999 | 2000-2004 | 2005-2009 | 2010-2014 | 1990-2014 | 1990-1994 | 1995-1999 | 2000-2004 | 2005-2009 | 2010-2014 |
| Broj umrlih | | | | | | | | | | | | |
| 10-24 | 12945 | 3822 | 2983 | 2537 | 2141 | 1462 | 5052 | 1372 | 1290 | 1009 | 766 | 615 |
| 10-14 | 1563 | 515 | 351 | 323 | 210 | 164 | 1000 | 315 | 259 | 193 | 123 | 110 |
| 15-19 | 4384 | 1370 | 1056 | 840 | 647 | 471 | 1772 | 502 | 473 | 338 | 251 | 208 |
| 20-24 | 6998 | 1937 | 1576 | 1374 | 1284 | 827 | 2280 | 555 | 558 | 478 | 392 | 297 |
| Broj samoubistava | | | | | | | | | | | | |
| 10-24 | 1563 | 368 | 443 | 356 | 242 | 154 | 450 | 128 | 159 | 70 | 60 | 33 |
| 10-14 | 91 | 45 | 23 | 14 | 6 | 3 | 40 | 21 | 14 | 4 | - | 1 |
| 15-19 | 479 | 113 | 150 | 121 | 56 | 39 | 169 | 50 | 64 | 24 | 24 | 7 |
| 20-24 | 993 | 210 | 270 | 221 | 180 | 112 | 241 | 57 | 81 | 42 | 36 | 25 |
| Broj samoubistava na 100.000 stanovnika | | | | | | | | | | | | |
| 10-24 | 8,5 | 9,1 | 11,1 | 9,5 | 7,0 | 5,0 | 2,6 | 3,3 | 4,2 | 2,0 | 1,8 | 1,1 |
| Udeo u ukupnom broju samoubistva iste starosti (%) | | | | | | | | | | | | |
| 10-24 | 77,6 | 74,2 | 73,6 | 83,6 | 80,1 | 82,4 | 22,4 | 25,8 | 26,4 | 16,4 | 19,9 | 17,6 |
| 10-14 | 69,5 | 68,2 | 62,2 | 77,8 | 100,0 | 75,0 | 30,5 | 31,8 | 37,8 | 22,2 | 0,0 | 25,0 |
| 15-19 | 73,9 | 69,3 | 70,1 | 83,4 | 70,0 | 84,8 | 26,1 | 30,7 | 29,9 | 16,6 | 30,0 | 15,2 |
| 20-24 | 80,5 | 78,7 | 76,9 | 84,0 | 83,3 | 81,8 | 19,5 | 21,3 | 23,1 | 16,0 | 16,7 | 18,2 |
| Starosna struktura umrlih usled suicida starih 10-24 godine (u %) | | | | | | | | | | | | |
| 10-24 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| 10-14 | 5,8 | 12,2 | 5,2 | 3,9 | 2,5 | 1,9 | 8,9 | 16,4 | 8,8 | 5,7 | 0,0 | 3,0 |
| 15-19 | 30,6 | 30,7 | 33,9 | 34,0 | 23,1 | 25,3 | 37,6 | 39,1 | 40,3 | 34,3 | 40,0 | 21,2 |
| 20-24 | 63,5 | 57,1 | 60,9 | 62,1 | 74,4 | 72,7 | 53,6 | 44,5 | 50,9 | 60,0 | 60,0 | 75,8 |
| Prosečna starost (u godinama) | | | | | | | | | | | | |
| 10-24 | 20,6 | 19,9 | 20,5 | 20,8 | 21,4 | 21,3 | 19,8 | 19,1 | 19,7 | 20,4 | 20,7 | 20,8 |
| Udeo umrlih usled samoubistva u ukupnom broju umrlih iste starosti (%) | | | | | | | | | | | | |
| 10-24 | 12,1 | 9,6 | 14,9 | 14,0 | 11,3 | 10,5 | 8,9 | 9,3 | 12,3 | 6,9 | 7,8 | 5,4 |
| 10-14 | 5,8 | 8,7 | 6,6 | 4,3 | 2,9 | 1,8 | 4,0 | 6,7 | 5,4 | 2,1 | 0,0 | 0,9 |
| 15-19 | 10,9 | 8,2 | 14,2 | 14,4 | 8,7 | 8,3 | 9,5 | 10,0 | 13,5 | 7,1 | 9,6 | 3,4 |
| 20-24 | 14,2 | 10,8 | 17,1 | 16,1 | 14,0 | 13,5 | 10,6 | 10,3 | 14,5 | 8,8 | 9,2 | 8,4 |

Samoubistva starih

U Srbiji je u periodu 1990-2014. ukupno 13.499 lica starih 65 ili više godina izvršilo samoubistvo, što je predstavljalo ukupno 38,4 % ukupnog broja suicida. Procentno učešće suicida lica starijih od 65 godina bilo je u istom razdoblju više nego dvostruko veće od udela stanovništva iste starosti u ukupnom prosečnom broju stanovnika Srbije starijih od 10 godina (17,4 %). Istovremeno udeo starih 65 ili više godina u ukupnom broju umrlih usled suicida gotovo dvostruko je manji u odnosu na udeo te starosne grupe u ukupnoj smrtnosti lica starijih od 10 godina (75,4 %). Takve relacije upućuju da su stope suicida starih (u periodu 1990-2014. iznosile su 46,1 na 100.000) višestruko veće od stope suicidnog mortaliteta stanovništva mlađeg od 65 godina

(15,5 na 100.000 starih 10-64 godina), ali i da je relativni rizik da je lice koje je umrlo usled suicida bilo staro 65 ili više godina dvostruko manji (RR=0,51; 95% IP; $p < 0,0001$) od rizika da je lice (staro najmanje 10 godina) koje je umrlo od bilo kog drugog uzroka pripadalo istom starosnom kontingentu (65 ili više godina).

Tabela 4.4-15.
Suicidi lica starih 65 ili više godina po starosti. Srbija, 1990-2014.

| Starost | 1990-2014 | 1990-1994 | 1995-1999 | 2000-2004 | 2005-2009 | 2010-2014 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Ukupan broj umrlih | | | | | | |
| Sve starosti (10+) | 2465185 | 447525 | 484869 | 509374 | 515924 | 507493 |
| 65+ | 1842830 | 307767 | 351133 | 385373 | 401388 | 397169 |
| 65-69 | 296784 | 61663 | 72358 | 68342 | 52198 | 42223 |
| 70-74 | 386347 | 56481 | 86076 | 94638 | 83886 | 65266 |
| 75-79 | 430672 | 55148 | 69971 | 100372 | 107701 | 97480 |
| 80-84 | 391147 | 72855 | 53611 | 66432 | 94644 | 103605 |
| 85+ | 337880 | 61620 | 69117 | 55589 | 62959 | 88595 |
| Broj samoubistava | | | | | | |
| Sve starosti | 35187 | 7510 | 7564 | 7165 | 6906 | 6042 |
| 65+ | 13499 | 2643 | 2766 | 2879 | 2817 | 2394 |
| 65-69 | 3507 | 827 | 861 | 787 | 608 | 424 |
| 70-74 | 3545 | 615 | 763 | 841 | 761 | 565 |
| 75-79 | 3065 | 493 | 532 | 679 | 748 | 613 |
| 80-84 | 2171 | 467 | 348 | 355 | 453 | 548 |
| 85+ | 1211 | 241 | 262 | 217 | 247 | 244 |
| Starosna struktura starih umrlih usled suicida (%) | | | | | | |
| 65+ | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| 65-69 | 26,0 | 31,3 | 31,1 | 27,3 | 21,6 | 17,7 |
| 70-74 | 26,3 | 23,3 | 27,6 | 29,2 | 27,0 | 23,6 |
| 75-79 | 22,7 | 18,7 | 19,2 | 23,6 | 26,6 | 25,6 |
| 80-84 | 16,1 | 17,7 | 12,6 | 12,3 | 16,1 | 22,9 |
| 85+ | 9,0 | 9,1 | 9,5 | 7,5 | 8,8 | 10,2 |
| Prosečna starost (u god.) | | | | | | |
| 65+ | 75,3 | 75,0 | 74,6 | 74,7 | 75,7 | 76,7 |
| Udeo umrlih usled samoubistva u ukupnom broju umrlih iste starosti (%) | | | | | | |
| 65+ | 0,7 | 0,9 | 0,8 | 0,7 | 0,7 | 0,6 |
| 65-69 | 1,2 | 1,3 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 1,0 |
| 70-74 | 0,9 | 1,1 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 |
| 75-79 | 0,7 | 0,9 | 0,8 | 0,7 | 0,7 | 0,6 |
| 80-84 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,5 | 0,5 | 0,5 |
| 85+ | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,3 |
| Udeo samoubistava starih u ukupnom broju suicida (%) | | | | | | |
| 65+ | 38,4 | 35,2 | 36,6 | 40,2 | 40,8 | 39,6 |
| 65-69 | 10,0 | 11,0 | 11,4 | 11,0 | 8,8 | 7,0 |
| 70-74 | 10,1 | 8,2 | 10,1 | 11,7 | 11,0 | 9,4 |
| 75-79 | 8,7 | 6,6 | 7,0 | 9,5 | 10,8 | 10,1 |
| 80-84 | 6,2 | 6,2 | 4,6 | 5,0 | 6,6 | 9,1 |
| 85+ | 3,4 | 3,2 | 3,5 | 3,0 | 3,6 | 4,0 |

I pored relativno visokih specifičnih stopa suicida starih, koje su ujedno više od vrednosti stope suicida bilo koje petogodišnje starosne grupe, umrli usled samoubistva

starosti 65 ili više godina predstavljali su svega 0,7 % ukupnog broja umrlih iste starosti (tabela 4.4-15). To ukazuje da su stope suicida starih 65 ili više godina oko 140 puta manje od prosečne stope smrtnosti za tu starosnu grupu u 25-godišnjem periodu 1990-2014.

Što se tiče samoubistava starih posmatranih po petogodišnjim starosnim grupama, ona su u Srbiji u periodu 1990-2014. bila najbrojnija kod najmlađih starih (65-69 i 70-74 god.), sa po 3,5 hiljade umrlih ili po 26 % u ukupnom broju samoubistava lica starijih od 65 godina. Broj i udeli samoubistava starijih kohorti bili su znatno manji i primetno opadajući sa starošću. Najmanje samoubistava bilo je kod najstarijih (9 % u starosnoj grupi 85 ili više godina). Iste relacije, ali sa 2,6 puta manjim vrednostima su i u pogledu procentnog učešća suicida pojedinih petogodišnjih grupa starih u ukupnom broju suicida (tabela 4.4-15). Takav redosled broja suicida po starosnim grupama je dominantno određen internom starosnom strukturom kontingenta ukupnog stanovništva starih 65 ili više godina.

Nešto drugačiji je odnos po starosnim grupama u udelima suicida u ukupnoj smrtnosti iste starosti, ali je redosled isti – najveće procentno učešće je kod najmlađih (1,2 % za starosnu grupu 65-69), a najmanji kod najstarijih (0,4 % za umrle u starosti 85 ili više godina). Te razlike u odnosu na procentno učešće starih u ukupnom broju suicida su, s jedne strane, rezultat specifičnih stopa suicidnog mortaliteta, a s druge strane, i vrednosti specifičnih stopa smrtnosti starih usled svojih ostalih, "nesuicidnih" uzroka smrti. U pogledu smrtnosti usled samoubistva, broj umrlih po petogodišnjim grupama starih na 100.000 stanovniak iste starosti je najmanji kod najmlađe starosne grupe (33,7 na 100.000 starih 65-69 god.) i stalno rastući sa starošću dostižući maksimum kod starih 85 ili više godina (73,4 na 100.000). I kod smrtnosti usled ostalih uzroka smrti, broj umrlih na 1000 stanovnika je najmanji kod najmlađe, a najveći kod najstarije starosne grupe, ali je relativna razlika mnogo veća nego u slučaju smrtnosti usled samoubistva. Tako je odnos maksimalne i minimalne prosečne godišnje vrednosti specifične stope "nesuicidne" smrtnosti (204,0 ‰ i 28,2 ‰) bio 7,2:1,0 dok je odnos maksimalne i minimalne vrednosti specifične stope suicidnog mortaliteta bio 2,2:1,0. S toga su, i zbog relativno niskih stopa suicida najstarijeg stanovništva, ili pravilnije, niže od "očekivanih" ukoliko se porede sa suicidnim mortalitetom starih 65-69, njihovi udeli u ukupnoj smrtnosti "neočekivano" niski.

Tokom 25-godišnjeg perioda broj suicida starih nije bio stabilan, već se menjao, i to kako kroz njegovo povećanje, tako i kroz smanjenje broja umrlih. Tokom 1990-ih broj suicida starih je povećavan, a maksimum je dostignut u razdoblju 2000-2004. (2879). Najintenzivnije smanjenje ostvareno je u poslednjem 5-godišnjem razdoblju, kada je ujedno dostignut i najmanji broj suicida (2394). To je ujedno bio slučaj i sa samoubistvima lica mlađih od 65 godina, koja su takođe bila najmalobrojnija u razdoblju 2010-2014, ali su, za razliku od samoubistva starih kontinuirano opadala u svakom narednom petogodišnjem periodu. Kao rezultat takvih razlika u smeru i tempu kretanja, broj suicida starih je u poslednjem petogodišnjem razdoblju bio za 9 % manji nego u prvom, dok je broj suicida lica mlađih od 65 godina u istom razdoblju smanjen za 25 %. Međutim, takva kretanja broja suicida starih i lica mlađih

od 65 godina u najvećoj meri su rezultat gotovo dijametralno suprotnih kretanja broja stanovnika te dve velike starosne grupe. U posmatranom 25-godišnjem razdoblju broj starih 65 ili više godina je kontinuirano povećavan (u poslednjem petogodišnjem periodu prosečan godišnji broj stanovnika bio je za 307 hiljada ili za 32 % više nego u prvom). Istovremeno, broj stanovnika starih 10-64 godine je kontinuirano opadao (ukupno za 672 hiljade ili 11 %). Uzimanjem u obzir i te demografske komponente, odnosno izračunavanjem stope suicida starih 65 ili više godina i stanovništva starog 10-64 godine, može se zaključiti da je smanjenje suicidnog mortaliteta starih bilo mnogo intenzivnije nego ostalog stanovništva. Naime, između 1990-1994. i 2010-2014. broj suicida starih smanjen je sa 55 na 38 na 100.000, dok je smanjenje suicida stanovništva starog 10-64 godine smanjeno sa 16 na 14 na 100.000.

Promene suicidnog mortaliteta starih posmarane po petogodišnjim starosnim grupama i po petogodišnjim razdobljima ukazuju da ni s tog aspekta one nisu bile istosmerne (tabele 4.4-11 i 4.4-16). U glavnim crtama, kao najvažnija zapažanja mogu da se izdvoje:

- broj suicida mlađih starosnih grupa (do 75 godina) bio je manji u poslednjem nego u početnom petogodišnjem razdoblju, a smanjenje je bilo naročito intenzivno kod najmlađih (broj suicida starih 65-69 gotovo da je prepolovljen);
- broj suicida starijih starosnih grupa (preko 75 godina) se uglavnom povećavao, i u poslednjem petogodišnjem razdoblju bio je veći nego u početnom;
- vrednosti specifične stope suicida starih po petogodišnjim grupama su se po pravilu smanjivale kod svih kohorti, ali je ono bilo kontinuirano i najintenzivnije kod mlađih starosnih grupa (65-69 i 75-79), čije su stope samoubistva gotovo prepolovljene;
- starosna struktura starih umrlih usled samoubistva bitno je promenjena - udeo umrlih 65-69 godina je gotovo prepolovljen (sa 31,3 % na 17,7 %), udeo samoubistava lica starih 70-74 je zadržao učešće do oko jedne četvrtine svih samoubistava starih, dok su udeli ostalih starosti povećani; promene su se odvijale pod neposrednim uticajem menjanja vrednosti specifičnih stopa suicida, kao i odvijanja internog starenja starih;
- udeli suicida u ukupnoj smrtnosti starih iste starosti su se smanjivali kod svih kohorti.

Ranije opisane najvažnije karakteristike diferenciranog suicidnog mortaliteta po polu važe i za smrtnost usled samoubistva starih. Specifičnosti koje su u tom pogledu tiču populacionog kontingenta starih 65 ili više godina u velikoj meri se odnose na naglašenost pojedinih disproporcija po polu, a koje su direktno inicirane izrazitom brojčanom dominacijom žena u toj starosnoj grupi, koja je mnogo naglašenija od proseka za ukupno stanovništvo, a posebno u odnosu na mlado i sredovečno stanovništvo (v. potpoglavlje 4.2.1).

Tabela 4.4-16.
Suicidi lica starih 65 ili više godine po starosnim grupama i po polu.
Srbija, 1990-2014 (po petogodišnjim periodima)

| Starost | Muško | | | | | | Žensko | | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 1990-2014 | 1990-1994 | 1995-1999 | 2000-2004 | 2005-2009 | 2010-2014 | 1990-2014 | 1990-1994 | 1995-1999 | 2000-2004 | 2005-2009 | 2010-2014 |
| Broj umrlih svi uzroci | | | | | | | | | | | | |
| Sve star. | 1266916 | 237140 | 250921 | 261238 | 261155 | 256462 | 1198269 | 210385 | 233948 | 248136 | 254769 | 251031 |
| 65+ | 860185 | 145784 | 164641 | 180470 | 185592 | 183698 | 982645 | 161983 | 186492 | 204903 | 215796 | 213471 |
| 65-69 | 172618 | 34535 | 41794 | 39907 | 30860 | 25522 | 124166 | 27128 | 30564 | 28435 | 21338 | 16701 |
| 70-74 | 201720 | 28567 | 42977 | 49695 | 44793 | 35688 | 184627 | 27914 | 43099 | 44943 | 39093 | 29578 |
| 75-79 | 198563 | 25799 | 31088 | 44389 | 50202 | 47085 | 232109 | 29349 | 38883 | 55983 | 57499 | 50395 |
| 80-84 | 161287 | 32259 | 22148 | 26120 | 37024 | 43736 | 229860 | 40596 | 31463 | 40312 | 57620 | 59869 |
| 85+ | 125997 | 24624 | 26634 | 20359 | 22713 | 31667 | 211883 | 36996 | 42483 | 35230 | 40246 | 56928 |
| Broj samoubistava | | | | | | | | | | | | |
| Sve star. | 24862 | 5082 | 5241 | 5128 | 4904 | 4507 | 10325 | 2428 | 2323 | 2037 | 2002 | 1535 |
| 65+ | 8884 | 1630 | 1785 | 1924 | 1858 | 1687 | 4615 | 1013 | 981 | 955 | 959 | 707 |
| 65-69 | 2300 | 497 | 568 | 532 | 396 | 307 | 1207 | 330 | 293 | 255 | 212 | 117 |
| 70-74 | 2333 | 373 | 489 | 568 | 512 | 391 | 1212 | 242 | 274 | 273 | 249 | 174 |
| 75-79 | 2006 | 283 | 329 | 453 | 509 | 432 | 1059 | 210 | 203 | 226 | 239 | 181 |
| 80-84 | 1429 | 313 | 216 | 229 | 283 | 388 | 742 | 154 | 132 | 126 | 170 | 160 |
| 85+ | 816 | 164 | 183 | 142 | 158 | 169 | 395 | 77 | 79 | 75 | 89 | 75 |
| Udeo u ukupnom broju samoubistva iste starosti (%) | | | | | | | | | | | | |
| Sve star. | 70,7 | 67,7 | 69,3 | 71,6 | 71,0 | 74,6 | 29,3 | 32,3 | 30,7 | 28,4 | 29,0 | 25,4 |
| 65+ | 65,8 | 61,7 | 64,5 | 66,8 | 66,0 | 70,5 | 34,2 | 38,3 | 35,5 | 33,2 | 34,0 | 29,5 |
| 65-69 | 65,6 | 60,1 | 66,0 | 67,6 | 65,1 | 72,4 | 34,4 | 39,9 | 34,0 | 32,4 | 34,9 | 27,6 |
| 70-74 | 65,8 | 60,7 | 64,1 | 67,5 | 67,3 | 69,2 | 34,2 | 39,3 | 35,9 | 32,5 | 32,7 | 30,8 |
| 75-79 | 65,4 | 57,4 | 61,8 | 66,7 | 68,0 | 70,5 | 34,6 | 42,6 | 38,2 | 33,3 | 32,0 | 29,5 |
| 80-84 | 65,8 | 67,0 | 62,1 | 64,5 | 62,5 | 70,8 | 34,2 | 33,0 | 37,9 | 35,5 | 37,5 | 29,2 |
| 85+ | 67,4 | 68,0 | 69,8 | 65,4 | 64,0 | 69,3 | 32,6 | 32,0 | 30,2 | 34,6 | 36,0 | 30,7 |
| Starosna struktura umrlih usled suicida (%) | | | | | | | | | | | | |
| 65+ | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| 65-69 | 25,9 | 30,5 | 31,8 | 27,7 | 21,3 | 18,2 | 26,2 | 32,6 | 29,9 | 26,7 | 22,1 | 16,5 |
| 70-74 | 26,3 | 22,9 | 27,4 | 29,5 | 27,6 | 23,2 | 26,3 | 23,9 | 27,9 | 28,6 | 26,0 | 24,6 |
| 75-79 | 22,6 | 17,4 | 18,4 | 23,5 | 27,4 | 25,6 | 22,9 | 20,7 | 20,7 | 23,7 | 24,9 | 25,6 |
| 80-84 | 16,1 | 19,2 | 12,1 | 11,9 | 15,2 | 23,0 | 16,1 | 15,2 | 13,5 | 13,2 | 17,7 | 22,6 |
| 85+ | 9,2 | 10,1 | 10,3 | 7,4 | 8,5 | 10,0 | 8,6 | 7,6 | 8,1 | 7,9 | 9,3 | 10,6 |
| Udeo umrlih usled samoubistva u ukupnom broju umrlih iste starosti i pola (%) | | | | | | | | | | | | |
| 65+ | 1,0 | 1,1 | 1,1 | 1,1 | 1,0 | 0,9 | 0,5 | 0,6 | 0,5 | 0,5 | 0,4 | 0,3 |
| 65-69 | 1,3 | 1,4 | 1,4 | 1,3 | 1,3 | 1,2 | 1,0 | 1,2 | 1,0 | 0,9 | 1,0 | 0,7 |
| 70-74 | 1,2 | 1,3 | 1,1 | 1,1 | 1,1 | 1,1 | 0,7 | 0,9 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 |
| 75-79 | 1,0 | 1,1 | 1,1 | 1,0 | 1,0 | 0,9 | 0,5 | 0,7 | 0,5 | 0,4 | 0,4 | 0,4 |
| 80-84 | 0,9 | 1,0 | 1,0 | 0,9 | 0,8 | 0,9 | 0,3 | 0,4 | 0,4 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| 85+ | 0,6 | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,5 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,1 |
| Udeo samoubistava starih u ukupnom broju suicida istog pola (%) | | | | | | | | | | | | |
| 65+ | 35,7 | 32,1 | 34,1 | 37,5 | 37,9 | 37,4 | 44,7 | 41,7 | 42,2 | 46,9 | 47,9 | 46,1 |
| 65-69 | 9,3 | 9,8 | 10,8 | 10,4 | 8,1 | 6,8 | 11,7 | 13,6 | 12,6 | 12,5 | 10,6 | 7,6 |
| 70-74 | 9,4 | 7,3 | 9,3 | 11,1 | 10,4 | 8,7 | 11,7 | 10,0 | 11,8 | 13,4 | 12,4 | 11,3 |
| 75-79 | 8,1 | 5,6 | 6,3 | 8,8 | 10,4 | 9,6 | 10,3 | 8,6 | 8,7 | 11,1 | 11,9 | 11,8 |
| 80-84 | 5,7 | 6,2 | 4,1 | 4,5 | 5,8 | 8,6 | 7,2 | 6,3 | 5,7 | 6,2 | 8,5 | 10,4 |
| 85+ | 3,3 | 3,2 | 3,5 | 2,8 | 3,2 | 3,7 | 3,8 | 3,2 | 3,4 | 3,7 | 4,4 | 4,9 |

Stope suicida starih kod muškog stanovništva višestruko su veće nego kod žena iz iste starosne grupe (tabela 4.4-17). U periodu 1990-2014. stopa suicida starih iznosila je 72,0 na 100.000 stanovnika iste starosne grupe, dok je ona kod žena bila 27,2 na 100.000. I specifične stope suicida po petogodišnjim grupama su višestruko veće kod muškaraca, a relativna razlika se po pravilu povećava sa starošću. Za najmlađu starosnu grupu (65-69 god.) izračunata stopa suicida muškaraca iznosi 49,1 a žena 22,1 na 100.000 (odnos 2,3 prema 1,0). Specifične stope suicida starih 85 ili više godina su 142,7 i 36,6 na 100.000 (odnos 3,9 prema 1,0). Ostvarene promene vodile su ka smanjenju stope smrtnosti usled samoubistva kod muškaraca, kao i kod žena. Međutim, smanjenje je bilo mnogo intenzivnije kod žena, što je uticalo na kontinuirano povećanje relativne razlike u dostignutim vrednostima SSMS. Početkom posmatranog 25-godišnjeg perioda odnos je bio 2,2:1,0, da bi u razdoblju 2010-2014. stopa suicida muškaraca starijih od 65 godina bila 3,3 puta veća od SSMS žena iste starosti.

Tabela 4.4-17.

Specifične stope suicidnog mortaliteta starih 65 ili više godine po starosnim grupama i po polu, po starosti (na 100.000). Srbija, 1990-2014, po petogodišnjim razdobljima

| Starost | 1990-2014 | 1990-1994 | 1995-1999 | 2000-2004 | 2005-2009 | 2010-2014 |
|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Svega | | | | | | |
| 65+ | 46,1 | 55,3 | 49,0 | 46,3 | 44,5 | 37,9 |
| 65-69 | 33,7 | 39,6 | 37,1 | 35,0 | 31,3 | 23,4 |
| 70-74 | 42,1 | 51,2 | 44,7 | 43,7 | 40,3 | 33,1 |
| 75-79 | 53,8 | 73,6 | 59,5 | 54,5 | 52,6 | 42,0 |
| 80-84 | 70,0 | 85,6 | 95,7 | 66,2 | 59,6 | 61,1 |
| 85+ | 73,4 | 86,8 | 74,8 | 83,3 | 77,8 | 55,0 |
| Muško | | | | | | |
| 65+ | 72,0 | 81,6 | 75,3 | 73,3 | 69,5 | 63,3 |
| 65-69 | 49,1 | 55,0 | 53,9 | 51,9 | 45,2 | 37,3 |
| 70-74 | 64,8 | 75,0 | 69,1 | 68,3 | 62,5 | 52,8 |
| 75-79 | 87,6 | 103,4 | 95,0 | 93,3 | 87,5 | 71,8 |
| 80-84 | 119,9 | 142,4 | 146,3 | 117,4 | 100,1 | 111,9 |
| 85+ | 142,7 | 161,5 | 160,8 | 161,2 | 139,0 | 109,2 |
| Žensko | | | | | | |
| 65+ | 27,2 | 36,4 | 30,0 | 26,6 | 26,2 | 19,4 |
| 65-69 | 21,1 | 27,9 | 23,1 | 20,9 | 19,9 | 11,9 |
| 70-74 | 25,1 | 34,4 | 27,4 | 25,0 | 23,3 | 18,0 |
| 75-79 | 31,1 | 53,0 | 37,0 | 29,7 | 28,5 | 21,1 |
| 80-84 | 38,8 | 47,3 | 61,2 | 36,9 | 35,6 | 29,1 |
| 85+ | 36,6 | 43,7 | 33,4 | 43,5 | 43,6 | 26,0 |

Izvor: Kao za tabelu 4.4-1

U pogledu kretanja broja suicida muškaraca i žena starijih od 65 godina razlike su još naglašenije, kako u intenzitetu, tako i smeru promena. Broj umrlih usled samoubistva muškog pola najpre je bio rastući, s makisimumom koji je dostignut 2000-2004. Kasnije, u poslednja dva petogodišnja perioda, registrovano je smanjenje koje je rezultiralo brojem suicida koji je u 2010-2014. bio neznatno veći od onog u prvom petogodišnjem razdoblju. Istovremeno, broj suicida žena je kontinuirano opadao bivajući u 2010-2014. za 30 % manji nego u razdoblju 1990-1994. (tabela 4.4-16).

Što se tiče strukture suicida starih po polu ona je za celi period 1990-2014. bila takva da su samoubistva lica muškog pola predstavljala 65,8 %, a žena 29,3 %. Udeo muškaraca starih 65 ili više godina koji su izvršili samoubistvo bio je 5 procentnih poena manji od proseka za sve starosti, a za 8 procentih poena manji nego u slučaju umrlih usled samoubistva lica mlađih od 65 godina. Međutim, neujednačene promene broja suicida muškaraca i žena, dovele su do značajnog povećanja udela muškaraca, odnosno smanjenja udela žena, što je vodilo ka ubrzanom usklađivanju sa polnom strukturom ukupnog broja suicida. U razdoblju 2010-2014. suicidi lica muškog pola dostigli su rekordno visoko procentno učešće od 70,5 %. S obzirom da je polna struktura kontingenta starih bila vrlo stabilna (42% muškaraca i 58% žena), povećanje procentnog učešća muškaraca u ukupnom broju samoubistava lica starih 65 ili više godina bilo je isključivo posledica sporijeg smanjenja njihovog suicidnog mortaliteta u odnosu na smanjenje specifičnih stopa suicida žena istih starosti (tabela 4.4-12, grafikon 4.4-7).

Diferenciranost po polu je naglašena i s obzirom na udele suicida starih u ukupnom broju umrlih odnosno ukupnom broju samoubistava istog pola. Ali i u tom pogledu i pored generalne sličnosti, postoje i bitne razlike po polu. Udeo samoubistava lica starijih od 65 godina u ukupnoj smrtnosti (starih 10 ili više godina) je nizak kod oba pola, ali je on kod muškaraca dvostruko veći nego kod žena (u periodu 1990-2014 odnos je 1,0 prema 0,5 %). Ujedno, promene (smanjenje udela) su vodile ka daljem povećanju razlika (tabela 4.4-16). Što se tiče udela suicida starih u ukupnom broju suicida muškaraca i žena, relacije su potpuno inverzne. Kod muškaraca je udeo starih umrlih usled samoubistva u ukupnom broju samoubistava za petinu manji kod žena (odnos je 35,7 prema 44,7 %). I u tom pogledu, promene koje su ostvarene u periodu 1990-2014. su bile istosmerne za oba pola – udeo suicida starih se povećavao, ali ne i relativne razlike u vrednostima procentnih učešća između muškog i ženskog stanovništva.

Takve relacije ukazuju da je u razdoblju 1990-2014. suicidni mortalitet starih opadao brže od "nesuicidnog" mortaliteta stanovništva starijeg od 65 godina,⁶ ali i da je smanjenje smrtnosti žena bilo intenzivnije. Ujedno, veći udeo samoubistava starih u ukupnom ženskom suicidnom mortalitetu ukazuje da je, s jedne strane, razlika između stope suicida žena starijih i mlađih od 65 godina relativno veća nego kod muškaraca, ali i da je, s druge strane, interna starosna struktura ženskog stanovništva starog 65 ili više godina nepovoljnija od strukture muškog stanovništva (kod žena je veći udeo tzv. starih starih).

⁶ Stopa nesuicidnog mortaliteta starih 65 ili više godina u periodu 1990-2014. bila je vrlo stabilna, i neznatno je oscilirala oko vrednosti od 62 umrla na 1000 stanovnika. Specifične stope smrtnosti po petogodišnjim starosnim grupama uglavnom su opadale, ali mnogo sporije nego odgovarajuće stope suicidnog mortaliteta.

4.4.4. Diferenciranost samoubistava po sociokulturnim obeležjima (bračnost, školovanost, etnička pripadnost)

Samoubistva po bračnom stanju

U periodu od poslednje decenije 20. do sredine druge decenije 21. veka među licima koja su izvršila samoubistvo najbrojnija su bila ona koja su u trenutku smrti bila u braku. Početkom 25-godišnjeg perioda, tj. u trogodišnjem razdoblju oko popisne 1991. godine, samoubistva lica u braku su predstavljala više od polovine (56 %) svih samoubistava lica starih 15 ili više godina. U narednim godinama, njihov udeo sveden je na manje od 50 %, ali je njihovo procentno učešće u ukupnom broju samoubistava i dalje bilo ubedljivo najveće u ukupnom broju samoubistava (tabela 4.4-18). Udeo samoubistava ostalih kategorija bračnosti je mnogo manji, ali sve tri grupe uglavnom su imale rastući udeo u ukupnom broju suicida. To se posebno odnosi na učešće samoubistava celibatera, a naročito razvedenih lica koja predstavljaju jedinu grupu po bračnosti čiji je broj smrtnih slučajeva u svakom narednom trogodišnjem razdoblju bio veći nego u prethodnom.

Tabela 4.4-18.
Samoubistva muškaraca i žena starih 15 ili više godina, prema bračnom stanju.
Srbija, 1990-1992, 2001-2003. i 2010-2012.

| Bračno stanje | Broj samoubistava | | | Udeo u ukupnom broju suicida (%) | | |
|----------------------|-------------------|-----------|-----------|----------------------------------|-----------|-----------|
| | 1990-1992 | 2001-2003 | 2010-2012 | 1990-1992 | 2001-2003 | 2010-2012 |
| Svega | | | | | | |
| Ukupno | 4327 | 4265 | 3707 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Neoženjen / neudata | 651 | 801 | 730 | 15,3 | 19,2 | 20,1 |
| Oženjen / udata | 2387 | 2068 | 1718 | 56,0 | 49,5 | 47,3 |
| Udovac / udovica | 944 | 987 | 856 | 22,2 | 23,6 | 23,5 |
| Razveden / razvedena | 279 | 321 | 331 | 6,5 | 7,7 | 9,1 |
| Muško | | | | | | |
| Ukupno | 2940 | 3069 | 2746 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Neoženjen | 496 | 662 | 607 | 17,1 | 22,1 | 22,4 |
| Oženjen | 1756 | 1583 | 1365 | 60,7 | 52,7 | 50,3 |
| Udovac | 459 | 536 | 480 | 15,9 | 17,9 | 17,7 |
| Razveden | 184 | 220 | 261 | 6,4 | 7,3 | 9,6 |
| Žensko | | | | | | |
| Ukupno | 1387 | 1196 | 961 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Neudata | 155 | 139 | 123 | 11,3 | 11,8 | 13,3 |
| Udata | 631 | 485 | 353 | 46,2 | 41,2 | 38,3 |
| Udovica | 485 | 451 | 376 | 35,5 | 38,4 | 40,8 |
| Razvedena | 95 | 101 | 70 | 7,0 | 8,6 | 7,6 |

Izvor: Kao za tabelu 4.4-1

Napomena: Razlika do ukupno je broj samoubistava lica nepoznatog bračnog stanja.

U Srbiji postoji naglašena diferenciranost po polu i u pogledu bračne strukture lica koja su izvršila samoubistvo. Među muškarcima najviše je bilo lica koja su u trenutku smrti bila u braku, i to u sva tri trogodišnja razdoblja, i to s udelima koji su se kretali u intervalu od 61 % do 50 %. I među ženama koje su izvršile samoubistvo visoko je

učešće udatih, ali je ono bilo opadajuće i s maksimalnim udelima u prva dva od tri posmatrana trogodišnja razdoblja. Procentni udeli udatih žena u ukupnom broju suicida bili su znatno manji od udela oženjenih, ali i sa mnogo manjom razlikom u odnosu na udele obudovelih u ukupnom broju suicida žena. U poslednjem trogodišnjem razdoblju među ženama koje su izvršile samoubistvo najbrojnije su postale udovice, sa učešćem od 41 % svih samoubistava žena (tabela 4.4-18). Promene koje su evidentirane u narednim godinama odvijale su se u istom smeru, i to za oba pola, tako da se u narednim godinama mogu očekivati još veće razlike u udelima obudovelih u ukupnom broju suicida muškaraca i žena.¹

Tabela 4.4-19.

Empirijske i standardizovene stope suicida po bračnom stanju, po polu (na 100.000).
Srbija, prosečno godišnje za tri godine oko popisa 1991, 2002. i 2011.

| | Ukupno | Neoženjen | Oženjen | Udovac | Razveden |
|-----------------------------------|--------|-----------|---------|---------|-----------|
| 1990-1992 | | | | | |
| Stopa samoubistva | 32,1 | 22,5 | 27,8 | 133,7 | 82,3 |
| Standardizovana stopa samoubistva | 38,1 | 65,4 | 26,0 | 70,1 | 75,5 |
| 2001-2003 | | | | | |
| Stopa samoubistva | 33,7 | 24,7 | 27,7 | 122,1 | 76,9 |
| Standardizovana stopa samoubistva | 34,9 | 48,1 | 24,5 | 66,9 | 69,1 |
| 2010-2012 | | | | | |
| Stopa samoubistva | 30,8 | 20,5 | 26,9 | 103,6 | 71,0 |
| Standardizovana stopa samoubistva | 36,1 | 45,5 | 23,8 | 87,4 | 70,4 |
| | Ukupno | Neudata | Udata | Udovica | Razvedena |
| 1990-1992 | | | | | |
| Stopa samoubistva | 14,3 | 10,1 | 9,9 | 37,4 | 22,4 |
| Standardizovana stopa samoubistva | 14,1 | 26,3 | 10,0 | 19,5 | 19,3 |
| 2001-2003 | | | | | |
| Stopa samoubistva | 12,2 | 7,1 | 8,4 | 27,9 | 21,3 |
| Standardizovana stopa samoubistva | 11,8 | 18,6 | 8,4 | 13,0 | 20,3 |
| 2010-2012 | | | | | |
| Stopa samoubistva | 10,0 | 5,6 | 6,9 | 22,3 | 12,9 |
| Standardizovana stopa samoubistva | 9,2 | 13,6 | 6,6 | 10,4 | 12,1 |

Izvor: Izračunato na osnovu zvaničnih podataka SZS-a i RZS-a objavljenih u dokumentacionim tabelama ili iz baze podataka RZS-a i na osnovu popisnih podataka o starosnoj strukturi stanovništva po bračnosti.

Napomena 1: Starosna struktura ukupnog stanovništva Srbije starog 15 ili više godina prema Popisu 1991. predstavlja standardnu starosnu strukturu.

Napomena 2: Standardizovane stope suicida za ukupno muško i ukupno žensko dobijene su kao količnik zbira standardizovanog broja samoubistava po starosti po bračnom stanju i ukupnog muškog odnosno ženskog stanovništva starog 15 ili više godina prema rezultatima odgovarajućeg popisa stanovništva.

Što se tiče opšte stope samoubistva populacionih kontigenata po bračnosti, najmanje vrednosti su izračunate za celibatere, i to za oba pola.² Istovremeno, u sva tri trogodišnja razdoblja oko popisa sprovedenih od 1991. do 2011. godine ubedljivo

¹ U 2014. god. učešća obudovelih u ukupnom broju samoubistava muškaraca i žena su 16,4 % i 41,9 %.

² Stope su računane za trogodišnje periode oko popisa stanovništva Srbije iz 1991, 2002. i 2011. godine, jer se za međupopisne godine ne raspolože zvaničnim procenama stanovništva po bračnom stanju.

najveće vrednosti tog pokazatelja su dobijene za grupu obudovelih (tabela 4.4-19). Stope suicida neoženjenih su se kretale između 20 i 25 umrlih na 100.000, dok su stope suicida neudatih bile više nego dvostruko niže (sa 10 na 100.000 u 1990-1992. dostigle su nivo od ispod 6 umrlih na 100.000 u razdoblju 2010-2012). Stope samoubistva obudovelih su bile nekoliko puta veće, ali opadajuće. Za udovce one su stalno iznosile preko 100 na 100.000 stanovnika. Za udovice vrednosti su bile nekoliko puta niže i takođe stalno opadajuće (od 37 do 22 na 100.000 udovica).

To što je od ukupnog broja samoubistava najviše onih koja su izvršila lica koja su bila oženjena odnosno udata, kao i da su najmanje stope suicida celibatera, na prvi pogled je u suprotnosti s nalazima o zaštitnoj funkciji braka odnosno o većem relativnom riziku od samoubistva lica koja nisu u braku (v. potpoglavlje 1.3.2). Međutim, takva struktura samoubistava po bračnom stanju umrlih lica, kao i konkretne vrednosti stope suicida za kontingente stanovništva po bračnosti samo su delimičnom uslovljene dostignutim nivoom suicidnog mortaliteta odgovarajućih populacionih grupa po starosti i polu, tj. vrednošću njihovih specifičnih stopa smrtnosti. Dodatno, broj samoubistava i stopa na 100.000 stanovnika istog bračnog stanja, kao i struktura ukupnog broja suicida prema bračnom stanju u momentu smrti, neposredno je određena strukturom ukupnog stanovništva po bračnosti, zatim razlikama koje postoje u bračnoj strukturi muškaraca i žena, kao i bitno diferenciranom bračnom strukturom stanovništva po starosti.

Kao najvažnije objašnjenje za maksimalno procentno učešće oženjenih/udatih u ukupnom broju suicida izdvaja se činjenica da su prema rezultatima sva tri popisa koji su u Srbiji sprovedeni u posmatranom 25-godišnjem periodu, lica u braku predstavljala više od polovine ukupnog stanovništva starijeg od 15 godina, s udelima koji se se kretali od 68 % u 1991. do 55 % u 2011. godini (v. potpoglavlje 4.2.2). A to što su minimalne vrednosti stope suicida izračunate za celibatere (neoženjeni/neudate) se najpre može objasniti mnogo mlađom starosnom strukturom tog stanovništva nego stanovništva drugačijeg bračnog stanja (lica u braku, razvedena ili obudovela). Tako su, na primer, u 2011. godini, više od četiri petine neoženjenih/neudatih bila lica mlađa od 40 godina, a prosečna starost koja je iznosila 30 godina bila je za preko 20 godina manja od prosečne starosti lica u braku ili razvedenih, i za preko 40 godina manja od prosečne starosti obudovelih (Stanković, 2015).

Znatno bolja predstava o diferenciranosti suicidnog mortaliteta prema bračnom stanju umrlih dobija se razmatranjem razlika u visini specifičnih stopa suicidnog mortaliteta po bračnim kontingentima, i to za svaki pol posebno. Ipak, prilikom donošenja opštih zaključaka treba biti obazriv, posebno zbog malog broja stanovnika pojedinih kontingenata prema bračnosti, naročito u marginalnim starosnim grupama (15-24 i 75 ili više godina), pa su stoga i vrednosti tog pokazatelja suicidnog mortaliteta računane kao godišnji proseci za trogodišnje periode oko popisnih godina.

Kod muškaraca su, posmatrano po starosti, najmanje vrednosti specifičnih stopa samoubistva izračunate za oženjene (tabela 4.4-20). Za ostale grupe prema bračnosti, specifične stope suicida su veće, a apsolutne razlike u odnosu na stope za lica u braku

uglavnom rastuće sa starošću, što posebno važi za grupe udovaca i razvedenih. To su dve grupe po bračnosti koje se uglavnom izdvajaju po najvišim specifičnim stopama smrtnosti usled samoubistva, i to, gotovo po pravilu, u svim starostima.

Tabela 4.4-20.

Specifične stope suicida muškog i ženskog stanovništva po bračnom stanju (na 100.000).
Srbija, prosečno godišnje za tri godine oko popisa stanovništva iz 1991, 2002. i 2011.

| Starost | Muško | | | | | Žensko | | | | |
|-----------|--------|----------|---------|--------|---------|--------|---------|-------|---------|---------|
| | ukupno | neoženj. | oženjen | udovac | razved. | ukupno | neudata | udata | udovica | razved. |
| 1990-1992 | | | | | | | | | | |
| Ukupno | 32,1 | 22,5 | 27,8 | 133,7 | 82,3 | 14,3 | 10,1 | 9,9 | 37,4 | 22,4 |
| 15-24 | 10,9 | 10,6 | 9,6 | 0,0 | 0,0 | 3,8 | 4,5 | 1,8 | 0,0 | 0,0 |
| 25-34 | 17,2 | 27,9 | 10,1 | 31,0 | 47,1 | 5,7 | 11,1 | 4,0 | 29,9 | 16,5 |
| 35-44 | 23,0 | 55,8 | 16,6 | 93,1 | 74,9 | 7,5 | 22,2 | 5,8 | 9,8 | 17,6 |
| 45-54 | 32,8 | 77,5 | 27,6 | 78,0 | 91,3 | 13,9 | 36,8 | 11,8 | 21,1 | 20,3 |
| 55-64 | 40,8 | 71,5 | 35,9 | 87,0 | 87,9 | 19,8 | 35,3 | 16,2 | 28,3 | 30,1 |
| 65-74 | 66,8 | 136,7 | 55,1 | 134,0 | 113,8 | 27,7 | 46,2 | 21,8 | 34,4 | 32,6 |
| 75+ | 118,5 | 206,6 | 79,5 | 176,5 | 283,9 | 48,3 | 61,4 | 26,4 | 56,6 | 35,4 |
| 2001-2003 | | | | | | | | | | |
| Ukupno | 33,7 | 24,7 | 27,7 | 122,1 | 76,9 | 12,2 | 7,1 | 8,4 | 27,9 | 21,3 |
| 15-24 | 13,1 | 13,4 | 4,9 | 0,0 | 0,0 | 2,7 | 2,7 | 2,3 | 0,0 | 24,0 |
| 25-34 | 18,5 | 24,9 | 9,5 | 59,7 | 59,3 | 4,5 | 8,2 | 2,7 | 0,0 | 8,8 |
| 35-44 | 25,1 | 50,9 | 15,8 | 51,1 | 63,8 | 8,2 | 13,8 | 6,5 | 11,2 | 19,8 |
| 45-54 | 33,6 | 68,5 | 24,5 | 93,1 | 80,6 | 10,8 | 20,3 | 9,0 | 13,1 | 16,9 |
| 55-64 | 41,3 | 57,5 | 34,4 | 88,2 | 89,2 | 14,3 | 40,7 | 10,5 | 18,6 | 22,4 |
| 65-74 | 55,4 | 73,3 | 43,6 | 108,1 | 66,0 | 21,7 | 25,4 | 14,0 | 28,5 | 27,3 |
| 75+ | 108,9 | 37,6 | 76,0 | 161,9 | 215,0 | 36,0 | 29,3 | 24,2 | 39,1 | 61,6 |
| 2010-2012 | | | | | | | | | | |
| Ukupno | 30,8 | 20,5 | 26,9 | 103,6 | 71,0 | 10,0 | 5,6 | 6,9 | 22,3 | 12,9 |
| 15-24 | 6,9 | 6,8 | 11,7 | 0,0 | 0,0 | 2,1 | 2,1 | 2,5 | 0,0 | 0,0 |
| 25-34 | 16,0 | 18,9 | 8,6 | 124,4 | 60,7 | 3,9 | 4,9 | 2,0 | 0,0 | 11,3 |
| 35-44 | 21,3 | 29,4 | 15,0 | 65,4 | 49,8 | 4,8 | 7,7 | 4,0 | 3,6 | 2,6 |
| 45-54 | 33,2 | 50,5 | 24,7 | 47,1 | 74,6 | 9,4 | 17,3 | 6,7 | 14,5 | 15,0 |
| 55-64 | 36,3 | 61,9 | 29,3 | 58,5 | 73,9 | 11,2 | 18,8 | 9,1 | 12,0 | 12,4 |
| 65-74 | 44,5 | 74,3 | 36,4 | 77,3 | 63,5 | 17,4 | 10,6 | 13,0 | 22,5 | 18,9 |
| 75+ | 93,7 | 88,9 | 63,0 | 138,0 | 191,7 | 26,4 | 41,4 | 14,2 | 29,2 | 33,0 |

Izvor: Kao za tabelu 4.4-19.

Napomena 1: Kurzivom su označene specifične stope suicida za starosne grupe koje su prema rezultatima popisa stanovništva za odgovarajuće godine imale manje od 5000 stanovnika.

Kod žena su vrednosti, ali i odnosi specifičnih stopa suicidnog mortaliteta po bračnom stanju bitno drugačije nego kod muškaraca. I kod žena, specifične stope suicida su najniže u grupi udatih, i to, uz nekoliko izuzetaka, za sve starosti i u sva tri trogodišnja razdoblja (tabela 4.4-20). Za većinu starosnih grupa, posebno ako se izdvoje one s manje od 5000 stanovnika, stope suicida su najveće za grupu neudatih žena. Ipak, razlike u vrednostima specifičnih stopa suicida udatih žena i stopa suicida žena iz ostalih grupa po bračnosti nisu previše naglašene.

I u pogledu smrtnosti po starosti, s obzirom na bračno stanje lica koje je izvršilo samoubistvo, postoji primetna diferenciranost po polu. Najpre, to se tiče vrednosti

specifičnih stopa suicida koje su kod muškaraca znatno veće, i to za sve četiri grupe po bračnosti. Zatim, razlike između specifičnih stopa suicida lica u braku i onih koja u vreme smrti nisu bila u braku (celibateri, obudoveli, razvedeni) mnogo su naglašenije među muškarcima nego među ženama.

Do sličnih relacija se došlo i izračunavanjem standardizovanih stopa suicida muškog i ženskog stanovništva prema bračnom stanju (tabela 4.4-19). Naime, eliminisanjem uticaja diferencirane starosne strukture dobijene su standardizovane stope suicida koje su u sva tri razdoblja imale najniže vrednosti za lica u braku, i to kako za muškarce, tako i za žene. Zatim, za muškarce su najveće standardizovane stope suicida izračunate za udovce i razvedene, ali su razlike u odnosu na visinu stope oženjenih mnogo manje nego što je to slučaj razlikama u vrednostima stvarnih stopa suicida. Za žene su u dva od tri razdoblja maksimalne vrednosti standardizovane stope suicida dobijene za grupu neudatih. To je gotovo dijametralno različito u odnosu na vrednosti stvarnih stopa suicida koje su za žene bile najmanje upravo za one iz grupe neudatih, a najveće za grupu obudovelih (tabela 4.4-19).

Dobijeni rezultati u mnogo većoj meri potkrepljuju ranije iznete konstatacije da muškarci i žene ne reaguju podjednako na prestanak bračne zajednice odnosno na život van braka (v. potpoglavlje 1.3.2). To se tiče kako većeg rizika od samoubistva za lica koja su ostala van bračne zajednice, tako i zaštitne uloge braka. U oba slučaja, analizirani rezultati koji se odnose na Srbiju u periodu nakon 1990. godine, upućuju na ispravnost takvih zaključaka.

Samoubistva po školskoj spremi

I u Srbiji je jedna od najočiglednijih korelacionih veza ustanovljena između nivoa stope samoubistva i nivoa obrazovanja. Vrednosti prosečne godišnje stope samoubistva za trogodišnje periode oko popisa stanovništva iz 1991, 2002. i 2011. godine jasno ukazuju da rasprostranjenost samoubistava opada sa povećanjem školske spreme. I to važi za oba pola.

Najveći broj samoubistava, i to u sva tri posmatrana trogodišnja razdoblja, izvršila su lica najnižeg obrazovanja (sa završenom osnovnom školom ili bez nje). Istovremeno, najmanje samoubistava su izvršila lica sa višom ili visokom školskom spremom. Početkom 1990-ih, preko 70 % svih samoubistava u Srbiju bila su samoubistva lica s najnižim obrazovanjem ili bez škole, dok je tek svako dvedeseto izvršilo lice koje je imalo diplomu više ili visoko škole (tabela 4.4-21). Vremenom, broj samoubistava najmanje obrazovanih lica se naglo smanjivao, dok se broj samoubistava lica sa sekundarnim ili tercijarnim obrazovanjem povećavao. Posebno je bilo intenzivno povećanje broja samoubistava lica sa srednjom školskom spremom (za preko 60 %). U razdoblju 2010-2012. udeo samoubistava lica sa najviše završenom osnovnom školom sveden je na 50 %, dok je udeo samoubistava lica sa srednjom školskom spremom dostigao 43 % svih samoubistava. Najmanje promene su evidentirane u

procentnom učešću samoubistava najobrazovanijih, koje je tokom čitavog razdoblja ostalo na relativno niskom nivou (ispod 7 %).

Tabela 4.4-21.

Broj samoubistava i prosečna godišnja stopa suicida starih 15 ili više godina, po školskoj spremi, po polu. Srbija, trogodišnja razdoblja oko popisa iz 1991, 2002. i 2011.

| Pol / Period | Broj samoubistava | | | | Stopa samoubistva na 100.000 | | | |
|--------------|-------------------|-------------------------|---------|-----------------|------------------------------|-------------------------|---------|-----------------|
| | ukupno | osnovna škola ili manje | srednja | viša ili visoka | ukupno | osnovna škola ili manje | srednja | viša ili visoka |
| Svega | | | | | | | | |
| 1990-1992 | 4327 | 2957 | 973 | 204 | 22,9 | 27,0 | 16,0 | 12,1 |
| 2001-2003 | 4265 | 2557 | 1381 | 223 | 22,5 | 29,5 | 17,7 | 10,7 |
| 2010-2012 | 3707 | 1809 | 1567 | 241 | 20,1 | 28,4 | 17,3 | 8,0 |
| Muško | | | | | | | | |
| 1990-1992 | 2940 | 1874 | 768 | 159 | 32,1 | 40,3 | 22,3 | 16,2 |
| 2001-2003 | 3069 | 1722 | 1094 | 176 | 33,6 | 48,3 | 26,0 | 15,7 |
| 2010-2012 | 2746 | 1229 | 1274 | 181 | 30,8 | 47,3 | 26,3 | 12,5 |
| Žensko | | | | | | | | |
| 1990-1992 | 1387 | 1083 | 205 | 45 | 14,3 | 17,1 | 7,8 | 6,3 |
| 2001-2003 | 1196 | 835 | 287 | 47 | 12,2 | 16,3 | 8,0 | 4,8 |
| 2010-2012 | 961 | 580 | 293 | 60 | 10,0 | 15,4 | 7,0 | 3,9 |

Izvor: Kao za tabelu 4.4-1

Napomena 1: Stope suicida su izračunate kao količnik prosečnog broja samoubistava po školskoj spremi umrlog lica u trogodišnjem razdoblju oko popisa stanovništva sprovedenih od 1991. do 2011. i popisnih podataka o obrazovnom sastavu stanovništva Srbije.

Napomena 2: Kod podataka za broj samoubistava, razliku do ukupno predstavlja broj samoubistava nepoznate školske spreme umrlog lica.

Istovetan redosled u pogledu brojnosti samoubistava po školskoj spremi umrlog lica je evidentiran za oba pola. Ista konstatacija važi i za smer promena broja i udela samoubistava po obrazovnim grupama muškaraca i žena - broj samoubistava neobrazovanih, kao i njihovo procentno učešće u ukupnom broju suicida istog pola su kontinuirano opadali. Ipak, naglašena razlika po polu je ustanovljena u pogledu obrazovne strukture umrlih usled samoubistva. Kod muškaraca je udeo samoubistava najmanje obrazovanih znatno veći nego kod žena, ali je i njegovo smanjenje bilo intenzivnije. Što se tiče samoubistava lica sa srednjom školskom spremom, ubrzano je povećavan njihov broj i udeo u ukupnim samoubistvima muškaraca i žena. U razdoblju 2010-2012. samoubistva lica sa srednjom školskom spremom su postala najbrojnija među muškarcima sa 47,5 % svih samoubistava. U istom razdoblju učešće samoubistava žena sa srednjom školom je udvostručeno (sa 15 % u 1990-1992. na 31 % u 2010-2012), ali su samoubistva žena s osnovnim ili manjim obrazovanjem i dalje bila ubedljivo najbrojnija (62 % u 2010-2012).

Ustanovljene promene u pogledu obrazovne strukture lica koja su izvršila samoubistvo bile su u skladu s promenama obrazovne strukture ukupnog stanovništva Srbije, tj. velikim smanjenjem brojnosti stanovništva sa osnovnim obrazovanjem ili bez školske spreme i intenzivnim povećanjem stanovništva sa srednjom, višom ili visokom školskom spremom (v. potpoglavlje 4.2.2). I ne samo da su se promene odvijale u istom smeru, već je uticaj poboljšanja obrazovne strukture ukupnog

stanovništva bio dominantan, odnosno mnogo značajniji od uticaja promene nivoa suicidnog mortaliteta pojedinih obrazovnih kontingenata grupa. Naime, ukoliko se sagledaju samo opšte stope smrtnosti usled samoubistva, očigledno je da se broj suicida na 100.000 stanovnika u posmatranom dvodecenijskom razdoblju nije bitnije promenio ni kod jedne obrazovne grupe stanovništva. To je rezultiralo zadržavanjem istog redosleda obrazovnih grupa prema visini stope samoubistva. Ona je u sva tri trogodišnja razdoblja imala najviše vrednosti u grupi stanovništva sa osnovnim ili nižim obrazovanjem, i to na nivou od blizu 30 samoubistava na 100.000 (tabela 4.4-21). Za obrazovni kontingent sa srednjom školskom spremom stopa suicida je bila gotovo dvostruko niža i takođe nije bitnije fluktuirala (između 16,0 i 17,7 na 100.000). Broj samoubistava na 100.000 stanovnika bio je najniži kod stanovništva sa višom ili visokom školskom spremom, ali i s relativno, kao i apsolutno najvećim promenama u posmatranom periodu. U Srbiji, to je bio jedini obrazovni kontingent čije su stope suicida kontinuirano opadale (sa 12,1 u 1990-1992, na 8,0 na 100.000 u 2010-2012).

Identičan redosled prema visini stope suicida je prisutan kod oba pola, s tim što su stope za istu školsku spremu znatno veće kod muškog (i po nekoliko puta) nego kod ženskog stanovništva. Ujedno, relativna razlika je povećavana, ali uglavnom samo između 1990-1992. i 2001-2003 (tabela 4.4-21).

I u slučaju diferencijalnog suicidnog mortaliteta prema školskoj spremi važi zaključak o uskoj povezanosti, pola, starosti i učestalosti samoubistva. Naime, bez obzira na obrazovanje, vrednosti stope smrtnosti se, po pravilu, povećavaju sa starošću, i one su, kod svih starosnih kohorti i kod svih obrazovnih grupa mnogo veće kod muškaraca nego kod žena. Najveće vrednosti stopa samoubistava su registrovane kod starih (60 ili više godina), ali koje su kontinuirano opadale, dostižući minimume u razdoblju 2010-2012 (tabela 4.4-22).

Tabela 4.4-22.

Prosečne godišnje specifične stope suicida starih po školskoj spremi (na 100.000).
Srbija, trogodišnja razdoblja oko popisa iz 1991, 2002. i 2011.

| Period/ Školska sprema | Ukupno | 15-19 | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60+ |
|------------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| 1990-1992 | | | | | | | |
| Ukupno | 22,9 | 5,8 | 9,6 | 14,2 | 18,1 | 25,7 | 47,1 |
| Osnovna ili manje | 27,0 | 4,1 | 10,9 | 15,6 | 18,3 | 26,7 | 48,0 |
| Srednja | 16,0 | 11,7 | 8,2 | 13,7 | 19,1 | 22,3 | 41,3 |
| Viša ili visoka | 12,1 | 0,0 | 6,3 | 8,1 | 10,8 | 16,1 | 22,6 |
| 2001-2003 | | | | | | | |
| Ukupno | 22,5 | 5,7 | 10,5 | 13,4 | 20,0 | 24,0 | 40,5 |
| Osnovna ili manje | 29,5 | 4,3 | 13,4 | 18,6 | 26,3 | 27,1 | 43,9 |
| Srednja | 17,7 | 11,7 | 10,0 | 13,0 | 19,3 | 23,6 | 37,6 |
| Viša ili visoka | 10,7 | 0,0 | 6,0 | 6,1 | 9,8 | 12,2 | 16,7 |
| 2010-2012 | | | | | | | |
| Ukupno | 20,1 | 2,3 | 7,6 | 11,4 | 17,2 | 23,2 | 34,8 |
| Osnovna ili manje | 28,4 | 2,0 | 13,3 | 17,4 | 27,5 | 25,4 | 41,0 |
| Srednja | 17,3 | 3,3 | 7,4 | 12,4 | 16,6 | 24,8 | 30,9 |
| Viša ili visoka | 8,0 | 0,0 | 3,6 | 3,4 | 6,1 | 12,8 | 12,6 |

Posmatrano i po starosti, kako za ukupno, tako i za muško kao i za žensko stanovništvo, važi osnovni zaključak da su najmanje vrednosti stopa samoubistava registrovane kod lica sa završenom višom ili visokom školskom spremom, i to bez izuzetka u sva tri trogodišnja razdoblja i sve desetogodišnje starosne grupe (tabela 4.4-22). Istovremeno najveće stope su uglavnom izračunate za lica bez ili samo sa završenom osmogodišnjom školom. Izuzetak su specifične stope suicida mlađih adolescenata (15-19 godina) koje su imale najveće vrednosti kod lica sa srednjom školskom spremom. Ipak, radi se o relativno malom broju slučajeva, i to u starosnoj grupi s velikim udelom srednjoškolske omladine.

Samoubistva po nacionalnoj pripadnosti

U Srbiji je, među licima koja su izvršila samoubistvo, najviše pripadnika većinske nacije. Udeo Srba u ukupnom broju samoubistava je u posmatranim trogodišnjim razdobljima oko poslednja tri popisa stanovništva iznosio od oko 75 % do 80 %. Takvo procentno učešće umrlih lica srpske nacionalne pripadnosti neznatno je niže od udela Srba u ukupnom stanovništvu zemlje (80-83 % - v. potpoglavljje 4.2.2). Takvi, približno isti udeli udeli Srba u ukupnom broju samoubistava i ukupnom stanovništvu Srbije nužno su rezultirali malim odstupanjima vrednosti prosečnih godišnjih stopa suicida etničkih Srba od prosečne godišnje stope suicida u Srbiji, koja nisu prelazila 1 poen na 100.000 (tabela 4.4-23).

Ukoliko se posmatraju samo najbrojnije nacionalnosti,³ tada se Mađari i Hrvati izdvajaju kao nacionalne zajednice sa najvišim vrednostima stope samoubistva. Stopa suicida stanovništva mađarske nacionalne pripadnosti je u sva tri posmatrana trogodišnja razdoblja imala najmanje dvostruku veću vrednost od proseka za Srbiju. Ona je bila najveća 1990-1992 (51 na 100.000), ali su njene vrednosti iz perioda u period bile sve niže (35 na 100.000 u 2010-2012). Izrazito visoke stope samoubistva su izračunate i za stanovništvo hrvatske nacionalne pripadnosti. One su početkom 1990-ih i 2000-ih bile znatno niže od stopa suicida Mađara, ali i znatno više od proseka za Srbiju. Međutim, stope samoubistva Hrvata nisu pratile opadajuće tendencije koje su bile karakteristične za većinu ostalih brojnijih nacionalnosti, tako da se u godinama oko Popisa iz 2011. stanovništvo hrvatske nacionalne pripadnosti prema vrednosti tog pokazatelja smrtnosti izjednačilo sa stanovništvom mađarske nacionalnosti (tabela 4.4-23). Inače, obe nacionalnosti spadaju u grupu demografski najstarijih populacija Srbije, uglavnom nastanjuju područje Vojvodine, a pripadnici su pretežno rimokataličke veroispovesti (v. potpoglavljje 4.2.2).

Na drugom polu su Albanci, Bošnjaci/ Muslimani i Romi. Najmanje stope suicida su izračunate za stanovništvo albanske nacionalne pripadnosti. Broj samoubistava Albanaca bio je stalno niže od 5 na 100.000 stanovnika, da bi u periodu 2010-2012. bio sveden na svega 3 smrtna slučaja ili na ispod 2 na 100.000 stanovnika. I među

³ Podrazumevaju se nacionalnosti koje su prema rezultatima nekog od popisa sprovedenih 1991, 2002. i 2011. godine učestvovala sa najmanje 1 % u ukupnom stanovništvu Srbije.

Bošnjacima/ Muslimanima nivo suicidalnog mortaliteta je ispod nacionalnog proseka. Iako relativno niska, stopa suicida stanovništva te etničke zajednice je stalno bila viša od stope suicida stanovništva albanske nacionalne pripadnosti, a u trogodišnjim razdobljima oko popisa iz 2002. i 2011. godine i znatno viša. Romi su takođe nacionalnost koja se odlikuje potprosečnim nivoom suicidalnog mortaliteta, ali su vrednosti stope suicida bile stalno veće nego među Albancima i Bošnjacima/ Muslimanima.

Tabela 4.4-23.

Broj samoubistava i prosečna godišnja stopa suicida (na 100.000) po nacionalnoj pripadnosti. Srbija, trogodišnja razdoblja oko popisa iz 1991, 2002. i 2011.

| Nacionalna pripadnost | Broj samoubistava | | | Stopa samoubistava na 100.000 | | |
|-----------------------|-------------------|-----------|-----------|-------------------------------|-----------|-----------|
| | 1990-1992 | 2001-2003 | 2010-2012 | 1990-1992 | 2001-2003 | 2010-2012 |
| Ukupno | 4364 | 4273 | 3710 | 18,6 | 19,0 | 17,1 |
| Srbi | 3299 | 3440 | 2970 | 17,6 | 18,5 | 16,5 |
| Albanci | 11 | 9 | 3 | 4,7 | 4,9 | 1,9 |
| Bošnjaci/ Muslimani | 28 | 38 | 36 | 5,2 | 8,1 | 7,2 |
| <i>Bošnjaci</i> | b.k. | b.k. | 18 | b.k. | b.k. | 4,1 |
| <i>Muslimani</i> | 28 | 38 | 18 | 5,2 | 64,9 | 26,9 |
| Crnogorci | 59 | 40 | 24 | 16,5 | 19,3 | 20,8 |
| Hrvati | 112 | 63 | 61 | 38,4 | 29,7 | 35,1 |
| Jugosloveni | 51 | 27 | 3 | 5,3 | 11,1 | 4,3 |
| Mađari | 526 | 382 | 268 | 51,0 | 43,4 | 35,2 |
| Romi | 30 | 42 | 36 | 10,6 | 12,9 | 8,1 |
| Ostali | 191 | 153 | 120 | 22,9 | 19,4 | 15,3 |
| Nisu se izjasnili | 1 | 2 | 37 | 3,1 | 0,6 | 7,7 |
| Nepoznato | 56 | 77 | 152 | 38,9 | 34,0 | 62,0 |

Napomena 1: Stope suicida su izračunate kao količnik prosečnog broja samoubistava po nacionalnoj pripadnosti umrlog lica u trogodišnjem razdoblju oko popisa stanovništva sprovedenih od 1991. do 2011. i popisnih podataka o etničkom sastavu stanovništva Srbije. Podaci za 1991. i 2011. uključuju procenjeni broj stanovnika koji su bojkotovali popis (opštine Bujanovac, Preševo i Medveda). Za 1991. su korišćene zvanične procene Saveznog zavoda za statistiku, a za 2011. procena autora na osnovu zvaničnih procena RZS-o ukupnom stanovništvu Srbije za 2011. godinu koje su korigovane na osnovu procene tzv. međunarodnog ekspertskeg tima o broju stanovnika opština u kojima je sproveden bojkot.

Napomena 2: Modalitet "Bošnjaci" prvi put je uvedena u klasifikaciju nacionalne pripadnosti u Popisu 2002. Isti modalitet je u statistiku prirodnog kretanja uveden tek od 2005. godine. Do tada je bio "bez klasifikacije" (skraćeno "b.k."), tako da su vitalni događaji Bošnjaka evidentirani kao događaji Muslimana.

I dok je u grupi nacionalnosti kod kojih su stope samoubistva veće od prosečnih, stanovništvo ujedno i demografski najstarije, kod druge grupe, stanovništvo je demografski znatno mlađe od proseka. Očigledno je da postoji uska povezanost starosne strukture stanovništva određene nacionalnosti i učestalosti samoubistava, ali time nisu u potpunosti iscrpljeni svi determinišući činioci postojećih razlika u domenu suicida. Kao bitniji se mogu spomenuti i faktori povezani s religioznom pripadnošću (islamska verpoispovest kod Albanaca i Bošnjaka/Muslimana), zatim socioekonomski i kulturni činioci, dostupnost zdravstvene zaštite, nivo obrazovanja, modeli porodične strukture, itd. Od posebnog je značaja i jaka stigmatizacija u islamskim sredinama vezana za osobe koje pokušaju samoubistvo kao i prema rodbini lica koje je izvršilo samoubistvo, uslovljava povećani neobuhvat suicida kao uzroka smrti. Dodatni

problem je vezan za generalno slabiji obuhvat vitalnih događaja, ali i ukupnog stanovništva tih etničkih zajednica, bilo iz političkih razloga (uglavnom među Albancima), bilo zbog načina života u perifernim nehimijenskim naseljima (Romi), ali i zbog čestih promena u izjašnjavanju o nacionalnoj pripadnosti (Romi, Crnogorci, Jugosloveni, kao i kod nekih drugih brojčano manjih etničkih zajednica). Na kvalitet statističkih podataka o smrtnosti usled samoubistva utiče i nepotpuna usklađenost metodoloških rešenja koja se odnose na klasifikovanje nacionalne pripadnosti, a koje koristi RZS prilikom statističkog praćenja vitalnih događaja i prilikom opšteg popisa stanovništva. U tom smislu se kao eklatantni primeri mogu navesti teškoće vezane za izračunavanje i tumačenje stope suicida stanovništva spomenutih nacionalnosti (Albanci, Bošnjaci/Muslimani, Romi), ali i oni prisutni za nivo suicidalnog mortaliteta pripadnika vlaške etničke zajednice (Stanković, Penev, 2009).

4.4.5. Samoubistva prema načinu izvršenja

I tokom druge polovine posmatranog perioda (1990-2014), suicidalna smrtnost prema načinu izvršenja samoubistva je zadržala osnovne karakteristike koje su bile prisutne i u prethodnom 35-godišnjem razdoblju (1956-1990 – v. potpoglavlje 4.3.4). Vešanje je zadržalo poziciju vodećeg spoljnog uzroka smrti usled samoubistva, ali su, manje-više, nastavljeni i dotadašnji trendovi promene zastupljenosti najčešćih načina izvršenja samoubistva (vešanje, trovanje, upotreba vatrenog oružja).

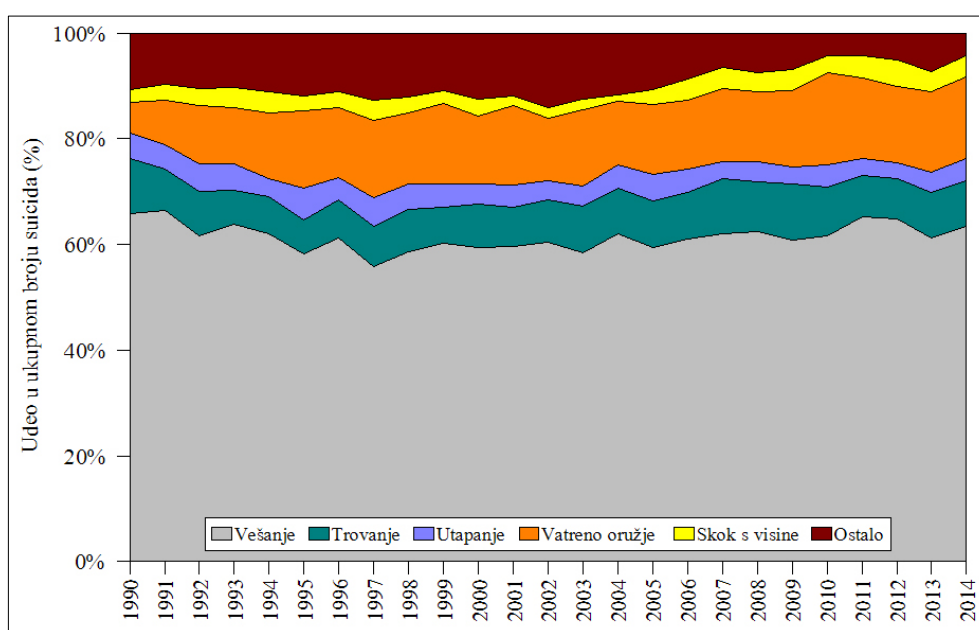
Ujedno, mnogo veća dostupnost i bogatiji sadržaj zvaničnih statističkih podataka o umrlima usled samoubistva, naročito nakon 2005. godine omogućavaju znatno detaljnije sagledavanje osobenosti i smera promena tog vrlo značajnog segmenta analize suicida u Srbiji nego što je to bio slučaj za period do 1990. godine.

Vešanje za Srbiju, ali i za većinu evropskih zemalja, predstavlja tipičan tradicionalni metod suicida (Ajdacic-Gross et al., 2008). Njegova izrazita dominantnost, kao najmasovnijeg načina izvršenja samoubistva je prvenstveno prisutna u bivšim evropskim socijalističkim zemljama, s učešćima i od preko 80 % svih samoubistava (Pray et al., eds. 2013). Vešanje kao metod suicida se odlikuje lakom dostupnošću u svim sredinama (selo, grad, stan, posao, zatvor, kasarna, park, priroda ...), visokom letalnošću, što je uslovalo njegovo široko prihvatanje od strane lica sa suicidalnim namerama. Uz to, vešanje je u evropskim društvima tretirano kao uobičajen način izvršenja samoubistva.

Vešanje je i u razdoblju 1990-2014. bilo najzastupljeniji metod samopovređivanja koji je doveo do fatalnog ishoda. U tom pogledu ono se nije razlikovalo od perioda 1956-1990 (grafikoni 4.3-5. i 4.4-10). U oba posmatrana razdoblja vešanje je svake godine, bez izuzetka, bilo najčešći način izvršenja samoubistva, i to uvek s preko 50 % ukupnog broju suicida. To važi kako za muško, tako i za žensko stanovništvo. Ujedno, nastavljeno je smanjivanje razlike po polu u visini procentnog udela vešanja kao najzastupljenijeg metoda suicida. Naime, razlika između muškaraca i žena u prosečnom udelu tog najučestalijeg načina izvršenja samoubistva je u periodu 1990-

2014. svedena na manje od 4 procentna poena (tabela 4.4-24), dok je u prethodnom razdoblju, između 1956. i 1990. ona bila višestruko veća, iznosila je preko 10 procentnih poena (tabela 4.3-5).

Opadajući trendovi u zastupljenosti *trovanja* kao načina izvršenja samoubistva su produženi i u razdoblju 1990-2014. Dok je taj metod suicida u prvom potperiodu (1956-1990) svake godine bio drugi po učestalosti, u novijem dvadeset petogodišnjem potperiodu on je, već od 1991. godine, kontinuirano bio manje zastupljen od upotrebe vatrenog oružja, i stalno se nalazio na trećem mestu po učestalosti. To je, s jedne strane, neposredno uslovljeno manjim godišnjim brojem suicida izvršenih trovanjem nego u razdoblju 1956-1990. i, s druge strane, znatno većim prosečnim godišnjim brojem suicida izvršenih vatrenim oružjem.



Grafikon 4.4-10.
Samoubistva po načinu izvršenja. Srbija, 1990-2014.

Po polu, trovanje kao metod mnogo je prisutnije kod žena nego kod muškaraca. Ipak, ukoliko se prvi potperiod (1956-1990) posmatra kao celina, tada je trovanje, kao spoljni uzrok smrti usled samoubistva, za oba pola bio drugi po učestalosti metod suicida (tabela 4.3-4). Kod žena je trovanje i u potperiodu (1990-2014) zadržalo drugo mesto po učestalosti među metodima izvršenja suicida. Kod muškaraca, promene su rezultirale bitno drugačijim kretanjem broja suicida prema načinu izvršenja suicida. Naime, trovanje kao spoljni uzrok smrti usled samoubistva, "palo" je na treće mesto, ali sa više nego trostruko manjim prosečnim godišnjim brojem smrtnih slučajeva od onih neposredno uzrokovanih upotrebom vatrenog oružja. Inače, kod oba pola je u odnosu na 1956-1990. zabeleženo smanjenje procentnog učešća trovanja u ukupnom broju samoubistava istog pola. Ono je bilo znatno veće kod muškaraca nego kod žena, i to kako apsolutno, tako još više relativno (tabela 4.3-4 i 4.4-24).

Svakako najznačajnije promene koje su ostvarene tokom 1990-ih i prve dve decenije 21. veka su se odnosile na zastupljenost vatrenog oružja kao spoljnog uzroka smrti usled samoubistva. **Vatreno oružje** je u razdoblju 1990-2014. u Srbiji ubedljivo bilo na drugom mestu po učestalosti među metodima izvršenja suicida, i to sa prosečnim udelom od 13,2 %. Procentno učešće primene vatrenog oružja kao spoljnog uzroka smrti usled samoubistva je u prethodnom potperiodu (1956-1990) bilo višestruko manje (iznosilo je 5,2 %) nego 1990-2014, a istovremeno manje i od udela vešanja, trovanja i utapanja kao tada najčešćih načina izvršenja samoubistva. Sve veća zastupljenost upotrebe vatrenog oružja kao načina izvršenja samoubistva je bila prisutna kod oba pola. Sve veća zastupljenost vatrenog oružja bila je naročito primetna među muškarcima, kod kojih je udeo u ukupnom broju suicida izvršenih tim metodom u 1990-2014. bio gotovo tri puta veći nego 1956-1990 (17,2 % prema 6,9 %). Istovremeno, kod žena je procentni udeo primene vatrenog oružja kao spoljnog uzroka smrti bio znatno manji nego kod muškaraca (prosečno 3,7 %) ali i sa znatno sporijim povećanjem u odnosu na 1956-1990. Stoga je primena vatrenog oružja među ženama i u novijem periodu (1990-2014), po broju smrtnih slučajeva, ostala iza vešanja, trovanja, utapanja i skoka s visine.

Tabela 4.4-24.

Samoubistva po uzroku smrti (prema prirodi povrede i spoljnom uzroku), po polu.
Srbija, 1990-2014

| Period / Pol | Ukupno | Trovanje čvrstim i tečnim supst., trovanje gas. | Vešanje, davljenje, gušenje | Davljenje i potapanje (utapanje) | Vatreno oružje i eksploziv | Skok s visine | Druga i neoznačena sredstva |
|---------------|--------|---|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------|---------------|-----------------------------|
| Svega | | | | | | | |
| 1990-2014 | 35187 | 2887 | 21586 | 1506 | 4656 | 1128 | 3424 |
| 1990-1994 | 7510 | 591 | 4794 | 349 | 744 | 251 | 781 |
| 1995-1999 | 7564 | 542 | 4450 | 378 | 1079 | 228 | 887 |
| 2000-2004 | 7165 | 586 | 4298 | 284 | 953 | 147 | 897 |
| 2005-2009 | 6906 | 665 | 4218 | 274 | 936 | 256 | 557 |
| 2010-2014 | 6042 | 503 | 3826 | 221 | 944 | 246 | 302 |
| Muško | | | | | | | |
| 1990-2014 | 24862 | 1245 | 15544 | 704 | 4278 | 634 | 2457 |
| 1990-1994 | 5082 | 238 | 3334 | 163 | 674 | 123 | 550 |
| 1995-1999 | 5241 | 221 | 3130 | 179 | 959 | 126 | 626 |
| 2000-2004 | 5128 | 263 | 3118 | 134 | 890 | 81 | 642 |
| 2005-2009 | 4904 | 285 | 3059 | 130 | 876 | 146 | 408 |
| 2010-2014 | 4507 | 238 | 2903 | 98 | 879 | 158 | 231 |
| Žensko | | | | | | | |
| 1990-2014 | 10325 | 1642 | 6042 | 802 | 378 | 494 | 967 |
| 1990-1994 | 2428 | 353 | 1460 | 186 | 70 | 128 | 231 |
| 1995-1999 | 2323 | 321 | 1320 | 199 | 120 | 102 | 261 |
| 2000-2004 | 2037 | 323 | 1180 | 150 | 63 | 66 | 255 |
| 2005-2009 | 2002 | 380 | 1159 | 144 | 60 | 110 | 149 |
| 2010-2014 | 1535 | 265 | 923 | 123 | 65 | 88 | 71 |

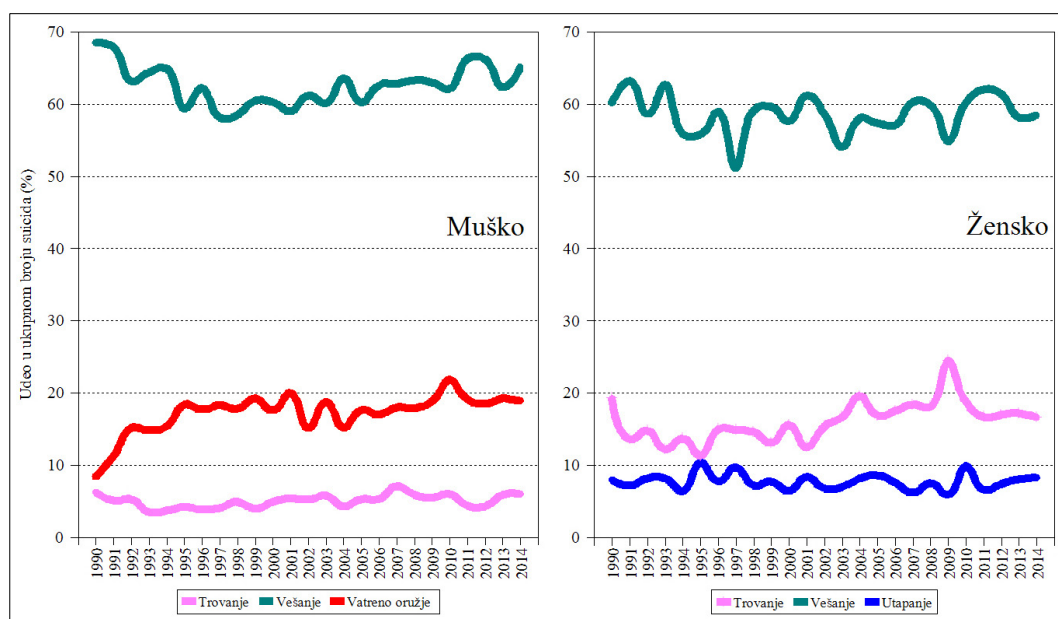
Napomena: Prilikom klasifikovanja spoljnih uzroka smrti primenjena je Međunarodna statističke klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB/ICD). RZS je do 1996. koristio *Devetu reviziju MKB-9* (E-lista spoljnih uzroka smrti), a od 1997. do 2014. *Desetu reviziju MKB-10* (X-lista spoljnih uzroka smrti).

Što se tiče ostalih načina izvršenja samoubistva, njihovo procentno učešće u ukupnom broju smrtnih slučajeva je mnogo manje od spomenuta tri najčešće primenjivana metoda. Iz te grupe se po visini procentnog udela smrtnih slučajeva u ukupnom broju samoubistava izdvajaju *davljenje i utapanje* i *skok s visine*. U potperiodu 1990-2014. prosečno godišnje učešće ta dva metoda bilo je na približno istom nivou (4,3 % i 3,2 %), ali je njihovo kretanje bilo različito ne samo tokom tog razdoblja, nego i u odnosu na promene zabeležene u razdoblju 1956-1990.

Samoubistva izvršena *davljenjem i utapanjem* su tokom 1990-2014. imala relativno stabilno učešće (od 5,0 % do 3,7 %, po petogodišnjim periodima). Preciznije, njihova zastupljenost se smanjivala umerenim intenzitetom, i znatno sporije nego u periodu 1956-1990. U tom razdoblju prosečno učešće iznosilo je 6,5 %, s tim što je 1956-1960. iznosilo 8,2 %, a tri decenije kasnije 5,2 %.

Istovremeno, udeo suicida izvedenih *skokom s visine* je u razdoblju 1990-2014. imao jasno rastuću tendenciju. Povećanje je bilo najintenzivnije nakon 2000. godine, kada je udeo samoubistava tim, vrlo letalnim metodom gotovo udvostručen.

I pored značajnih promena u procentnom učešću pojedinih metoda suicida koje su ostvarene u periodu 1990-2014, a pre svega u pogledu bitnog povećanja primene vatrenog oružja, odnosno smanjenja trovanja kao spoljog uzroka smrti usled samoubistva, u celini posmatrano, tri najzastupljenija načina izvršenja suicida učestvovala su gotovo s identičnim udelom kao u potperiodu 1956-1990. Naime, u razdoblju 1990-2014, udeo samoubistava izvršenih vešanjem, trovanjem i upotrebom vatrenog oružja je iznosio 82,8 %, što je predstavljalo povećanje od samo jednog procentnog poena u odnosu na razdoblje 1956-1990 (81,7 %).



Grafikon 4.4-11.

Tri najčešća načina izvršenja samoubistva (prema procentnom udelu).
Srbija, 1990-2014, po polu

U tom pogledu su promene po polu nešto izraženije. Što se tiče muškog stanovništva, udeo umrlih usled primene tri najučestalija metoda suicida povećan je za preko dva procentna poena (sa 82,2 % na 84,7 %). Kod žena je apsolutna procentna promena bila gotovo identična (2,6 procentna poena), ali je smer bio suprotan – udeo njihovih "top 3" načina izvršenja samoubistva je smanjen sa 84,8 % (1956-1990) na 82,2 % (1990-2014). Ti podaci ukazuju da je u Srbiji tokom čitavog posmatranog razdoblja, od 1956. do 2014. postojao jasno definisan tromodalni model suicida prema načinu izvršenja. Takav zaključak posebno važi za muško stanovništvo.

Način izvršenja samoubistva po starosti i polu

Pored ranije jasno uočene diferenciranosti suicida po načinu izvršenja postoji i vrlo prisutna povezanost spoljnog uzroka smrti usled samoubistva sa starošću i polom umrlog lica. Na izbor metoda svesnog i namernog samopovređivanja koje je rezultiralo fatalnim ishodom, odnosno na strukturu umrlih usled samoubistva prema spoljnom uzroku smrti, utiču, pored osnovnih činilaca kao što su dostupnost i njegova sociokulturna prihvatljivost, i lični razlozi, i to prvenstveno zdravstveno stanje lica pri izvršenju samoubistva (v. potpoglavlje 1.3.2). A sve to je i u vrlo uskoj vezi sa starošću i polom umrlog lica.

U uvodnom delu ovog potpoglavlja ukazano je na osnovnu diferenciranost po polu u pogledu načina izvršenja samoubistva, kao i na promene koje su ostvarene u tom domenu. I to promene, kako tokom analiziranog potperioda 1990-2014, tako i u odnosu na trendove koji su bili prisutni u prethodnom 35-godišnjem potperiodu (1956-1990).

Isti je redosled u procentnim udelima po velikim starosnim grupama i ukoliko se suicidi posmatraju po načinu izvršenja. Takva konstatacija važi za sve najzastupljenije spoljne uzroke smrti usled suicida (tabela 4.4-25). Razlike koje postoje odnose se na vrednosti procentnog udela umrlih po starosti, ali i na smer promena koje su ostvarene tokom perioda 1990-2014 (tabela 4.4-26). Ukoliko se posmatra udeo umrlih starih 60 ili više godina, tada je on najveći u slučaju samoubistava izvršenih vešanjem (52,8 %) i davljenjem ili utapanjem (53,5 %). Stari su najbrojniji i kod ostalih najzastupljenijih metoda suicida, ali njihovo učešće ne prelazi polovinu svih suicida, s tim što je njihovo najmanje učešće među licima koja su izvršila samoubistvo vatrenim oružjem (34,3 %).

Inače, u razdoblju 1990-2014, u Srbiji je među umrlima usled samoubistva svako treće bilo lice staro 60 ili više godina koje je sebi oduzelo život vešanjem. Ukupno je registrovano 11.408 smrtnih slučajeva, ili tačno 32,4 % svih samoubistava izvršenih u tom periodu (tabela 4.4-25).

Tabela 4.4-25.

Umri usled samoubistva po spoljnom uzroku smrti, po starosti. Srbija, 1990-2014.

| Spoljni uzrok smrti* | Period | Ukupno | Do 25 | 25-39 | 40-59 | 60-74 | 75+ | Nepoz. |
|--|-----------|--------|-------|-------|-------|-------|------|--------|
| Ukupno | 1990-2014 | 35187 | 2013 | 4828 | 11379 | 10461 | 6447 | 59 |
| /E950-E959/ | 1990-1994 | 7510 | 496 | 1125 | 2332 | 2331 | 1201 | 25 |
| /X60-X84/ | 1995-1999 | 7564 | 602 | 1117 | 2305 | 2391 | 1142 | 7 |
| | 2000-2004 | 7165 | 426 | 912 | 2293 | 2272 | 1251 | 11 |
| | 2005-2009 | 6906 | 302 | 904 | 2383 | 1858 | 1448 | 11 |
| | 2010-2014 | 6042 | 187 | 770 | 2066 | 1609 | 1405 | 5 |
| Trovanje čvrstim i tečnim supstancama, trovanje gasovima | 1990-2014 | 2887 | 126 | 431 | 1061 | 857 | 410 | 2 |
| | 1990-1994 | 591 | 24 | 107 | 212 | 180 | 67 | 1 |
| | 1995-1999 | 542 | 40 | 90 | 172 | 176 | 64 | 0 |
| /E950, E951, E952/ | 2000-2004 | 586 | 33 | 84 | 218 | 165 | 86 | 0 |
| /X60-X69/ | 2005-2009 | 665 | 24 | 89 | 270 | 187 | 94 | 1 |
| | 2010-2014 | 503 | 5 | 61 | 189 | 149 | 99 | 0 |
| Vešanje, davljenje, gušenje | 1990-2014 | 21586 | 836 | 2479 | 6838 | 6884 | 4524 | 25 |
| /E953/ | 1990-1994 | 4794 | 197 | 574 | 1501 | 1591 | 924 | 7 |
| /X70/ | 1995-1999 | 4450 | 226 | 505 | 1356 | 1553 | 808 | 2 |
| | 2000-2004 | 4298 | 159 | 469 | 1315 | 1500 | 850 | 5 |
| | 2005-2009 | 4218 | 141 | 474 | 1421 | 1190 | 985 | 7 |
| | 2010-2014 | 3826 | 113 | 457 | 1245 | 1050 | 957 | 4 |
| Davljenje i potapanje (utapanje) | 1990-2014 | 1506 | 56 | 156 | 476 | 515 | 291 | 12 |
| | 1990-1994 | 349 | 14 | 49 | 90 | 137 | 52 | 7 |
| /E954/ | 1995-1999 | 378 | 19 | 48 | 123 | 124 | 62 | 2 |
| /X71/ | 2000-2004 | 284 | 12 | 24 | 94 | 99 | 53 | 2 |
| | 2005-2009 | 274 | 3 | 21 | 84 | 98 | 67 | 1 |
| | 2010-2014 | 221 | 8 | 14 | 85 | 57 | 57 | 0 |
| Vatreno oružje i eksploziv | 1990-2014 | 4656 | 589 | 912 | 1552 | 1044 | 554 | 5 |
| /E955/ | 1990-1994 | 744 | 144 | 185 | 215 | 160 | 38 | 2 |
| /X72-X75/ | 1995-1999 | 1079 | 206 | 258 | 318 | 225 | 71 | 1 |
| | 2000-2004 | 953 | 128 | 157 | 323 | 230 | 115 | 0 |
| | 2005-2009 | 936 | 74 | 183 | 339 | 194 | 145 | 1 |
| | 2010-2014 | 944 | 37 | 129 | 357 | 235 | 185 | 1 |
| Skok s visine | 1990-2014 | 1128 | 135 | 238 | 324 | 242 | 184 | 5 |
| /E957/ | 1990-1994 | 251 | 41 | 52 | 72 | 51 | 34 | 1 |
| /X80/ | 1995-1999 | 228 | 35 | 43 | 61 | 52 | 36 | 1 |
| | 2000-2004 | 147 | 16 | 43 | 35 | 33 | 18 | 2 |
| | 2005-2009 | 256 | 28 | 50 | 79 | 53 | 45 | 1 |
| | 2010-2014 | 246 | 15 | 50 | 77 | 53 | 51 | 0 |
| Druga i neoznačena sredstva | 1990-2014 | 3424 | 271 | 612 | 1128 | 919 | 484 | 10 |
| /E956, E958, E959/ | 1990-1994 | 781 | 76 | 158 | 242 | 212 | 86 | 7 |
| /X76-X79, X81-X84/ | 1995-1999 | 887 | 76 | 173 | 275 | 261 | 101 | 1 |
| | 2000-2004 | 897 | 78 | 135 | 308 | 245 | 129 | 2 |
| | 2005-2009 | 557 | 32 | 87 | 190 | 136 | 112 | 0 |
| | 2010-2014 | 302 | 9 | 59 | 113 | 65 | 56 | 0 |

Izvor: Kao za tabelu 4.4-1

*MKB-9 (E-lista spoljnih uzroka smrti) za 1990-1996; MKB-10 (X-lista spoljnih uzroka smrti) za 1997-2014.

Tabela 4.4-26.
Umri usled samoubistva po spoljnom uzroku smrti, po starosti (struktura u procentima).
Srbija, 1990-2014.

| Spoljni uzrok smrti* | Period | Ukupno | Do 25 | 25-39 | 40-59 | 60-74 | 75+ | Nepoz. | Prosečna starost |
|--|-----------|--------|-------|-------|-------|-------|------|--------|------------------|
| Ukupno | 1990-2014 | 100,0 | 5,7 | 13,7 | 32,3 | 29,7 | 18,3 | 0,2 | 56,9 |
| /E950-E959/ | 1990-1994 | 100,0 | 6,6 | 15,0 | 31,1 | 31,0 | 16,0 | 0,3 | 55,9 |
| /X60-X84/ | 1995-1999 | 100,0 | 8,0 | 14,8 | 30,5 | 31,6 | 15,1 | 0,1 | 55,2 |
| | 2000-2004 | 100,0 | 5,9 | 12,7 | 32,0 | 31,7 | 17,5 | 0,2 | 57,1 |
| | 2005-2009 | 100,0 | 4,4 | 13,1 | 34,5 | 26,9 | 21,0 | 0,2 | 58,1 |
| | 2010-2014 | 100,0 | 3,1 | 12,7 | 34,2 | 26,6 | 23,3 | 0,1 | 59,0 |
| Trovanje čvrstim i tečnim supstancama, trovanje gasovima | 1990-2014 | 100,0 | 4,4 | 14,9 | 36,8 | 29,7 | 14,2 | 0,1 | 55,9 |
| | 1990-1994 | 100,0 | 4,1 | 18,1 | 35,9 | 30,5 | 11,3 | 0,2 | 54,8 |
| | 1995-1999 | 100,0 | 7,4 | 16,6 | 31,7 | 32,5 | 11,8 | 0,0 | 54,3 |
| /E950, E951, E952/ | 2000-2004 | 100,0 | 5,6 | 14,3 | 37,2 | 28,2 | 14,7 | 0,0 | 55,2 |
| /X60-X69/ | 2005-2009 | 100,0 | 3,6 | 13,4 | 40,6 | 28,1 | 14,1 | 0,2 | 56,4 |
| | 2010-2014 | 100,0 | 1,0 | 12,1 | 37,6 | 29,6 | 19,7 | 0,0 | 59,0 |
| Vešanje, davljenje, gušenje | 1990-2014 | 100,0 | 3,9 | 11,5 | 31,7 | 31,9 | 21,0 | 0,1 | 59,1 |
| | 1990-1994 | 100,0 | 4,1 | 12,0 | 31,3 | 33,2 | 19,3 | 0,1 | 58,5 |
| /E953/ | 1995-1999 | 100,0 | 5,1 | 11,3 | 30,5 | 34,9 | 18,2 | 0,0 | 58,2 |
| /X70/ | 2000-2004 | 100,0 | 3,7 | 10,9 | 30,6 | 34,9 | 19,8 | 0,1 | 59,5 |
| | 2005-2009 | 100,0 | 3,3 | 11,2 | 33,7 | 28,2 | 23,4 | 0,2 | 59,7 |
| | 2010-2014 | 100,0 | 3,0 | 11,9 | 32,5 | 27,4 | 25,0 | 0,1 | 59,9 |
| Davljenje i potapanje (utapanje) | 1990-2014 | 100,0 | 3,7 | 10,4 | 31,6 | 34,2 | 19,3 | 0,8 | 59,6 |
| | 1990-1994 | 100,0 | 4,0 | 14,0 | 25,8 | 39,3 | 14,9 | 2,0 | 58,5 |
| /E954/ | 1995-1999 | 100,0 | 5,0 | 12,7 | 32,5 | 32,8 | 16,4 | 0,5 | 57,7 |
| /X71/ | 2000-2004 | 100,0 | 4,2 | 8,5 | 33,1 | 34,9 | 18,7 | 0,7 | 59,0 |
| | 2005-2009 | 100,0 | 1,1 | 7,7 | 30,7 | 35,8 | 24,5 | 0,4 | 62,7 |
| | 2010-2014 | 100,0 | 3,6 | 6,3 | 38,5 | 25,8 | 25,8 | 0,0 | 61,2 |
| Vatreno oružje i eksploziv | 1990-2014 | 100,0 | 12,7 | 19,6 | 33,3 | 22,4 | 11,9 | 0,1 | 50,4 |
| | 1990-1994 | 100,0 | 19,4 | 24,9 | 28,9 | 21,5 | 5,1 | 0,3 | 45,0 |
| /E955/ | 1995-1999 | 100,0 | 19,1 | 23,9 | 29,5 | 20,9 | 6,6 | 0,1 | 45,7 |
| /X72-X75/ | 2000-2004 | 100,0 | 13,4 | 16,5 | 33,9 | 24,1 | 12,1 | 0,0 | 50,9 |
| | 2005-2009 | 100,0 | 7,9 | 19,6 | 36,2 | 20,7 | 15,5 | 0,1 | 53,1 |
| | 2010-2014 | 100,0 | 3,9 | 13,7 | 37,8 | 24,9 | 19,6 | 0,1 | 57,1 |
| Skok s visine | 1990-2014 | 100,0 | 12,0 | 21,1 | 28,7 | 21,5 | 16,3 | 0,4 | 51,3 |
| /E957/ | 1990-1994 | 100,0 | 16,3 | 20,7 | 28,7 | 20,3 | 13,5 | 0,4 | 48,6 |
| /X80/ | 1995-1999 | 100,0 | 15,4 | 18,9 | 26,8 | 22,8 | 15,8 | 0,4 | 50,4 |
| | 2000-2004 | 100,0 | 10,9 | 29,3 | 23,8 | 22,4 | 12,2 | 1,4 | 49,1 |
| | 2005-2009 | 100,0 | 10,9 | 19,5 | 30,9 | 20,7 | 17,6 | 0,4 | 52,8 |
| | 2010-2014 | 100,0 | 6,1 | 20,3 | 31,3 | 21,5 | 20,7 | 0,0 | 54,9 |
| Druga i neoznačena sredstva | 1990-2014 | 100,0 | 7,9 | 17,9 | 32,9 | 26,8 | 14,1 | 0,3 | 53,6 |
| | 1990-1994 | 100,0 | 9,7 | 20,2 | 31,0 | 27,1 | 11,0 | 0,9 | 51,8 |
| /E956, E958, E959/ | 1995-1999 | 100,0 | 8,6 | 19,5 | 31,0 | 29,4 | 11,4 | 0,1 | 52,5 |
| /X76-X79, X81-X84/ | 2000-2004 | 100,0 | 8,7 | 15,1 | 34,3 | 27,3 | 14,4 | 0,2 | 54,0 |
| | 2005-2009 | 100,0 | 5,7 | 15,6 | 34,1 | 24,4 | 20,1 | 0,0 | 56,2 |
| | 2010-2014 | 100,0 | 3,0 | 19,5 | 37,4 | 21,5 | 18,5 | 0,0 | 55,7 |

Izvor: Kao za tabelu 4.4-1

*MKB-9 (E-lista spoljnih uzroka smrti) za 1990-1996; MKB-10 (X-lista spoljnih uzroka smrti) za 1997-2014

Što se tiče lica koja su u vreme suicida bila mlađa od 40 godina, njihovo najveće procentno učešće je izračunato u grupi samoubistava izvršenih skokom s visine i upotrebom vatrenog oružja (33,1 % i 32,2 %, respektivno). Očekivano, najmanje učešće umrlih te starosti je u grupi samoubistava izvršenih davljenjem i utapanjem, odnosno vešanjem (14,1 % i 15,4 %, respektivno).

I dok su se promene u starosnoj strukturi umrlih usled samoubistva uglavnom odvijale u smeru povećanja udela umrlih lica starih 60 ili više godina, odnosno smanjivanja udela lica mlađih od 40 godina, promene po pojedinim načinima izvršenja samoubistva su imale i drugačiji smer. Ukoliko se posmatraju samo starosne strukture umrlih usled tri najzastupljenija načina izvršenja samoubistva (trovanje, vešanje i upotreba vatrenog oružja), razlike su vrlo naglašene, i to prvenstveno, u pogledu procentnog udela starih.

U prve dve decenije posmatranog razdoblja, među licima koja su izvršila samoubistvo trovanjem, udeli starih 60 ili više godina bili su relativno stabilni (oko 42 % svih samoubistava tim metodom). Podaci, za 2010-2014, ukazuju na nagli porast udela starih među licima koja su izvršila samoubistvo trovanjem (na 49,3 %). Istovremeno, u slučaju samoubistva vešanjem, promene udela umrlih starijih od 60 godina bile su umerene, a vrednosti su se kretale između 51,6 % (2005-2009) i 54,7 % (2000-2004). Najintenzivnije povećanje udela umrlih starih 60 ili više godina ostvareno primenom vatrenog oružja. Kod tih samoubistava udeo starih kontinuirano je povećavan, i za samo dve decenije je sa 26,6 % dostigao 44,5 %. Na taj način je razlika u odnosu na prosečno procentno učešće starih smanjena sa 20 na svega 5 procentnih poena.

Još naglašenija diferenciranost po metodima suicida prisutna je u pogledu procentnog udela umrlih lica mlađih od 40 godina (tabela 4.4-26). Kod samoubistva trovanjem udeo mladih je gotovo kontinuirao opadao, i to relativno vrlo intenzivno. Tako je za samo petnaest godina, između 1995-1999. i 2010-2014, udeo te starosne grupe u ukupnom broju suicida izvršenih trovanjem sveden sa 24,0 % na 13,1 %. Istovremeno, kod samoubistva vešanjem udeo lica mlađih od 40 godina bio je relativno stabilan. U petogodišnjim periodima između 1990. i 1999. iznosio je neznatno iznad 16 %, a u naredna tri razdoblja bio je na nivou od neznatno ispod 15 %. Tako male promene su u skladu i s promenama koje su kod samoubistva tim metodom zabeležene u vezi procentnog udela umrlih starosti 60 ili više godina. I još jednom, najveće promene u pogledu starosne strukture umrlih usled samoubistva, ovog puta s obzirom na učešće umrlih lica mlađih od 40 godina ostvarene su kod samoubistava vatrenim oružjem. Početkom posmatranog perioda (1990-1994), lica mlađa od 40 godina učestvovala su sa 44,2 % u ukupnom broju samoubistava vatrenim oružjem, i tako predstavljala veliku starosnu grupu s ubedljivo najvećim udelom umrlih usled samoubistva vatrenim oružjem. To je period kada je oružje bilo mnogo dostupnije, a posebno mladima, i to ne samo onima koji su direktno učestvovali u ratnim događajima vezanim za raspad bivše Jugoslavije. Nakon prve polovine ratnih 1990-ih godina, udeo te starosne grupe u ukupnom broju samoubistava vatrenim oružjem kontinuirano opada, i to vrlo intenzivno tokom 2000-ih, a prvenstveno od 2010. godine, dostižući ubedljivo najniži nivo (17,6 %) u

razdoblju 1990-2014. Tako je za manje od dve decenije u ukupnom broju samoubistava vatrenim oružjem udeo mladih od 40 godina više nego prepolovljen. S druge strane, znatno povećanje primene vatrene oružja kod stanovništva starijeg uzrasta (60+), a posebno lica starih 75 ili više godina delimično može se objasniti i povećanjem broja vatrene oružja u domaćinstvima, što je bilo naročito prisutno tokom 1990-ih, i njegove lakše dostupnosti svim članovima domaćinstva.

Polna ili, u ovom slučaju mnogo pravilnije rečeno, rodna diferenciranost vrlo je naglašena i u pogledu starosne strukture samoubistava posmatrane po spoljnom uzroku smrti. S obzirom da su i kod većine najzastupljenijih metoda suicida muškarci znatno brojniji od žena, očekivano bi bilo i da se posmatrano po spoljnim uzrocima smrti starosna struktura muškaraca bitnije ne razlikuje od već analizirane strukture umrlih po starosti posmatranih zbirno za oba pola. Takva pretpostavka je potvrđena i za starosnu strukturu umrlih muškaraca usled većine najzastupljenijih načina izvršenja samoubistva (tabela 4.4-27).

Nalazi do kojih se došlo u pogledu starosne strukture ukupnog broja umrlih (zbirno za oba pola) usled vešanja i primene vatrene oružja uglavnom važe i za umrle muškarce. Takva konstatacija se pre svega odnosi na smer promena udela umrlih iz pojedinih velikih starosnih grupa, kao i na konkretna razdoblja kada su dostignute maksimalne i minimalne vrednosti udela pojedinih starosti u ukupnom broju umrlih usled određenog metoda izvršenja samoubistva. Razlike i to ne previše naglašene se tiču jedino konkretnih vrednosti procentnih udela.

Što se tiče starosne strukture umrlih muškaraca usled samoubistva trovanjem razlike u odnosu na strukturu umrlih oba pola su znatno izraženije. One su pre svega prisutne kod vrednosti udela umrlih uzrasta 60 ili više godina, ali i u smeru promena starosne strukture muškaraca umrlih trovanjem. Naime, dok je maksimalni zbirni udeo starosne grupe 60 ili više godina (za oba pola) dostignut krajem posmatranog perioda (49,3 % u 2010-2014), za muškarce je maksimalni udeo te starosne grupe (45,0 %) ostvaren početkom 1990-ih (1990-1994), a minimalni (37,5 %) deceniju i po kasnije (2005-2009).

Kod žena su razlike u odnosu na starosnu strukturu ukupnog broja umrlih (oba pola), a još više u odnosu na muškarce, mnogo istaknutije. Za sve najzastupljenije metode je svojstveno da je među ženama koje su izvršile samoubistvo udeo starih 60 ili više godina mnogo veći nego kod muškaraca – iznosi blizu 60 % ili preko tog procentog učešća. Jedini izuzetak je starosna struktura žena umrlih usled upotrebe vatrene oružja. Kod tog načina suicida veoma je visoko učešće žena mlađeg uzrasta (do 40 godina). Udeo te starosne grupe žena prosečno je za 1990-2014. iznosio čak 55,6 %, dok je udeo žena starih 60 ili više godina bio gotovo tri i po puta manji (16,1 %). Međutim, smer promena starosnog modela smrtnosti žena usled primene vatrene oružja bio je identičan kao kod muškaraca – kod mladih je opadalo učešće, a kod starih je uglavnom povećavano. Ipak, prilikom takvih analiza mora da se vodi računa da se radi o relativno vrlo malom broju slucajeva, što lako može da rezultira relativno velikom fluktuacijom u pogledu procentne zastupljenosti pojedinih starosnih grupa žena u ukupnom broju suicida izvršenih određenim metodom.

Tabela 4.4-27.
Samoubistva muškaraca i žena po spoljnom uzroku smrti, po starosti (u %). Srbija, 1990-2014.

| Spoljni uzrok smrti (MKB-9 i MKB-10) | Period | Ukupno | Do 25 | 25-39 | 40-59 | 60-74 | 75+ | Nepoz, | Proseč, starost |
|--|-----------|--------|-------|-------|-------|-------|------|--------|-----------------|
| Muško | | | | | | | | | |
| Ukupno | 1990-2014 | 100,0 | 6,3 | 14,9 | 33,4 | 28,2 | 17,1 | 0,2 | 56,0 |
| /E950-E959/ | 1990-1994 | 100,0 | 7,2 | 16,6 | 31,9 | 28,9 | 15,0 | 0,3 | 54,6 |
| /X60-X84/ | 2010-2014 | 100,0 | 3,4 | 13,6 | 35,4 | 25,5 | 21,9 | 0,1 | 58,4 |
| Trovanje čvrst, i tečnim supst, i gas, | 1990-2014 | 100,0 | 5,1 | 18,9 | 35,4 | 26,3 | 14,1 | 0,2 | 55,4 |
| /E950, E951, E952/ | 1990-1994 | 100,0 | 1,3 | 19,7 | 33,6 | 32,4 | 12,6 | 0,4 | 57,6 |
| /X60-X69/ | 2010-2014 | 100,0 | 1,3 | 16,0 | 39,5 | 24,8 | 18,5 | 0,0 | 58,9 |
| Vešanje, davljenje, gušenje | 1990-2014 | 100,0 | 4,4 | 12,8 | 33,4 | 30,1 | 19,2 | 0,1 | 58,1 |
| /E953/ | 1990-1994 | 100,0 | 4,6 | 13,4 | 32,9 | 31,0 | 18,0 | 0,1 | 57,4 |
| /X70/ | 2010-2014 | 100,0 | 3,2 | 13,2 | 34,1 | 26,3 | 23,0 | 0,1 | 59,3 |
| Davljenje i potapanje (utapanje) | 1990-2014 | 100,0 | 6,1 | 12,5 | 33,5 | 30,5 | 16,3 | 1,0 | 58,6 |
| /E954/ | 1990-1994 | 100,0 | 7,4 | 17,8 | 26,4 | 32,5 | 13,5 | 2,5 | 57,8 |
| /X71/ | 2010-2014 | 100,0 | 6,1 | 6,1 | 43,9 | 25,5 | 18,4 | 0,0 | 58,7 |
| Vatreno oružje i eksploziv | 1990-2014 | 100,0 | 11,4 | 18,8 | 33,8 | 23,4 | 12,5 | 0,1 | 51,7 |
| /E955/ | 1990-1994 | 100,0 | 18,2 | 24,5 | 29,1 | 22,8 | 5,0 | 0,3 | 45,7 |
| /X72-X75/ | 2010-2014 | 100,0 | 3,5 | 13,0 | 37,2 | 25,5 | 20,7 | 0,1 | 57,6 |
| Skok s visine | 1990-2014 | 100,0 | 12,3 | 22,4 | 27,0 | 22,1 | 15,9 | 0,3 | 51,8 |
| /E957/ | 1990-1994 | 100,0 | 18,7 | 28,5 | 29,3 | 13,8 | 9,8 | 0,0 | 46,3 |
| /X80/ | 2010-2014 | 100,0 | 8,2 | 20,3 | 27,8 | 21,5 | 22,2 | 0,0 | 54,7 |
| Druga i neoznačena sredstva | 1990-2014 | 100,0 | 8,3 | 18,5 | 33,2 | 25,7 | 14,0 | 0,3 | 53,2 |
| /E956, E958, E959/ | 1990-1994 | 100,0 | 9,8 | 22,2 | 31,3 | 24,4 | 11,5 | 0,9 | 51,2 |
| /X76-X79, X81-X84/ | 2010-2014 | 100,0 | 3,5 | 18,2 | 41,1 | 19,5 | 17,7 | 0,0 | 54,7 |
| Žensko | | | | | | | | | |
| Ukupno | 1990-2014 | 100,0 | 4,4 | 10,9 | 29,8 | 33,5 | 21,3 | 0,1 | 58,5 |
| /E950-E959/ | 1990-1994 | 100,0 | 5,3 | 11,5 | 29,2 | 35,5 | 18,2 | 0,4 | 57,0 |
| /X60-X84/ | 2010-2014 | 100,0 | 2,1 | 10,1 | 30,7 | 29,9 | 27,1 | 0,0 | 60,6 |
| Trovanje čvrst, i tečnim supst, i gas, | 1990-2014 | 100,0 | 3,8 | 11,9 | 37,8 | 32,2 | 14,3 | 0,0 | 57,2 |
| /E950, E951, E952/ | 1990-1994 | 100,0 | 5,9 | 17,0 | 37,4 | 29,2 | 10,5 | 0,0 | 54,0 |
| /X60-X65, X68, X66, X67 X69/ | 2010-2014 | 100,0 | 0,8 | 8,7 | 35,8 | 34,0 | 20,8 | 0,0 | 60,9 |
| Vešanje, davljenje, gušenje | 1990-2014 | 100,0 | 2,5 | 8,2 | 27,3 | 36,4 | 25,6 | 0,1 | 61,4 |
| /E953/ | 1990-1994 | 100,0 | 3,0 | 8,6 | 27,7 | 38,2 | 22,3 | 0,2 | 59,4 |
| /X70/ | 2010-2014 | 100,0 | 2,2 | 8,0 | 27,5 | 31,1 | 31,2 | 0,0 | 63,0 |
| Davljenje i potapanje (utapanje) | 1990-2014 | 100,0 | 1,6 | 8,5 | 29,9 | 37,4 | 21,9 | 0,6 | 61,9 |
| /E954/ | 1990-1994 | 100,0 | 1,1 | 10,8 | 25,3 | 45,2 | 16,1 | 1,6 | 61,3 |
| /X71/ | 2010-2014 | 100,0 | 1,6 | 6,5 | 34,1 | 26,0 | 31,7 | 0,0 | 62,8 |
| Vatreno oružje i eksploziv | 1990-2014 | 100,0 | 27,0 | 28,6 | 28,3 | 11,4 | 4,8 | 0,0 | 38,0 |
| /E955/ | 1990-1994 | 100,0 | 30,0 | 28,6 | 27,1 | 8,6 | 5,7 | 0,0 | 35,5 |
| /X72-X75/ | 2010-2014 | 100,0 | 9,2 | 23,1 | 46,2 | 16,9 | 4,6 | 0,0 | 45,1 |
| Skok s visine | 1990-2014 | 100,0 | 11,5 | 19,4 | 31,0 | 20,6 | 16,8 | 0,6 | 51,4 |
| /E957/ | 1990-1994 | 100,0 | 14,1 | 13,3 | 28,1 | 26,6 | 17,2 | 0,8 | 52,9 |
| /X80/ | 2010-2014 | 100,0 | 2,3 | 20,5 | 37,5 | 21,6 | 18,2 | 0,0 | 53,0 |
| Druga i neoznačena sredstva | 1990-2014 | 100,0 | 6,8 | 16,2 | 32,3 | 29,8 | 14,6 | 0,3 | 55,0 |
| /E956, E958, E959/ | 1990-1994 | 100,0 | 9,5 | 15,6 | 30,3 | 33,8 | 10,0 | 0,9 | 54,5 |
| /X76-X79, X81-X84/ | 2010-2014 | 100,0 | 1,4 | 23,9 | 25,4 | 28,2 | 21,1 | 0,0 | 54,5 |

Tabela 4.4-28.

Umrli usled samoubistva po starosnim grupama - distribucija po spoljnom uzroku smrti (u %)
Srbija, 1990-2014. i po petogodišnjim periodima

| Spoljni uzrok smrti* | Period | Ukupno | Do 25 | 25-39 | 40-59 | 60-74 | 75+ |
|---|-----------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Ukupno | 1990-2014 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| /E950-E959/ | 1990-1994 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| /X60-X84/ | 1995-1999 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | 2000-2004 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | 2005-2009 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | 2010-2014 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Trovanje čvrstim i tečnim supstancama, trovanje gasovima | 1990-2014 | 8,2 | 6,3 | 8,9 | 9,3 | 8,2 | 6,4 |
| | 1990-1994 | 7,9 | 4,8 | 9,5 | 9,1 | 7,7 | 5,6 |
| /E950, E951, E952/ | 1995-1999 | 7,2 | 6,6 | 8,1 | 7,5 | 7,4 | 5,6 |
| /X60-X69/ | 2000-2004 | 8,2 | 7,7 | 9,2 | 9,5 | 7,3 | 6,9 |
| | 2005-2009 | 9,6 | 7,9 | 9,8 | 11,3 | 10,1 | 6,5 |
| | 2010-2014 | 8,3 | 2,7 | 7,9 | 9,1 | 9,3 | 7,0 |
| Vešanje, davljenje, gušenje | 1990-2014 | 61,3 | 41,5 | 51,3 | 60,1 | 65,8 | 70,2 |
| /E953/ | 1990-1994 | 63,8 | 39,7 | 51,0 | 64,4 | 68,3 | 76,9 |
| /X70/ | 1995-1999 | 58,8 | 37,5 | 45,2 | 58,8 | 65,0 | 70,8 |
| | 2000-2004 | 60,0 | 37,3 | 51,4 | 57,3 | 66,0 | 67,9 |
| | 2005-2009 | 61,1 | 46,7 | 52,4 | 59,6 | 64,0 | 68,0 |
| | 2010-2014 | 63,3 | 60,4 | 59,4 | 60,3 | 65,3 | 68,1 |
| Davljenje i potapanje (utapanje) | 1990-2014 | 4,3 | 2,8 | 3,2 | 4,2 | 4,9 | 4,5 |
| /E954/ | 1990-1994 | 4,6 | 2,8 | 4,4 | 3,9 | 5,9 | 4,3 |
| /X71/ | 1995-1999 | 5,0 | 3,2 | 4,3 | 5,3 | 5,2 | 5,4 |
| | 2000-2004 | 4,0 | 2,8 | 2,6 | 4,1 | 4,4 | 4,2 |
| | 2005-2009 | 4,0 | 1,0 | 2,3 | 3,5 | 5,3 | 4,6 |
| | 2010-2014 | 3,7 | 4,3 | 1,8 | 4,1 | 3,5 | 4,1 |
| Vatreno oružje i eksploziv | 1990-2014 | 13,2 | 29,3 | 18,9 | 13,6 | 10,0 | 8,6 |
| /E955/ | 1990-1994 | 9,9 | 29,0 | 16,4 | 9,2 | 6,9 | 3,2 |
| /X72-X75/ | 1995-1999 | 14,3 | 34,2 | 23,1 | 13,8 | 9,4 | 6,2 |
| | 2000-2004 | 13,3 | 30,0 | 17,2 | 14,1 | 10,1 | 9,2 |
| | 2005-2009 | 13,6 | 24,5 | 20,2 | 14,2 | 10,4 | 10,0 |
| | 2010-2014 | 15,6 | 19,8 | 16,8 | 17,3 | 14,6 | 13,2 |
| Skok s visine | 1990-2014 | 3,2 | 6,7 | 4,9 | 2,8 | 2,3 | 2,9 |
| /E957/ | 1990-1994 | 3,3 | 8,3 | 4,6 | 3,1 | 2,2 | 2,8 |
| /X80/ | 1995-1999 | 3,0 | 5,8 | 3,8 | 2,6 | 2,2 | 3,2 |
| | 2000-2004 | 2,1 | 3,8 | 4,7 | 1,5 | 1,5 | 1,4 |
| | 2005-2009 | 3,7 | 9,3 | 5,5 | 3,3 | 2,9 | 3,1 |
| | 2010-2014 | 4,1 | 8,0 | 6,5 | 3,7 | 3,3 | 3,6 |
| Druga i neoznačena sredstva | 1990-2014 | 9,7 | 13,5 | 12,7 | 9,9 | 8,8 | 7,5 |
| /E956, E958, E959/ | 1990-1994 | 10,4 | 15,3 | 14,0 | 10,4 | 9,1 | 7,2 |
| /X76- X79, X81-X84/ | 1995-1999 | 11,7 | 12,6 | 15,5 | 11,9 | 10,9 | 8,8 |
| | 2000-2004 | 12,5 | 18,3 | 14,8 | 13,4 | 10,8 | 10,3 |
| | 2005-2009 | 8,1 | 10,6 | 9,6 | 8,0 | 7,3 | 7,7 |
| | 2010-2014 | 5,0 | 4,8 | 7,7 | 5,5 | 4,0 | 4,0 |

* MKB-9 (E-lista spoljnih uzroka smrti) za 1990-1996; MKB-10 (X-lista spoljnih uzroka smrti) za 1997-2014

Detaljnije sagledavanje povezanosti starosti umrlog lica i metoda izvršenja samoubistva može se dobiti posmatranjem distribucije umrlih po pojedinim spoljnim uzrocima smrti i to za svaku starosnu grupu posebno (tabela 4.4-28). S obzirom na starost lica koje je izvršilo samoubistvo, u svakom petogodišnjem razdoblju, vešanje je najzastupljeniji metod suicida među svim starosnim grupama, i to za oba pola.

Ako se posmatra ceo potperiod 1990-2014, tada je vešanje, kao najzastupljeniji metod izvršenja suicida, s najmanjim procentnim učešćem kod umrlih najmlađeg uzrasta (do 25 godina). Za tu starosnu grupu je prosečno procentno učešće, između 1990. i 2014. godine, iznosilo 41,5 %. Njegova dominantnost kao suicidnog metoda kontinuirano se povećava sa starošću, dostižući rekordni "većinski" procentni udeo među umrlima starih 75 ili više godina (70,2 % svih samoubistava koja su izvršila lica te starosti). Promena u zastupljenosti vešanja su se kod mlađih starosnih grupa (do 40 godina), odvijale ka povećanju udela tog suicidnog metoda u ukupnom broju samoubistava lica istih starosnih grupa, i to intenzivnije kod mlađih (do 25 godina), nego kod starijih (25-39). Kod ostale tri velike starosne grupe (40-59, 60-74 i 75+) promene su bile znatno umerenije i generalno bi mogle da se ocene kao opadajuće. Apsolutno najveće smanjenje je bilo kod umrlih starosti 75 ili više godina.

Primena vatrenog oružja je po zastupljenosti drugi po redu način izvršenja samoubistva, i to je, ukoliko se posmatra celokupno razdoblje 1990-2014, slučaj kod svih starosnih grupa. Što se tiče procentnih udela po starosnim grupama, njihov redosled je inverzan onom koji je zabeležen u slučaju vešanja. Relativno učešće primene vatrenog oružja kao osnovnog uzroka smrti najveće je kod najmlađih (29,3 %), zatim je vrlo vidljivo njegovo opadanje sa starošću umrlih, dostižući minimum kod starih 75 ili više godina (8,6 %). I u slučaju tog načina izvršenja samoubistva dinamika promena se razlikovala po starosnim grupama. Kod najmlađih je učešće suicida usled primene vatrenog oružja bilo najveće u drugoj polovini 1990-ih (34,2 %). Od tada je ono stalno opadajuće dostižući "svega" 19,8 % u poslednjem razdoblju (2010-2014). Kod starijih starosnih grupa (preko 40 godina) udeo samoubistava usled primene vatrenog oružja stalno je rastući, a najintenzivnije povećanje, i relativno i apsolutno, je ostvareno kod najstarijih (75+). U toj starosnoj grupi je procentno učešće suicida usled primene vatrenog oružja više nego učtвороstručeno (sa 3,2 % na 13,2%).

Razlike u pogledu procentnog udela samoubistava trovanjem po starosnim grupama su manje izražene nego kod prva dva metoda, a takođe i bez naglašene pravilnosti u smeru promena. Tako, na primer, gotovo da ne postoje razlike u visini procentnih udela tog suicidnog metoda kod najmlađih i najstarijih (6,3 % i 6,4 %, respektivno), ili pak kod mlađih i starijih sredovečnih (8,9 % i 9,3 %, respektivno). Takođe, ni promene koje su se odvijale između 1990. i 2014. godine ne omogućavaju da se utvrdi neka pravilnost s obzirom na starost lica koja su izvršila samoubistvo trovanjem. Takve fluktuacije su velikim delom uslovljene i činjenicom da je u Srbiji između 1990. i 2014. ukupan broj smrtnih slučajeva tim metodom za oko 40 % manji od broja samoubistava vatrenim oružjem i za preko 7 puta manji od samoubistava izvršenih vešanjem.

Razlike u procentim udelima ostalih manje zastupljenih načina izvršenja suicida posmatranih po izabranim velikim starosnim grupama, nisu naglašene, ni apsolutno ni relativno, a promene su bile vrlo neujednačene i odvijale su se u oba smera, ka povećanju i ka smanjenju. Jedan od osnovnih razloga čestih fluktuacija treba tražiti u relativno malom broju smrtnih slučajeva, posebno kod mlađeg stanovništva. U celokupnom posmatranom periodu 1990-2014. je, na primer, bilo zabeleženo ukupno 1506 samoubistava davljenjem (prosečno 60 godišnje), i 1128 suicida skokom s visine (45 godišnje). U pojedinim petogodišnjim periodima prosečan godišnji broj suicida izvršenih jednim od ta dva metoda bio je još manji (i ispod 30).

Relativna zastupljenost najčešće primenjivanih metoda suicida po starosti i po polu

U istraživanjima se razlike u učestalosti primene određenih metoda suicida odnosno razlike u "preferiranju" određenih načina izvršenja samoubistava po starosnim grupama često sagledaju preko vrednosti pokazatelja kao što su koeficijent relativnog rizika ili preko tzv. odnosa mogućnosti. U ovom radu su razmere razlika u relativnoj zastupljenosti najčešće primenjivanih metoda suicida po starosti utvrđene na osnovu novouvedenog indikatora koji smo nazvali starosni indeks metoda suicida (SIMS). SIMS predstavlja odnos udela samoubistava metodom m koji su izvršila lica starosti x ($S_{m,x}$) u ukupnom broju samoubistava izvršenih istim metodom m i udela samoubistava izvršenih od strane lica iste starosti x bilo kojim od ostalih metoda suicida ($S_{non-m,x}$) u ukupnom broju suicida izvršenih bilo kojim od svih ostalih metoda.

$$SIMS = \frac{\frac{a}{a+c}}{\frac{b}{b+d}}$$

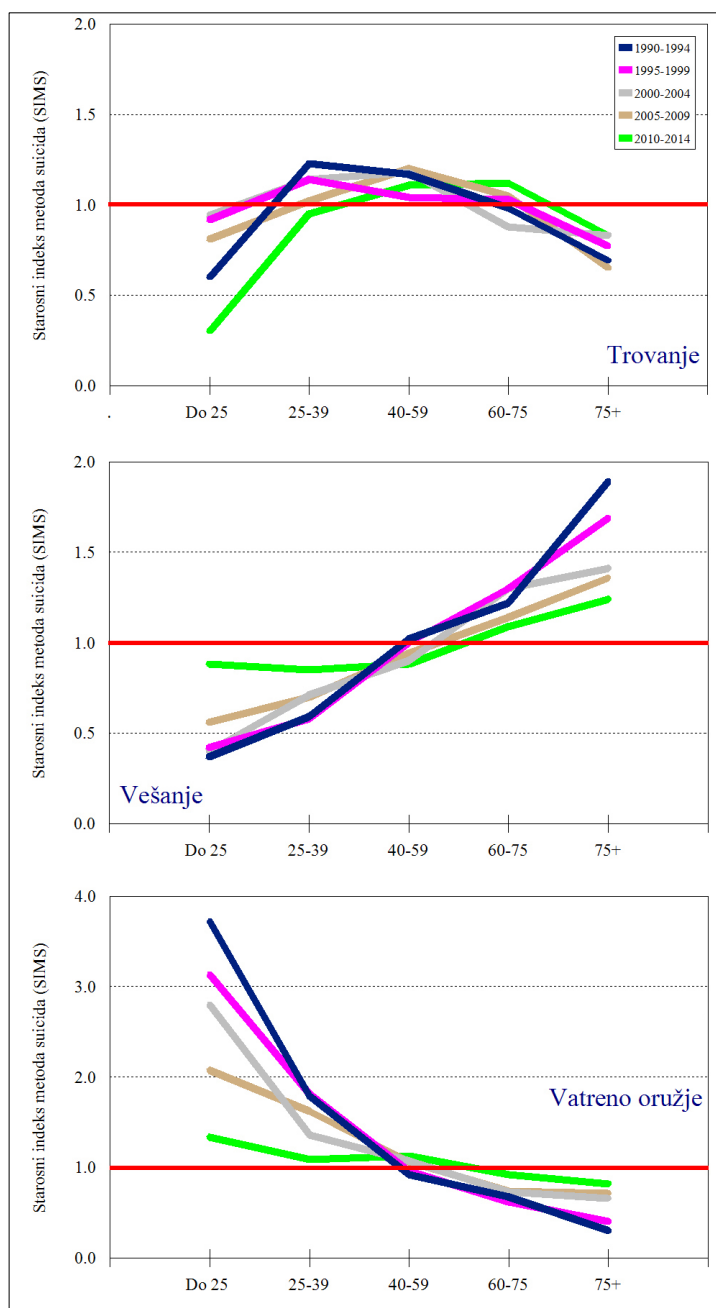
U gornjoj formuli simboli predstavljaju:

- a - broj suicida metodom m koji su izvršila lica starosti x ($a = S_{m,x}$);
- b - broj suicida metodom koji nije m ($Non-m$) koji su izvršila lica starosti x ($b = S_{Non-m,x}$);
- c - broj suicida metodom m koji su izvršila lica koja nisu starosti x ($c = S_{m, Non-x}$);
- d - broj suicida metodom koji nije m ($Non-m$) koji su izvršila lica koja nisu starosti x ($d = S_{Non-m, Non-x}$).

Ukoliko vrednost SIMS-a iznosi 1,00, to znači da se "preferiranje" metoda suicida m od strane lica starih x godina koja su izvršila samoubistvo ne razlikuje od prosečnog "preferiranje" ostalih načina izvršenja samoubistva (posmatranih zbirno, kao celina) od strane lica iste starosti x . Vrednost SIMS-a veća od 1,00 ($SIMS > 1,00$) znači da su lica stara x godina koja su izvršila samoubistvo metodom m više "preferirala" metod m od ostalih metoda, posmatranih kao celina, i to srazmerno za onoliko koliko je vrednost indeksa SIMS veća od 1,00. Vrednost SIMS-a manja od 1,00 ($SIMS < 1,00$) znači da su lica stara x godina koja su izvršila samoubistvo metodom m manje

"preferirala" metod m od ostalih metoda suicida, posmatranih kao celina, i to srazmerno za onoliko koliko je vrednost indeksa SIMS manja od 1,00.

Izračunate vrednosti SIMS-a za tri metoda suicida koja su u Srbiji bila najzastupljenija u razdoblju 1990-2014, ukazuju na velike razlike u "preferiranju" pojedinih metoda u zavisnosti od starosti, ali i pola lica koja su izvršila samoubistvo (grafikon 4.4-12).

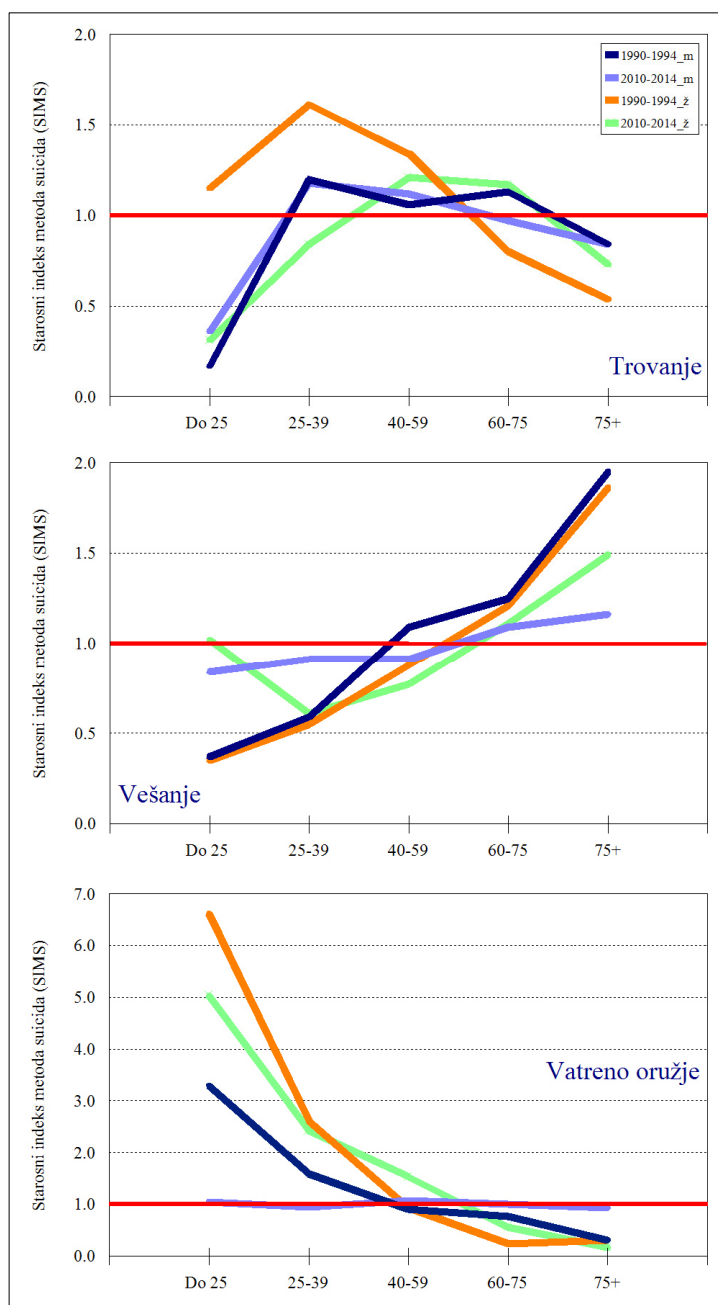


Grafikon 4.4-12

Starosni indeks tri najzastupljenija suicidna metoda (SIMS), po velikim starosnim grupama Srbija, 1990-2014, po petogodišnjim periodima

Trovanje je relativno malo zastupljeni način izvršenja samoubistva kod lica mlađih od 25 godina, i to za oba pola. Razlika za period 1990-2014. iznosi oko 15 %, s tim što je

ona neznatno veća ukoliko se umrli posmatraju po polu (grafikon 4.4-13). Gotovo isti zaključak važi i za najstariju grupu lica koja su izvršila samoubistvo (75+). Zastupljenost suicida trovanjem relativno je veća od prosečne zastupljenosti ostalih metoda ako se radi o sredovečnim licima, i to kako iz grupe mlađih (25-39), tako i iz grupe starijih sredovečnih (40-59), s tim što je ta razlika manja nego kod najmlađih (do 25 godina) i najstarijih lica (75 ili više godina). Karakteristično je da se kod umrlih lica starosti 60-74 godine "preferiranje" trovanja kao načina izvršenja samoubistva nije razlikovalo od prosečne "preferencije" ostalih suicidalnih metoda. Slične relacije su utvrđene za gotovo sve petogodišnje periode, i to za oba pola.



Grafikon 4.4-13

Starosni indeks tri najzastupljenija suicidalna metoda (SIMS), po velikim starosnim grupama i po polu. Srbija, 1900-1994. i 2010-2014.

Veza između starosti i "preferiranja" vešanja kao metoda suicida veoma je naglašena. Za mlade i mlađe sredovečne, a posebno za prve, svojstveno je potprosečno "preferiranje" (SIMS < 1,00), ali s rastućom relativnom zastupljenošću tog metoda (grafikon 4.4-12). Za stare (60-74 i 75+) su dobijene vrednosti SIMS-a koje su veće od 1,00 (1,21 i 1,48), ali sa jasno opadajućom tendencijom. Najmanje odstupanje od centralne vrednosti dobijeno je za starije sredovečne (40-59), s tim što se ono vremenom povećavalo.

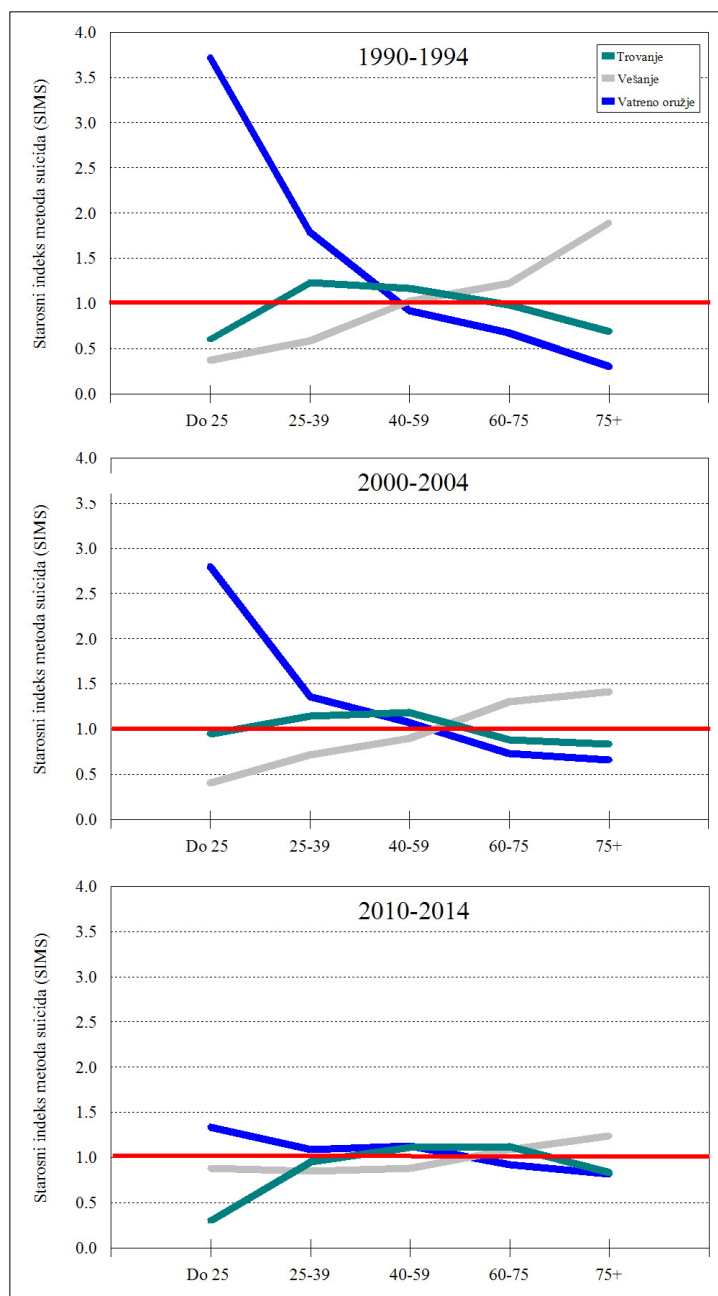
Gotovo istovetne konstatacije u pogledu "preferiranja" vešanja kao načina izvršenja samoubistva važe i za oba pola. Razlike koje postoje tiču se, pre svega, konkretnih vrednosti SIMS-a, a ne i relacije koja postoji prema prosečnoj "preferenciji" izbora ostalih metoda suicida od strane lica iste starosti. Vremenom, i za muškarce i za žene su odstupanja konkretnih vrednosti SIMS-a od centralne vrednosti postajala sve manja, i to kod svih starosnih grupa (grafikon 4.4-13).

Starosni model "preferencije" metoda suicida je specifičan i kod primene vatrenog oružja. Vrednosti SIMS-a su za taj metod izrazito visoke kod mladog i mlađeg sredovečnog stanovništva. One su u periodu 1990-2014. za te dve starosti iznosile 2,71 i 1,53, respektivno. Vrednost SIMS-a za lica starijeg sredovečnog uzrasta je neznatno veća od 1,00. S druge strane, one su za stare (60-74 i 75+) bile su ispod 1,00 i to sa sličnom apsolutnom razlikom kao u slučaju istih starosnih grupa za vešanje, ali na suprotnoj strani od centralne vrednosti (0,73 i 0,62 prema 1,21 i 1,48). Izračunate vrednosti SIMS-a koje se odnose na primenu vatrenog oružja kao osnovnog uzroka smrti usled samoubistva ukazuju da je "preferiranje" tog metoda izrazito senzitivno na uzrast umrlih lica i da je njegov starosni model bitno drugačiji od modela koji se tiču ostala dva najzastupljenija načina izvršenja samoubistva.

I u slučaju primene vatrenog oružja nema značajnijih razlika u starosnim "preferencijama" muškog i ženskog stanovništva. Za oba pola je kod mladih i mlađih sredovečnih izrazito "preferiranje" tog načina izvršenja suicida, s tim što su konkretne vrednosti za žene višestruko veće nego za muškarce. Slično je i sa starim stanovništvom - vrednosti SIMS-a su za oba pola ispod 1,00, s tim što su za žene one višestruko manje nego za muškarce. Konkretne vrednosti tog pokazatelja za razdoblje 1990-2014. upućuju da su žene stare 60-74 godine prilikom izvršenja samoubistva tri puta ređe birale vatreno oružje nego ostale metode, a one najstarije (75+) čak pet puta ređe.

Što se tiče dinamičkog aspekta za period 1990-2014, kretanja vrednosti SIMS-a su se uglavnom odvijala ka smanjenju odstupanja od centralne vrednosti (1,00), tj. vodila ka ujednačavanju "preferiranja" najzastupljenijih metoda suicida od strane lica istih starosnih grupa (grafikoni 4.4-12, 4.4-13. i 4.4-14). Ta konstatacija se prvenstveno odnosi na modele relativne "preferencije" vešanja i primene vatrenog oružja kao metoda suicida. S druge strane, u slučaju samoubistva trovanjem ujednačavanje "preferencije" tog metoda bilo je prisutno samo kod lica koja su u vreme izvršenja samoubistva bila stara 25-39, 40-59 i 75 ili više godina, dok su kod mlađih od 25 godina i starih 60-74 godine promene vodile ka udaljavanju od centralne vrednosti (kod mladih kroz smanjenje, a kod starih kroz povećanje vrednosti SIMS-a).

Smanjenje razlika u relativnoj učestalosti pojedinih metoda suicida po starosnim grupama prisutno je kod oba pola. Jedini istaknutiji izuzetak je kod promene vatrenog oružja kao načina izvršenja samoubistva žena. Ako se porede vrednosti SIMS-a s početka i s kraja razdoblja 1990-2014. one su se kod svih starosnih grupa, osim kod starih 60-74 godine, udaljavale od "očekivane" vrednosti (1,00). Posebno je indikativno da promene vrednosti SIMS-a nisu bila istosmerne, već da su bile naročito intenzivne u prvoj polovini posmatranog razdoblja (tokom 1990-ih i početkom prve decenije 21. veka), da bi u drugoj polovini uglavnom bila prisutna suprotna, ali ipak manje intenzivna kretanja.



Grafikon 4.4-14

Starosni indeks tri najzastupljenija suicidna metoda (SIMS), po velikim starosnim grupama. Srbija, 1900-1994. 2000-2004. i 2010-2014

Način izvršenja samoubistva po školskoj spremi umrlog lica

U potpoglavlju 4.4.4 ukazano je diferenciranost suicida s obzirom na nivo obrazovanja umrlog lica. Uključivanje školske spreme lica koja su izvršila samoubistvo u istraživanja suicida je posebno značajno s obzirom da se preko školske spreme "prelamaju" i druge bitne karakteristike, i to ne samo socioekonomske, već i kulturne, demografske, zdravstvene, koje u velikoj meri mogu da determinišu nivo stope suicida u jednoj sredini. Među njima su pol, starost, zdravstveno stanje naroda, stepen urbanizovanosti, ekonomsku aktivnost stanovništva, porodične i bračne strukture, itd. O tome treba voditi računa i prilikom razmatranja diferenciranosti načina izvršenja suicida s obzirom na školsku spremu umrlih lica, obeležju koje je i generalno zanemareno u radovima koji tretiraju suicidalne metode.

Jedan od razloga manjka takvih istraživanja može se tražiti i u poslovično teškoj dostupnosti detaljnijih statističkih podataka o suicidima. U zvaničnim publikacijama i web bazi podataka RZS-a mogu se naći samo sumarni podaci o umrlima usled samoubistva po najvišoj završenoj školi i po polu. Ipak, s obzirom da su, na lični zahtev, od RZS-a dobijeni detaljni konačni rezultati vitalnih događaja koji se tiču smrtnosti usled suicida po godinama za razdoblje 2005-2014, bilo je moguće da se način izvršenja samoubistva u Srbiji razmotri i prema školskoj spremi. Ovom prilikom će izbor metoda suicida biti analiziran ne samo s obzirom na najvišu završenu škole već i na starost umrlog lica.

Posmatrajući desetogodišnje razdoblje 2005-2014. kao celinu, u Srbiji je od ukupno 12.948 lica koja su izvršila samoubistvo najviše imalo završenu srednju školu (39,4 %), zatim su to bila lica sa završenom osmogodišnjom osnovnom školom (28,9 %), dok je najmanji udeo lica koja su stekla diplomu više ili visoke škole. Među umrlima usled samoubistva vrlo je visok i udeo lica bez škole ili s nepotpunom osnovnom školom, koja su predstavljala više od petine (22,6 %) svih lica koja su izvršila samoubistvo u periodu 2005-2014. Takva obrazovna struktura umrlih usled samoubistva uslovljena je u velikoj meri obrazovnom strukturom ukupnog stanovništva. Međutim, imajući u vidu starosni model smrtnosti usled suicida, koji se odlikuje rastućim specifičnim stopama suicida po starosti, ali i različitim specifičnim stopama suicida po starosti s obzirom na školsku spremu (tabela 4.4-22) od velikog značaja je i obrazovna struktura stanovništva po starosti (v. potpoglavlje 4.2.2).

Posmatrano i po metodima, među licima koja su umrla usled samoubistva najviše je bilo onih sa završenom srednjom školom i to u četiri od pet najzastupljenijih grupa načina izvršenja suicida. Konkretni udeli se nalaze u intervalu od 34,8 %, kod umrlih usled vešanja do 54,0 %, kod umrlih usled skoka s visine (tabela 4.4-29). Izuzetak su jedino samoubistva davljenjem i potapanjem (X71), kod kojih je u razdoblju 2005-2014. najveći udeo lica bez škole ili s nepotpunom osnovnom školom (32,5 %), dok je udeo umrlih koji su imali srednju školsku spremu bio neznatno manji (31,3 %). Međutim, prema podacima koji se odnose na drugu polovinu posmatranog desetogodišnjeg razdoblja i među licima koja su izvršila samoubistvo utapanjem je najviše bilo onih koji su imali završenu srednju školu (35,7 %). Tako visoko učešće

lica bez ili s najnižim obrazovanjem među onima koji su izvršili samoubistvo utapanjem je direktno uslovljeno i vrlo visokim udelom starih 75 ili više godina (25,1 %, više nego kod bilo kog drugog metoda), od kojih je preko dve trećine (68,5 %) bilo bez škole ili s nezavršenom osmogodišnjom osnovnom školom.

Mnogo je heterogenija situacija u pogledu školske spreme koja je najmanje zastupljena u ukupnom broju samoubistva posmatranih po načinu izvršenja. Kod samoubistva trovanjem, vešanjem i davljenjem najmanja je zastupljenost lica koja su u vreme smrti imala višu ili visoku školsku spremu, s udelima koji su se kretali od 4,8 % do 6,1 %. Potpuno je drugačija situacija u grupama umrlih usled samoubistva izvršenog vatrenim oružjem ili skokom s visine, kod kojih je najmanje procentno učešće lica najnižeg obrazovnog nivoa. Istovremeno, među licima koja su izabrala jedan od ta dva načina izvršenja samoubistva veliko je i učešće onih koji su stekli više ili visoko obrazovanje, posebno kod lica kod kojih skok s visine predstavlja osnovni uzrok smrti (gotovo svaki peti smrtni slučaj).

U celini posmatrano, najmanji obrazovni nivo su imala lica koja su izvršila samoubistvo vešanjem ili utapanjem. Istovremeno najveći obrazovni nivo su imala lica koja su izvršila samoubistvo vatrenim oružjem ili skokom s visine, koji su ujedno i najletalniji načina izvršenja samoubistva.

Starosna struktura umrlih po školskoj spremi ukazuje da je udeo lica bez škole ili s nepotpunom osnovnom školom intenzivno rastući s povećanjem starosti (tabela 4.4-29). Udeli te obrazovne grupe u ukupnom broju lica koja su izvršila samoubistvo u periodu 2005-2014. je iznosio od 5,1 % (25-39 godina) do 52,4 % (75+). Udeo umrlih sa završenom osmogodišnjom školom je fluktuirao u intervalu od 21,3 % (25-39) do 34,3 % (60-74 godina), i to bez jasno izražene povezanosti sa starošću. Korelaciona veza, i to negativna, utvrđena je između starosti umrlog i udela lica sa srednjom školskom spremom. U ukupnom broju suicida iste starosti kod mlađeg sredovečnog udeo umrlih lica sa srednjom školom iznosio je 63,1 %, da bi se sa starošću umrlih opadao i to do niskog udela od 14,9 % kod lica koja su u trenutku samoubistva imala 75 ili više godina. Što se tiče procentnog učešća lica sa višom ili visokom školskom spremom u ukupnom broju samoubistava lica određene starosti, ono je rastuće i dostiže maksimum (8,9 %) u starosnoj grupi 40-59, da bi minimalno učešće bilo kod najstarijih (75+).

Takva distribucija po školskoj spremi samoubistava koja su izvršila lica određenih starosnih grupa nije uvek ista ukoliko se ona posmatra i po načinu izvršenja. Razlike su prisutne prvenstveno po intenzitetu promena procentnih udela umrlih svrstanih prema školskoj spremi, veći u određenim slučajevima i u smeru promena. Takva kretanja i naglašene fluktuacije u najvećoj meri su uslovljena relativno malim brojem smrtnih slučajeva, čak i kada se radi za desetogodišnji period, posebno za neke manje zastupljene metode suicida.

Prethodna napomena se prvenstveno odnosi na samoubistva davljenjem ili na ona izvršena skokom s visine, kojih je u celom razdoblju 2005-2014. bilo ukupno po oko

500 slučajeva. Ipak, kao osnovni zaključak može se izvesti da je kod samoubistva davljenjem u svim starosnim grupama udeo umrlih bez škole ili s najviše završenom osnovnom školom uvek višestruko veći od udela umrlih sa višom ili visokom školskom spremom. S druge strane, za lica koja su izvršila samoubistvo skokom s visine je karakteristično mnogo veće učešće onih koji su imali više ili visoko obrazovanje koje je kod sredovečnog stanovništva (25-39 i 40-59) bilo i nekoliko puta veće od učešća lica bez škole ili s najviše završenom osnovnom školom.

Tabela 4.4-29

Spoljni uzrok smrti usled samoubistva po školskoj spremi umrlog lica.

Ukupno i po velikim starosnim grupama (u %). Srbija, 2005-2014.

| Spoljni uzrok smrti (MKB-10) | Najviša završena škola | Broj umrlih | Struktura u procentima | | | | | |
|---|---------------------------|----------------|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | | Svega | Do 25 | 25-39 | 40-59 | 60-75 | 75+ |
| Ukupno /X60-X84/ | Svega | 12948 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | Bez ili nepotp. OŠ | 2930 | 22,6 | 5,7 | 5,1 | 6,6 | 29,6 | 52,4 |
| | Osnovna | 3740 | 28,9 | 28,8 | 21,3 | 29,3 | 34,3 | 26,3 |
| | Srednja | 5101 | 39,4 | 59,3 | 63,1 | 53,0 | 27,9 | 14,9 |
| | Viša ili visoka | 879 | 6,8 | 3,3 | 7,9 | 8,9 | 6,3 | 4,1 |
| | Nepoznato | 298 | 2,3 | 2,9 | 2,5 | 2,1 | 2,0 | 2,3 |
| Trovanje čvrstim i tečnim supstancama i gasovima /X60-X69/ | Svega | 1168 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | Bez ili nepotp. OŠ | 263 | 22,5 | 0,0 | 8,0 | 9,6 | 33,3 | 49,2 |
| | Osnovna | 332 | 28,4 | 41,4 | 18,0 | 28,5 | 31,5 | 29,0 |
| | Srednja | 475 | 40,7 | 44,8 | 68,0 | 51,0 | 29,2 | 14,5 |
| | Viša ili visoka | 68 | 5,8 | 3,4 | 2,7 | 8,5 | 5,1 | 3,6 |
| | Nepoznato | 30 | 2,6 | 10,3 | 3,3 | 2,4 | 0,9 | 3,6 |
| Vešanje, davljenje, gušenje /X70/ | Svega | 8044 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | Bez ili nepotp. OŠ | 2180 | 27,1 | 7,5 | 7,0 | 7,6 | 34,0 | 58,3 |
| | Osnovna | 2517 | 31,3 | 28,7 | 26,1 | 34,2 | 35,6 | 25,2 |
| | Srednja | 2797 | 34,8 | 57,9 | 59,0 | 49,5 | 24,3 | 12,1 |
| | Viša ili visoka | 384 | 4,8 | 2,4 | 5,8 | 6,8 | 4,4 | 2,4 |
| | Nepoznato | 166 | 2,1 | 3,5 | 2,1 | 1,9 | 1,7 | 2,0 |
| Davljenje i potapanje (utapanje) /X71/ | Svega | 495 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | Bez ili nepotp. OŠ | 161 | 32,5 | 18,2 | 2,9 | 10,1 | 36,1 | 68,5 |
| | Osnovna | 142 | 28,7 | 54,5 | 20,0 | 29,6 | 33,5 | 21,8 |
| | Srednja | 155 | 31,3 | 27,3 | 71,4 | 52,7 | 20,0 | 5,6 |
| | Viša ili visoka | 30 | 6,1 | 0,0 | 2,9 | 7,1 | 8,4 | 3,2 |
| | Nepoznato | 7 | 1,4 | 0,0 | 2,9 | 0,6 | 1,9 | 0,8 |
| Vatreno oružje i eksploziv /X72-X75/ | Svega | 1880 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | Bez ili nepotp. OŠ | 171 | 9,1 | 4,5 | 1,6 | 2,0 | 11,9 | 29,1 |
| | Osnovna | 433 | 23,0 | 28,8 | 17,0 | 17,2 | 31,2 | 28,5 |
| | Srednja | 995 | 52,9 | 63,1 | 69,2 | 64,5 | 40,8 | 25,5 |
| | Viša ili visoka | 226 | 12,0 | 2,7 | 9,9 | 13,1 | 14,0 | 12,4 |
| | Nepoznato | 55 | 2,9 | 0,9 | 2,2 | 3,2 | 2,1 | 4,5 |
| Skok s visine /X80/ | Svega | 502 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | Bez ili nepotp. OŠ | 36 | 7,2 | 2,3 | 1,0 | 4,5 | 7,5 | 18,8 |
| | Osnovna | 86 | 17,1 | 23,3 | 4,0 | 11,5 | 29,2 | 24,0 |
| | Srednja | 271 | 54,0 | 62,8 | 69,0 | 56,4 | 42,5 | 43,8 |
| | Viša ili visoka | 96 | 19,1 | 11,6 | 22,0 | 26,3 | 17,0 | 10,4 |
| | Nepoznato | 13 | 2,6 | 0,0 | 4,0 | 1,3 | 3,8 | 3,1 |
| Druga i neoznačena sredstva /X76- X79, X81- | Svega | 859 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | Bez ili nepotp. OŠ | 119 | 13,9 | 2,4 | 1,4 | 3,6 | 18,4 | 40,5 |
| | Osnovna | 230 | 26,8 | 19,5 | 15,1 | 24,4 | 33,3 | 35,1 |
| | Srednja | 408 | 47,5 | 73,2 | 65,8 | 58,7 | 36,8 | 17,9 |
| | Viša ili visoka | 75 | 8,7 | 2,4 | 14,4 | 10,6 | 6,0 | 5,4 |
| | Nepoznato | 27 | 3,1 | 2,4 | 3,4 | 2,6 | 5,5 | 1,2 |

Što se tiče dva najzastupljenija metoda suicida, vešanja i upotrebe vatrenog oružja, u oba slučaja su među umrlima bili najbrojniji oni sa završenim srednjoškolskim obrazovanjem, ali uz velike razlike u visini procentnog udela u ukupnom broju umrlih istim metodom, i to naročito po starosti. Naime, među licima koja su izvršila samoubistvo vešanjem, udeo onih sa srednjom školskom spremom je najveći samo kod starosne grupe do 25 godina i kod sredovečnog stanovništva (25-39 i 40-59). S druge strane, među onima koji su izvršili samoubistvo vatrenim oružjem, udeo umrlih sa završenom srednjom školom je najveći u svim starosnim grupama, osim u najstarijoj (75+), i to sa udelima koji su uglavnom znatno veći nego kod istih starosti u slučaju samoubistva vešanjem. Ta razlika relativno je najveća upravo kod najstarijih (25,5 % prema 12,2 %), što dodatno ukazuje na vezu koja postoji između nivoa obrazovanja i izbora metoda suicida.

Konstatacija koja se ticala udela umrlih bez škole ili s najnižim obrazovanjem, odnosno udela lica s višom ili visokom školskom spremom u ukupnom broju samoubistava vešanjem ili primenom vatrenog oružja važi i za samoubistva tim metodima po velikim starosnim grupama. Razlike između strukture umrlih primenom ta dva metoda suicida odnose se prvenstveno na vrednosti procentnih udela pojedinih obrazovnih grupa po starosti. Tako su među umrlima usled samoubistva vešanjem udeli lica bez škole ili s nepotpunom osnovnom školom bitno veći nego među licima koja su izvršila samoubistvo vatrenim oružjem i to kod svih starosti. U istom desetogodišnjem periodu, među licima koja su izvršila samoubistvo vatrenim oružjem udeo onih koji su posedovali najviše obrazovanje (VVŠ) je bio značajno veći nego što je to bio slučaj u grupi lica koja su izvršila samoubistvo vešanjem, i to takođe u svim starosnim grupama.

Treba napomenuti da se ova analiza odnosila samo na relativna učešća, dok su relacije u pogledu broja smrtnih slučajeva bitno drugačije, s obzirom na ogromne razlike u broju samoubistava vešanjem (ukupno 8044) i samoubistava nekim od drugih načina izvršenja (ukupno 4904). Tako je, na primer, bez obzira na znatno veće procentno učešće umrlih sa srednjom ili višom/visokom školskom spremom među licima koja su izvršila samoubistvo vatrenim oružjem, broj smrtnih slučajeva u svim starosnim grupama veći kod umrlih usled samoubistva vešanjem (tabela 4.4-29).

Nova dimenzija povezanosti metoda suicida i obrazovnog nivoa umrlog lica dobija se sagledavanjem relativne zastupljenosti pojedinih načina izvršenja samoubistva u ukupnom broju samoubistava koja su izvršila lica određene školske spreme. Samoubistva vešanjem i s tog aspekta posmatrano, predstavljaju najčešći način izvršenja samoubistva i to bez obzira na školsku spremu umrlih. Takva konstatacija važi i ukoliko se procentna učešća pojedinih metoda izvršenja suicida posmatraju i po starosti, i to bez izuzetka. Procentno učešće umrlih usled vešanja u ukupnom broju suicida po starosti se u periodu 2005-2014. kretalo u intervalu od 74,4 %, u grupi umrlih bez škole ili sa nepotpunom osnovnom školom, do 43,7 % među umrlima koji su imali više ili visoko obrazovanje (tabela 4.4-30). Da postoji pavilnost po kojoj je udeo samoubistava vešanjem manji ukoliko je veći obrazovni nivo umrlih usled suicida, potvrđuju i podaci o udelima umrlih tim metodom među licima koja su imala

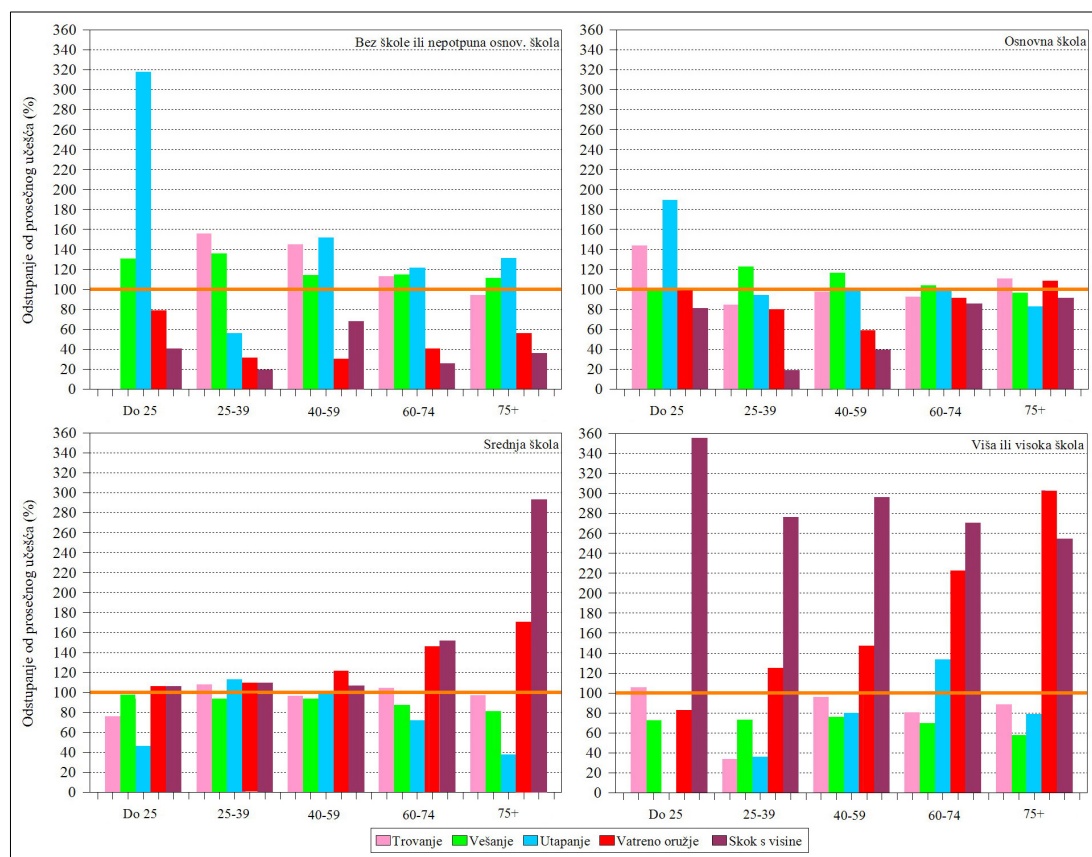
završenu osnovnu odnosno srednju školu (67,3 % i 54,8 % respektivno). Posmatrano po starosnim grupama, udeli samoubistava vešanjem su po pravilu najmanji kod umrlih do 25. godine starosti. Međutim, ne postoji određena pravilnost u pogledu kretanja vrednosti procentnog udela samoubistva vešanjem i povećanja starosti umrlih. Tako su, na primer, maksimalna učešća umrlih usled samoubistva vešanjem u grupama lica sa osnovnom školom i sa višom/visokom školskom spremom bila najveća kod starijeg sredovečnog stanovništva (40-59), u grupi sa srednjom školom u starosti 60-74, a kod najmanje obrazovanih je kod najstarijih (75+).

Tabela 4.4-30
Samoubistva po školskoj spremi umrlog lica, po načinu izvršenja.
Ukupno i po velikim starosnim grupama (u %). Srbija, 2005-2014

| Najviša završena škola | Spoljni uzrok smrti (MKB-10) | Broj umrlih | Struktura u procentima | | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|-------------|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | | Svega | Do 25 | 25-39 | 40-59 | 60-75 | 75+ |
| Ukupno | /X60-X84/ | 12948 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | /X60-X69/ | 1168 | 9,0 | 5,9 | 9,0 | 10,3 | 9,7 | 6,8 |
| | /X70/ | 8044 | 62,1 | 51,9 | 55,6 | 59,9 | 64,6 | 68,1 |
| | /X71/ | 495 | 3,8 | 2,2 | 2,1 | 3,8 | 4,5 | 4,3 |
| | /X72-X75/ | 1880 | 14,5 | 22,7 | 18,6 | 15,6 | 12,4 | 11,6 |
| | /X80/ | 502 | 3,9 | 8,8 | 6,0 | 3,5 | 3,1 | 3,4 |
| | /X76- X79, X81-X84/ | 859 | 6,6 | 8,4 | 8,7 | 6,8 | 5,8 | 5,9 |
| Bez ili nepotpuna osnovna škola | /X60-X84/ | 2930 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | /X60-X69/ | 263 | 9,0 | 0,0 | 14,0 | 14,9 | 10,9 | 6,4 |
| | /X70/ | 2180 | 74,4 | 67,9 | 75,6 | 68,5 | 74,2 | 75,8 |
| | /X71/ | 161 | 5,5 | 7,1 | 1,2 | 5,8 | 5,5 | 5,7 |
| | /X72-X75/ | 171 | 5,8 | 17,9 | 5,8 | 4,7 | 5,0 | 6,4 |
| | /X80/ | 36 | 1,2 | 3,6 | 1,2 | 2,4 | 0,8 | 1,2 |
| | /X76- X79, X81-X84/ | 119 | 4,1 | 3,6 | 2,3 | 3,7 | 3,6 | 4,6 |
| Osnovna | /X60-X84/ | 3740 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | /X60-X69/ | 332 | 8,9 | 8,5 | 7,6 | 10,0 | 8,9 | 7,5 |
| | /X70/ | 2517 | 67,3 | 51,8 | 68,3 | 69,9 | 67,2 | 65,4 |
| | /X71/ | 142 | 3,8 | 4,3 | 2,0 | 3,8 | 4,4 | 3,6 |
| | /X72-X75/ | 433 | 11,6 | 22,7 | 14,9 | 9,2 | 11,3 | 12,6 |
| | /X80/ | 86 | 2,3 | 7,1 | 1,1 | 1,4 | 2,6 | 3,1 |
| | /X76- X79, X81-X84/ | 230 | 6,1 | 5,7 | 6,2 | 5,7 | 5,6 | 7,9 |
| Srednja | /X60-X84/ | 5101 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | /X60-X69/ | 475 | 9,3 | 4,5 | 9,6 | 9,9 | 10,1 | 6,6 |
| | /X70/ | 2797 | 54,8 | 50,7 | 51,9 | 56,0 | 56,3 | 55,2 |
| | /X71/ | 155 | 3,0 | 1,0 | 2,4 | 3,8 | 3,2 | 1,6 |
| | /X72-X75/ | 995 | 19,5 | 24,1 | 20,4 | 19,0 | 18,1 | 19,7 |
| | /X80/ | 271 | 5,3 | 9,3 | 6,5 | 3,7 | 4,6 | 9,9 |
| | /X76- X79, X81-X84/ | 408 | 8,0 | 10,3 | 9,1 | 7,5 | 7,6 | 7,0 |
| Viša ili visoka | /X60-X84/ | 879 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | /X60-X69/ | 68 | 7,7 | 6,3 | 3,0 | 9,9 | 7,8 | 6,0 |
| | /X70/ | 384 | 43,7 | 37,5 | 40,6 | 45,6 | 45,0 | 39,3 |
| | /X71/ | 30 | 3,4 | 0,0 | 0,8 | 3,0 | 6,0 | 3,4 |
| | /X72-X75/ | 226 | 25,7 | 18,8 | 23,3 | 23,0 | 27,5 | 35,0 |
| | /X80/ | 96 | 10,9 | 31,3 | 16,5 | 10,4 | 8,3 | 8,5 |
| | /X76- X79, X81-X84/ | 75 | 8,5 | 6,3 | 15,8 | 8,1 | 5,5 | 7,7 |

Što se tiče drugog po redu metoda po zastupljenosti, u grupi umrlih koji su bili bez škole ili sa nepotpunom osnovnom školom, to su bila trovanja, ali s vrlo niskim procentnim učešćem u ukupnom broju samoubistava te obrazovne grupe (9,0 %). Kod preostale tri obrazovne grupe, posle vešanja su najzastupljenija bila samoubistva vatrenim oružjem, ali s vrlo različitim procentnim udelima. Kod lica koja su izvršila samoubistvo, a imala su samo završenu osmogodišnju osnovnu školu, udeo je iznosio 11,6 %, kod onih sa srednjom to je bilo svako peto (19,5 %), a kod najobrazovnijih (VVŠ) svako četvrto umrlo lice (25,7 %).

Kod najmanje zastupljenih metoda, koji su prema udelu u ukupnom broju suicida lica istog obrazovnog nivoa zauzimali poslednje, peto mesto, razlike su naglašenije. U grupi umrlih s najmanjim obrazovanjem (bez škole ili sa nepotpunom osnovnom školom i lica sa završenom osmogodišnjom osnovnom školom) to su samoubistva izvršena skokom s visine (s udelima od 1,2 % i 2,3 %, respektivno). U grupi umrlih sa završenom srednjom školom, kao i u grupi najobrazovnijih (VVŠ) najmanje samoubistava je izvršeno davljenjem i potapanjem (3,0 % u 3,4 %, respektivno). Gotovo identična je situacija i po starosti. Kod najmanje obrazovanih grupa, skok s visine je najmanje zastupljen metod izvršenja samoubistva u svim starostima, i to s malim apsolutnim varijacijama (od 0,8 % do 7,1 %). Kod umrlih sa srednjim ili nekim višim nivoom obrazovanja, kod svih starosti je najmanje samoubistava izvršeno davljenjem i potapanjem, s udelima koji su se kretali u intervalu od 0,0 % do 6,0 %.



Grafikon 4.4-15.
Indeks odstupanja relativne zastupljenosti metoda suicida od proseka,
po školskoj spremi i starosti (prosek = 100,0). Srbija, 2005-2014.

Analiza zasnovana na podacima ukazuje da postoji uska povezanost između nivoa obrazovanja i izbora metoda suicida. Ta veza je u pojedinim slučajevima potencirana starošću lica koja su izvršila samoubistvo, a u nekim ona je ublažena.

To je naročito vidljivo kod izbora vatrenog oružja kao načina izvršenja samoubistva lica s višim ili visokim obrazovanjem (grafikon 4.4-15). Među najobrazovanijim, preferencija upotrebe tog načina značajno se povećava sa starošću. S druge strane, među manje obrazovanim (lica sa završenom osnovnom školom) izbor vatrenog oružja kao načina izvršenja samoubistva je sve ređi što je lice lice starije, ali samo kod mladog i mlađeg sredovečnog stanovništva. Kod starijih, preferiranje vatrenog oružja se povećava sa starošću.

4.4.6. Temporalne varijacije samoubistava

Sezonalnost morbiditeta i mortaliteta je od najranijeg doba predmet interesovanja nauke, a pre svega medicine. Još je Hipokrat, pre oko 2400 godina, napisao da su ljudi svesni uticaja godišnjih doba na pojavu bolesti. Prva moderna istraživanja sezonalnosti mortaliteta obavljena su sredinom 19. veka, da bi ona dobila u zamahu tokom 20. veka, a posebno razvojem modernih statističkih metoda za merenje sezonalnosti i cikličnih varijacija, ali i sve bogatijim izvorima statističkih podataka o morbiditetu i mortalitetu stanovništva.

U istraživanjima suicida brojne su studije koje u fokusu imaju ispitivanje njegove cikličnosti, a pre svega sezonalnosti. To posebno zbog veze s psihijatrijskim oboljenjima, koja spadaju u grupu osnovnih uzročnika suicidogene dispozicije, ali i suicidogenih motiva, bez čijeg sadejstva ne bi bilo ni samoubistava (Milić, 2010). S toga, kao što postoji naglašena cikličnost odnosno snažan uticaj godišnjeg doba na incidenciju depresije, stanje i ponašanje obolelih od šizofrenije ili hospitalizaciju mentalnih bolesnika (Fossey, Shapiro, 1992), ne iznenađuje i da je u brojnim studijama ustanovljeno kako je najviše samoubistava izvršeno u prolećnim, a najmanje u zimskim mesecima.

Većina studija je potvrdila ovaj jedinstveni obrazac (Massing, Angermeyer, 1985; Chew, McCleary, 1995; Woo, Okusaga, Postolache, 2012; Preti, 2002; Christodoulou et al., 2012). Sezonske varijacije samoubistava utvrđene su ne samo na severnoj, već i na južnoj Zemljinoj polulopti. Na primer, u Brazilu samoubistva pokazuju sezonski obrazac, i to kako za muškarce, tako i za žene, s maksimumom u "njihovo" proleće/leto i minimumom u jesen/zimu (Bando, Volpe, 2014). Slično je i među belcima u tropskom i subtropskom regionu Australije, sa prolećno/ranoletnjim maksimumom koji je utvrđen kod muškaraca, i jesenjim minimum kod žena (Cantor, Hickey, De Leo, 2000). U nekim istraživanjima identifikovana su dva "pika" u toku godine, i to isključivo kod žena, s jednim maksimumom u proleće (mart/april), i drugim u jesen (oktobar/novembar) (Meares, Mendelsohn, Milgrom-Friedman, 1981; Yip, Chao, Chiu, 2000).

Bitnije ne odudaraju ni najstariji podaci o samoubistvima po mesecima, koji potiču još iz srednjeg veka. Ti podaci, kao i neki kasniji, iz 16, 17. i 18. veka pokazuju maksimum učestalosti suicida od marta do juna (Ajdacic-Gross et al., 2010). Slični obrasci i maksimumi utvrđeni su i u radovima iz 19. veka (Dirkem, 1997; Massing, Angermeyer, 1985). Prva komparativna studija mesečne distribucije samoubistava objavljena je 1879. godine. Odnosila se na pedesetogodišnji period, a obuhvatala je podatke iz 17 evropskih zemalja. Broj samoubistava se konstantno povećavao od početka godine do juna, kada je najčešće dostizao vrhunac, i zatim postepeno opadao do kraja godine. Maksimalan broj bio je najčešće u junu, zatim u maju, a potom u julu. Minimum je bio najčešće zabeležen u decembru, zatim u januaru i novembru (Massing, Angermeyer, 1985).

U javnosti je široko rasprostranjeno mišljenje da se najviše samoubistava događa tokom "tmurnih" meseci kasne jeseni i rane zime, a najmanje u "sunčanim" mesecima kasnog proleće i tokom leta (Voracek, Tran, Sonneck, 2007). Međutim, rezultati istraživanja to u potpunosti demantuju - najviše samoubistava je tokom proleća i ranog leta, a najmanje tokom zime.

Brojne su studije u kojima su istraživani faktori rizika za samoubistvo, a koji mogu biti povezani sa sezonskim varijacijama stopa suicida (Woo, Okusaga, Postolache, 2012). Oni obuhvataju sredinske uticaje, uključujući fizičke (sunčeva svetlost, temperatura vazduha, lunarne faze i slično), hemijske i biološke faktore. Među potencijalnim demografskim faktorima i karakteristikama su starost, pol, mesec rođenja, život u ruralnoj ili urbanoj sredini, bračni status, socio ekonomski status. Od značaja su i metode prethodnog pokušaja samoubistva, komorbiditet psihijatrijskih i telesnih oboljenja. Međutim, istraživanja interakcije između demografskih, sredinskih faktora i metoda samoubistva nisu pružila sasvim konzistentne rezultate. Najčešće se kao najvažniji uzročnici sezonalnosti samoubistva navode pol (muški), uzrast (stariji) i metode (nasilne) izvršenja samoubistva. Osim toga, od uticaja su i brojni biološki, kulturni, socioekonomski i bioklimatski faktori (Christodoulou et al., 2012). Utvrđivanje veza među faktorima rizika važno je ne samo da bi se identifikovali glavni pokretači sezonalnosti, već i da bi se doprinelo boljoj prevenciji suicida.

Neka novija istraživanja pokazuju i da se u zapadnim zemljama, od druge polovine 20. veka, a naročito od 1990-ih godina, sezonalnost samoubistava smanjuje, pa pojedini autori pretpostavljaju da će možda i da iščezne. Mišljenja su da je smanjenje sezonalnosti samoubistava kontinuiran i dugotrajan proces, započet krajem 19. veka, te da se sezonalnost više ne može smatrati univerzalnim i homogenim fenomenom, kao i da u njenoj osnovi stoji pre svega korišćenje određenih metoda samoubistva (Ajdacic-Gross et al., 2005; Oravec et al., 2007).

Neravnomerna distribucija broja samoubistava po danima u sedmici takođe je odavno utvrđena. Smatra se da je prvo sistematično istraživanje nedeljne distribucije samoubistava objavljeno još 1835. godine, kada je utvrđeno da je u to vreme u Francuskoj najveća učestalost samoubistava bila od ponedeljka do četvrtka (Massing, Angermeyer, 1985). Takva pravilnost ustanovljena je u brojnim kasnijim, kao i

skorašnjim istraživanjima. Maksimalni broj samoubistava je ponedjeljkom, a minimalni preko vikenda, kod oba pola i svih starosnih grupa, bez obzira na korišćeni metod samoubistva (Massing, Angermeyer, 1985; Maldonado, Kraus, 1991; Bradvik, Berglund, 2003; Johnson et al., 2005).

Iako je poslednjih nekoliko decenija, naročito od početka 1990-ih, znatno povećan broj radova u kojima su obrađivane ciklične varijacije suicida, može se raći da je taj aspekt istraživanja relativno zanemaren, posebno u "čisto" demografskim studijama. To posebno važi za Srbiju odnosno bivšu SFR Jugoslaviju, jer su veoma retki radovi u kojima su tretirane temporalne karakteristike samoubistava na tim prostorima. A kada je to činjeno (Petrović, Opalić, Radulović, 1990; Nikolić, Dimitrijević, 2002; Milanković, 2010), njima je posvećena samo minimalna pažnja. Upravo je to i jedan od glavnih razloga zašto je u ovom radu odabran baš taj demografsko-statistički aspekt cikličnosti suicida u Srbiji. Prvenstveno su obrađeni osnovni trendovi u periodu 1990-2012. prema mesecu, godišnjem dobu odnosno tromesečnim razdobljima. Takođe, sagledana je i distribucija samoubistava po danima u nedelji. U oba slučaja, temporalnost je razmatrana i po polu.

Metod analize vremenskih varijacija

U istraživanjima vremenskih varijacija samoubistva primenjuju se već postojeći "klasični" statistički metodi merenja sezonskog ritma, a uvode se određene modifikacije ili pak potpuno novi metodi i modeli. Čini se da je najzastupljeniji χ^2 -test, ali se istraživači sve češće opredeljuju i za nove pristupe u ispitivanju ove pojave (Christodoulou et al., 2012).¹ Postoje mnoga metodološka ograničenja, prednosti i nedostaci, ali i neadekvatne primene pojedinih metoda, pa samim tim ni dobijeni rezultati nisu uvek validni. S tim u vezi, zaključci o prisustvu ili odsustvu sezonalnosti, ili pak o njenim razmerama, mogu za istu pojavu biti bitno različiti, ili čak potpuno suprotni, a sve u zavisnosti od toga koji je metod primenjen.

U ovom radu je sezonska varijacija samoubistava u Srbiji u periodu od 1990. do 2012. sagledana na osnovu rezultata dobijenih primenom χ^2 -metoda, izračunatih vrednosti sezonskih indeksa, kao i deskriptivnih metoda analize na osnovu vrednosti izračunatih indeksa dnevnog proseka samoubistava po danima u nedelji, mesecima i tromesečnim periodima (konsekutivnim mesecima odnosno "godišnjim dobima"). Analiza je dopunjena i grafičkim prezentacijama najvažnijih dobijenih rezultata.

χ^2 -metod

To je jedan od uobičajenih i najčešće primenjivanih metoda za određivanje sezonskih varijacija samoubistava. Zasniva se na tzv. χ^2 -statistici, i služi za testiranje statističke

¹ Christodoulou i saradnici (2012) daju detaljan pregled literature u kojoj je obrađena sezonalnost suicida. Analizirani su članci objavljeni između 1979. i 2009. godine, metodi analize koji su primenjeni i najvažniji dobijeni rezultati. U ukupno 45 radova, korišćeno je oko 60 metoda za ocenu sezonalnosti suicida. Najzastupljeni su χ^2 -test, i njemu srodan *Edwardsov test* koji su primenjeni u 22 članka.

značajnosti (signifikantnosti) koje je zasnovano na modelu χ^2 -rasporeda (distribucije). Svoju "popularnost" duguje jednostavnosti izračunavanja i jasnoći pri interpretaciji rezultata. Pored primene u analizi sezonskih varijacija smrtnosti usled samoubistva, često se koristi i u analizi sezonalnosti smrtnosti usled infarkta miokarda, dijareje, pneumonije, ali i sezonalnosti ukupne smrtnosti (Rau, 2007). Uz χ^2 -test, ne retko se, kao dopunski, koristi i neki od mnogobrojnih jednostavnih indeksa sezonalnosti, kao što su npr. *indeks zima-let* ili pak *peak-low ratio (PLR)*.

U ovom radu je na osnovu χ^2 -metoda vršeno testiranje razlike između posmatrane vremenske distribucije samoubistava (u našem slučaju po mesecima odnosno danima u nedelji) i njenih očekivanih (teorijskih) vrednosti. Pošlo se od nulte hipoteze da su sve mesečne odnosno dnevne frekvencije jednake, tj. da je očekivan broj samoubistava po mesecima jednak prosečnom dnevnom broju samoubistava u posmatranoj godini pomnožen ukupnim brojem dana koje ima svaki mesec.

Vrednost χ^2 dobijena je na osnovu sledeće jednačine:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^n \frac{(f_i - f_i^*)^2}{f_i^*}$$

gde su;

f_i - realne frekvencije (broj samoubistava u mesecu i gde su vrednosti $i = 1, 2, \dots, 12$, tj. januar, februar, ..., novembar, decembar);

f_i^* - teorijske (očekivane) frekvencije (broj samoubistava u mesecu i gde je $i = 1, 2, \dots, 11, 12$) koje imaju uniformnu distribuciju. Očekivane frekvencije po mesecima za posmatranu godinu su dobijene deljenjem godišnjeg broja samoubistava sa 365 odnosno 366 dana, a zatim množenjem s brojem dana meseca i u posmatranoj godini.

Prema χ^2 -tablicama za 11 stepeni slobode vrednost χ_1^2 iznosi 19,68, sa verovatnoćom od 95 % odnosno koeficijentom rizika od 0,05. Ukoliko su dobijene vrednosti χ^2 veće od 19,68 one prelaze prag značajnosti. To znači da pri stepenu značajnosti od $\alpha = 0,05$ postoji statistički značajna razlika između posmatranih i teorijskih frekvencija broja samoubistava po mesecima.

Među modele koji su najzastupljeniji u analizama sezonalnosti smrtnosti stanovništva svakako spada i tzv. *Edwardsova procedura*. Ona se, već sada, može okarakterisati kao klasičan model i nezaobilazna referenca u epidemiološkim studijama sezonalnosti mortaliteta a posebno u istraživanjima cikličnih varijacija suicida (Ajdacic-Geross et al., 2005). U *Edwardsovom testu* se polazi od najprisutnijeg tipa sezonalnosti, koji ima oblik unimodalne sinusne sezone krive, sa svojim vrhom i dnom.

Konkretno se radi o χ^2 -testu s dva stepena slobode, a vrednost pokazatelja T se dobija na osnovu formule:

$$T = \frac{8 \sum_{i=1}^{12} n_i \cdot \left[\left(\sum_{i=1}^{12} \sqrt{n_i} \cdot \sin \theta_i \right)^2 + \left(\sum_{i=1}^{12} \sqrt{n_i} \cdot \cos \theta_i \right)^2 \right]}{\left(\sum_{i=1}^{12} \sqrt{n_i} \right)^2}$$

gde n_i predstavlja broj umrlih u mesecu i , $\sum n_i$ ukupan broj umrlih u posmatranoj godini, dok je vrednost za θ_i dobijena preko relacije $\theta_i = (2i - 1)\pi/12$.

Ukoliko je T vrednost veća od 5.99, tj. od kritične vrednosti statističke signifikantnosti χ^2 distribucije sa 2 stepena slobode (s koeficijentom rizika $p = 0,05$), tada je postoji značajna sezonalnost (pri pragu značajnosti $\alpha = 0,05$).

Indeksi cikličnih varijacija

Pored manje ili više komplikovanih metoda statističkog testiranja sezonalnosti među istraživačima je vrlo raširena i primena različitih indeksa sezonalnosti ili opštije rečeno indeksa cikličnih varijacija. Njihova osnovne prednosti su jednostavno izračunavanje i lako shvatljiva interpretacija dobijenih rezultata. U ovom radu smo za utvrđivanje i merenje sezonalnosti samoubistava koristili nekoliko indikatora: *indeks hladno-toplih meseci (HTM)*, tzv. *peak-low ratio (PLR)*, *indeks magnitude konsekutivnih tromesečnih varijacija (MtMV)*, *indeks magnitude mesečnih varijacija (MMV)*, *indeks dnevnog proseka samoubistava (Dm)*.

Indeks hladno-toplih meseci (HTM) spada u jednostavne indikatore kojim se meri magnituda sezonalnosti smrtnosti usled samobistva. On predstavlja količnik broja samoubistava u tzv. hladnim jesenje-zimskim mesecima (decembar, januar i februar) i broja samoubistava u tzv. toplim, prolećno-letnjim mesecima (april, maj, jun).

$$HTM = \frac{\sum_{i=dec}^{feb} S_i}{\sum_{i=april}^{jun} S_i}$$

U konkretnom slučaju su odabrani meseci koji se u Srbiji, ali i u mnogim drugim zemljama, odlikuju najmanjim odnosno najvećim broje umrlih usled samoubistva. Vrednost tog pokazatelja može da se kreće u intervalu od 0 do $+\infty$, ali je ona, zbog zakonitosti da je najmanje samoubistava u zimskim, a najviše u letnjim mesecima, po pravilu manja od 1,00. *Indeks HTM* predstavlja delimičnu modifikaciju spomenutog *winter-summer indexa*, koji u brojiocu ima podatke o smrtnosti u januaru, februaru i martu, a u imeniocu podatke o smrtnosti u julu, avgustu i septembru (Rau, 2007). Drugačiji izbor meseci, pa stoga i promenjen naziv ovog pokazatelja, uslovljen je bitnom razlikom u pogledu distribucije po mesecima između smrtnosti usled samoubistva i ukupne smrtnosti.

Vremenske varijacije ne moraju da se posmatraju samo po godišnjim dobima, odabranim tromesečjima ili po mesecima, a često se primenjuju i razne varijante jednostavnog

indikatora vremenske varijacije suicida koji predstavlja odnos maksimalnog i minimalnog broja samoubistva u određenom odabranom vremenskom periodu. U anglosaksonskoj stručnoj literaturi takav pokazatelj je najpoznatiji pod nazivom *peak-low ratio (PLR)*, a inicijalno ga je razvio Edwards (1961), istovremeno kada i svoju varijantu χ^2 -testa. I kod PLR-a se polazi od vrha i dna sinusne krive dobijene na osnovu agregiranih mesečnih podataka, a njegove veće vrednosti ukazuju na veću sezonalnost posmatrane pojave. Sam postupak računanja vrednosti tog indeksa, kao i intervala poverenja (*IP*) pri verovatnoćama od 90 % i 95 %, programski je razvijen početkom 2000-ih od strane Brookharta i Rothmana (2008). Izračunavanje vrednosti PLR-a i IP-a primenom tog metoda je pojednostavljeno primenom novih IT uređaja, i to unošenjem statističkih podataka u *Excel* dokumentu, koji je dizajniran za epidemiološke analize (www.krothman.org/Episheet.xls).

U radu su ciklične varijacije samoubistava u Srbiji analizirane i preko vrednosti novouvedenog *indeksa magnitude konsektivnih tromesečnih varijacija (MtMV)*, koji predstavlja modifikaciju PLR-a. Da bi se izbegao uticaj velikih odskakanja koja su slučajna ili izazvana izuzetnim okolnostima, za svaku posmatranu godinu uzimani su u obzir zbirovi tri konsektivna meseca.² Takođe, u cilju eliminisanja tzv. efekta kaledara (Hakko, 2000), tj. uticaja različitog broja dana po mesecima (od 28 do 31) odnosno tromesečjima (od 89 do 92), statistički podaci o broju samoubistava po tromesečjima pomnoženi su korektivnim faktorom k_i koji predstavlja količnik prosečnog broja dana po jednom tromesečju m_d u godini t (iznosi 90,25 za proste i 90,50 za prestupne godine) i broja dana u svakom od 12 konsektivnih tromesečja (m_i).

$$MtMV = \frac{s_{\max}}{s_{\min}}$$

Vrednost indeksa MtMV dobijena je kao količnik najvećeg zbira (korigovanog) broja samoubistava u tri uzastopna meseca (s_{\max}) i najmanjeg zbira broja samoubistava, takođe, u tri konsektivna meseca (s_{\min}). Vrednost tog pokazatelja može se kretati u intervalu od 1 do $+\infty$, pri čemu najniža vrednost (1,00) znači da ne postoji sezonalnost odnosno mesečne varijacije broja samoubistva, dok vrednosti veće od 1,00 ukazuju na njeno prisustvo. Asimptotske granice intervala poverenja (*IP*) pri verovatnoćama od 90 % i 95 % predstavljaju korene, tj. rešenja kvadratne jednačine:

$$IP = \frac{-a_1 \pm \sqrt{(a_1^2 - 4a_0a_2)}}{2a_0}$$

gde su: $a_0 = s_{\min}^2$; $a_1 = -\left[2s_{\max}s_{\min} + n\frac{z^2}{2}\right]$; $a_2 = s_{\max}^2$

² Svaka posmatrana kalendarska godina ima po 12 "konsektivnih" tromesečja. Poslednja dva tromesečja su novembar-decembar-januar i decembar-januar-februar. Pri izračunavanju indeksa *MtMV*, kao formalni konsektivni meseci tretirani su decembar i januar, koji su to samo po redosledu u kalendaru, ali ne i u posmatranim kalendarskim godinama, gde između ta dva meseca postoje po 10 drugih meseci. Takvo grupisanje nije precizno, ali bi drugačiji pristup onemogućio poređenje sezonskih varijacija po godinama.

pri čemu je n broj samoubistava u godini posmatranja, dok je paramater z preuzet iz tablice normalno raspoređenog osnovnog skupa, koji za verovatnoću od 90 % iznosi 1,645, a za verovatnoću od 95 % iznosi 1,960.

Indeksa magnitude mesečnih varijacija (MMV) vrlo je sličan *indeksu MtMV*. Jedina razlika je što on predstavlja količnik broja samoubistava u mesecu s najviše i broja samoubistava u mesecu s najmanje smrtnih slučajeva usled suicida. I prilikom izračunavanja vrednosti tog pokazatelja primenjen je korektivni faktor kako bi se eliminisao uticaj različitog broja dana po mesecima.

Indeks dnevnog proseka (Dm) predstavlja odnos prosečnog broja samoubistava u posmatranom periodu (nedelja, mesec, tromesečje, godišnje doba) i prosečnog broja samoubistava u posmatranoj godini ili nekom drugom dužem vremenskom periodu kome pripada i posmatran period. U ovom radu vrednosti *indeksa dnevnog proseka* računata je u odnosu na prosečan dnevni broj samoubistava u posmatranoj godini. Dobijeni rezultat je pomnožen sa 100,0.

U radu su korišćeni isključivo zvanični podaci demografske statistike RZS-a o samoubistvima u periodu od 1990. do 2012. godine. Uglavnom se radi o neobjavljenim podacima koji su na lični zahtev dati na raspolaganje autoru, ili o podacima iz tzv. dokumentacionih tabela RZS-a ili bivšeg SZS-a.

RZS prikuplja podatke o samoubistvima prema datumu smrti i datumu događaja. Prvi se odnosi na datum smrti lica koje je umrlo usled samoubistva, dok se drugi odnosi na datum kada je došlo do namernog samopovređivanja koje je rezultiralo fatalnim ishodom. U ogromnoj većini slučajeva, datum događaja se poklapa s datumom smrti, ali se dešava i da postoji kraći ili duži vremenski razmak između ta dva datuma.³ U radu su ciklične varijacije koje se odnose na frekvencije samoubistava po mesecima razmatrane na osnovu podataka o datumu smrti, dok se varijacije prema danu u nedelji razmatraju na osnovu datuma događaja.

U Srbiji je u periodu od 1990. do 2012. godine registrovano ukupno 32.855 samoubistava, ili u proseku po 1428 smrtnih slučajeva godišnje (18,9 na 100.000 stanovnika). Ako se posmatraju prva i poslednja godina analiziranog razdoblja, broj samoubistava je gotovo identičan (1454 u 1990. i 1445 u 2012). Međutim, po godinama, broj samoubistva nije bio stabilan. Najviše ih je bilo početkom 1990-ih (1638 u 1992. i 1619 sledeće 1993. godine), kao i 1997. godine (1622). Prvih deset godina posmatranog dvadeset trogodišnjeg razdoblja izdvajaju se kao period s najvećim prosečnim godišnjim brojem samoubistava. Tokom 1990-ih (između 1990. i 1999) u proseku je bilo 1507 samoubistava godišnje. Tokom 2000-ih (2000-2009) prosečan godišnji broj suicida manji je za tačno 100 slučajeva, a u poslednje tri godine (2010-2012) za čak 270 (prosečno 1237 samoubistava godišnje). Ujedno, u prvom

³ Na primer, u Srbiji je 2012. godine bilo ukupno 1245 smrtnih slučajeva usled samoubistva. Nepodudarnost meseca smrti i meseca događaja zabeležena je u svega 21 slučaju, a nepodudarnost datuma smrti i datuma događaja u ukupno 105 slučajeva (8,4 %).

desetogodišnjem potperiodu zabeležene su najveće razlike između maksimalnog i minimalnog godišnjeg broja samoubistava i to kako apsolutno (384 slučajeve), tako i relativno (31 %), dok je broj samoubistava bio najstabilniji u periodu 2010-2012.

U periodu 1990-2012, najveći broj umrlih usled samoubistva registrovan je u mesecu maju (ukupno 3319), dok je najmanje smrtnih slučajeva bilo u decembru (2092). Međutim, s obzirom na različit broj dana po mesecima, najveći prosečan dnevni broj samoubistava je u mesecu junu, dok se decembar i po prosečnom dnevnom broju samoubistava izdvaja kao mesec s najmanje samoubistava. (tabela 4.4-31). Relativno posmatrano, ukupan broj "majskih" samoubistava je za 59 % veći od broja samoubistava u decembru. Razlika između najvećeg i najmanjeg prosečnog dnevnog broja samoubistava (4,75 u junu i 2,93 u decembru) odnosno između najveće i najmanje vrednosti indeksa dnevnog proseka (121,4 i 75,0) iznosi 62 %.

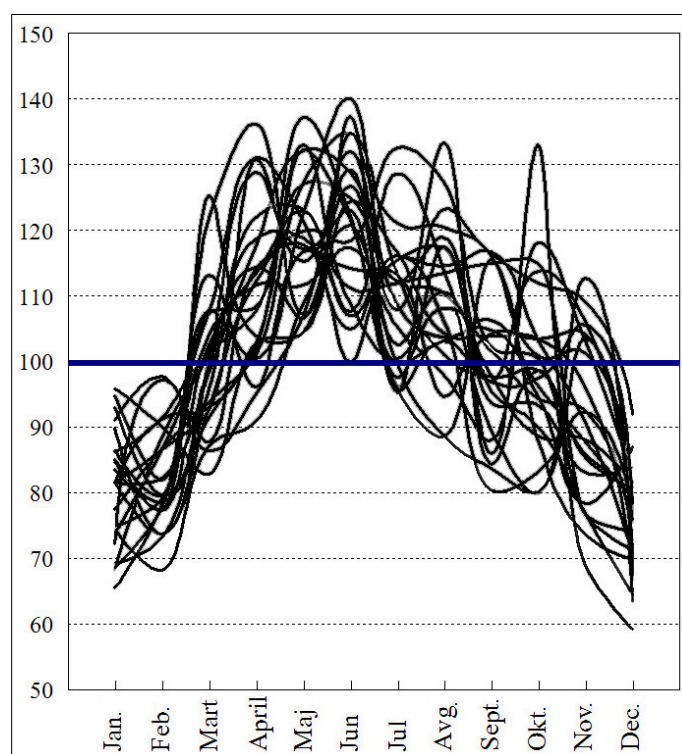
Tabela 4.4-31.
Broj samoubistava po mesecima. Srbija, 1990-2012.

| Godina | Svega | Jan. | Feb. | Mart | April | Maj | Jun | Jul | Avg. | Sept. | Okt. | Nov. | Dec. |
|------------------------|-------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|------|
| 1990 | 1254 | 97 | 94 | 92 | 98 | 114 | 136 | 115 | 142 | 87 | 105 | 88 | 86 |
| 1991 | 1472 | 93 | 77 | 109 | 110 | 136 | 146 | 119 | 154 | 141 | 140 | 132 | 115 |
| 1992 | 1638 | 133 | 117 | 115 | 138 | 145 | 181 | 168 | 167 | 156 | 122 | 99 | 97 |
| 1993 | 1619 | 90 | 97 | 143 | 151 | 169 | 148 | 154 | 156 | 153 | 158 | 102 | 98 |
| 1994 | 1527 | 123 | 96 | 158 | 171 | 139 | 159 | 129 | 115 | 105 | 104 | 130 | 98 |
| 1995 | 1426 | 99 | 90 | 119 | 138 | 160 | 151 | 136 | 144 | 112 | 109 | 90 | 78 |
| 1996 | 1484 | 87 | 86 | 125 | 139 | 134 | 167 | 129 | 139 | 118 | 143 | 129 | 88 |
| 1997 | 1622 | 119 | 99 | 126 | 136 | 189 | 163 | 132 | 122 | 154 | 139 | 135 | 108 |
| 1998 | 1460 | 101 | 97 | 115 | 157 | 143 | 155 | 121 | 134 | 122 | 117 | 111 | 87 |
| 1999 | 1572 | 120 | 89 | 124 | 145 | 160 | 153 | 177 | 170 | 132 | 134 | 89 | 79 |
| 2000 | 1546 | 113 | 112 | 141 | 166 | 159 | 133 | 152 | 139 | 102 | 109 | 117 | 103 |
| 2001 | 1443 | 100 | 101 | 114 | 122 | 163 | 129 | 123 | 144 | 102 | 163 | 91 | 91 |
| 2002 | 1449 | 89 | 108 | 108 | 136 | 145 | 119 | 142 | 141 | 139 | 127 | 108 | 87 |
| 2003 | 1381 | 98 | 82 | 126 | 123 | 155 | 138 | 117 | 121 | 119 | 111 | 89 | 102 |
| 2004 | 1346 | 106 | 85 | 129 | 106 | 133 | 126 | 129 | 108 | 115 | 118 | 115 | 76 |
| 2005 | 1442 | 84 | 86 | 132 | 119 | 150 | 166 | 133 | 127 | 126 | 118 | 104 | 97 |
| 2006 | 1444 | 95 | 96 | 115 | 120 | 156 | 160 | 139 | 124 | 116 | 121 | 102 | 100 |
| 2007 | 1354 | 85 | 90 | 116 | 120 | 146 | 139 | 129 | 127 | 109 | 102 | 98 | 93 |
| 2008 | 1290 | 93 | 79 | 112 | 118 | 122 | 124 | 115 | 107 | 93 | 129 | 109 | 89 |
| 2009 | 1376 | 99 | 83 | 112 | 138 | 144 | 121 | 135 | 137 | 106 | 109 | 94 | 98 |
| 2010 | 1209 | 70 | 82 | 104 | 118 | 122 | 107 | 132 | 117 | 89 | 82 | 112 | 74 |
| 2011 | 1256 | 87 | 71 | 107 | 133 | 125 | 127 | 102 | 110 | 100 | 104 | 109 | 81 |
| 2012 | 1245 | 79 | 78 | 132 | 106 | 110 | 127 | 123 | 110 | 106 | 109 | 98 | 67 |
| 1990-2012 | | | | | | | | | | | | | |
| Broj suicida | 32855 | 2260 | 2095 | 2774 | 3008 | 3319 | 3275 | 3051 | 3055 | 2702 | 2773 | 2451 | 2092 |
| Dnevni prosek | 3,91 | 3,17 | 3,22 | 3,89 | 4,36 | 4,65 | 4,75 | 4,28 | 4,28 | 3,92 | 3,89 | 3,55 | 2,93 |
| Indeks dnevnog proseka | 100,0 | 81,0 | 82,4 | 99,5 | 111,5 | 119,0 | 121,4 | 109,4 | 109,6 | 100,1 | 99,4 | 90,8 | 75,0 |

Izvor: Kao za tabelu 4.4-1.

Napomena 1: Podaci se odnose na mesec smrti (mesec kada je umrlo lice koje je izvršilo samoubistvo)

Pored maja i juna, meseci s natprosečnim vrednostima indeksa dnevnog proseka samoubistava su april, jul i septembar. Mart, septembar i oktobar su meseci s prosečnim vrednostima indeksa dnevnog proseka (od 99,4 do 100,1), dok se po potprosečnim vrednostima tog indikatora cikličnosti izdvajaju novembar, januar, februar i, pre svega, decembar. (tabela 4.4-31) Decembar, januar i februar su meseci u kojima su vrednosti indeksa dnevnog proseka suicida svake godine, od 1990. do 2012. bile ispod 100,0 tj, prosečan dnevni broj samoubistava bio je manji od prosečnog dnevnog broja samoubistava u posmatranoj godini. (grafikon 4.4-16) Istovremeno, maj i jun su jedina dva meseca za koje su vrednosti tog indikatora svake godine bile iznad ili na nivou godišnjeg proseka (oko 100,0).



Grafikon 4.4-16.

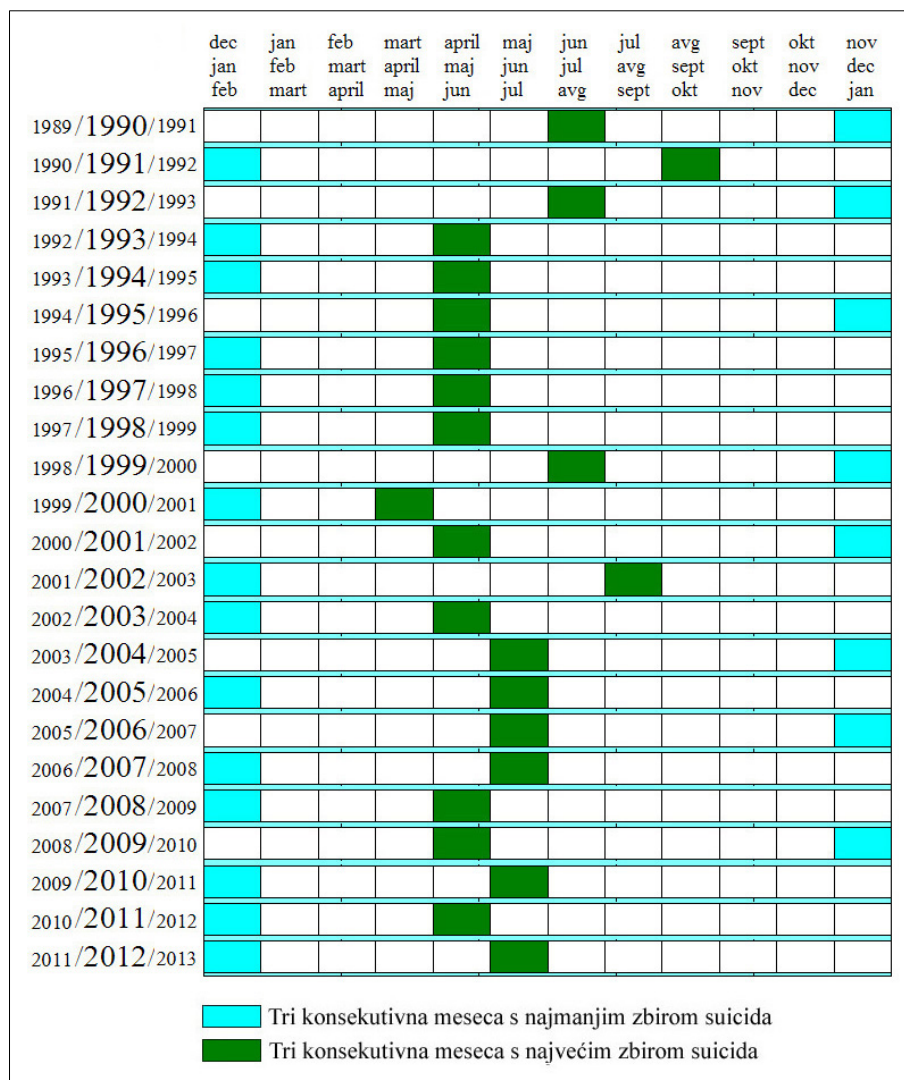
Indeks dnevnog proseka samoubistava. Srbija, 1990-2012, po mesecima

Izvor i napomena: Kao za tabelu 4.4-31.

Maj i decembar su meseci u kojima su registrovani i najveći odnosno najmanji mesečni brojevi sucida u Srbiji. Maksimum je dostignut maja 1997. godine sa ukupno 189 samoubistava, a minimum decembra 2012. sa 67 smrtnih slučajeva. U mesecima stalnog potprosečnog dnevnog broja samoubistava, vrednosti indeksa dnevnog proseka suicida kreću se u intervalu od 59,2 (decembar 1999) do 97,7 (februar 1990). Istovremeno, u mesecima stalnog natprosečnog dnevnog broja samoubistava, vrednosti indeksa dnevnog proseka suicida nalaze se u intervalu od 99,9 (jun 2002) do 140,1 (jun 2005).

Inače, najveća vrednost intervala varijacije indeksa dnevnog proseka izračunata je za 1999. godinu i iznosi 73,7 indeksnih poena (decembar - 59,2 i jul - 132,6), a najmanja za 2008. godinu - 40,8 indeksnih poena (februar - 77,3 i oktobar - 118,1).

Unimodalna distribucija suicida po mesecima još je uočljivija ukoliko se analiziraju zbrovi prosečnog dnevnog broja samoubistava za tri konsektivna meseca. U 23-godišnjem periodu 1990-2012. jasno se izdvajaju dva tromesečja s maksimalnim i s minimalnim prosečnim dnevnim brojem samoubistava (grafikon 4.4-17).



Grafikon 4.4-17.

Tri konsektivna meseca s najvećim i tri s najmanjim prosečnim brojem samoubistava po danu. Srbija, 1990-2012.

Izvor i napomena: Kao za tabelu 4.4-31.

U 11 godina maksimalan prosečan dnevni broj samoubistava bio je u tromesečju april-maj-jun, dok je u 6 godina to bilo tromesečje maj-jun-jul. Istovremeno, minimalan zbir dnevnih proseka suicida je u 15 godina bio u tromesečju decembar-januar-februar, a u preostalim 8 godina u tromesečju novembar-decembar-januar. Uz to, nijedne godine nije bilo "preklapanja", tj. nije se desilo da neki mesec iste godine bude u tromesečju s maksimalnim i u tromesečju s minimalnim prosečnim brojem suicida po danu. "Hladni" meseci (januar, februar, novembar i decembar) isključivo su pripadali tromesečjima s minimalnim prosečnim dnevnim brojem samoubistava. Ostali meseci (mart, avgust, septembar, oktobar) pripadali su samo tromesečjima koja

su u periodu 1990-2012, barem jedne godine imala maksimalni zbir prosečnih dnevni samoubistava. Najređe su u tromesečju s maksimalnim brojem suicida bili mart i oktobar, i to po jednom (oktobar u 1991. i mart u 2000. godini), a najčešće jun, i to 20 puta. Taj "topli" mesec samo tri godine (1991, 2000. i 2002) nije pripadao nekom od tri uzastopna meseca s maksimalnim brojem samoubistava.

April, maj i jun su tri uzastopna meseca koja su imala maksimalan prosečan dnevni broj suicida (4,59) ili ukupno 9602 smrtna slučaja. Najviše ih je bilo u tromesečju maj-jun-jul sa ukupno 9645 slučajeva (29,2 % svih samoubistava u periodu od decembra 1989 do januara 2013).⁴ Zbog većeg broja dana, u tom periodu je prosečan dnevni broj samoubistava bio neznatno manji (4,56) nego u tromesečju koje počinje s aprilom. Najmanji prosečan dnevni broj samoubistava izračunat je za tromesečje decembar-januar-februar (3,12 dnevno) sa ukupno 6475 smrtnih slučajeva (19,6 %).

Deskriptivnim metodima analize potvrđeno je postojanje ciklične varijacije smrtnosti usled suicida, kao i njihova unimodalna distribucija po mesecima. Na prisustvo naglašenih cikličnih varijacija ukazuju i izračunate vrednosti izabranih pokazatelja mesečnih varijacija (tabela 4.4-32).

Rezultati χ^2 -testa sa 11 stepeni slobode ukazuje na statističku signifikantnu razliku između posmatranih i očekivanih mesečnih frekvencija suicida u Srbiji u periodu 1990-2012. To važi i za svaku pojedinačnu godinu. Najveća vrednost χ^2 izračunata je za samoubistva u 1999. godini, i iznosila je 80,8 sa verovatnoćom od preko 99,5% odnosno koeficijentom rizika manjim od 0,005. Najmanja vrednost dobijena je na osnovu podataka o mesečnim frekvencijama samoubistava u 2008. godini. Za tu godinu vrednost χ^2 bila je 23,3 sa verovatnoćom od preko 97,5% i pragom značajnosti od 0,05.

Identičan zaključak o postojanju signifikantne sezonalnosti može se izvesti i na osnovu vrednosti *T*-testa primenom Ewardsove procedure za aproksimaciju χ^2 -rasporeda sa 2 stepena slobode. Najveća vrednost *T*-testa na osnovu podataka o broju samoubistava po mesecima dobijena je za 1999. godinu (73,3 pri koeficijentu rizika $p < 0,005$), a najmanja za 2008 (9,1 pri koeficijentu rizika $p < 0,025$).

Značajna sezonalnost je ustanovljena i primenom jednostavnijih metoda za utvrđivanje sezonskih varijacija, kao što su *MMV*, *MtMV* i *PLR*. Vrednosti indeksa *MMV* se kreću u intervalu od 1,53 (2008. godine) do 2,24 (1999). Za 10 kalendarskih godina indeks *MMV* je bio manji od 1,75, u 10 drugih njegova vrednost se kretala u intervalu od 1,75 do 2,00. U tri godine, vrednost tog pokazatelja iznosila je preko 2,00, što znači da je prosečan dnevni broj samoubistava u mesecu s najvećom frekvencijom samoubistava bio barem dvostruko veći nego u mesecu s najmanjom frekvencijom samoubistava. Inače, ne može se utvrditi značajna povezanost između visine stope suicida i vrednosti indeksa *MMV*.

⁴ Autoru nisu bili dostupni podaci o broju smrtnih slučajeva usled samoubistva u decembru 1989. godine, tako da nije mogao biti tačno određen broj suicida za prvi "pokretni" tromesečni period ("dec-jan-feb") posmatranog 23-godišnjeg razdoblja (broj suicida u decembru 1989. smo procenili na 95). To svakako nije moglo da utiče na zaključke koji su izvedeni na osnovnu raspoloživih podataka.

Tabela 4.4-32.
Izabrani pokazatelji mesečnih varijacija suicida. Srbija, 1990-2012.

| Godina | Broj suicida | Stopa suicida (na 100.000) | χ^2 | T_{Edw} | MM V | MtMV | I.P. 95 % | | PLR | I.P. 95 % | |
|--------|--------------|----------------------------|--------------------|--------------------|------|------|------------|-------------|------|------------|-------------|
| | | | | | | | donji prag | gornji prag | | donji prag | gornji prag |
| 1990 | 1254 | 15,9 | 35,2 ^{b)} | 18,4 ^{c)} | 1,65 | 1,45 | 1,246 | 1,687 | 1,43 | 1,214 | 1,677 |
| 1991 | 1472 | 18,8 | 43,5 ^{b)} | 32,8 ^{c)} | 1,81 | 1,53 | 1,310 | 1,776 | 1,53 | 1,312 | 1,775 |
| 1992 | 1638 | 20,9 | 61,6 ^{b)} | 46,9 ^{c)} | 1,93 | 1,62 | 1,412 | 1,865 | 1,62 | 1,402 | 1,875 |
| 1993 | 1619 | 20,7 | 62,9 ^{b)} | 51,1 ^{c)} | 1,88 | 1,63 | 1,402 | 1,899 | 1,64 | 1,418 | 1,901 |
| 1994 | 1527 | 19,6 | 54,8 ^{b)} | 30,0 ^{c)} | 1,80 | 1,46 | 1,273 | 1,682 | 1,48 | 1,273 | 1,710 |
| 1995 | 1426 | 18,3 | 62,5 ^{b)} | 59,8 ^{c)} | 2,05 | 1,70 | 1,461 | 1,978 | 1,80 | 1,535 | 2,113 |
| 1996 | 1484 | 19,1 | 56,4 ^{b)} | 34,3 ^{c)} | 1,98 | 1,69 | 1,442 | 1,971 | 1,52 | 1,304 | 1,761 |
| 1997 | 1622 | 20,9 | 46,2 ^{b)} | 17,9 ^{c)} | 1,59 | 1,48 | 1,289 | 1,701 | 1,35 | 1,173 | 1,554 |
| 1998 | 1460 | 18,8 | 44,6 ^{b)} | 30,5 ^{c)} | 1,86 | 1,58 | 1,365 | 1,827 | 1,50 | 1,293 | 1,750 |
| 1999 | 1572 | 20,3 | 80,8 ^{b)} | 73,3 ^{c)} | 2,24 | 1,74 | 1,500 | 2,009 | 1,86 | 1,593 | 2,165 |
| 2000 | 1546 | 20,1 | 41,7 ^{b)} | 31,8 ^{c)} | 1,67 | 1,42 | 1,232 | 1,629 | 1,49 | 1,287 | 1,726 |
| 2001 | 1443 | 18,8 | 53,3 ^{b)} | 21,2 ^{c)} | 1,79 | 1,48 | 1,272 | 1,732 | 1,40 | 1,208 | 1,632 |
| 2002 | 1449 | 19,3 | 37,8 ^{b)} | 27,1 ^{c)} | 1,67 | 1,49 | 1,274 | 1,732 | 1,48 | 1,269 | 1,717 |
| 2003 | 1381 | 18,5 | 35,7 ^{b)} | 25,6 ^{c)} | 1,58 | 1,46 | 1,257 | 1,693 | 1,47 | 1,256 | 1,711 |
| 2004 | 1346 | 18,0 | 27,9 ^{b)} | 13,2 ^{c)} | 1,75 | 1,44 | 1,228 | 1,683 | 1,29 | 1,110 | 1,510 |
| 2005 | 1442 | 19,4 | 52,6 ^{b)} | 41,2 ^{c)} | 2,04 | 1,65 | 1,414 | 1,914 | 1,62 | 1,389 | 1,893 |
| 2006 | 1444 | 19,5 | 40,9 ^{b)} | 32,9 ^{c)} | 1,74 | 1,53 | 1,324 | 1,767 | 1,55 | 1,329 | 1,805 |
| 2007 | 1354 | 18,3 | 35,7 ^{b)} | 33,2 ^{c)} | 1,72 | 1,51 | 1,297 | 1,760 | 1,57 | 1,336 | 1,834 |
| 2008 | 1290 | 17,6 | 23,3 ^{a)} | 9,1 ^{a)} | 1,53 | 1,39 | 1,188 | 1,637 | 1,24 | 1,061 | 1,449 |
| 2009 | 1376 | 18,8 | 33,8 ^{b)} | 26,9 ^{c)} | 1,57 | 1,42 | 1,223 | 1,657 | 1,49 | 1,273 | 1,736 |
| 2010 | 1209 | 16,6 | 44,1 ^{b)} | 28,0 ^{c)} | 1,89 | 1,56 | 1,321 | 1,849 | 1,53 | 1,296 | 1,809 |
| 2011 | 1256 | 17,4 | 35,0 ^{b)} | 17,7 ^{c)} | 1,75 | 1,59 | 1,357 | 1,870 | 1,39 | 1,180 | 1,627 |
| 2012 | 1245 | 17,3 | 41,5 ^{b)} | 26,4 ^{c)} | 1,97 | 1,59 | 1,338 | 1,888 | 1,48 | 1,255 | 1,740 |

Izvor: Kao za tabelu 4.4-1.

Napomene: Pokazatelji mesečnih varijacija suicida su izračunati na osnovu vrednosti korigovanih frekvencija broja samoubistava po mesecima (korektivni faktor predstavlja odnos broja dana posmatranog meseca i prosečnog broja dana po jednom mesecu u istoj godini).

χ^2 - hi kvadrat sa 11 s.s.; T_{Edw} - Edwardsova procedura hi kvadrata sa 2 s.s.

MMV – indeks magnitude mesečnih varijacija; MtMV – indeks magnitude konsektivnih tromesečnih varijacija

PLR – peak-low ratio

a) $p < 0.025$; b) $p < 0.005$; c) $p < 0.001$

Za indikatore MtMV i PLR su dobijene niže vrednosti, i to kako maksimalne, tako i minimalne, a manji je interval varijacije. Takođe ne postoje ni bitno izražene razlike u vrednostima donjeg i gornjeg praga intervala poverenja (kod oba indikatora pri verovatnoći od 95 %). To se posebno odnosi na pragove intervala poverenja indeksa MtMV (donji prag je u razmaku od 1,188 do 1,500, a gornji od 1,629 do 2,009).

I pored velike sličnosti u pogledu osnovnih karakteristika suicida muškaraca i žena, postoji i vrlo značajna razlika, a tiče se broja smrtnih slučajeva, kao i visine stope suicida. U posmatranom periodu 1990-2012, od ukupnog broja samoubistva (32.855), 70,3 % ili 23.103 su samoubistva muškaraca, s tim što se poslednjih godina njihov udeo povećao na oko 75 %. Razlike u visini stope sucida su još veće, a posebno su naglašene kod starog stanovništva (Stanković, Penev, 2011).

Tabela 4.4-33.

Broj suicida po tromesečjima i neki pokazatelji sezonalnosti, po polu. Srbija, 1990-2012.

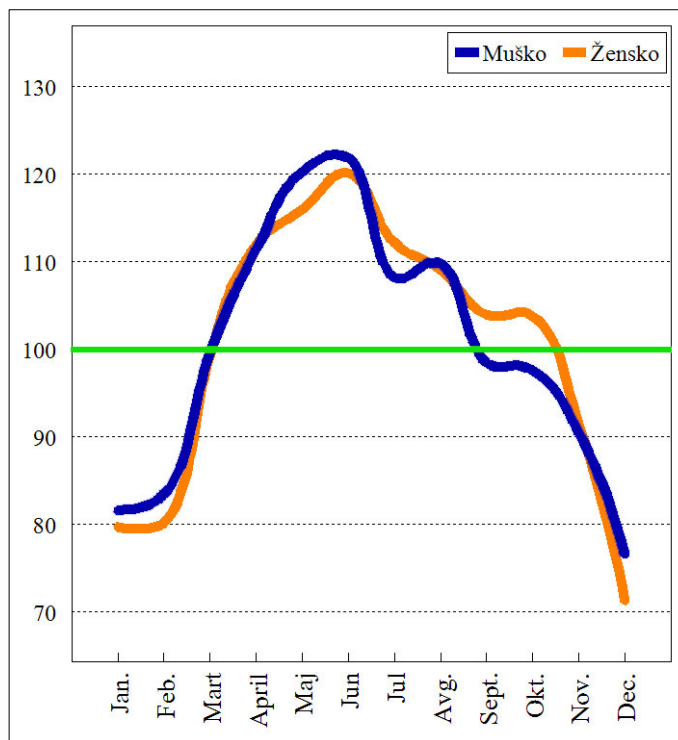
| Meseci | Svega | | | Muško | | | Žensko | | |
|------------|-------------|------------|------------------------|-------------|------------|------------------------|-------------|------------|------------------------|
| | Broj sucida | Udeo (u %) | Indeks dnevnog proseka | Broj sucida | Udeo (u %) | Indeks dnevnog proseka | Broj sucida | Udeo (u %) | Indeks dnevnog proseka |
| Ukupno | 32855 | 100,0 | 100,0 | 23103 | 100,0 | 100,0 | 9752 | 100,0 | 100,0 |
| Zimski | 6447 | 19,6 | 79,4 | 4592 | 19,9 | 80,4 | 1855 | 19,0 | 77,0 |
| Prolećni | 9101 | 27,7 | 110,0 | 6423 | 27,8 | 110,4 | 2678 | 27,5 | 109,0 |
| Letnji | 9381 | 28,6 | 113,4 | 6587 | 28,5 | 113,2 | 2794 | 28,7 | 113,7 |
| Jesenji | 7926 | 24,1 | 96,8 | 5501 | 23,8 | 95,6 | 2425 | 24,9 | 99,8 |
| Indeks HTM | 67,1 | | | 67,7 | | | 65,8 | | |

Izvor i napomena 1 : Kao za tabelu 4.4-31.

Napomena 2: Zimski meseci – decembar, januar i februar; prolećni – mart, april, maj; letnji – jun, jul, avgust; jesenji – septembar, oktobar, novembar.

Što se tiče sezonalnosti suicida, ona je prisutna kod oba pola. Ako se sagledava po godišnjim dobima, razlika po polu je minimalna (tabela 4.4-33). U periodu 1990-2012, indeks dnevnog proseka (*Dm*), kako muškaraca, tako i žena, bio je najmanji u zimskim mesecima (80,4 i 77,0 respektivno), a najveći u letnjim mesecima (113,2 i 113,7 respektivno). Vrednost indeksa *HTM* gotovo je identična po polu (67,7 i 65,8).

Vrednosti indeksa dnevnog proseka samoubistava potvrđuju da je za oba pola tipična unimodalna distribucija suicida po mesecima, s maksimumima u junu i maju, a minimumom u decembru (grafikon 4.4-18). Za muškarce, kao i za žene, januar i februar su meseci s niskim vrednostima indeksa *Dm* (oko 80,0), dok su mart, septembar i oktobar meseci u kojima su vrednosti indeksa *Dm* oko 100,0. Jedina razlika je što su kod ženskog stanovništva vrednosti tog indeksa za septembar i oktobar vrednosti neznatno više (za oko 4 %), dok su za muško stanovništvo one neznatno niže (za manje od 2,5 %) od 100,0. Izraženija razlika prisutna je u pogledu amplitude oscilacija indeksa dnevnih proseka po mesecima. One su veće kod žena nego kod muškaraca, i bez obzira da li je posmatran celokupni analizirani period ili pojedine godine. Tako je, na primer, minimalna vrednost indeksa dnevnog proseka za muškarce iznosila 64,1 (decembra 1995), a za žene 41,8 (decembra 2012). S druge strane, maksimalna vrednost tog indikatora je za muškarce bila 148,2 (juna 2005), a za žene 159,9 (juna 1992).



Grafikon 4.4-18.
 Indeks dnevnog proseka samoubistava, po polu.
 Srbija, prosek za 1990-2012, po mesecima
Izvor i napomena: Kao za tabelu 4.4-31.

Cikličnost po danima u nedelji

Jedan od važnih aspekata analize temporalnosti suicida je i istraživanje cikličnosti s obzirom na izvršenje samoubistva prema danima u nedelji. Na osnovu raspoloživih podataka za period 1990-2012. jasno se izdvajaju ponedeljak i dani vikenda (tabela 4.4-34). Od ukupno 32.855 samoubistava za 1.713, ili za približno svaki dvadeseti slučaj, nije poznat datum događaja kada je izvršeno svesno samopovređivanje koje je rezultiralo fatalnim ishodom. Od 31.142 smrtna slučaja poznatog dana događaja, u 5.033 (16,2 %) to je bio ponedeljak. To je dan u nedelji s najvećim dnevnim prosečnim brojem samoubistava (4,19) i sledstveno dan za koji je izračunata najveća vrednost indeksa dnevnog proseka (113,0). Najviše samoubistava ponedeljkom je i u svakom od pet potperioda (tabela 4.4-34).

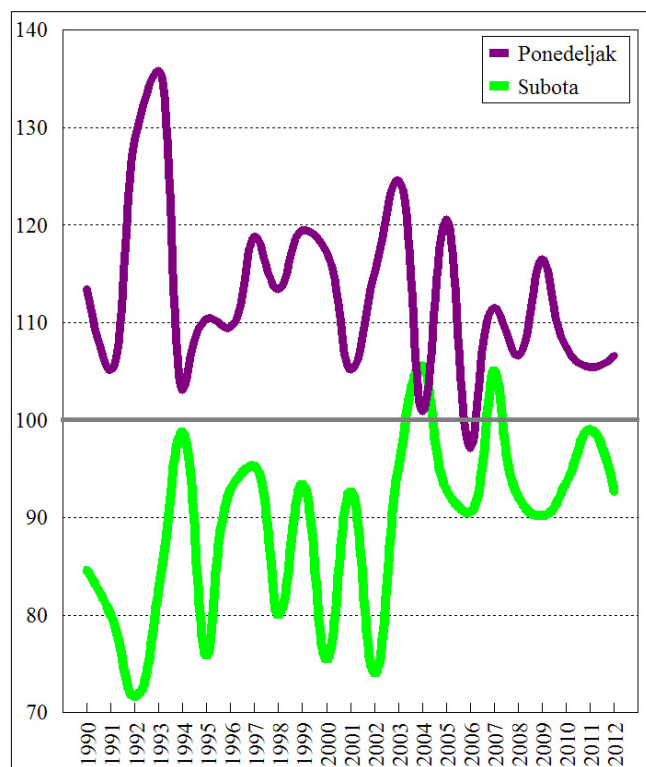
Kao što se ponedeljak jasno izdvaja kao dan s najvećim brojem samoubistava, tako je vrlo upečatljiv i trend smanjenja udela samoubistava. Smanjenje udela samoubistava ponedeljkom odnosno smanjenja vrednosti indeksa dnevnog proseka kontinuirano je tokom čitavog posmatranog razdoblja. U prvom petogodišnjem potperiodu (1990-1994) bilo je evidentirano 1201 samoubistvo izvršeno ponedeljkom (4,60 dnevno), i ona su predstavljala 16,8 % svih samoubistava poznatog datuma događaja. Krajem posmatranog perioda (2010-2012) prosečan broj samoubistava ponedeljkom je smanjen je na 3,58, a njihov udeo sveden je na 15,3 %.

Tabela 4.4-34.
Broj samoubistava, dnevni prosek i indeks dnevnog proseka po danima u nedelji.
Srbija, 1990-2012 (po petogodišnjim periodima)

| Period | Pokazatelj | Ukupno | Poned. | Utorak | Sreda | Četvrt. | Petak | Subota | Nedelja |
|-----------|----------------------|--------|--------|--------|-------|---------|-------|--------|---------|
| 1990-1994 | Suicidi | 7131 | 1201 | 1080 | 1142 | 971 | 1013 | 851 | 873 |
| | Dnevni prosek | 3,91 | 4,60 | 4,14 | 4,38 | 3,72 | 3,88 | 3,26 | 3,34 |
| | Indeks dnev. proseka | 100,0 | 117,8 | 106,0 | 112,0 | 95,3 | 99,4 | 83,5 | 85,6 |
| 1995-1999 | Suicidi | 7183 | 1175 | 1119 | 1039 | 968 | 1044 | 898 | 940 |
| | Dnevni prosek | 3,93 | 4,50 | 4,29 | 3,98 | 3,71 | 4,00 | 3,44 | 3,60 |
| | Indeks dnev. proseka | 100,0 | 114,4 | 109,0 | 101,2 | 94,3 | 101,7 | 87,5 | 91,6 |
| 2000-2004 | Suicidi | 6444 | 1037 | 987 | 909 | 907 | 920 | 810 | 874 |
| | Dnevni prosek | 3,53 | 3,96 | 3,77 | 3,47 | 3,46 | 3,51 | 3,09 | 3,34 |
| | Indeks dnev. proseka | 100,0 | 112,2 | 106,8 | 98,4 | 98,1 | 99,6 | 87,7 | 94,6 |
| 2005-2009 | Suicidi | 6700 | 1058 | 987 | 946 | 966 | 947 | 901 | 895 |
| | Dnevni prosek | 3,67 | 4,05 | 3,78 | 3,62 | 3,70 | 3,63 | 3,45 | 3,43 |
| | Indeks dnev. proseka | 100,0 | 110,5 | 103,1 | 98,8 | 100,9 | 98,9 | 94,1 | 93,5 |
| 2010-2012 | Suicidi | 3684 | 562 | 548 | 506 | 498 | 542 | 502 | 526 |
| | Dnevni prosek | 3,36 | 3,58 | 3,49 | 3,22 | 3,17 | 3,45 | 3,20 | 3,35 |
| | Indeks dnev. proseka | 100,0 | 106,5 | 103,8 | 95,9 | 94,4 | 102,7 | 95,1 | 99,7 |
| 1990-2012 | Suicidi | 31142 | 5033 | 4721 | 4542 | 4310 | 4466 | 3962 | 4108 |
| | Dnevni prosek | 3,71 | 4,19 | 3,93 | 3,79 | 3,59 | 3,72 | 3,30 | 3,42 |
| | Indeks dnev. proseka | 100,0 | 113,0 | 106,1 | 102,1 | 96,9 | 100,4 | 89,1 | 92,3 |

Izvor: Kao za tabelu 4.4-31.

Napomena: Uzeti su u obzir samo podaci o smrtnim slučajevima poznatog datuma događaja



Grafikon 4.4-19

Indeks dnevnog proseka suicida ponedeljkom i subotom. Srbija, 1990-2012.

Izvor i napomena: Kao za tabelu 4.4-34.

Istovremeno, dnevni proseci samoubistava subotom i nedeljem su oscilirali, ali umereno. U poslednjem potperiodu (2010-2012), oni za oba dana vikenda bili gotovo identični kao u prvom potperiodu (1990-1994). Međutim, zbog manje-više suprotnih promena koje se tiču prosečnog dnevnog broja samoubistava u drugim danima sedmice, udeo samoubistava vikendom se povećavao i sve više približavao prosečnom dnevnom proseku. Takvi trendovi su se odrazili i na smanjivanje razlika u vrednostima indeksa dnevnog proseka suicida ponedeljkom i subotom, tj. danima s graničnim vrednostima tog pokazatelja (grafikon 4.4-19).

Što se tiče razlika po polu, one su još manje izražene nego kod sezonskih odnosno mesečnih varijacija. Naime, u periodu 1990-2012, i kod muškaraca i kod žena prosečan dnevni broj suicida najveći je ponedeljkom, a najmanji vikendom, odnosno subotom (tabela 4.4-35). Indeks dnevnog proseka suicida ponedeljkom veći je kod muškaraca nego kod žena (115,1 prema 108,2), dok su vrednosti za subotu i nedelju gotovo identične.

Tabela 4.4-35.
Broj samoubistava, dnevni proseki i indeks dnevnog proseka po danima u nedelji.
Srbija, 1990-2012, po polu

| Dan u nedelji | Svega | | | Muško | | | Žensko | | |
|-------------------------------|--------------|------------------------------|------------------------|--------------|------------------------------|------------------------|--------------|------------------------------|------------------------|
| | Broj suicida | Prosečan dnevni broj suicida | Indeks dnevnog proseka | Broj suicida | Prosečan dnevni broj suicida | Indeks dnevnog proseka | Broj suicida | Prosečan dnevni broj suicida | Indeks dnevnog proseka |
| Ukupno | 32855 | 3,91 | 100,0 | 23103 | 2,75 | 100,0 | 9752 | 1,16 | 100,0 |
| <i>Ukupno (poznatog dana)</i> | <i>31142</i> | <i>3,71</i> | <i>100,0</i> | <i>22006</i> | <i>2,62</i> | <i>100,0</i> | <i>9316</i> | <i>1,09</i> | <i>100,0</i> |
| Ponedeljak | 5033 | 4,19 | 113,0 | 3620 | 3,01 | 115,1 | 1413 | 1,18 | 108,2 |
| Utorak | 4721 | 3,93 | 106,1 | 3326 | 2,77 | 105,8 | 1395 | 1,16 | 106,9 |
| Sreda | 4542 | 3,79 | 102,1 | 3171 | 2,64 | 100,9 | 1371 | 1,14 | 105,1 |
| Četvrtak | 4310 | 3,59 | 96,9 | 3040 | 2,53 | 96,7 | 1270 | 1,06 | 97,3 |
| Petak | 4466 | 3,72 | 100,4 | 3137 | 2,61 | 99,8 | 1329 | 1,11 | 101,8 |
| Subota | 3962 | 3,30 | 89,1 | 2799 | 2,33 | 89,0 | 1163 | 0,97 | 89,1 |
| Nedelja | 4108 | 3,42 | 92,3 | 2913 | 2,43 | 92,7 | 1195 | 1,00 | 91,6 |
| <i>Nepoznato</i> | <i>1713</i> | <i>0,20</i> | <i>5,2</i> | <i>1097</i> | <i>0,13</i> | <i>4,7</i> | <i>616</i> | <i>0,07</i> | <i>6,3</i> |

Izvor i napomena: Kao za tabelu 4.4-34.

Rezultati analize statističkih podataka o smrtnosti usled samoubistva u Srbiji u periodu od 1990. do 2012. godine potvrdili su postojanje značajnih sezonskih, mesečnih i dnevnih varijacija. Signifikantna sezonalnost suicida u Srbiji, kao i njena postojanost u dužem vremenskom periodu, ne predstavlja iznenađenje, jer su generalni zaključci o *piku* u proleće i rano leto, kao i o opadajućem broju samoubistava tokom jeseni i dostizanju minimuma u zimskim mesecima konstanta u istraživanjima koja se bave temporalnim karakteristikama samoubistva (Christodoulou et al., 2012).

Gotovo istovetan zaključak o naglašenim cikličnim varijacijama može se izvesti i na osnovu preciznijih analiza koje su zasnovane na podacima za "pokretne" tromesečne

periode (konsekutivni meseci) ili za pojedinačne mesece. I drugi istraživači su došli do sličnih rezultata. Posebnu pažnju privlače rezultati istraživanja koje je sprovedeno u kineskoj provinciji Šandong (Sun et al., 2011). Podaci se odnose na stanovništvo koje pripada jednoj od najmnogoljudnijih kineskih provincija. Ono je početkom istraživanja (1991) imalo 2 miliona, a krajem (2009) oko 12 miliona, i demografske strukture koje se bitno drugačije od onih u Srbiji. Međutim, rezultati do koji su došli kineski istraživači su vrlo slični onima koji se odnose na Srbiju u periodu 1990-2012. I u Šandongu najviše samoubistava zabeleženo je u tromesečju maj-jun-jul sa udelom od 30,7 %, dok je najmanji broj bio u tromesečju (novembar-decembar-januar) sa udelom od 19,7 %.

I podaci o samoubistvima po mesecima jasno ukazuju na unimodalnu distribuciju. Slična unimodalna distribucija suicida utvrđena je i u mnogim drugim istraživanjima koja se odnose na zapadne zemlje (Ajdacic-Gross et al., 2010), ali i u već spomenutom istraživanju Suna i saradnika (2011).

Pored deskriptivnih i grafičkih metoda ocene cikličnosti varijacija suicida, i ostali primenjeni složeniji statistički metodi analize ukazuju na signifikantne mesečne i sezonske tj. tromesečne varijacije u svim godinama posmatranog perioda. Ujedno, na osnovu rezultata svih korišćenih metoda, najveće mesečne varijacije suicida zabeležene su ratne 1999. godine, a najmanje 2008. godine. S jedne strane, objašnjenje velikih mesečnih amplituda suicida u 1999. godini (maksimum od 177 samoubistava u julu, prvom mesecu nakon prestanka bombardovanja, i minimum u decembru sa "samo" 79 suicida), može se tražiti u ratnim okolnostima. S druge strane, izuzetnost 2008. godine u pogledu broja samoubistava po mesecima (maksimum u oktobru - 129 slučajeva, i minimum u februaru sa 79 samoubistava) zahteva dodatnu pažnju.

Mora se naglasiti da je u radu primenjeno više metoda, ali koji nisu suštinski različiti, pa nije ni neočekivano što dobijeni rezultati upućuju na usvajanje sličnih ocena o signifikantnosti cikličnih varijacija. Takođe, treba istaći da su u poslednje vreme često sreću radovi u kojim su izvedene gotovo potpuno suprotne ocene o sezonalnosti odnosno cikličnosti suicida za iste periode i populacije, i to isključivo zbog primene različitih metoda analize (Hakko, 2000; Hakko et al., 2002).

Suprotno velikim razlikama u stopama samoubistva po polu (Penev, Stanković, 2007) u radu nije utvrđena značajna diferenciranost u temporalnim karakteristikama suicida između muškaraca i žena. To važi kako za sezonalnost, mesečne varijacije, kao i cikličnost po danima. Za oba pola je utvrđena unimodalna distribucija, ali su varijacije donekle izraženije kod žena nego kod muškaraca, što se u izvesnoj meri može objasniti i mnogo manjim brojem smrtnih slučajeva kod žena, pa samim tim i većom osetljivošću pokazatelja cikličnosti na slučajne oscilacije.

Do sličnih nalaza o jedinstvenoj bisezonskoj distribuciji su došli i drugi istraživači (Kalediene et al., 2006; Sun et al., 2011), ali su brojna istraživanja koja ukazuju na naglašeniju sezonalnost suicida među muškarcima (Christodoulou et al., 2012). Postoje

i istraživanja, na primer, za Australiju, Novi Zeland, Englesku i Vels, koja su utvrdila i bitno drugačiju temporalnu distribuciju suicida kod muškaraca i žena (Parker, Walter, 1982; Yip et al., 1998; Yip et al., 2000). Objašnjenja se uglavnom nalaze u razlikama po polu prema metodu izvršenja samoubistva (Preti, Miotto, 1998; Rocka, Greenberg, Hallmayer, 2003; Lin et al., 2008), nejednakom uticaju socioekonomskih uslova na suicidogeno ponašanje muškaraca i žena (Carbonell-Camós, 2008), ili pak na rasprostranjenost alkoholizma i njegove povezanosti s temporalnošću suicida, pre svega po danima (Мягков, 2004).

Analiza temporalnih karakteristika suicida je i na primeru Srbije potvrdila prisustvo naglašene vremenske cikličnosti. Ipak, rezultati izneti u radu upućuju na prve naznake smanjenja intenziteta varijacija suicida u vremenu. U 23-godišnjem periodu, na prelazu između 20. i 21. veka, taj trend je prvenstveno prisutan kod distribucije samoubistva po danima u sedmici, a ustanovljen je kod oba pola.

Na slične tendencije, tj. smanjenje sezonalnosti suicida, koje čak vodi ka njenom eliminisanju, su ukazivali i drugi istraživači, i to na osnovu podataka za mnogo duži period (Ajdacic-Gross, 2005). Slični trendovi su ustanovljeni i u nekim drugim istraživanjima (Yip et al., 2000). Međutim, takve promene na primeru temporalnih karakteristika suicida u Srbiji, za sada, primećene samo u naznakama.

Dobijeni rezultati predstavljaju dobru osnovu za nova istraživanja. Trenutno raspoloživa statistička građa pruža mogućnost potpunijeg "snimanja" stanja, čime bi bili stvoreni uslovi za znatno priširenje analize temporalnosti suicida, mada za kraći vremenski period (od sredine 2000-ih). Može se razmatrati veći broj demografskih, obrazovnih, socioekonomskih i drugih obeležja umrlih lica (starost, školska sprema, zanimanje, bračno stanje, nacionalnost, mesto stanovanja), kao i metod izvršenja samoubistva ili pak vreme smrti. Rezultati takvih statističko-demografskih istraživanja bi doprineli preciznijem utvrđivanju razloga cikličnih varijacija suicida, a ujedno bi značajno olakšali definisanje nacionalnog programa prevencije odnosno učinili efikasnijim postojeće aktivnosti i mere koje se preduzimaju u cilju smanjenja broja suicida u Srbiji.

4.4.7. Samoubistva u Srbiji u širem evropskom okruženju

25-godišnje razdoblje od 1990, pa sve do sredine 2010-ih, se kao izuzetno izdvaja ne samo za Srbiju ili pak ostale države naslednice bivše SRF Jugoslavije, već je i za celu Evropu period seizmičkih političkih i društveno-ekonomskih promena i rezultirajućih teškoća sa kojima se suočavalo stanovništvo velikog broja zemalja, kako na istoku, tako i zapadu, kako na jugu, tako i na severu kontinenta. Promene su bile naročito naglašene u tzv. zemljama u tranziciji. Pad komunističkih režima, nacionalna ujedinjenja ali i raspad nekoliko federalnih socijalističkih država, mirno i nasilno formiranje novih država, raskidanje starih političkih i vojnih saveza i formiranje novih, tranzicija ka tržišnoj privredi i korenite ekonomske i društvene reforme, ogromno povećanje nezaposlenosti, naglo i veliko osiromašenje najširih slojeva

stanovništva, kolaps sistema javnog zdravstva, sve veće širenje alkoholizma, prisilna preseljavanja, ekonomske migracije s elementima pravog egzodusa, globalna finansijska kriza, ulazak u dugoročnu recesiju, narušeni sistem vrednosti u društvu, ali i mnogo pozitivnih socioekonomskih i političkih transformacija samo su nabrojane najvažnije promene na makro nivou koje su direktno ili indirektno, u manjoj ili većoj meri, uticale na mnoge aspekte života stotine miliona stanovnika Evrope.

Istraživanje suicida u jednom tako turbulentnom razdoblju predstavlja poseban izazov, kako zbog mogućnosti da se taj veliki problem javnog zdravlja sagleda u izuzetnim ekstremnim spoljnim uslovima, ali i zbog realne opasnosti da se donesu ishitreni zaključci o uzrocima ustanovljenih trendova suicida i suicidalnog ponašanja. Stoga je u ovom delu rada dat osvrt samo na kretanje broja i stope suicida u evropskim zemljama u poslednjoj deceniji 20. i prvoj deceniji 21. veka. Posebna pažnja je posvećena bližem evropskom okruženju Srbije, tj. bivšim jugoslovenskim republikama, ostalim balkanskim zemljama kao i drugim zemljama u tranziciji.

Prema raspoloživim zvaničnim statističkim podacima,⁵ u Evropi je 1990. godine ukupno 124.100 lica izvršilo samoubistvo ili 17,2 na 100.000 stanovnika. U mnogim evropskim zemljama, kao i u najvećem broju bivših socijalističkih zemalja, a pre svega u bivšim sovjetskim republikama, to je početak višegodišnjeg, i to intenzivnog povećanja broja suicida, a posebno stope suicida, koje je u nekima nastavljeno tokom čitave poslednje decenije 20. veka. U nekim zemljama, koje su se i ranije odlikovale natprosečnim stopama suicida, vrednosti tog indikatora mortaliteta dostigle su najviši nivo od završetka Drugog svetskog rata (Chesnais, 2003; Pray et al., eds. 2013). U tom pogledu se izdvajaju tri baltičke, bivše sovjetske republike Estonija, Letonija i Litvanija, i Rusija. Stopa samoubistava je u sve četiri zemlje 1990. iznosila nešto preko 26 smrtnih slučajeva na 100.000 stanovnika. Po tome su one bile pri samom vrhu evropske liste zemalja po stopi suicida, na čijem čelu su se izdvajale Mađarska (39,8 na 100,000) i Finska (30,3 na 100,000), zemlje koje su se i u ranijem višedecenijskom periodu odlikovale visokim stopama suicida (Rihmer et al., 2013; Hiltunen et al., 2011)

Iste 1990. godine, najniže stope suicida, su bile u mediteranskim zemljama: Kipar, Albanija, Malta i Grčka (sve sa manje od 4 samoubistva na 100.000 stanovnika), kao i u Makedoniji, Španiji i Italiji, sve tri sa stopama suicida ispod 8 na 100.000.

Srbija je sa 15,9 suicida na 100.000 bila ispod evropskog proseka, ali se nalazila tačno na sredini liste 40 zemalja prema broju samoubistava na 100.000 stanovnika. Stope suicida su u većini ostalih balkanskih zemalja (Rumunija, Bugarska, kao i bivše jugoslovenske republike BiH i Crna Gora) bile niže. Kao izuzetak su se izdvojile Hrvatska (23,9) i Slovenija (27,7) koje su spadale u grupu zemalja s najvećim suicinim mortalitetom (tabela 4.4-36).

⁵ Korišćeni su podaci nacionalnih statističkih organizacija, kao i podaci preuzeti iz baze podataka Evrostata i SZO.

Tabela 4.4-36

Stope samoubistva u Evropi, po grupama zemalja, 1990, 1995, 2000, 2005. i 2010.
(na 100.000)

| Region / Zemlja | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2010 |
|---------------------|------|------|------|------|------|
| Zemlje u tranziciji | | | | | |
| Albanija | ... | 2,8 | 1,9 | ... | 3,4 |
| Belorusija | 20,5 | 31,5 | 34,9 | ... | 26,0 |
| Bosna i Herceg. | 10,3 | ... | 13,4 | 12,2 | 11,5 |
| Bugarska | 15,2 | 17,0 | 16,9 | 12,7 | 11,6 |
| Crna Gora | 12,1 | 16,5 | 18,5 | 19,2 | 25,7 |
| Češka | 19,3 | 16,8 | 16,1 | 15,3 | 14,3 |
| Estonija | 27,3 | 41,4 | 27,0 | 20,2 | 16,6 |
| Hrvatska | 23,9 | 20,1 | 21,1 | 20,3 | 18,1 |
| Letonija | 26,1 | 41,2 | 32,5 | 25,2 | 20,7 |
| Litvanija | 26,2 | 46,7 | 46,6 | 39,7 | 32,9 |
| Mađarska | 39,8 | 32,6 | 32,0 | 26,0 | 24,9 |
| Makedonija | 7,4 | 6,7 | 7,4 | 7,0 | 5,9 |
| Moldavija | 14,8 | 18,2 | 14,9 | 17,6 | 19,0 |
| Poljska | 13,0 | 14,2 | 15,3 | 15,8 | 16,7 |
| Rumunija | 9,0 | 12,3 | 12,6 | 12,2 | 13,7 |
| Rusija | 26,5 | 41,1 | 38,8 | 32,1 | 23,4 |
| Slovačka | 13,7 | 7,7 | 8,5 | 10,7 | 11,3 |
| Slovenija | 27,7 | 28,4 | 29,5 | 25,1 | 20,3 |
| Srbija | 15,9 | 18,3 | 20,1 | 19,4 | 16,6 |
| Ukrajina | 20,7 | 28,6 | 29,8 | 22,6 | 19,9 |
| Južna Evropa | | | | | |
| Grčka | 3,4 | 3,5 | 3,5 | 3,6 | 3,4 |
| Italija | 7,8 | 8,0 | 7,2 | 4,9 | 6,7 |
| Kipar | ... | ... | 1,0 | 2,3 | 4,6 |
| Malta | 2,3 | 4,6 | 6,0 | 4,7 | 7,5 |
| Portugalija | 8,7 | 8,1 | 5,1 | 8,7 | 10,4 |
| Španija | 7,6 | 8,0 | 8,4 | 7,8 | 6,8 |
| Zapadna Evropa | | | | | |
| Austrija | 23,8 | 22,5 | 19,8 | 17,0 | 15,1 |
| Belgija | 19,0 | 21,3 | ... | 19,4 | 18,4 |
| Francuska | 20,1 | 20,4 | 18,4 | 17,5 | 16,4 |
| Holandija | 9,7 | 9,8 | 9,4 | 9,6 | 9,7 |
| Irska | 9,5 | 11,2 | 12,2 | 10,8 | 10,7 |
| Luksemburg | 17,8 | 15,4 | 14,2 | 10,5 | 10,7 |
| Nemačka | 17,5 | 15,8 | 13,5 | 12,5 | 12,3 |
| Švajcarska | 21,9 | 20,2 | 19,2 | 17,5 | 12,9 |
| Velika Britanija | 8,1 | 7,4 | 7,3 | 6,7 | 6,7 |
| Severna Evropa | | | | | |
| Danska | 24,1 | 17,7 | 13,6 | 11,6 | 10,1 |
| Finska | 30,3 | 27,2 | 22,5 | 18,9 | 17,8 |
| Island | 15,7 | 10,1 | 17,8 | 11,1 | 11,6 |
| Norveška | 15,5 | 12,6 | 12,0 | 11,5 | 11,2 |
| Švedska | 17,2 | 15,3 | 12,7 | 13,5 | 12,2 |

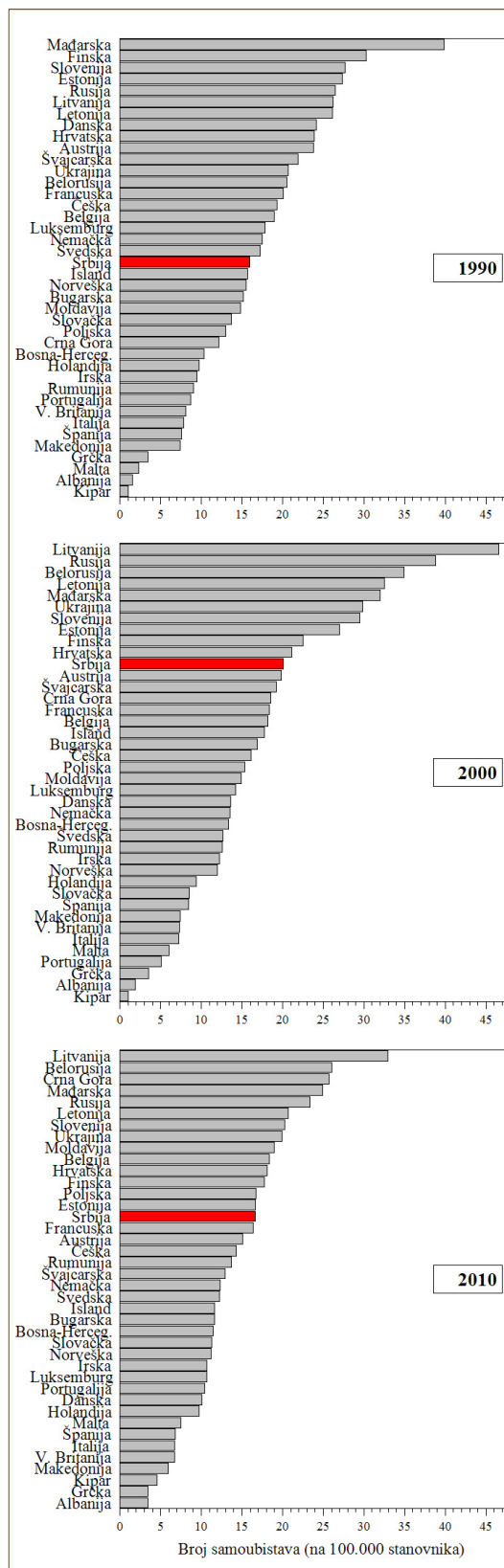
Izvor: Izračunato na osnovu podataka Evrostat, SZO i nacionalnih statističkih organizacija

U Evropi je prva polovina 1990-ih bila razdoblje vrlo divergentnih kretanja suicidalnog mortaliteta po zemljama. S jedne strane je većina zemalja u tranziciji u kojima je došlo do intenzivnog povećanja stope suicida, koje su u nekim zemljama (spomenute tri baltičke države i Rusija) rezultirale njenim rekordno visokim nivoom (preko 40 na 100.000). S druge strane je većina zemalja severne i zapadne Evrope u kojima je došlo do smanjenja stope suicida. Istovremeno, u zemljama južne Evrope nije bilo bitnijih promena u kretanju broja suicida. Takva divergentna kretanja su na nivou cele Evrope doprinela produbljivanju razlika u visini suicidalnog mortaliteta po zemljama.

Što se tiče Srbije, tokom prve polovine 1990-ih promene su bile u skladu s trendovima u većini ostalih bivših komunističkih zemalja. Broj i stopa su dostigli maksimalne nivoe, a ona se svrstala u grupu zemalja s natprosečnom stopom suicida.

Druga polovina 1990-ih je za većinu zemalja predstavljala period opadanja suicidalnog mortaliteta. To je slučaj sa zemljama u tranziciji s najvišim stopama suicida (posebno u Estoniji i Letoniji), ali i u onim s umereno visokim stopama suicida. U većini zemalja iz ostalih delova Evrope nastavljeno je opadanje stope suicida. Ono je naročito intenzivno bilo u skandinavskim zemljama (tabela 4.4-36)

Ipak, smanjenje broja suicida na 100.000 stanovnika nije moglo da poništi efekte ranijeg povećanja suicidalnog mortaliteta, tako da je u 2000. godini u Evropi bilo 145 hiljada samoubistava, ili za oko 20.000 više nego 1990. godine.



Grafikon 4.4-20.
Stope suicida u evropskim zemljama,
1990, 2000. i 2010.

Srbija je spadala u grupu zemalja u kojima je poslednje godine 20. veka, stopa suicida bila veća nego sredinom 1990-ih. Ona je sa 20,1 samoubistava na 100.000 stanovnika bili približna procenjenoj prosečnoj stopi suicida za Evropu (19,9 na 100.000), ali je Srbija te godine imala znatno goru poziciju u odnosu na 1990. (sa 20. dospela je na 10. mesto u Evropi). U istom smeru su se odvijale i promene u gotovo svim ostalim balkanskim zemljama. Najveće povećanje stope suicida je Crnoj Gori. Slovenija i Hrvatska su zadržale visoke pozicije na listi zemalja prema stopi smrtnosti. Istovremeno, Albanija i Grčka, takođe dve balkanske zemlje, su održale izuzetno niske stope suicida (1,9 na 100.000 u Albaniji, i 3,5 na 100.000 u Grčkoj).

I kao što su za većinu evropskih zemalja, a posebno za bivše komunističke zemlje, 1990-te bile godine intenzivnog povećanja suicidalnog mortaliteta, 2000-te su uglavnom bile godine smanjenja suicida. Čini se da je time Evropa postala predvodnik trenda smanjenja broja samoubistava koji je krajem prve decenije 21. veka prisutan i na globalnom nivou (Bertolote, De Leo, 2012). Ukupan broj suicida je 2010. godine sveden na 110 hiljada, što je za 35 hiljada manje nego 2000. odnosno 14 hiljada manje nego 1990. godine. Smanjenja su ostvarena u svim grupama zemalja, s tim što je smanjenje godišnjeg broja suicida kao i stopa suicida bilo najveće u zemljama u tranziciji (bivšim socijalističkim zemljama). U celini posmatrano, u 2000. godini u tim zemljama bilo je ukupno 98 hiljada samoubistava, da bi u 2010. godini broj suicida bio sveden na 65 hiljada. Tako veliko smanjenje broja samoubistava je u najvećoj meri rezultat naglog i vrlo intenzivnog smanjenja broja suicida u Rusiji, i to sa 56,9 hiljada u 2000, na 46,1 hiljadu u 2005. i 33,5 hiljada u 2010. godini (Demographic Yearbook of Russia 2014). Istovremeno, u ostalim zemljama Evrope smanjenje je bilo znatno umerenije (sa 47 hiljada na 45 hiljada).

U 2010. godini na vrhu liste su i da dalje tzv. zemlje u tranziciji, sa Litvanijom na čelu (sa svega 32,9 samoubistava na 100.000). Ta zemlja je i 2000. godine imala najvišu stopu suicida, ali je tada ona iznosila čak 46,6 na 100.000. Posebnu pažnju privlači Crna Gora u kojoj je nastavljeno kontinuirano povećanje stope suicida, i koja je 2010. godine sa 25,7 samoubistava na 100.000 stanovnika dospela na treće mesto u Evropi, odmah iza Litvanije i Belorusije (grafikon 4.4-20, tabela 4.4-36). Promena nije bilo ni na začelju. Najniže stope suicida su u Albaniji, Grčkoj i Kipru (ispod 5 na 100.000), a zatim u Makedoniji (5,9 na 100.000).

I u Srbiji je smanjenje broja suicida bilo intenzivno, ali sporije od evropskog proseka, a posebno od proseka za zemlje u tranziciji. Ipak, Srbija je prema stopi suicida poboljšala svoje mesto na listi zemalja (sa 11. u 2000. na 15. u 2010. godini – grafikon 4.4-20).

ZAKLJUČAK

U uvodnom delu doktorske disertacije definisane su polazne hipoteze i one su potvrđene sprovedenom analizom. U disertaciji je takođe ukazano i na neophodnost boljeg poznavanja suicidnog mortaliteta, poboljšanja kvaliteta i obogaćivanja sadržaja statističkih istraživanja o smrtnosti usled samoubistva, kao i potreba dodatnog angažovanja u domenu prevencije suicida u Srbiji.

Ponudeno je više dokaza koji idu u prilog prvoj hipotezi koja tvrdi da među licima koja su izvršila samoubistvo postoji naglašena diferenciranost po polu, kako u pogledu učestalosti, tako i pogledu brojnih karakteristika suicidnog mortaliteta. U prvoj glavi dat je pregled literature koja pokazuje da polne razlike postoje u svim zemljama, kao i prikaz mogućih objašnjenja razloga tih razlika. Ukazano je na tradicionalna uverenja i kulturom definisane rodne uloge koje doprinose različitim suicidnim ponašanjima, na različite osobine i ponašanja koja predstavljaju faktore rizika odnosno zaštite među muškarcima i ženama. Sagledavanju polnih razlika po zemljama i velikim područjima u radu je posvećeno posebno potpoglavlje treće glave. Najvažnije, analiza u radu je potvrdila da u Srbiji postoji naglašena diferenciranost po polu. Po tome se Srbija ne razlikuje od ogromne većine zemalja u Evropi i svetu u kojima su među licima koja su izvršila samoubistvo muškarci brojniji.

U celom analiziranom periodu od 1950. do 2014. godine među licima koja su izvršila samoubistvo u Srbiji znatno je više muškaraca nego žena. Posmatrano razdoblje podeljeno je na dva potperioda. U prvom, od 1950. do 1990. godine, od ukupnog broja samoubistava dve trećine (67 %) su samoubistva muškaraca, i u većini godina muškarci su bili barem dvostruko brojniji od žena, prosečna vrednost koeficijenta maskuliniteta suicida iznosila je 2010,1. Smer promene broja suicida najčešće je bio identičan za oba pola, a apsolutna razlika u indeksu rasta uglavnom nije bila bitnije naglašena. Uočava se i povećanje udela muškaraca u ukupnom broju suicida. Od prve do poslednje godine analiziranog perioda, koeficijent maskuliniteta umrlih usled samoubistva je povećan sa 1907 (u 1950. god.) na 2085 (1990), a udeo muškaraca u ukupnom broju suicida sa 65,6 % na 67,6 %. Razlike po polu su još izraženije kada se porede vrednosti opštih stopa suicida, što je neposredno uslovljeno većim brojem žena u ukupnom stanovništvu Srbije. Stopa samoubistva muškaraca se, u periodu 1950-1990 kretala u intervalu od 13,1 (1951) do 20,4 (1987), a kod žena između 7,1 (1951) i 10,0 (1982). To znači da je najviša izračunata godišnja vrednost stope samoubistva žena bila dvostruko niža od najviše stope suicida muškaraca, a maksimalna stopa suicida ženskog stanovništva bila je niža od minimalne godišnje stope za muško stanovništvo. Broj samoubistava je početne godine posmatranog razdoblja (1950) kod

muškaraca iznosio 15,1 a kod žena 7,5 na 100.000 stanovnika istog pola. U 1990. vrednosti su bile veće kod oba pola (za muškarce 17,6, a za žene 8,3 na 100.000). Povećanje je umereno, ali je i apsolutno i relativno veće kod muškog nego kod ženskog stanovništva.

U drugom posmatranom potperiodu 1990-2014, diferenciranost u pogledu polne strukture lica koja su izvršila samoubistvo povećana je u odnosu na prethodni period, od ukupnog broja samoubistava 70,7 % su izvršili muškarci, a 29,3 % žene. I u razdoblju 1990-2014, promene su se odvijale u smeru smanjenja broja samoubistava kod oba pola. Međutim, ono je bilo mnogo intenzivnije među ženama nego među muškarcima, što je rezultiralo sve većim disproporcijama u procentnim udelima suicida po polu. U skoro svakom narednom petogodišnjem potperiodu, procentna zastupljenost muškaraca u ukupnom broju samoubistava bila je sve veća. Bila je najmanja početkom (66,2 % u 1993), a najveća na samom kraju posmatranog perioda (75,6 % u 2014).

Ostvarene promene u polnoj strukturi umrlih usled samoubistva ukazuju da je, u poslednjih četvrt veka, udeo muškaraca bio najmanji u vreme najvećeg broja suicida, a udeo žena najmanji u vreme najmanjeg broja samoubistava. Iako je opadajući trend broja suicida prisutan kako kod muškaraca, tako i kod žena, smanjenje je bilo mnogo intenzivnije kod žena. Prosečan godišnji broj samoubistava muškaraca u periodu 2010-2014. bio za 11 % manji nego u 1990-1994, dok je broj suicida žena bio manji za 37 %. Ne samo da je procentno smanjenje broja suicida naglašeno različito po polu, već je u poslednjem petogodišnjem razdoblju apsolutno smanjenje prosečnog godišnjeg broja suicida muškaraca u odnosu na 1990-1994. bilo manje (115) od smanjenja broja suicida žena (179).

Sinhronizovanost smera promene broja suicida po polu još je vidljivija po godinama, i najčešće, kada se broj samoubistava muškaraca smanjivao u odnosu na prethodnu godinu, i broj suicida žena se takođe smanjivao. I obrnuto, povećanje broja samoubistava muškaraca bilo je uglavnom praćeno i povećanjem suicida žena. Kada su promene broja suicida muškaraca i žena bile istosmerne, one su uglavnom bile intenzivnije kod žena. Naime, kada se broj suicida povećavao, procentna promena bila je veća kod žena nego kod muškaraca, a u godinama kada se broj suicida opadao, smanjenje je bilo relativno brže kod žena nego kod muškaraca. Takve relacije su očekivane s obzirom da je u razdoblju 1990-2014 broj samoubistava žena bio dva do tri puta manji od broja suicida muškaraca.

Brojčana dominacija ženskog stanovništva ukazuje da su stvarne razlike u suicidalnom mortalitetu muškog i ženskog stanovništva još naglašenije nego što se to može zaključiti na osnovu broja samoubistava muškaraca i žena. Razlike po polu su i u periodu 1990-2014 naglašenije kada se porede opšte stope suicida. Naime, broj samoubistava muškaraca na 100.000 stanovnika muškog pola kretao u intervalu od 21,7 do 29,3, dok je kod žena bio znatno niži, u intervalu od maksimalnih 13,7 do minimalnih 7,6 smrtnih slučajeva usled samoubistva na 100.000 žena. To znači da je i u tom 25-godišnjem razdoblju, kao i u prethodnom potperiodu (1953-1990)

maksimalna godišnja stopa suicida žena bila niža od minimalne stope suicida muškaraca.

Maksimalna stopa suicida je i kod žena registrovana tokom 1990-ih, ali je za razliku od muškaraca, to bilo u prvoj polovini te dekade (1993). Suprotno, minimalna stopa suicida je za žensko stanovništvo dostignuta poslednje godine posmatranog perioda (2014), a ne prve godine (1990), kao što je to bio slučaj kod muškaraca. Najmanja relativna razlika u nivou stope suicida ostvarena je 1993, tj. u godini maksimalne stope suicida žena (odnos je bio 2,04:1,00), a najveća 2014. godine, tj. u godini minimalne stope suicida žena (odnos je bio 3,26:1,00). I to je jedan od pokazatelja da je u periodu 1990-2014, i pored, uglavnom, istovetnog smera promena vrednosti godišnjih stopa suicida muškaraca i žena, bilo prisutno povećanje rodne diferenciranosti u pogledu nivoa suicidnog mortaliteta stanovništva Srbije.

Procentno učešće samoubistava u ukupnoj smrtnosti kod muškaraca kretalo se u intervalu od 1,68 % (2014. godine) do 2,20 (1992). Kod žena su istih godina dostignuti minimalni i maksimalni procentni udeli suicida u ukupnoj smrtnosti, ali su udeli bili znatno manji (0,55 % u 2014. i 1,23 % u 1992. godini). Takve promene potvrđuju postojanje usklađenosti u smeru promene suicidnog mortaliteta muškog i ženskog stanovništva, ali i konstataciju o povećanju rodne diferenciranosti koja je poslednjih decenija prisutna u Srbiji u pogledu intenziteta smanjenja broja suicida. Naime, u godini najvećih procentnih učešća suicida u ukupnom mortalitetu muškog i ženskog stanovništva, razlika u zastupljenosti tog uzroka smrti kod muškaraca i žena bila je najmanja (79 % u 1992), da bi 2010-ih godina ta razlika bila stalno rastuća, dostižući maksimum u godini najmanjeg udela suicida u ukupnoj smrtnosti (odnos od 3:1 u 2014. godini).

Dalje u radu, polnim razlikama posvećeno je još pažnje. U dokazu hipoteze broj tri, četiri i pet govori se o naglašenoj diferenciranosti po polu koja postoji i u pogledu bračne i obrazovne strukture lica koja su izvršila samoubistvo, kao i najčešćeg načina izvršenje samoubistva. Takođe, u drugoj hipotezi ukazuje se i na starosne modele muškog i ženskog suicidnog mortaliteta po zemljama.

Druga hipoteza, po kojoj postoji više različitih starosnih modela muškog i ženskog suicidnog mortaliteta po zemljama, takođe je potvrđena u radu. Jedna od osnovnih zakonitosti koja je utvrđena prilikom analize samoubistava odnosi se na dominaciju suicida među starima, i to pre svega među starima muškog pola, i to važi za veliku većinu zemalja sveta. Na osnovu rezultata najnovijih procena SZO, u 2012. godini približno svako sedmo samoubistvo (14 % svih suicida) izvršilo je lice staro 70 ili više godina. Udeo starih u ukupnom broju suicida je relativno nizak prevenstveno zbog starosne strukture ukupnog stanovništva (udeo stanovništva te starosti procenjen je na 5,2 %). Međutim, stopa suicida je najveća upravo među licima starim 70 ili više godina (30 na 100.000) i za četiri petine je viša od stope suicida u starosnoj grupi 50-69 godina. Inače, na svetskom nivou, osim kod marginalnih starosnih grupa (70 ili više i deca mlađa od 15 godina), stope suicida središnjih velikih starosnih grupa (15-29, 30-49, 50-69 godina) su prilično ujednačene. Vrednosti se nalaze u intervalu od

12,7 na 100.000 (za stare 30-49 godina), do 16,6 na 100.000 (50-69). Ipak, u pogledu nivoa stopa suicida po velikim starosnim grupama ne postoji jasno uzlazno kretanje s povećanjem starosti. Naime, broj suicida na 100.000 stanovnika veći je u starosnoj grupi 15-29 nego kod starih 30-49 godina. U 2012. godini ta razlika je mala (13,6 prema 12,7 na 100.000), ali ukazuje na relativno veliku rasprostranjenost suicida među mladima.

Posmatrano po zemljama sveta, u ogromnoj većini zemalja-članica SZO (136 od 172) najveće stope suicida su među stanovništvom starim 70 ili više godina. A među njima, u većini (63) vrednosti stope suicida se, bez izuzetka, povećavaju sa starošću. U 43 zemlje redosled vrednosti stopa suicida po starosti je identičan svetskom proseku, što znači da je broj samoubistava na 100.000 stanovnika starih 15-29 godina veći nego kod lica starih 30-49 godina. Među zemljama koje se odlikuju takvim rastućim tipom starosnog modela suicida, brojne su i zemlje s najvećim brojem odnosno najvišim stopama suicida. Pre svih, to su Kina, obe Koreje, zatim Francuska i Nemačka, ali i Mađarska i Šri Lanka koje su takođe u samom svetskom vrhu prema visini stope suicida. U Evropi, većina zemalja se upravo odlikuje smrtnošću usled suicida koja se povećava sa starošću. U tu grupu spada i Srbija, kao i sve ostale bivše jugoslovenske republike.

Grupa od 63 zemlje kod kojih se stopa suicida povećava sa starošću nije homogena u pogledu starosnog modela smrtnosti usled samoubistva. Postoje zemlje, među kojima je i Srbija, u kojima se povećanje stope suicida odvija relativno ravnomerno s povećanjem starosti. Ali, ima i zemalja u kojima su male razlike u visini stope suicida po starosnim grupama, a posebno između stope suicida starih (70 ili više godina) i starijeg sredovečnog stanovništva (50-69 godina).

Među zemljama u kojima maksimalna stopa suicida nije u starosnoj grupi 70 ili više godina (36 zemalja) najbrojnije su one sa najviše samoubistava među stanovništvom starim 50-69 godina. Takvih je ukupno 17 zemalja, među kojima su SAD, Kanada, Japan, kao i 12 evropskih država. Za te zemlje karakteristična je relativna ujednačenost vrednosti stope suicida u starosnim grupama 30-49, 50-69 i 70 ili više godina. Nije mali ni broj zemalja u kojima se i vrednosti stope suicida starih 15-29 godina bitnije ne razlikuju od stopa sredovečnog i starog stanovništva.

U najmanjem broju zemalja, stopa suicida dostiže maksimum u starosnoj grupi 15-29. Radi se o svega 6 zemalja (3 su južnoameričke, dve azijske i jedna afrička). Posebnu pažnju u ovoj malobrojnoj grupi privlači Indija, zemlja s najvećim brojem samoubistava (258 hiljada ili svako treće samoubistvo u svetu), i sa stopom suicida koja je gotovo dvostruko veća od svetskog proseka (20,9 prema 11,3 na 100.000). Ujedno, u Indiji, ne samo da je stopa suicida mladih veća nego stope ostalih starosnih grupa, nego je sa 35,5 samoubistava na 100.000 stanovnika uzrasta 15-29 godina ona najveća na svetu, i bezmalo 5 puta veća od proseka za sve ostale zemlje. Takav starosni model suicida stanovništva Indije je specifičan, a veliki je i njegov uticaj na stope suicida po starosti koje su aktuelno dostignute na globalnom nivou.

Razlike između muškog i ženskog stanovništva u nivou suicida su prisutne i kada se posmatraju specifične stope suicida po starosti. Na svetskom nivou one se ogledaju u razlikama u broju samoubistava, njihovoj distribuciji po starosti, kao i po vrednostima opšte i specifičnih stopa suicida muškaraca i žena po starosti. Prema poslednjim procenama SZO, u 2012. godini od ukupno 798 hiljada samoubistava, 513 hiljada su izvršili muškarci, a 285 hiljada žene. I stopa na 100.000 stanovnika mnogo je viša za muško stanovništvo (14,5 prema 8,2). Takođe, posmatrano i po starosti, stope su veće kod muških. Vrednosti specifičnih stopa suicida su jednake jedino kod najmlađih (deca uzrasta 5-14 godina). Kod mladih (15-29 godina) stope su veće kod muškog stanovništva (15,7 prema 11,4 na 100.000). Isto je i kod stanovništva starijeg od 30 godina, jedino što su razlike znatno izraženije – stope suicida muškog stanovništva su najmanje dvostruko veće nego za žensko (tabela 3.2-1).

I starosni model smrtnosti usled suicida se razlikuje po polu. Kod muškog stanovništva stope suicida se povećavaju sa starošću, najmanje su među najmlađima (1,2 na 100.000), a najveće kod starih 70 ili više godina (42,7 na 100.000). I kod ženskog stanovništva su minimalne stope kod najmlađih, a maksimalne kod najstarijih, s tim što je interval varijacije dvostruko manji. Međutim, kod žena promene sa starošću nisu uvek uzlazne kao kod muškaraca. Stope suicida mladih žena uzrasta 15-29 su veće nego kod petogodišnjih grupa 30-49 i 50-69 godina. Među ženama, najveći udeo samoubistava je, takođe, u starosnoj grupi 15-29 godina (35 %), dok je među muškarcima najveći udeo umrlih usled samoubistva bio u starosti 30-49 godina (33 %).

U ogromnoj većini zemalja stope suicida su za oba pola najveće kod najstarijih, s tim što je ta pojava izraženija kod muškog (u 144 od 172), nego kod ženskog stanovništva (125/172). Naime, u čak 80 zemalja stopa suicida muškog stanovništva se povećava sa starošću, dok je kod ženskog stanovništva to slučaj u samo 43 zemlje. Kod ženskog stanovništva, u najvećem broju zemalja (62), posle najstarije starosne grupe (70+), stope suicida su najveće u starosnoj grupi 50-69, a zatim kod mladih (15-29). Takav starosni model smrtnosti žena usled suicida imaju npr. Bangladeš, Pakistan i Severna Koreja.

U Indiji, starosni modeli smrtnosti usled samoubistva se prilično razlikuju u odnosu na najveći broj zemalja sveta, a to važi kako za muškarce, tako i za žene. Kod muškog stanovništva najveće stope suicida su u starosnoj grupi 30-49 godina, zatim kod mladih (15-29), a na kraju kod najstarijih. Ako se izuzmu deca (5-14), stope suicida stanovništva ostale četiri starosne grupe su prilično ujednačene (od 29 do 38 na 100.000). Kod žena je starosni model suicida nešto drugačiji. Stopa suicida je najveća među mladima uzrasta 15-29 godina (36 na 100.000), dok je kod ostalih starosnih grupa ona znatno manja (17 na 100.000 kod žena starih 30-49, i po 11 na 100.000 kod preostale dve najstarije starosne grupe). Zbog tako visoke stope suicida indijskih žena starih 15-29 godina, i na svetskom nivou najveći broj žena koje su izvršile samoubistvo upravo je uzrasta 15-29 godina (ukupno 99 hiljada, a od toga su 58 hiljada bile Indijke).

U Kini je starosni model suicida za oba pola "pravilan", odnosno stope suicida se povećavaju sa starošću, a vrednost maksimalnih stopa (u starosti preko 70 godina) su izrazito veće nego kod stanovništva ostalih starosnih grupa.

U radu je zaključeno da se u različitim modelima samoubistva u svetu ogleda sva složenost uzroka suicida i suicidalnog ponašanja, i da se o njima ne može zaključivati samo iz jedne perspektive, pa ni evropske ili zapadne perspektive. Takođe, da prilikom tumačenja rezultata uvek treba imati u vidu veliki značaj koji mogu da imaju kvalitet i obuhvat podataka o samoubistvima u nekoj sredini, o čemu je detaljnije bilo reči u prvom poglavlju treće glave koja je posvećena savremenim trendovima suicida u Evropi i svetu.

U doktorskoj disertaciji je analizom potvrđena i treća hipoteza, po kojoj u Srbiji postoje izrazite razlike u nivou stopa smrtnosti usled samoubistva po bračnosti. To je u skladu sa nalazima brojnih autora iz različitih sredina da je rizik od samoubistva manji kod lica u braku nego lica koja nisu u braku. Socijalne mreže podrške, a među njima partnerske i bračne, predstavljaju jedan od osnovnih činilaca očuvanja mentalnog zdravlja, a samim tim i smanjenja rizika od samoubistva ili suicidalnog ponašanja. U glavi jedan dat je detaljan pregled literature koja se bavi razlikama u suicidalnom ponašanju u vezi sa bračnom strukturom, i mogućim objašnjenjima faktora rizika i zaštite za samoubistvo povezanih sa ovom vrstom socijalnih odnosa.

U radu je naglašeno da konstatacija o manjem riziku od samoubistva lica koja su u bračnoj zajednici ne implicira i da je među licima koja su izvršila samoubistvo najmanje onih koji su u braku. Naime, bitno drugačija starosna i polna struktura pojedinih populacionih kontingenata prema bračnom stanju neposredno utiče i na distribuciju umrlih usled samoubistva po bračnosti, što je u neposrednoj vezi s diferenciranošću suicidalnog mortaliteta po starosti i polu. To potvrđuju i višedecenijske serije podataka vitalne statistike Srbije koji se odnose na bračnu strukturu lica koja su izvršila samoubistvo.

Analiza podataka za tri trogodišnja razdoblja oko popisnih godina (1991, 2002. i 2011) pokazala je da su među licima koja su izvršila samoubistvo najbrojnija bila ona koja su u trenutku smrti bila u braku. Početkom perioda, ona su predstavljala više od polovine svih samoubistava lica starih 15 ili više godina. U narednim godinama, njihov udeo sveden je na manje od 50 %, ali je njihovo procentno učešće u ukupnom broju samoubistava i dalje bilo ubedljivo najveće. Udeo samoubistava ostalih kategorija bračnosti je mnogo manji, ali sve tri grupe uglavnom su imale rastući udeo u ukupnom broju suicida. To se posebno odnosi na učešće samoubistava celibatera, a naročito razvedenih lica koja predstavljaju jedinu grupu po bračnosti čiji je broj smrtnih slučajeva u svakom narednom trogodišnjem razdoblju bio veći nego u prethodnom.

U Srbiji postoji naglašena diferenciranost po polu i u pogledu bračne strukture lica koja su izvršila samoubistvo. Među muškarcima najviše je bilo lica koja su u trenutku smrti bila u braku, i to u sva tri posmatrana trogodišnja razdoblja, s udelima koji su se

kretali u intervalu od 61 do 50 %. I među ženama koje su izvršile samoubistvo visoko je učešće udatih, ali je ono bilo opadajuće i s maksimalnim udelima u prva dva posmatrana trogodišnja razdoblja. Procentni udeli udatih žena u ukupnom broju suicida bili su znatno manji od udela oženjenih, ali i sa mnogo manjom razlikom u odnosu na udele obudovelih u ukupnom broju suicida žena. U poslednjem trogodišnjem razdoblju među ženama koje su izvršile samoubistvo najbrojnije su postale udovice, sa učešćem od 41 % svih samoubistava žena. Promene koje su evidentirane u narednim godinama nastavile su da se odvijaju u istom smeru, i to za oba pola, tako da se u narednim godinama mogu očekivati još veće razlike u udelima obudovelih u ukupnom broju suicida muškaraca i žena. U 2014. godini učešće obudovelih u ukupnom broju samoubistava muškaraca i žena je 16,4 % i 41,9 %.

Opšta stopa samoubistva po bračnosti je najmanja kod celibatera, i to za oba pola. Istovremeno, u sva tri trogodišnja razdoblja ubedljivo najveće vrednosti tog pokazatelja su u grupi obudovelih. Stope suicida neoženjenih su se kretale između 20 i 25 umrlih na 100.000, dok su stope suicida neudatih bile više nego dvostruko niže (sa 10 na 100.000 u 1990-1992. dostigle su nivo od ispod 6 umrlih na 100.000 u razdoblju 2010-2012). Stope samoubistva obudovelih su bile nekoliko puta veće, ali opadajuće. Za udovice one su stalno iznosile preko 100 na 100.000 stanovnika. Za udovice vrednosti su bile nekoliko puta niže i takođe stalno opadajuće (od 37 do 22 na 100.000 udovica).

Nalaz da je od ukupnog broja samoubistava najviše onih koja su izvršila lica koja su bila oženjena odnosno udata, kao i da su najmanje stope suicida celibatera, na prvi pogled je u suprotnosti s nalazima o zaštitnoj funkciji braka odnosno o većem relativnom riziku od samoubistva lica koja nisu u braku. Međutim, takva struktura samoubistava po bračnom stanju umrlih lica, kao i konkretne vrednosti stope suicida za kontingente stanovništva po bračnosti samo su delimično uslovljene dostignutim nivoom suicidnog mortaliteta odgovarajućih populacionih grupa po starosti i polu, tj. vrednošću njihovih specifičnih stopa smrtnosti. Dodatno, broj samoubistava i stopa na 100.000 stanovnika istog bračnog stanja, kao i struktura ukupnog broja suicida prema bračnom stranju u momentu smrti, neposredno je određena strukturom ukupnog stanovništva po bračnosti, zatim razlikama koje postoje u bračnoj strukturi muškaraca i žena, kao i bitno diferenciranom bračnom strukturom stanovništva po starosti.

Najvažnije objašnjenje za maksimalno procentno učešće oženjenih/udatih u ukupnom broju suicida je to što su prema rezultatima sva tri popisa koji su u Srbiji sprovedeni u posmatranom 25-godišnjem periodu, lica u braku predstavljala više od polovine ukupnog stanovništva starijeg od 15 godina, s udelima koji se kretali od 68 % (1991) do 55 % (2011). Objašnjenje minimalnih vrednosti stope suicida izračunatih za celibatere (neoženjeni/neudate) nalazi se najpre u mnogo mlađoj starosnoj strukturi tog stanovništva nego stanovništva drugačijeg bračnog stanja (lica u braku, razvedena ili obudovela). Tako su, npr. u 2011. godini, više od četiri petine neoženjenih/neudatih bila lica mlađa od 40 godina, a njihova prosečna starost od 30 godina bila je za preko 20 godina manja od prosečne starosti lica u braku ili razvedenih, i za preko 40 godina manja od prosečne starosti obudovelih.

Još bolji uvid u diferenciranost suicidnog mortaliteta prema bračnom stanju umrlih pruža razmatranje razlika u visini specifičnih stopa suicidnog mortaliteta po bračnim kontingentima, i to za svaki pol posebno. Ipak, prilikom donošenja opštih zaključaka treba biti obazriv, posebno zbog malog broja stanovnika pojedinih kontingenata prema bračnosti, naročito u marginalnim starosnim grupama (15-24 i 75 ili više godina), pa su stoga i vrednosti tog pokazatelja suicidnog mortaliteta računane kao godišnji proseci za trogodišnje periode oko popisnih godina.

Kod muškaraca su, posmatrano po starosti, najmanje vrednosti specifičnih stopa samoubistva kod oženjenih. Za ostale grupe prema bračnosti, specifične stope suicida su veće, a apsolutne razlike u odnosu na stope za lica u braku uglavnom rastuće sa starošću, što posebno važi za grupe udovaca i razvedenih. Te dve grupe po bračnosti se uglavnom izdvajaju po najvišim specifičnim stopama smrtnosti usled samoubistva, i to, gotovo po pravilu, u svim starostima.

Kod žena su vrednosti, ali i odnosi specifičnih stopa suicidnog mortaliteta po bračnom stanju bitno drugačije nego kod muškaraca. I kod žena, specifične stope suicida su najniže u grupi udatih, i to, uz nekoliko izuzetaka, za sve starosti i u sva tri trogodišnja razdoblja. Za većinu starosnih grupa, posebno ako se izdvoje one s manje od 5000 stanovnika, stope suicida su najveće za grupu neudatih žena. Ipak, razlike u vrednostima specifičnih stopa suicida udatih žena i stopa suicida žena iz ostalih grupa po bračnosti nisu previše naglašene.

I u pogledu smrtnosti po starosti, s obzirom na bračno stanje lica koje je izvršilo samoubistvo, postoji primetna diferenciranost po polu. Najpre, to se tiče vrednosti specifičnih stopa suicida koje su kod muškaraca znatno veće, i to za sve četiri grupe po bračnosti. Razlike između specifičnih stopa suicida lica u braku i onih koja u vreme smrti nisu bila u braku (celibateri, obudoveli, razvedeni) mnogo su naglašenije među muškarcima nego među ženama.

Do sličnih relacija se došlo i izračunavanjem standardizovanih stopa suicida muškog i ženskog stanovništva prema bračnom stanju, koje su u sva tri razdoblja imale najniže vrednosti za lica u braku, i to kako za muškarce, tako i za žene. Zatim, za muškarce su najveće standardizovane stope suicida izračunate za udovce i razvedene, ali su razlike u odnosu na visinu stope oženjenih mnogo manje nego što je to slučaj razlikama u vrednostima stvarnih stopa suicida. Kod žena su u dva od tri razdoblja maksimalne vrednosti standardizovane stope suicida dobijene za grupu neudatih. To je gotovo dijametralno različito u odnosu na vrednosti stvarnih stopa suicida koje su za žene bile najmanje upravo za one iz grupe neudatih, a najveće za grupu obudovelih.

U disertaciji je dokazana i tvrdnja četvrte hipoteze da sociokulturni faktori, kao što su školska sprema i etnička pripadnost imaju veliki značaj na nivo smrtnosti usled samoubistva, a bolji socioekonomski status smanjuje rizik od samoubistva. Posmatrane su dve varijable, školska sprema kao pokazatelj, ali i odrednica socioekonomskog statusa, i nacionalna pripadnost, kao paradigma sociokulturnih uticaja. U prilog ovoj hipotezi idu i brojna istraživanja iz drugih zemalja, o čemu je

bilo reči u prvoj glavi. Potvrđeno je da se, bez obzira na sve razlike koje među zemljama postoje, s boljim socioekonomskim uslovima smanjuje i rizik od samoubistva, što naročito važi za muškarce, i da sociokulturni faktori u velikoj meri određuju broj i stope samoubistva u nekoj zemlji.

Rezultati istraživanja su pokazali da je i u Srbiji jedna od najočiglednijih korelacionih veza ustanovljena između nivoa stope samoubistava i nivoa obrazovanja. Vrednosti prosečne godišnje stope samoubistava za trogodišnje periode oko popisa stanovništva iz 1991, 2002. i 2011. godine jasno ukazuju da rasprostranjenost samoubistava opada sa povećanjem školske spreme, što važi za oba pola. Najveći broj samoubistava su izvršila lica najnižeg obrazovanja (sa završenom osnovnom školom ili bez nje), a najmanje lica sa višom ili visokom školskom spremom. Početkom 1990-ih, preko 70 % svih samoubistava u Srbiji su bila samoubistva lica s najnižim obrazovanjem ili bez škole, dok je tek svako dvadeseto izvršilo lice sa višom ili visokom školom. Vremenom, broj samoubistava najmanje obrazovanih lica se naglo smanjivao, dok se broj samoubistava lica sa sekundarnim ili tercijarnim obrazovanjem povećavao. Posebno je bilo intenzivno povećanje broja samoubistava lica sa srednjom školskom spremom (za preko 60 %). Udeo samoubistava lica sa najviše završenom osnovnom školom sveden je na 50 %, dok je udeo samoubistava lica sa srednjom školskom spremom dostigao 43 % svih samoubistava. Najmanje promene su evidentirane u procentnom učešću samoubistava najobrazovanijih, koje je tokom čitavog razdoblja ostalo na nivou relativno niskom nivou od 7 %.

Kod oba pola redosled u pogledu brojnosti samoubistava po školskoj spremi umrlog lica je isti. To važi i za smer promena broja i udela samoubistava po obrazovnim grupama muškaraca i žena - broj samoubistava neobrazovanih, kao i njihovo procentno učešće u ukupnom broju suicida istog pola su kontinuirano opadali. Ipak, naglašena razlika po polu je ustanovljena u pogledu obrazovne strukture umrlih usled samoubistva. Kod muškaraca je udeo samoubistava najmanje obrazovanih znatno veći nego kod žena, ali je i njegovo smanjenje bilo intenzivnije. Broj i udeo samoubistava lica sa srednjom školskom spremom u ukupnim samoubistvima muškaraca i žena ubrzano je povećavan. U razdoblju 2010-2012. samoubistva lica sa srednjom školskom spremom su postala najbrojnija među muškarcima sa 47,5 % svih samoubistava. U istom razdoblju učešće samoubistava žena sa srednjom školom je udvostručeno (sa 15 % u 1990-1992. na 31 % u 2010-2012), ali su samoubistva žena s osnovnim ili manjim obrazovanjem i dalje bila ubedljivo najbrojnija (62 % u 2010-2012).

Sve ove promene bile su u skladu s promenama obrazovne strukture ukupnog stanovništva Srbije, i odvijale su se u istom smeru, a uticaj poboljšanja obrazovne strukture ukupnog stanovništva bio je mnogo značajniji od uticaja promene nivoa suicidalnog mortaliteta pojedinih obrazovnih kontingenata grupa. Naime, opšte stope smrtnosti usled samoubistva pokazuju da se broj suicida na 100.000 stanovnika u posmatranom dvodecenijskom razdoblju nije bitnije promenio ni kod jedne obrazovne grupe stanovništva. To je rezultiralo zadržavanjem istog redosleda obrazovnih grupa prema visini stope samoubistva. Ona je u sva tri trogodišnja razdoblja imala najviše vrednosti u grupi stanovništva sa osnovnim ili nižim obrazovanjem (blizu 30

samoubistava na 100.000), u grupi sa srednjom školskom spremom je bila gotovo dvostruko niža i takođe nije bitnije fluktuirala (između 16,0 i 17,7 na 100.000). Broj samoubistava na 100.000 stanovnika je bio najniži kod stanovništva sa višom ili visokom školskom spremom, ali i s relativno, kao i apsolutno najvećim promenama u posmatranom periodu. U Srbiji, to je bio jedini obrazovni kontingent čije su stope suicida kontinuirano opadale (sa 12,1 u 1990-1992, na 8,0 na 100.000 u 2010-2012).

Isti redosled prema visini stope suicida je prisutan kod oba pola, s tim što su stope za istu školsku spremu znatno veće kod muškog (i po nekoliko puta) nego kod ženskog stanovništva. Ujedno, relativna razlika je povećavana, ali uglavnom samo između 1990-1992. i 2001-2003.

I u slučaju diferencijalnog suicidalnog mortaliteta prema školskoj spremi važi zaključak o uskoj povezanosti, pola, starosti i učestalosti samoubistva. Naime, bez obzira na obrazovanje, vrednosti stope smrtnosti se, po pravilu, povećavaju sa starošću, i one su, kod svih starosnih kohorti i kod svih obrazovnih grupa mnogo veće kod muškaraca nego kod žena. Najveće vrednosti su registrovane kod starih (60 ili više godina), ali su kontinuirano opadale, dostižući najmanje vrednosti u razdoblju 2010-2012.

Posmatrano i po starosti, kako za ukupno, tako i za muško kao i za žensko stanovništvo, važi osnovni zaključak da su najmanje vrednosti stopa samoubistava registrovane kod lica sa završenom višom ili visokom školskom spremom, i to bez izuzetka u sva tri trogodišnja razdoblja i za sve desetogodišnje starosne grupe. Istovremeno najveće stope su uglavnom izračunate za lica bez ili samo sa završenom osmogodišnjom školom. Izuzetak su specifične stope suicida mlađih adolescenata (15-19 godina) koje su imale najveće vrednosti kod lica sa srednjom školskom spremom. Ipak, radi se o relativno malom broju slučajeva, i to u starosnoj grupi sa velikim udelom srednjoškolske omladine.

Kada je reč o nacionalnoj pripadnosti, podrazumeva se da visinu smrtnosti usled samoubistva ne određuje nacionalna pripadnost sama po sebi, već je to široki spektar faktora koji u velikoj meri mogu uticati na diferenciranost nivoa suicidalnog mortaliteta s obzirom na etničku pripadnost. Oni se kreću od čisto demografskih, kao što su starosna i polna struktura stanovništva etničkih zajednica, zatim geografskih, preko njihovih socioekonomskih, kulturnih, obrazovnih karakteristika, modela bračnosti, preovlađujućih porodičnih struktura, do konfesionalne pripadnosti i stepena religioznosti, jačine uticaja pojedinih verskih zajednica, ukorenjenosti tradicije, prihvatanja specifičnih moralnih normi, pa do raširenosti konzumiranja alkohola i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, i drugih.

U Srbiji je, među licima koja su izvršila samoubistvo, najviše pripadnika većinske nacije. Njihov udeo u ukupnom broju samoubistava je u posmatranim trogodišnjim razdobljima oko poslednja tri popisa stanovništva iznosio od oko 75 % do 80 %. Odstupanja od vrednosti prosečnih godišnjih stopa suicida etničkih Srba od prosečne godišnje stope suicida u Srbiji, su mala i nisu prelazila 1 poen na 100.000.

Među najbrojnijim nacionalnostima, Mađari i Hrvati se izdvajaju po najvišim vrednostima stope samoubistva. Stopa suicida stanovništva mađarske nacionalne pripadnosti je u sva tri posmatrana trogodišnja razdoblja imala najmanje dvostruku veću vrednost od proseka za Srbiju. Ona je bila najveća 1990-1992 ali su njene vrednosti iz perioda u period bile sve niže (sa 51 na 100.000 u 1990-1992 na 35 u 2010-2012). Stope samoubistva za stanovništvo hrvatske nacionalne pripadnosti su početkom 1990-ih i 2000-ih bile znatno niže od stopa suicida Mađara, ali i znatno više od srpskog proseka. Međutim, stope samoubistva Hrvata nisu imale opadajuće tendencije koje su bile karakteristične za većinu ostalih brojnijih nacionalnosti, tako da se u godinama oko Popisa iz 2011. stanovništvo hrvatske nacionalne pripadnosti prema vrednosti tog pokazatelja smrtnosti izjednačilo sa stanovništvom mađarske nacionalnosti. Inače, obe nacionalnosti spadaju u grupu demografski najstarijih populacija Srbije, uglavnom nastanjuju područje Vojvodine, a pretežno su pripadnici rimokataličke veroispovesti.

Na drugom polu su Albanci, Bošnjaci/Muslimani i Romi. Najmanje stope suicida su izračunate za stanovništvo albanske nacionalne pripadnosti. Broj samoubistava Albanaca bio je stalno niži od 5 na 100.000 stanovnika, da bi u periodu 2010-2012. bio sveden na svega 3 smrtna slučaja ili na ispod 2 na 100.000 stanovnika. I među Bošnjacima/Muslimanima nivo suicidalnog mortaliteta je ispod nacionalnog proseka. Iako relativno niska, stopa suicida stanovništva te etničke zajednice je stalno bila viša od stope suicida stanovništva albanske nacionalne pripadnosti, a u trogodišnjim razdobljima oko popisa iz 2002. i 2011. godine i znatno viša. Romi su takođe nacionalnost koja se odlikuje potprosečnim nivoom suicidalnog mortaliteta, ali su vrednosti stope suicida bile stalno veće nego među Albancima i Bošnjacima/Muslimanima.

U grupi nacionalnosti kod kojih su stope samoubistava veće od prosečnih, stanovništvo je ujedno i demografski najstarije, dok je kod druge grupe stanovništvo demografski znatno mlađe od proseka, što ukazuje na usku povezanost starosne strukture stanovništva određene nacionalnosti i učestalosti samoubistava. Među ostalim determinišućim činiocima postojećih razlika u domenu suicida nalaze se faktori povezani s religioznom pripadnošću (islamska veroispovest kod Albanaca i Bošnjaka/Muslimana), zatim socioekonomski i kulturni činioci, dostupnost zdravstvene zaštite, nivo obrazovanja, modeli porodične strukture itd. Od posebnog je značaja i jaka stigmatizacija u islamskim sredinama vezana za osobe koje pokušaju samoubistvo kao i prema rodbini lica koje je izvršilo samoubistvo, što uslovljava povećani neobuhvat suicida kao uzroka smrti. Dodatni problem je vezan za generalno slabiji obuhvat vitalnih događaja, kao i nepotpunu usklađenost metodoloških rešenja prilikom statističkog praćenja.

Tvrđnja pete hipoteze je da je u vreme velikih političkih i ekonomskih kriza, kao i tokom ratnih konflikata povećana učestalost samoubistava, posebno među muškarcima, uglavnom je potvrđena u radu. Posebnu pažnju istraživača privlači proučavanje uticaja društvenoekonomskog konteksta, a naročito velikih promena i ekstremnih pojava koje pogađaju ukupno stanovništvo, na rasprostranjenost

samoubistva. U radu se posmatra učestalost suicida u Srbiji u periodu 1990-2014, koji je upravo period u kome se odigrao čitav niz drastičnih događaja i promena. U tom smislu, u svrhu analize, 25-godišnje razdoblje 1990-2014. je podeljeno na tri potperioda: 1990-2000 (raspad jedinstvene države, veliko ekonomsko propadanje zemlje i rat u okruženju) zatim 2001-2006 (transformacija političkog i ekonomskog sistema i tranzicione reforme) i 2007-2014 (vreme globalne ekonomske krize, masovne nezaposlenosti i osiromašenja stanovništva).

Period 1990-2014, prema godišnjem broju suicida, predstavlja razdoblje kontinuiranog opadajućeg trenda. Maksimalan godišnji broj samoubistava je bio registrovan početkom prvog potperioda (1638 u 1992), a minimalan poslednje godine posmatranog razdoblja (1134 u 2014). Maksimum koji je dostignut 1992 predstavlja i najveći godišnji broj samoubistva od 1953. do 2014. Ujedno, broj samoubistava iz 2014. je najmanji nakon 1980. godine, kada je iznosio je 1123. Opadajući trend prisutan je i u pogledu kretanja nivoa stope suicida, smanjenje je manje naglašeno nego u slučaju broja suicida, zbog toga što je broj stanovnika početkom 1990-ih bio za oko 10 % veći nego sredinom 2010-ih.

Posmatrano po pojedinačnim godinama, s najvećim brojem suicida se izdvajaju ratne 1990-e, a posebno 1991 i 1992. kada su ostvarene i najveće godišnje stope rasta suicida. I ostale ratne godine iz poslednje decenije 20. veka, uz izvesne oscilacije, izdvajaju se po relativno velikom broju samoubistava (stalno preko 1400), ali svakako najvećem od kada zvanična statistika redovno objavljuje podatke o broju samoubistava u Srbiji. Stabilnost, ali na nižem nivou, ostvarena je i tokom prvih 6 godina prve decenije 21. veka, da bi od 2007. godine postao vrlo vidljiv opadajući trend. Smanjenje je bilo intenzivnije i dostiglo minimalan nivo u 2014. godini, kada je i nivo stope suicida bio najmanji (15,9 na 100.000).

Važno je istaći da se posmatrano 25-togodišnje razdoblje kao izuzetno ne izdvaja samo za Srbiju ili ostale države naslednice bivše SRF Jugoslavije, već je i za celu Evropu to period velikih političkih i društveno-ekonomskih promena i rezultirajućih teškoća s kojima se suočavalo stanovništvo velikog broja zemalja. Za većinu evropskih zemalja, a posebno za bivše komunističke zemlje, 1990-e su bile godine intenzivnog povećanja suicidnog mortaliteta, 2000-e su uglavnom bile godine smanjenja suicida u svim zemljama. U Srbiji su promene tokom prve polovine 1990-ih bile u skladu s ovim trendovima. Druga polovina 1990-ih je za većinu zemalja predstavljala period opadanja suicidnog mortaliteta, kako u zemljama u tranziciji, tako i ostalim. I u Srbiji je smanjenje broja suicida bilo intenzivno, kod oba pola, ali sporije od evropskog proseka, a posebno od proseka za zemlje u tranziciji. Smanjenje je bilo mnogo intenzivnije među ženama i polne razlike su se povećale.

Po promenama unutar pojedinih potperioda posebno se izdvaja ratni period (1990-2000). Naime, udeli samoubistva u ukupnom broju umrlih 10 ili više godina bili su identični prve i poslednje godine (po 1,5%), ali je u godinama najveće krize (1992, 1993, 1997), pre svega u vezi oružanih konflikta u Bosni-Hercegovini, Hrvatskoj i na Kosovu, zabeleženo naglo povećanje broja suicida i njihovog udela u ukupnom broju

umrlih (1,7% i 1,8%). Međutim, po starosnim grupama, promena broja suicida nije bilo istog intenziteta, a u pojedinim slučajevima, ni smera. Svakako najizrazitije su bile promene broja suicida lica uzrasta 20-29 godina i njihovog udela u ukupnom broju umrlih iste starosti, i to kod oba pola. Prve godine (1990) bilo je 69 suicida, 1992 – 118; 1994 – 133; 1996 – 142; 1998 broj suicida je smanjen na 129, a poslednje godine tog potperioda sveden je na 114. Istovremeno je udeo suicida u ukupnom broju umrlih iste starosti sa početnih 7,8% u 1996. povećan na rekordnih 17,1%, da bi u 2000. bio sveden na 13,3%. U narednom potperiodu broj suicida lica starih 20-29 godina bio je relativno stabilan (od 93 do 111 godišnje), da bi u trećem potperiodu (2007-2014) bio prisutan opadajući trend, Kao kuriozitet se može navesti da je poslednje godine (2014) broj suicida mladih (71) bio gotovo isti kao početne godine (1990).

U razmatranju ove hipoteze uzet je u obzir i korišćeni metod suicida. Pre svega jer je utvrđeno da se dostupnost nekog metoda izdvaja kao jedan od osnovnih činilaca pri izboru načina izvršenja odnosno pokušaja samoubistva. Imajući to u vidu, nužno se nameće da u radu o suicidima u Srbiji u postkonfliktnom i tranzicionom periodu bude razmotreno i pitanje metoda suicida, a posebno da li postoje promene u primeni pojedinih metoda.

Tokom posmatranog perioda 1990-2014, distribucija suicida prema načinu izvršenja zadržala je tromodalni model, prisutan još od sredine 20. veka, o kome će biti opširnije reči u dokazu hipoteze sedam. Vešanje je kontinuirano vodeći spoljni uzroka smrti usled samoubistva, a trendovi u zastupljenosti trovanja, sledećeg metoda po učestalosti, su opadajući, tako da je već od 1991. godine, taj metod bio kontinuirano manje zastupljen od upotrebe vatrenog oružja. Najznačajnije promene koje su ostvarene tokom 1990-ih i prve dve decenije 21. veka su se odnosile na zastupljenost vatrenog oružja kao metoda samoubistva. U razdoblju 1990-2014. u Srbiji je vatreno oružje bilo ubedljivo na drugom mestu po učestalost, kada je njegov udeo iznosio 13,2 %, ali sa rastućim trendom. U 1990. godini udeo je iznosio 6,0 %, 1992 – 11,2 %, 1995 – 14,7 %, 1999 – 15,2 %, da bi 2010 bilo dostignuto maksimalno učešće od 17,5 %.

Sve veća zastupljenost vatrenog oružja kao uzroka smrti prisutna je kod oba pola. Povećanje udela je bilo apsolutno veće među muškarcima (sa 8,4 % u 1990 na 21,8 % 2010). Kod žena povećanje je bilo vrlo intenzivno tokom 1990-ih, ali na znatno nižem nivou nego kod muškaraca (sa 1,0 % u 1990. na 6,0 % u 1994. i s maksimumom od 6,9 % u 1997). Stoga je primena vatrenog oružja među ženama koje su izvršile samoubistvo, po broju smrtnih slučajeva, ostala iza vešanja, trovanja, utapanja i skoka s visine.

Posmatrano po starosti, kod lica koja su u vreme suicida bila mlađa od 40 godina, najveće procentno učešće je izračunato u grupi samoubistava izvršenih skokom s visine i upotrebom vatrenog oružja (33,1 % i 32,2 %, respektivno). Očekivano, najmanje učešće umrlih te starosti je u grupi samoubistava izvršenih davljenjem i utapanjem, odnosno vešanjem (14,1 % i 15,4 %, respektivno).

Najintenzivnije povećanje udela umrlih starosti 60+ ostvareno je kod samoubistava izvršenih primenom vatrenog oružja. Ako se posmatraju samo tri potperioda, povećanje udela starih u ukupnom broju suicida vatrenim oružjem je bilo kontinuirano, a udeo te starosne grupe povećano sa 27,9 % na 41,1 %. Na taj način je razlika u odnosu na prosečno procentno učešće starih 60+ u ukupnim suicidima smanjeno sa 19,4 na 7,7 procentnih poena. Međutim, te promene nisu bile istosmerne po potperiodima, što je bilo najizraženije tokom 1990-ih. Naime, između 1990-1994. udeo starih u ukupnom broju samoubistava vatrenim oružjem opada, da bi nakon dostizanja minimalnog udela od 19,5 % došlo do naglog povećanja udela te starosne grupe i, do 2000. godine, ponovnog dostizanja početnog udela od oko 35 %. Povećanje udela starih 60+ u ukupnom broju suicida izvršenih vaterenim oružjem je nastavljeno, uz određene oscilacije, i u narednih godinama.

Takve promene udela starih 60+ su najuže povezane s promenama udela suicida lica mlađih od 40 godina u ukupnom broju suicida vatrenim oružjem. Početne 1990. godine broj suicida te dve starosti je bio identičan (26 do 40 godina i 25 preko 60 godina), s udelima od oko 35%. Narednih godina naglo se povećava broj suicida vatrenim oružjem i to najviše zbog povećanja samoubistava lica mlađih od 40 godina (54% ukupnog povećanja ostvarenog između 1991 i 1996). Za samo nekoliko godina broj suicida mlađih od 40 godina je višestruko povećan (1997. je bio preko 4 puta veći nego 1990), što je već 1994. godine rezultiralo maksimalnim učešćem te starosne grupe od 49 % svih samoubistava vatrenim oružjem. Nakon 1997. godine, naglo se smanjuje broj samoubistava mlađih izvršenih vatrenim oružjem, tako da je 2013. i 2014. godišnji broj bio isti kao početne 1990 (26 godišnje).

Period naglog povećanja broja suicida vatrenim oružjem poklapa s periodom naglog povećanja ukupnog broja suicida u prvoj polovini 1990-ih godina. To su ujedno i godine ratova na području bivše SFR Jugoslavije. Tada je vatreno oružje bilo mnogo dostupnije, posebno muškarcima.

I dok se smanjenje suicida mlađih izvršnih vatrenim oružjem za period nakon 2000. godine može objasniti i prestankom ratnih sukoba (posle 2000. godine), postavlja se pitanje da li se znatno povećanje primene vatrenog oružja prilikom samoubistva starih 60+ barem delimično može objasniti i povećanjem broja vatrenog oružja u domaćinstvima, što je bilo naročito prisutno tokom 1990-ih, i njegovom lakšom dostupnošću svim ukućanima.

Polna (rodna diferenciranost) vrlo je naglašena. Pošto su i kod većine najzastupljenijih metoda suicida muškarci znatno brojniji od žena, starosna struktura muškaraca bitnije se ne razlikuje od već analizirane strukture umrlih po starosti posmatranih zbirno za oba pola. Kod žena su razlike u odnosu na starosnu strukturu ukupnog broja umrlih (oba pola), a još više u odnosu na muškarce, mnogo istaknutije. Kod svih najzastupljenijih metoda među ženama koje su izvršile samoubistvo udeo starih 60 ili više godina mnogo veći nego kod muškaraca – iznosi blizu 60 % ili preko tog procentog učešća. Jedini izuzetak je starosna struktura žena umrlih usled upotrebe vatrenog oružja, gde je visoko učešće žena mlađeg uzrasta (do 40 godina). Udeo te

stariosne grupe žena je u periodu 1990-2014. iznosio čak 55,6 %, dok je udeo žena starih 60 ili više godina bio gotovo tri i po puta manji (16,1 %). Međutim, smer promena starosnog modela smrtnosti žena usled primene vatrenog oružja bio je identičan kao kod muškaraca – kod mladih je opadalo učešće, a kod starih je uglavnom povećavano. Ipak, prilikom takvih analiza mora da se vodi računa da se radi o relativno vrlo malom broju slučajeva, što lako može da rezultira značajnom fluktuacijom u pogledu procentnog udela starosnih grupa u ukupnom broju suicida žena izvršenih određenim metodom.

Promene su najizraženije kod vatrenog oružja, i to naročito početkom 1990-ih, kada se registruje vrlo intenzivno povećanje upotrebe tog sredstva suicida. Sve veće preferiranje vatrenog oružja kao metoda suicida je bilo najprisutnije kod mladih i mlađeg sredovečnog stanovništva muškog pola, što se objašnjava njegovom mnogo lakšom dostupnošću, ali i vrlo teškim opštim prilikama u društvu.

Šesta hipoteza se yansiva na ideji da postoje temporalne varijacije suicida koje su naglašene po mesecima i po danima u nedelji, takođe je potvrđena u radu. U doktorskoj disertaciji je posebna pažnja posvećena upravo toj temi cikličnih varijacija suicida, koja je u dosadašnjim demografskim istraživanjima u Srbiji bila prilično zanemarena. Analiza je zasnovana na uglavnom neobjavljenim podacima demografske statistike RZS-a o samoubistvima u periodu od 1990. do 2012. godine i na podacima iz tzv. dokumentacionih tabela RZS-a ili bivšeg Saveznog zavoda za statistiku. Kako bi se sagledale sezonske varijacije po mesecima u godini, u radu je primenjeno više metoda. Osim klasičnih matematičko-statističkih metoda ocene cikličnih varijacija, kao i nekih skorašnjih (*peak-low ratio*), uveden je i jedan novi pokazatelj intenziteta mesečnih varijacija suicida, indeks magnitude konsekutivnih tromesečnih varijacija (*MtMV*).

Rezultati analize su potvrdili postojanje značajnih sezonskih, mesečnih i dnevnih varijacija. U dvadeset trogodišnjem razdoblju, kao i kad se posmatra po godinama, prisutna je unimodalna distribucija suicida, s maksimumom u proleće i leto i minimumom u zimu. Najveće vrednosti indeksa dnevnog proseka su u prolećnim i letnjim mesecima, u jesenjim mesecima su uglavnom neznatno niže od godišnjeg proseka, dok su izrazito niske u zimskim mesecima. Maksimalne vrednosti su, bez izuzetka, zabeležene u prolećnim ili letnjim mesecima, dok su minimalne po pravilu bile u zimskim mesecima. Ovi rezultati su sasvim u skladu sa generalnim zaključcima o „piku” u proleće i rano leto, kao i o opadajućem broju samoubistava tokom jeseni i dostizanju minimuma u zimskim mesecima, zabeleženim i u istraživanjima koja se bave temporalnim karakteristikama samoubistva u drugim sredinama.

Gotovo istovetan zaključak o naglašenim cikličnim varijacijama sledi i iz preciznijih analiza zasnovanih na podacima za "pokretne" tromesečne periode (konsekutivni meseci) ili za pojedinačne mesece. U Srbiji su tromesečja s maksimalnim prosečnim brojem samoubistava april-maj-jun, i maj-jun-jul, dok su tromesečja s minimalnim prosečnim brojem samoubistava decembar-januar-februar i novembar-decembar-januar. Prema udelu u ukupnom broju samoubistava prednjači tromesečje maj-jun-jul,

dok je s najmanjim udelom tromesečje decembar-januar-februar. I istraživači iz drugih zemalja su došli do sličnih rezultata.

Podaci o samoubistvima po mesecima takođe jasno ukazuju na unimodalnu distribuciju. U Srbiji je najviše samoubistava u aprilu, maju, junu, julu i avgustu. Po mesecima, najviše samoubistava je u maju, dok je maksimalan prosečan broj samoubistava po danu izračunat za jun. Decembar se izdvaja kao mesec s najmanjim brojem i najmanjim dnevnim prosekom samoubistava. Cikličnost suicida je jasno izražena tokom čitavog posmatranog perioda, i nisu primećena bitnija kolebanja. Slična unimodalna distribucija suicida utvrđena je i u mnogim drugim istraživanjima koja se odnose na zapadne zemlje

Rezultati analize po danima u nedelji ukazuju da je najviše samoubistava ponedeljkom, a najmanje u danima vikenda (subota i nedelja). Za razliku od mesečnih, kod sedmičnih varijacija promene vode ka ujednačavanju prosečnog broja samoubistava, i to pre svega kroz smanjenje broja samoubistava radnim danima. Smanjenje udela samoubistava ponedeljkom, odnosno smanjenje vrednosti indeksa dnevnog proseka kontinuirano je tokom čitavog posmatranog razdoblja. Zbog manje-više suprotnih promena prosečnog dnevnog broja samoubistava u drugim danima sedmice, udeo samoubistava vikendom se povećavao i sve više približavao prosečnom dnevnom proseku. Takvi trendovi su se odrazili i na smanjivanje razlika u vrednostima indeksa dnevnog proseka suicida ponedeljkom i subotom.

Posmatrano po polu, za razliku od velikih razlika u stopama samoubistva po polu, u radu nije utvrđena značajna diferenciranost u temporalnim karakteristikama suicida između muškaraca i žena. To važi kako za sezonalnost suicida po mesecima, tako i za cikličnost po danima u nedelji. Za oba pola je utvrđena unimodalna distribucija, ali su varijacije donekle izraženije kod žena nego kod muškaraca, što se u izvesnoj meri može objasniti i mnogo manjim brojem smrtnih slučajeva kod žena, pa samim tim i većom osetljivošću pokazatelja cikličnosti na slučajne oscilacije.

Iako je analiza temporalnih karakteristika suicida i na primeru Srbije potvrdila prisustvo naglašene vremenske cikličnosti, rezultati izneti u radu ipak upućuju i na prve naznake smanjenja intenziteta varijacija suicida u vremenu. U periodu od poslednje decenije 20. do početka druge decenije 21. veka, taj trend je prvenstveno prisutan kod distribucije samoubistva po danima u sedmici, a ustanovljen je kod oba pola. Na slične tendencije, tj. smanjenje sezonalnosti suicida, ukazuju i neki istraživači u drugim zemljama.

U doktorskoj disertaciji je potvrđena i sedma hipoteza, prema kojoj se metod izvršenja samoubistva razlikuje u zavisnosti od starosti i pola. Podaci o najkorišćenijim metodama samoubistva su od velikog značaja u svim aktivnostima vezanim za prevenciju suicida. Do sada im u istraživanjima u Srbiji nije bila posvećena dovoljna pažnja.

Utvrđeno je da u Srbiji postoji tromodalni model metoda suicida, u celom posmatranom periodu od 1956. do 2014. godine izdvajaju se tri najučestalija načina izvršenja samoubistva. U prvom potperiodu 1956-1990 to je vešanje, trovanje i utapanje i upotreba vatrenog oružja, a u potperiodu 1990-2014 vešanje, upotreba vatrenog oružja i trovanje. U celom periodu od 1956 do 2014 godine najzastupljeniji metod za izvršenje samoubistva je vešanje, i to svake godine, bez izuzetka, s natpolovičnim udelom u ukupnom broju.

U prvom potperiodu od 1956. do 1990. godine, trovanje je, posle vešanja, najzastupljeni metod, i to, takođe važi za svaku godinu u posmatranom periodu. Udeli tog metoda su znatno niži nego u slučaju vešanja, u proseku za ceo period iznose 11,1 % svih samoubistava. Treći najčešći način izvršenja samoubistva su utapanje i upotreba vatrenog oružja, ali sa znatno manjim udelima u ukupnom broju samoubistava (prosečno 6,5 % i 5,2 %, respektivno). Utapanje je, tokom najvećeg broja godina, bilo mnogo češće primenjivan metod, ali od ranih 1980-ih godina, to postaje upotreba vatrenog oružja.

Razlike po polu ne postoje u pogledu korišćenja dva najzastupljenija metoda, vešanju i trovanju, i to važi za ceo prvi potperiod. Razlika postoji samo u procentnom udelu. Kod muškaraca, udeo vešanja iznosi 67,5 %, a kod žena 57,1 %. Kod trovanja, koje je za oba pola drugi po zastupljenosti, i apsolutna razlika je istovetna, 10 procentnih poena, ali je relativna razlika mnogo naglašenija. Kod muškaraca trovanja učestvuju sa 7,8 %, a kod žena je udeo trovanja u ukupnom broju suicida više nego dvostruko veći (17,7 %). Čak je i apsolutni broj samoubistava izvršenih trovanjem kod žena za 10 % veći nego kod muškaraca.

Polne razlike, međutim, postoje kod načina koji je treći po učestalosti. Kod muškaraca je to korišćenje vatrenog oružja, sa učešćem od 6,9 % a kod žena utapanje, sa 10,0 % u ukupnom broju suicida žena. Kod žena je dvostruko veće procentno učešće utapanja nego kod muškaraca (4,7 %), ali je istovremeno procentna zastupljenost upotrebe vatrenog oružja kod žena (1,7 %) četiri puta manja nego kod muškaraca.

Promene tokom posmatranog razdoblja vodile su ka rodnoj konvergenciji, pre svega do smanjenja razlika po polu u udelima dva najzastupljenija načina izvršenja samoubistva. Kod oba pola je zabeleženo povećanje udela vešanja u ukupnom broju suicida, s tim što je ono kod muškaraca bilo minimalno, a kod žena mnogo intenzivnije. Kod trovanja, kod muškaraca je udeo bio stabilan, dok su kod žena ostvarene vrlo primetne promene u smeru smanjenja. Ove promene su bile u skladu s opštim tendencijama ka smanjivanju rodni razlika u pogledu uzroka smrti stanovništva Srbije.

I tokom druge polovine posmatranog perioda (1990-2014), vešanje je ostalo vodeći spoljni uzrok smrti usled samoubistva, uvek s preko 50 % ukupnog broja suicida, što važi kako za muško, tako i za žensko stanovništvo. Ujedno, nastavljeno je smanjivanje razlike po polu i ona je svedena na manje od 4 procentna poena. Najznačajnije promene odnosile su se na zastupljenost vatrenog oružja, koje je na

drugom mestu po učestalosti sa prosečnim udelom od 13,2 %, što je višestuko više nego u prethodnom potperiodu. Sve veća zastupljenost upotrebe vatrenog oružja je bila prisutna kod oba pola, naročito među muškarcima, kod kojih je udeo u ukupnom broju suicida izvršenih tim metodom u 1990-2014. bio gotovo tri puta veći nego 1956-1990 (17,2 % prema 6,9 %). Istovremeno, kod žena je procentni udeo primene vatrenog oružja bio znatno manji nego kod muškaraca (prosečno 3,7 %) ali i sa znatno sporijim povećanjem u odnosu na 1956-1990. Stoga je primena vatrenog oružja među ženama i u novijem periodu (1990-2014), po broju smrtnih slučajeva, ostala iza vešanja, trovanja, utapanja i skoka s visine. Opadajući trendovi u zastupljenosti trovanja su produženi i u razdoblju 1990-2014, i ovaj metod je već od 1991. godine kontinuirano bio manje zastupljen od upotrebe vatrenog oružja, i stalno se nalazio na trećem mestu po učestalosti. To je neposredno uslovljeno manjim godišnjim brojem suicida izvršenih trovanjem nego u razdoblju 1956-1990. kao i znatno većim prosečnim godišnjim brojem suicida izvršenih vatrenim oružjem.

U radu je izveden zaključak da su, u celini posmatrano, tri najzastupljenija načina izvršenja suicida učestvovala su gotovo s identičnim udelom kao u potperiodu 1956-1990, i pored značajnih promena u procentnom učešću pojedinih metoda suicida koje su ostvarene u periodu 1990-2014, a pre svega u pogledu bitnog povećanja primene vatrenog oružja, odnosno smanjenja trovanja. Naime, u razdoblju 1990-2014, udeo samoubistava izvršenih vešanjem, trovanjem i upotrebom vatrenog oružja iznosio je 82,8 %, što je predstavljalo povećanje od samo jednog procentnog poena u odnosu na razdoblje 1956-1990 (81,7 %). U tom pogledu su promene po polu nešto izraženije. Kod muškog stanovništva, udeo umrlih usled primene tri najučestalija metoda suicida povećan je za preko dva procentna poena (sa 82,2 % na 84,7 %). Kod žena je apsolutna procentna promena bila gotovo identična (2,6 procentnih poena), ali je smer bio suprotan – udeo njihova najčešća tri načina izvršenja samoubistva je smanjen sa 84,8 % (1956-1990) na 82,2 % (1990-2014). To ukazuje da je u Srbiji tokom čitavog posmatranog razdoblja, od 1956. do 2014. postojao jasno definisan tromodalni model suicida prema načinu izvršenja, što posebno važi za muško stanovništvo.

Druga tvrdnja hipoteze je takođe dokazana, pošto su statistički podaci omogućili da se u radu izvrši i analiza diferenciranosti suicida prema starosti za period 1990-2014. Za sve najzastupljenije metode suicida redosled u procentnim udelima je isti i kada se suicidi posmatraju po velikim starosnim grupama. Razlike koje postoje odnose se na vrednosti procentnog udela umrlih po starosti, ali i na smer promena koje su ostvarene tokom perioda 1990-2014. Udeo umrlih starih 60 ili više godina je najveći u slučaju samoubistava izvršenih vešanjem (52,8%) i davljenjem ili utapanjem (53,5 %). Stari su najbrojniji i kod ostalih najzastupljenijih metoda suicida, ali njihovo učešće ne prelazi polovinu svih suicida, s tim što je njihovo najmanje učešće među licima koja su izvršila samoubistvo vatrenim oružjem (34,3 %). Udeli lica koja su u vreme suicida bila mlađa od 40 godina su najveći u grupi samoubistava izvršenih skokom s visine i upotrebom vatrenog oružja (33,1 % i 32,2 %, respektivno). Očekivano, najmanje učešće umrlih te starosti je u grupi samoubistava izvršenih davljenjem i utapanjem, odnosno vešanjem (14,1 % i 15,4 %, respektivno).

Promene koje su se odvijale u posmatranom periodu u starosnoj strukturi umrlih usled tri najzastupljenija načina izvršenja samoubistva (trovanje, vešanje i upotreba vatrenog oružja), pokazuju da su razlike vrlo naglašene, i to prvenstveno, u pogledu procentnog udela starih. U prve dve decenije posmatranog razdoblja, među licima koja su izvršila samoubistvo trovanjem, udeli starih 60 ili više godina bili su relativno stabilni i iznosili su oko 42 % svih samoubistava tim metodom. Međutim, najnoviji podaci, za 2010-2014, ukazuju na nagli porast udela starih među licima koja su izvršila samoubistvo trovanjem (na 49,3%).

Najintenzivnije povećanje udela umrlih starosti 60 ili više godina je kod samoubistava izvršenih primenom vatrenog oružja. Kod tih samoubistava udeo starih kontinuirano je povećavan, i za samo dve decenije je sa 26,6 % dostigao 44,5 %. Na taj način je razlika u odnosu na prosečno procentno učešće starih smanjena sa 20 na svega 5 procentnih poena.

Još naglašenija diferenciranost po metodima suicida postoji u pogledu procentnog udela umrlih lica mlađih od 40 godina. Kod samoubistva trovanjem udeo mladih je gotovo kontinuirao opadao, i to relativno vrlo intenzivno. Tako je za samo petnaest godina, između 1995-1999. i 2010-2014, udeo te starosne grupe u ukupnom broju suicida izvršenih trovanjem sveden sa 24,0 % na 13,1 %. Istovremeno, kod samoubistva vešanjem udeo lica mlađih od 40 godina bio je relativno stabilan. U petogodišnjim periodima između 1990. i 1999. iznosio je neznatno iznad 16 %, a u naredna tri razdoblja bio je neznatno ispod 15 %. Tako male promene su u skladu i s promenama koje su kod samoubistva tim metodom zabeležene u vezi procentnog udela umrlih starosti 60 ili više godina. Najveće promene u pogledu starosne strukture umrlih usled samoubistva, ovog puta s obzirom na učešće umrlih lica mlađih od 40 godina ostvarene su kod samoubistava vatrenim oružjem. Naime, početkom posmatranog perioda (1990-1994), lica mlađa od 40 godina učestvovala su sa 44,2 % u ukupnom broju samoubistava vatrenim oružjem, i to je velika starosna grupa s ubedljivo najvećim udelom umrlih usled samoubistva vatrenim oružjem. Nakon prve polovine ratnih 1990-ih godina, udeo te starosne grupe u ukupnom broju samoubistava vatrenim oružjem kontinuirano opada, i to vrlo intenzivno tokom 2000-ih, a prvenstveno od 2010. godine, dostižući ubedljivo najniži nivo (17,6 %) u razdoblju 1990-2014. Tako je za manje od 20 godina u ukupnom broju samoubistava vatrenim oružjem udeo lica mlađih od 40. godina više nego prepolovljen.

Polna, odnosno rodna diferenciranost vrlo je naglašena i u pogledu starosne strukture umrlih usled samoubistva posmatrane po pojedinim metodima. Međutim, s obzirom da su i kod većine najzastupljenijih metoda suicida muškarci znatno brojniji od žena, potvrđeno je da se posmatrano po spoljnim uzrocima smrti starosna struktura muškaraca bitnije ne razlikuje od već analizirane strukture umrlih po starosti posmatranih zbirno za oba pola.

U analizi starosne strukture u disertaciji je uveden i novi pokazatelj, starosni indeks metoda suicida (SIMS). Izračunate vrednosti SIMS-a za tri metoda suicida koja su u Srbiji bila najzastupljenija u razdoblju 1990-2014, ukazuju na velike razlike u

"preferiranju" pojedinih metoda u zavisnosti od starosti, ali i pola lica koja su izvršila samoubistvo.

Veza između starosti i "preferiranja" vešanja kao načina izvršenja samoubistva je veoma naglašena. Za mlade i mlađe sredovečne, a posebno za prve, svojstveno je potprosečno "preferiranje" vešanja (SIMS < 1,00), ali sa rastućom relativnom zastupljenošću tog metoda. Za stare (60-74 i 75+) su dobijene vrednosti SIMS-a koje su veće od 1,00 (iznosile su 1,21 odnosno 1,48), ali sa jasno opadajućom tendencijom. Najmanje odstupanje vrednosti SIMS-a od jedinice je dobijeno za starije sredovečno stanovništvo (40-59) s tim što se odstupanje od jedinične vrednosti vremenom povećavalo. To važi za oba pola. Razlike koje postoje pre svega se tiču konkretnih vrednosti SIMS-a, a ne i relacije koja postoji prema prosečnoj "preferenciji" izbora ostalih metoda suicida od strane lica iste starosti. Vremenom, i za muškarce i za žene su odstupanja konkretnih vrednosti SIMS-a od centralne vrednosti postajala sve manja, i to kod svih starosnih grupa.

Trovanje je relativno malo zastupljeni način izvršenja samoubistva kod lica mlađih od 25 godina, i to za oba pola. Razlika za period 1990-2014. iznosi oko 15 %, s tim što je ona neznatno veća ukoliko se umrli posmatraju po polu. Gotovo isti zaključak važi i za najstariju grupu (75+). Međutim, zastupljenost suicida trovanjem relativno je veća od prosečne zastupljenosti ostalih metoda kod sredovečnih lica, i to kako iz grupe mlađih (25-39), tako i iz grupe starijih sredovečnih (40-59), s tim što je ta razlika manja nego kod najmlađih (do 25 godina) i najstarijih lica (75 ili više godina). Karakteristično je da se kod umrlih lica starosti 60-74 godine "preferiranje" trovanja kao načina izvršenja samoubistva nije razlikovalo od prosečne "preferencije" ostalih suicidalnih metoda. Slične relacije su utvrđene za gotovo sve petogodišnje periode, i to za oba pola.

Starosni model "preferencije" metoda suicida je specifičan i u slučaju primene vatrenog oružja. Vrednosti SIMS-a su za primenu vatrenog oružja izrazito visoke kod mladog i mlađeg sredovečnog stanovništva. One su u periodu 1990-2014. za te dve starosne grupe iznosile 2,71 i 1,53, respektivno. Vrednost SIMS-a za lica starijeg sredovečnog uzrasta je neznatno veća od 1,00. S druge strane, vrednosti analiziranog pokazatelja za stare (60-74 i 75+) bile su ispod 1,00 i to sa sličnom apsolutnom razlikom kao u slučaju istih starosnih grupa za vešanje, ali na suprotnoj strani od centralne vrednosti (0,73 i 0,62 prema 1,21 i 1,48). Vrednosti SIMS-a koje se odnose na primenu vatrenog oružja kao osnovnog uzroka smrti usled samoubistva ukazuju da je "preferiranje" tog metoda izrazito senzitivno na uzrast umrlih lica i da je njegov starosni model bitno drugačiji od modela kod ostala dva najzastupljenija metoda.

I u slučaju primene vatrenog oružja nema značajnijih razlika u starosnim "preferencijama" muškog i ženskog stanovništva. Za oba pola je kod mladih i mlađih sredovečnih izrazito "preferiranje" tog načina izvršenja suicida, s tim što su konkretne vrednosti za žene višestruko veće nego za muškarce. Slično je i sa starim stanovništvom - vrednosti SIMS-a su za oba pola ispod 1,00, s tim što su za žene one višestruko manje nego za muškarce. Konkretne vrednosti tog pokazatelja za razdoblje 1990-2014.

upućuju da su žene stare 60-74 godine prilikom izvršenja samoubistva tri puta ređe birale vatreno oružje nego ostale metode, a one najstarije (75+) čak pet puta ređe.

U periodu 1990-2014, kretanja vrednosti SIMS-a su se uglavnom odvijale ka smanjenju odstupanja od centralne vrednosti (1,00), tj. vodile ka ujednačavanju "preferiranja" najzastupljenijih metoda suicida od strane lica istih starosnih grupa. Ta konstatacija se prvenstveno odnosi na modele relativne "preferencije" vešanja i primene vatrene oružja kao metoda suicida. S druge strane, u slučaju samoubistva trovanjem ujednačavanje "preferencije" tog metoda bilo je prisutno samo kod lica koja su u vreme izvršenja samoubistva bila stara 25-39, 40-59 i 75 ili više godina, dok su kod mladih od 25 godina i starih 60-74 godine promene vodile ka udaljavanju od centralne vrednosti (kod mladih kroz smanjenje, a kod starih kroz povećanje vrednosti SIMS-a).

Smanjenje razlika u relativnoj učestalosti pojedinih metoda suicida po starosnim grupama prisutno je kod oba pola. Jedini istaknutiji izuzetak je kod promene vatrene oružja kao načina izvršenja samoubistva žena. Ako se porede vrednosti SIMS-a s početka i s kraja razdoblja 1990-2014. one su se kod svih starosnih grupa, osim kod starih 60-74 godine, udaljavale od "očekivane" vrednosti (1,00). Posebno je indikativno da promene vrednosti SIMS-a nisu bila istosmerne, već da su bile naročito intenzivne u prvoj polovini posmatranog razdoblja (tokom 1990-ih i početkom prve decenije 21. veka), da bi u drugoj polovini uglavnom bila prisutna suprotna, ali ipak manje intenzivna kretanja.

U doktorskoj disertaciji ima puno potvrda koje idu u prilog poslednjoj, osmoj hipotezi da je potrebna prevencija suicida. Na svetskom planu, u odnosu na stanje od pre pola veka godišnji broj umrlih usled samoubistva više je nego utrostručen, dok je vrednost stopa samoubistva stanovništva sveta povećana za 50 %. Samoubistva trenutno spadaju u grupu vodećih uzroka smrti, a kod mladih su jedan od tri vodeća uzroka tzv. ranih smrti. Samoubistvo, međutim, spada u grupu uzroka smrti na koje je moguće relativno uspešno preventivno delovati. Potreba za prevencijom je poslednjih decenija prepoznata širom sveta i pokrenut je čitav niz preventivnih akcija. SZO je još sredinom 1980-ih identifikovala prevenciju samoubistva kao značajan domen svojih aktivnosti. Mnoge zemlje koje su preduzele značajne korake na prevenciji samoubistava su postigle pozitivne rezultate. Usvojene su brojne nacionalne strategije prevencije samoubistva, a razvijani su i vrlo konkretni programi na lokalnom, regionalnom i nacionalnom nivou. Jedan od glavnih ciljeva Prvog Akcionog plana mentalnog zdravlja koji je SZO usvojila 2013. godine je upravo prevencija suicida. Zemlje članice SZO su usvojile globalan cilj da se do 2020. godine smanji stopa suicida za 10 %. O tome da se sve veći značaj pridaje problemu samoubistva govori i naslov poslednjeg Izveštaja SZO iz 2014. godine "Prevencija samoubistva: Globalni imperativ".

U Srbiji, od početka 2000-ih, a posebno nakon 2010. broj samoubistava ima primetan opadajući trend. Sredinom 2010-ih sa oko 16 samoubistava na 100.000 stanovnika Srbija se nalazi znatno iznad svetskog i neznatno iznad evropskog proseka, ali sa promenama koje su vodile usporenom poboljšanju položaja u odnosu na ta dva proseka. Stope suicida se nisu

bitnije razlikovale početkom 1990-ih i krajem prve decenije 21. veka. Međutim, s obzirom na znatno povoljnije tendencije koje su prisutne u većini ostalih zemalja, Srbija je u pogledu nivoa suicidalnog mortaliteta pogoršala svoje mesto evropskoj rang listi. To ukazuje na potrebu i mogućnost da se prevenciji samoubistava prida veći značaj i deluje u pravcu smanjenja njegove rasprostranjenosti. Rezultati do kojih se u doktorskoj disertaciji došlo mogu da predstavljaju deo osnove na kojoj se planira i sprovodi prevenciji suicida u Srbiji. U tom smislu, detaljna analiza nivoa i tendencija smrtnosti usled samoubistva predstavlja bazu za definisanje neophodnih koraka u prevenciji. Sagledavanje karakteristika samoubistva po starosti i polu, bračnosti, kao i socioekonomskim karakteristikama kao što je školska sprema i etnička pripadnost, identifikovalo je najvulnerabilnije grupe koje zahtevaju posebnu pažnju, kao i oblasti u kojima je potrebno usmeriti preventivne akcije. Analiza najzastupljenijih metoda za izvršenje samoubistva i temporalnih karakteristika suicida ponudila je nedostajuće uvide i ukazala na još nedovoljno iskorišćen prostor za preventivne mere.

Srbija pripada velikoj grupi zemalja koje za sada nisu definisale nacionalnu strategiju za prevenciju samoubistva. Ipak, na smanjenje suicidalnog ponašanja može da se deluje i efikasnim sprovođenjem već usvojenih strategija Vlade. Među njima je svakako najvažnija *Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja*, usvojena u Srbiji početkom 2007. godine. Kao glavni cilj Strategije definisana je prevencija mentalnih poremećaja i njihovo lečenje, kao i unapređenje mentalnog zdravlja stanovništva. Akcionim planom predviđeno je osam područja delovanja. Među njima je revizija postojećeg zakonodavstva i formulisanje novih rešenja koja bi služila boljoj zaštiti prava osoba sa mentalnim poremećajima. Zatim, to je unapređenje organizacije službi za zaštitu mentalnog zdravlja. Sledeće područje je prevencija mentalnih poremećaja i unapređenje mentalnog zdravlja stanovništva, a posebno vulnerabilnih grupa koje čine deca i mladi, osobe zavisne od psihoaktivnih supstanci, stari, izbeglice i interno raseljena lica. Takođe, predviđa se kontinuirana edukacija stručnjaka u oblasti mentalnog zdravlja i unapređenje programa edukacije, ali i podrška istraživanjima u oblasti mentalnog zdravlja. Akcije se predviđaju i u domenu poboljšanja kvaliteta, gde se planira razvoj standardizovanih procedura za dijagnostiku i lečenje mentalnih poremećaja, kao i praćenje i nadzor njihove efektivnosti i evaluacija psihijatrijskih službi. Važan cilj je i unapređenje informacionih sistema za registrovanje korisnika, dijagnosticku i praćenje, kao i epidemiološka istraživanja. Takođe, izdvojeno je kao bitno uspostavljanje međusektorske saradnje koja treba da omogući koordinaciju i sveobuhvatnu zaštitu i lečenje osoba sa mentalnim poremećajima. Ta međusektorska saradnja treba da poveže ministarstva zdravlja, rada i socijalna pitanja, prosvete, omladine, pravde. Kao poseban cilj definisano je i zastupanje i javno zagovaranje, odnosno podrška osnaživanju udruženja korisnika i porodičnih grupa, kao i razvoj kampanja protiv stigmatizacije osoba sa mentalnim poremećajima. Iako *Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja* ne predviđa specifične akcije usmerene na prevenciju samoubistva, efikasno sprovođenje te strategije može da ima značajan uticaj i na smanjenje rasprostranjenosti samoubistva u Srbiji.

Pozitivan efekat na prevenciju suicida može da ima i sprovođenje drugih nacionalnih strategija koje je donela Vlada Republike Srbije. One mogu doprineti smanjenju

rizičnih faktora za samoubistvo koji se odnose na nepovoljne socioekonomske uslove, zloupotrebu supstanci, dostupnost letalnih metoda suicida. Ti faktori svojim delovanjem pojačavaju rizik koji sa sobom nose mentalne bolesti. Kao najvažnije strategije iz ove grupe mogu se izdvojiti: *Strategija za smanjenje siromaštva, Nacionalna strategija o starenju, Strategija razvoja socijalne zaštite, Strategija za borbu protiv droga, Strategija za mlade, Strategija za razvoj i zdravlje mladih, Nacionalna strategija za prevenciju i zaštitu dece od nasilja i zlostavljanja, Nacionalna strategija zapošljavanja, Strategija kontrole streljačkog i lakog oružja.*

U sprovođenju definisanih strategija značajno mesto pripada i medijima. Oni odgovornim izveštavanjem o samoubistvima, ali i uključivanjem u kampanje u borbi protiv droga, zloupotrebe alkohola, nasilja, i druge, značajno mogu da doprinesu smanjivanju rizika za samoubistvo. Ograničavanje pristupa mestima uobičajenim za izvršenje samoubistva, kao što su na primer mostovi, takođe predstavlja za sada neiskorišćeni način za smanjenje samoubistava u Srbiji. Treba naglasiti da vrlo važna uloga u prevenciji suicida pripada i unapređenju identifikacije, tretmana i praćenja pokušaja samoubistava, što u velikoj meri može doprineti smanjenju fatalnih ishoda.

Institut za mentalno zdravlje iz Beograda objavio je 2005. godine ukupno šest priručnika koji predstavljaju deo široko rasprostranjene inicijative SZO za prevenciju samoubistava. Dva priručnika su namenjena zaposlenima u zdravstvenim službama, odnosno lekarima opšte medicine i zdravstvenim radnicima u primarnoj zaštiti. Treba da im olakšaju da identifikuju pacijenta sa visokim rizikom od samoubistva, uspostave saradnju sa njim i upute ga specijalisti. Medijima je namenjen priručnik koji ima cilj da ukaže na mogući uticaj izveštavanja medija o samoubistvu i uputi u pravila izveštavanja o samoubistvu koja mogu da imaju preventivan a ne negativan uticaj. Priručnik namenjen školskom osoblju može da pomogne u biljem identifikovanju učenika kod koga postoji rizik od samoubistva i ukaže na način kako treba reagovati. Priručnik za službenike zatvora utvrđuje ključne aktivnosti koje se mogu primeniti kako bi se smanjila učestalost samoubistava u ustanovama za prevaspitavanje. Jedan priručnik upućuje na mogućnosti kako pomoći ožalošćenima da prebole gubitak. Institut za mentalno zdravlje je 2014. godine objavio i *Vodič za odgovorno pijeње alkohola*, s ciljem da se ukaže na rizično pijeње koje vodi u alkoholizam.

Pomenute aktivnosti i mere imaju preventivni potencijal, može se, ipak, očekivati da bi definisanje i sprovođenje nacionalne strategije za prevenciju samoubistava moglo da ima još značajnije efekte na smanjenje suicidalnog ponašanja i izvršenih samoubistava. Iskustva drugih zemalja ukazuju da bi takav korak mogao da donese pozitivne rezultate, pogotovo kad se uzme u obzir da u Srbiji nije bio zabeležen porast rizičnog ponašanja, uključujući i samoubistva, u meri u kojoj je to bilo prisutno u nekim drugim zemljama u tranziciji. To važi i za vulnerabilne grupe starih i mladih, koje zahtevaju specifičan pristup, a potreba i mogućnost za prevenciju postoje naročito kod muškaraca. Samoubistvo svake osobe je drastičan događaj koji pogađa veliki broj ljudi, ali samoubistvo mlade osobe uvek najtragičnije odjekne. Treba naglasiti da je aktuelno stanje u pogledu suicida mladih u Srbiji, prema svim

pokazateljima, manje nepovoljno u odnosu na drugu polovinu 20. veka. U međunarodnim poređenjima, vrednosti stope samoubistva mladih su među najnižima u Evropi. Ipak, i u Srbiji samoubistvo predstavlja jedan od najčešćih uzroka smrti mladih. Stanje je znatno nepovoljnije kod mladića. Iako su broj samoubistava mladića, kao i stopa suicida, poslednjih decenija višestruko smanjeni, kod devojaka je to smanjenje bilo mnogo intenzivnije, a pozitivni pomaci znatno приметniji. Aktuelne stope samoubistva mladića bezmalo su petostruko veće nego kod devojaka, a u ukupnom broju suicida mladih uzrasta 10-24 godine, samoubistva mladića premašuju četiri petine. Mogućnosti za prevenciju suicidalnog ponašanja mladih postoje, i poboljšanja je svakako moguće ostvariti. Posebnu pažnju zaslužuje unapređenje identifikacije, tretmana i praćenja pokušaja samoubistava mladih, što znatno može doprineti smanjenju fatalnih ishoda u tom uzrastu.

Imajući u vidu ostvarene pozitivne promene u kretanju broja samoubistava koje su ostvarene od početka 2000-ih u Srbiji, ali i u mnogim drugim zemljama, čini se da je globalni cilj SZO da u 2020. godini nivo stope suicida bude 10 % manji nego 2012, realno dostižan. Što se tiče Srbije, ostvarenju tog cilja svakako ne ide u prilog vrlo intenzivno starenje stanovništva. Međutim, sprovođenje već usvojenih relevantnih strategija, njihovo dopunjavanje novim merama, i eventualno usvajanje nacionalne strategije prevencije samoubistva izvesno vodi ka daljem ublažavanju tog velikog problema mentalnog zdravlja stanovništva.

Na kraju, treba naglasiti da su dalja, multidisciplinarna istraživanja, uključujući statistička i demografska, neophodna, kako bi se smanjila ograničenja vezana za predikciju i prevenciju samoubistava. Jer, i pored velikog povećanja znanja iz ove oblasti, samoubistvo, ta "zagonetka nad zagonetkama", kako ga je još pre skoro 90 godina opisao Milovan Milovanović, začetnik suicidologije u nas, još uvek nije potpuno razjašnjena.

LITERATURA

1. Addis, M. E., Mahalik, J. R. (2003). "Men, Masculinity, and the Contexts of Help Seeking", *American Psychologist*, 58, 1, 5-14.
2. Ajdacic-Gross, V., Weiss, M. G., Ring, M. et al. (2008). "Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database", *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 726–732.
3. Ajdacic-Gross, V., Bopp, M., Sansossio, R. et al. (2005). "Diversity and change in suicide seasonality over 125 years", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 967-972.
4. Ajdacic-Gross, V., Gadola, E., Lauber, C. et al. (2007). "Being widowed - a high risk period for suicide", *European Psychiatry, Supplement 1*, 22, S146.
5. Ajdacic-Gross, V., Bopp, M., Ring, M. et al. (2010). "Seasonality in suicide. A review and search of new concepts for explaining the heterogeneous phenomena", *Social Science & Medicine*, 71, 4, 657-666.
6. Andriessen, K. (2006). "Do we need to be cautious in evaluating suicide statistics?", *European Journal of Public Health*, 16, 4, 445–447.
7. Aouba, A., Péquignot, F., Camelin, L., Jouglu, E. (2011). "Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. Numéro thématique - Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France", *Bulletin épidémiologique hebdomadaire, BEH*, 47-48, 497-500.
8. Apter, A., Freudenstein, O. (2002). Adolescent Suicidal Behaviour: Psychiatric Population, in: Hawton, K. van Heeringen, K., eds., *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
9. Baechler, J. (2009). *Les suicides*. Hermann, Paris.
10. Bagge, C. L., Sher, K. J. (2008). "Adolescent alcohol involvement and suicide attempts: Toward the development of a conceptual framework", *Clinical Psychology Review*, 28, 1283–1296.
11. Bando, H. D., Volpe, M. F. (2014). "Seasonal variation of suicide in São Paulo, Brazil, 1996–2010", *Crisis*, 35, 1, 5–9.
12. Barber, C. W., Miller, M. J. (2014). "Reducing a Suicidal Person's Access to Lethal Means of Suicide. A Research Agenda", *American Journal of Preventive Medicine*, 47, 3S2, S264–S272.

13. Beautrais, A., Jouce, P., Mulder, R. (1996). "Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 9, 1174-1182.
14. Beautrais, A. (2000). "Risk factors for suicide and attempted suicide among young people", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 420-436.
15. Beautrais, A. (2002a). "Gender issues in youth suicidal behaviour", *Emergency Medicine*, 14, 35-42.
16. Beautrais, A. L. (2002b). "A case control study of suicide and attempted suicide in older adults", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 1-9.
17. Beautrais, A. (2003). "Life Course Factors Associated With Suicidal Behaviors in Young People", *American Behavioral Scientist*, 46, 1137-1155.
18. Beautrais, A.L. (2006). "Suicide in Asia", *Crisis*, 27, 2, 55-57.
19. Beautrais, A. L. (2006a). "Women and Suicidal Behaviour", *Crisis*, 27, 4, 153-156.
20. Beautrais, A. L., Mishara, B. (2006). "Suicide Prevention across the Life Span", *Crisis*, 28, 2, 57-60.
21. Berend, I.T. (2010). *Europe Since 1980*, Cambridge University Press, Cambridge.
22. Bertolote J. M, De Leo, D. (2012). "Global suicide mortality rates: a light at the end of the tunnel?", *Crisis*, 33,5, 249-253.
23. Biddle, L., Donovan, J., Hawton, K. et al. (2008). "Suicide and the Internet", *British Medical Journal*, 336, 800-802.
24. Bille-Brahe, U. (1998). *Suicidal behaviour in Europe: The situation in the 1990s*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.
25. Biro, M. (1982). *Samoubistvo - psihologija i psihopatologija*, Nolit, Beograd.
26. Blow, C.F., Brockmann, L.M, Barry, K.L. (2004). "Role of Alcohol in Late-Life Suicide", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 5, 48S-56S.
27. Bobić, M. (2004). "Domaćinstva Srbije na početku trećeg milenijuma - sociodemografska analiza", *Sociologija*, 46, 4, 349-372.
28. Bošnjak, M. (2011). *Globalna finansijska i ekonomska kriza i njen uticaj na privredu i finansije Srbije*. Ministarstvo finansija Republike Srbije, Beograd.
http://mf.gov.rs/UserFiles/File/dokumenti/GLOBALNA%20FIN_i%20ek_kriza%20i%20njen%20uticaj%20na%20priv_Srbije_17_2_2011_.pdf
29. Bradvik L., Berglund M. (2002). "Seasonal distribution of suicide in alcoholism", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 299-302.
30. Bradvik, L., Berglund, M. (2003). "A Suicide Peak after Weekends and Holidays in Patients with Alcohol Dependence", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33, 2, 186-191
31. Brady, J. (2006). "The association between alcohol misuse and suicidal behaviour", *Alcohol & Alcoholism*, 41, 5, 473-478.

32. Brent, D. A., Bridge, J. (2003). "Firearms Availability and Suicide: Evidence, Interventions, and Future Directions", *American Behavioral Scientist*, 46, 1192-1210.
33. Brent, D., N. Melhem (2008). Familial Transmission of Suicidal Behavior, *Psychiatric Clinics of North America*, 31,2, 157-177.
34. Breznik, D. (1991). *Stanovništvo Jugoslavije*, Chronos, Titograd.
35. Bridge, J., Goldstein, T., Brent, D. (2006). "Adolescent suicide and suicidal behavior", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 3/4, 372-394.
36. Brookhart, M. A., Rothman, K. J. (2008). "Simple estimators of the intensity of seasonal occurrence", *BMC Medical Research Methodology*, 8, 1, 67.
37. Brownhill, S., Wilhelm, K., Barclay, L. et al. (2005). "Big build: hidden depression in men", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 921-931.
38. Callanan, V.J., Davis, M.S. (2012). "Gender differences in suicide methods", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 6, 857-869.
39. Canetto, S.S., Sakinofsky, I. (1998). "The Gender Paradox in Suicide", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 1, 1-23.
40. Canetto, S.S. (2008). "Women and Suicidal Behavior: A Cultural Analysis", *American Journal of Orthopsychiatry*, 78, 2, 259–266.
41. Canetto, S.S., Cleary, A. (2012). "Men, masculinities and suicidal behaviour", *Social Science and Medicine*, 74(4), 461–465.
42. Cantor, C. H. (2002). "Suicide in the Western World". In: Hawton, K., van Heeringen, K. (eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. John Wiley & Sons, Ltd., 9-28.
43. Cantor, C., Baume P. (1998). "Access to methods of suicide: what impact?", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 8-14.
44. Cantor, C. H., Hickey, P. A., De Leo, D. (2000). "Seasonal variation in suicide in a predominantly Caucasian tropical/subtropical region of Australia", *Psychopathology*, 33, 6, 303-306.
45. Carbonell-Camós, E. (2008). "Les dimensions temporelles du suicide : une hypothèse", *Santé mentale au Québec*, 33, 2, 225-245.
46. Cerel, J., Roberts, T.A (2005). "Suicidal behavior in the family and adolescent risk behavior", *Journal of Adolescent Health*, 36, 352.e8 –352.e14.
47. Chappert, J.-L., Pequignot, F., Pavillon, G., Jouglà, E. (2003). *Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : « Biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention »*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) Drees Serie – Etudes, Document de Travail, n° 30 – avril 2003, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, CépiDc – INSERM, Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées

48. Chesnais, J.-C. (2003). "Les morts violentes dans le monde", *Population & Sociétés*, 395, 1-4.
49. Cheng, T.A., Hawton, K., Lee, C.T.C. et al. (2007). "The influence of media reporting of the suicide of a celebrity on suicide rates: a population-based study", *International Journal of Epidemiology*, 36, 1229–1234.
50. Cherpitel, Ch.J., Borges, G.L.G., Wilcox, C.H. (2004). "Acute Alcohol Use and Suicidal Behavior: A Review of the Literature", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 5, 8S–28S.
51. Chew, K.S., McCleary, R. (1995). "The spring peak in suicides: a cross-national analysis", *Social Science & Medicine*, 40, 2, 223-230.
52. Chioqueta, A., Stiles, T. (2007). "The Relationship Between Psychological Buffers, Hopelessness, and Suicidal Ideation", *Crisis*, 28, 2, 67-73.
53. Chishti, P., Stone D.H., Corcoran P. et al. (2003). "Suicide mortality in the European Union", *European Journal of Public Health*, 13, 2, 108-114.
54. Christodoulou, C., Efstathiou, V., Bouras, G. et al. (2012). "Seasonal variation of suicide", *Encephalos*, 49, 73-79.
55. Cibis, A., Mergl, R., Bramesfeld, A. et al. (2012). "Preference of lethal methods is not the only cause for higher suicide rates in males", *Journal of Affective Disorders*, 136, 9–16.
56. Colucci, E., Martin, G. (2008). "Religion and Spirituality Along the Suicidal Path", *Suicide and Life – Threatening behavior*, 38, 2, 229-244.
57. Conner, K.R., Duberstein, P.R. (2004). "Predisposing and Precipitating Factors for Suicide Among Alcoholics: Empirical Review and Conceptual Integration", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 5, 6S–17S.
58. Conwell, Y., Duberstein, P.R., Caine, E.D. (2002). "Risk factors for suicide in later life", *Biological Psychiatry*, 52, 193–204.
59. Conwell, Y., Duberstein, P. (2005). "Suicide in older adults: determinants of risk and opportunities for prevention". In : Hawton, K., (ed.) *Prevention and treatment of suicidal behavior: from science to practice*, Oxford University Press, Oxford, UK.
60. Coren, S., Hewitt, P.L. (1999). "Sex differences in elderly suicide rates: some predictive factors", *Aging and Mental Health*, 3, 2, 112-118.
61. Courtenay, W. H. (2003). "Key Determinants of the Health and the Well-Being of Men and Boys", *International Journal of Men's Health*, 2, 1, 1-27.
62. Crombie, I. K., Pounder, D. J., Dick, P. H. (1998). "Who takes alcohol prior to suicide?", *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 5, 2, 65-68.
63. Čurčić, V. (1996). "Paradoksi adolescencije: kroz samoubistvo do ubistva, kroz smrt do besmrtnosti", *Psihijatrija danas*, 28, 1-2, 133-143.

64. Daigle, M. S. (2005). "Suicide prevention through means restriction: Assessing the risk of substitution. A critical review and synthesis", *Accident Analysis and Prevention*, 37, 625-632.
65. de Beurs, D., Kirtley, O., Kerkhof, A. et al. (2015). "The Role of Mobile Phone Technology in Understanding and Preventing Suicidal Behavior", *Crisis*, 36, 2, 79–82.
66. Defina, R., Hannon, L. (2015). "The Changing Relationship Between Unemployment and Suicide", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45, 2.
67. De Leo, D., Dello Buono, M., Dwyer, J. (2002). "Suicide among the elderly: long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy", *British Journal of Psychiatry*, 181, 226-229.
68. De Leo, D., Hickey, P.A., Neulinger, K. et al. (2001). *Ageing and suicide*, Commonwealth Department of Health and Aged Care, Canberra.
69. De Leo, D., Milner, A., Fleischmann, A. et al. (2013). "TheWHO START Study. Suicidal Behaviors Across Different Areas of the World", *Crisis*, 34, 3, 156–163.
70. Denning, D. G., Conwell, Y., King, D. et al. (2000). "Method choice, intent, and gender in completed suicide", *Suicide Life-Threatening Behavior*, 30, 3, 282-288.
71. Dervic, K., Oquendo, M., Grunebaum, M.F. et al. (2004). "Religious Affiliation and Suicide Attempt", *The American Journal of Psychiatry*, 161, 2303-2308.
72. Dirkem, E. (1997). *Samoubistvo*, Beogradski izdavačko-grafički zavod, Beograd.
73. Drouet, M. (2004). "Serbie: quelle transition économique après une décennie de sanctions et de guerre?". *Sortir de la transition bloquée: Serbie-Monténégro, Revue d'études comparatives Est-Ouest*, 35, 1-2, 85-115.
74. Duberstein, P. R., Conwell, Y., Cox, C. (1998). "Suicide in Widowed Persons: A Psychological Autopsy Comparison of Recently and Remotely Bereaved Older Subjects", *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 4, 328–334.
75. Durkheim, É. (2002). *Le suicide. Étude de sociologie*, Version numérique produite par Jean-Marie Tremblay.
<http://pages.infinit.net/sociojmt>
76. Đurđev, B., Arsenović, D., Penev, G. et al. (2015)., "Domaćinstva – broj i strukture", u: Nikitović, V. (ured.), *Populacija Srbije početkom 21. veka*, Republički zavod za statistiku, Beograd, Republički zavod za statistiku, Beograd, 264-292.
77. Đurić, V., Tanasković, D., Vukmirović, D., Lađević, P. (2014). *Etnokonfesionalni i jezički mozaik Srbije*, Republički zavod za statistiku, Beograd.
78. Edwards, J. H. (1961). "The recognition and estimation of cyclic trends", *Annals of Human Genetics*, 25, 1, 83–87.
79. Elnour, A. A., Harrison, J. (2008). "Lethality of suicide methods", *Injury Prevention*, 14, 1, 39-45.
80. Erlangsen, A., Bille-Brahe, U., Jeune, B. (2003). "Differences in Suicide Between the Old and the Oldest Old", *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58B, 5, S314–S322.

81. Erlangsen, A., Jeune, B., Bille-Brahe, U. et al. (2004). "Loss of partner and suicide risks among oldest old: a population-based register study", *Age and Ageing*, 33, 4, 378–383.
82. EU-WMH (2011). *The gender perspective on mental health in Europe. The EU contribution to the World Mental Health (WMH) Project N° 20081308 under EU Health Programme 2008-2013*
83. Evans, E., Hawton, K., Rodham, K. (2004). "Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies", *Clinical Psychology Review*, 24, 957-979.
84. Evans, E., Hawton, K. Rodham, K. et al. (2005). "The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of population-Based Studies", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 3, 239-250.
85. Fergusson, D., Woodward, L., Horwood, L. (2000). "Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood", *Psychological Medicine*, 30, 1, 23-39.
86. Florentine, J. B., Crane, C. (2010). "Suicide prevention by limiting access to methods: A review of theory and practice", *Social Science & Medicine*, 70, 1626–1632.
87. Fossey, E., Shapiro, C.M. (1992). "Seasonality in psychiatry - a review", *Canadian journal of psychiatry / Revue canadienne de psychiatrie*, 37, 5, 299-308.
88. Fusé, T. (1997). *Suicide, individual and society*, Canadian Scholars' Press, Toronto.
89. Gibb, B., Andover, M., Beach, S. (2006). "Suicidal Ideation and Attitudes Toward Suicide", *Suicide and Life – Threatening behavior*, 36, 1, 12-18.
90. Gould, M., Jamieson, P., Romer, D. (2003). "Media Contagion and Suicide among the Young", *American Behavioral Scientist*, 46, 1269-1284.
91. Gunnell, D., Lewis, G. (2005). "Studying suicide from the life course perspective: implications for prevention", *British Journal of Psychiatry*, 187, 206-208.
92. Gutierrez, P. (2006). "Integratively Assessing Risk and Protective Factors for Adolescent Suicide", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 2, 129-135.
93. Hakko, H. (2000). *Seasonal variation of suicides and homicides in Finland. With special attention to statistical techniques used in seasonality studies*, (Oulu – Kuopio: Department of Psychiatry, University of Oulu - Department of Forensic Psychiatry, University of Kuopio).
94. Hakko, H., Räsänen, P., Tiihonen, J. et al. (2002). "Use of statistical techniques in studies of suicide seasonality, 1970 to 1997", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 2, 191–208.
95. Harris, E. C., Barraclough, B. (1997). "Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis", *The British Journal of Psychiatry*, 170, 3, 205-228.
96. Harwood D., Hawton K., Hope, T. et al. (2001). "Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 2, 155-165.

97. Hausmann, A., Rutz, W., Benke, U. (2008). "Women seek for help - men die! Is depression really a female disease?", *Neuropsychiatrie*, 22,1, 43-48.
98. Havârneanu, G. M., Burkhardt, J.M., Paran, F. (2015). "A systematic review of the literature on safety measures to prevent railway suicides and trespassing accidents.", *Accident Analysis & Prevention*, 81, 30-50.
99. Haw, C., Hawton, K. (2008). "Life problems and deliberate self-harm: Associations with gender, age, suicidal intent and psychiatric and personality disorder", *Journal of Affective Disorders*, 109, 139-148.
100. Hawton, K. (2000). "Sex and suicide", *British Journal of Psychiatry*, 177, 484-485.
101. Hawton, K. (2005). "Restriction of access to methods of suicide as a means of suicide prevention". In: Hawton, K. (ed.) *Prevention and treatment of suicidal behavior: from science to practice*, Oxford University Press, Oxford, UK.
102. Hawton, K., Williams, K. (2001). "The Connection Between Media and Suicidal Behavior Warrants Serious Attention", *Crisis*, 22,4,137-140.
103. Hawton, K., van Heeringen, K., eds. (2002). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
104. Hawton, K., Williams, K. (2002). "Influences of the media on suicide", *British Medical Journal*, 325, 1374-1375.
105. Hawton, K., Houston, K., Haw, C. et al. (2003). "Comorbidity of Axis I and Axis II Disorders in Patients Who Attempted Suicide", *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1494-1500.
106. Hawton, K., James, A. (2005). "Suicide and deliberate self harm in young people", *British Medical Journal*, 330, 891-894.
107. Hawton, K., Harris, L. (2008). "How Often Does Deliberate Self-Harm Occur Relative to Each Suicide? ", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 6, 650-660.
108. HHS (2001). National Strategy for Suicide Prevention-Goals and Objectives for Action U.S., Department of Health and Human Services Washington.
109. Hiltunen, L., Suominen, K., Lönnqvist, J., Partonen, T., (2011). "Relationship between daylength and suicide in Finland", *Journal of Circadian Rhythms*, 2011 9:10.
110. IASP (2015). *World Suicide Prevention Day-10 September, 2015. Preventing Suicide: Reaching Out and Saving Lives*, International Association for Suicide Prevention (IASP). https://iasp.info/wspd/pdf/2015/2015_wspd_brochure.pdf
111. Ide, N., Wyder, M., Kolves, K. et al. (2010). "Separation as an Important Risk Factor for Suicide: A Systematic Review", *Journal of Family Issues*, 31, 12, 1689-1716.
112. IJZS (2013). *Međunarodna statistička klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, Deseta revizija, knjiga 1, tabelarna lista. Izdanje 2010*. Institut za javno zdravlje Srbije 'Dr Milan Jovanović Batut' - WHO, Beograd.

113. INSERM (2005). *Suicide: autopsie psychologique, outil de recherche en prévention*, Paris: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale – INSERM.
114. IOM (2001). *Risk factors for Suicide: Summary of a Workshop*, Institute of Medicine - The National Academies Press.
http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10215
115. IOM (2001a). *Health and Behavior: The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences*, Institute of Medicine - The National Academies Press.
116. IOM (2002). *Reducing Suicide: A National Imperative*, Institute of Medicine - The National Academies Press.
http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10398
117. Johnson, H., Brock, A., Griffiths, C. et al. (2005). "Mortality from suicide and drug-related poisoning by day of the week in England and Wales, 1993-2002", *Health Statistics Quarterly*, 7, 27, 13-16.
118. Jones, B. (2002). "Suicide among the elderly: the promise of telecommunications", *British Journal of Psychiatry*, 181, 191-192.
119. Juurlink, D. N., Herrmann N., Szalai J.P. et al. (2004). "Medical Illness and the Risk of Suicide in the Elderly", *Archives of Internal Medicine*, 164, 1179-1184.
120. Kalafat, J. (2003). "School Approaches to Youth Suicide Prevention", *American Behavioral Scientist*, 46, 1211-1223.
121. Kalediene, R., Starkuviene, S., Petrauskiene, J. (2006). "Seasonal patterns of suicides over the period of socio-economic transition in Lithuania", *BMC Public Health*, 6, 1, 40-48.
122. Kelleher, M. J., Chambers, D., Corcoran, P. et al. (1998). "Religious sanctions and rates of suicide worldwide", *Crisis*, 19, 2, 78-86.
123. Kim, S.Y., Kim, M.-H., Kawachi I. et al. (2011). "Comparative Epidemiology of Suicide in South Korea and Japan: Effects of Age, Gender and Suicide Methods", *Crisis*, 32, 1, 5-14.
124. Kiriakidis, S.P. (2015). "Elderly Suicide: Risk Factors and Preventive Strategies", *Annals of Gerontology and Geriatric Research*, 2, 2, 1028 (1-6).
125. Koić E., Gogić, B., Komar, Z. et al. (2005). "Mediji i suicidi. Naputci za medije", *10. godišnja konferencija Centara za psihosocijalnu pomoć Bjelolasica, 7-9. prosinca 2005.*
<http://www.suicidi.info/mediji.asp>
126. Kõlves, K., De Leo, D. (2014). "Suicide rates in children aged 10–14 years worldwide: changes in the past two decades", *The British Journal of Psychiatry*, 205, 4, 283-285.
127. Kõlves, K., De Leo, D. (2016). "Adolescent Suicide Rates Between 1990 and 2009: Analysis of Age Group 15-19 Years Worldwide", *Journal of Adolescent Health*, 58, 1, 69-77.
128. Kõlves, K., Idel, N., De Leo, D. (2010). "Suicidal ideation and behaviour in the aftermath of marital separation: Gender differences", *Journal of Affective Disorders*, 120, 48-53.

129. Kőlves, K., Idel, N., De Leo, D. (2011). "Marital Breakdown, Shame, and Suicidality in Men: A Direct Link?", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41, 2, 149-159.
130. Kőlves, K., Kumpula, E. K., De Leo, D. (2013). *Suicidal behaviours in men: determinants and prevention in Australia*, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, Brisbane.
131. Kőlves, K., Milner, A., McKay, K., De Leo, D., eds. (2012). *Suicide in rural and remote areas of Australia* Australian Institute for Suicide Research and Prevention, Brisbane.
132. Kposowa, A. J. (2000). "Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study", *Journal of Epidemiology and Community health*, 54, 254-261.
133. Kposowa, A. J. (2003). "Divorce and suicide risk", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 993–995.
134. Krysinska, K.E., De Leo, D. (2007). "Telecommunication and suicide prevention: hopes and challenges for the new century", *Omega*, 55, 3, 237-253.
135. Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M. et al. (2011). "A Systematic Review of Elderly Suicide Prevention Programs", *Crisis*, 32, 2, 88–98.
136. Latalova, K., Kamaradova, O., Prasko, J. (2014). "Suicide in bipolar disorder: a review", *Psychiatria Danubina*, 26, 2, 108-114.
137. Leach, M. M. (2006). *Cultural diversity and suicide. Ethnic, Religious, Gender, and Sexual Orientation Perspectives*, The Haworth Press, New York.
<http://books.google.com/books?id=BOadJTO-oOWC&pg=PA102>
138. Lim, M., Lee, S. U., Park, J. I. (2014). "Difference in suicide methods used between suicide attempters and suicide completers", *International Journal of Mental Health Systems*, 8, 1, 54.
139. Lin, Ch., Chen, Ch-Sh., Xirasagar, S. et al. (2008). "Seasonality and Climatic Associations with Violent and Nonviolent Suicide: A Population-Based Study", *Neuropsychobiology*, 57, 1-2, 32–37.
140. Lorant, V., Kunst, A., Huisman, M. et al. (2005). "Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study", *British Journal of Psychiatry*, 187, 49-54.
141. MacDonald, A. (1907). "Statistics of Child Suicide", *Publications of the American Statistical Association*, 10, 77, 260-264.
142. Machlin, A., Pirkis, J., Spittal, M. (2013). "Which Suicides Are Reported in the Media - and What Makes Them 'Newsworthy'?", *Crisis*, 34, 5, 305–313.
143. Madge, N. (1999). "Youth suicide in an international context", *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8, 4, 283-291.
144. Madge, N., Hewitt, K., Hawton, K. et al. (2008). "Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 6, 667-677.

145. Maksimović, M. (2009). "Nezaposlenost i globalna kriza". In: Kriza i globalizacija. Beograd: Centar za ekonomska istraživanja Instituta društvenih nauka, 256-266.
146. Maldonado G., Kraus J.F. (1991). "Variation in suicide occurrence by time of day, day of the week, month, and lunar phase", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 21, 2, 174-187.
147. Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J. et al. (2005). "Suicide prevention strategies -A Systematic Review", *JAMA*, 294, 16, 2064-2074.
148. Marusic, A., Goodwin, R. D. (2006). "Suicidal and Deliberate Self-Harm Ideation Among Patients with Psysical Illness: The Role of Coping Styles", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 3, 323-328.
149. Marzuk, P.M, Tardiff K., Leon A.C. et al. (1997). "Lower risk of suicide during pregnancy", *The American Journal of Psychiatry*, 154, 1, 122-123.
150. Maskill, C. (2005). "Explaining patterns of suicide: a selective review of studies examining social, economic, cultural and other population-level influences", New Zealand Government - Ministry of Health.
151. Masocco, M., Pompili, M., Vanacore, N. et al. (2010). "Completed suicide and marital status according to the Italian region of origin", *Psychiatric Quarterly*, 81, 57-71.
152. Massing, W., Angermeyer, M.C. (1985). "The monthly and weekly distribution of suicide". *Social Science & Medicine*, 21, 4, 433-441.
153. McKay, K., Tighe, J., Maple, M. (2013). "Facebook and Suicide Grief: Tracking the Story of Bereavement through One Social Medium", In: Stansbie, L., Borlescu, A.M. (eds.) *Reflections on Narrative: Interdisciplinary Storytelling*, Interdisciplinary Press, Oxford, 147-160.
<http://e-publications.une.edu.au/1959.11/14370>
154. Meares, R., Mendelsohn, F.A., Milgrom-Friedman, J. (1981). "A sex difference in the seasonal variation of suicide rate: a single cycle for men, two cycles for women", *The British Journal of Psychiatry*, 138, 4, 321-325.
155. Milanković J. (2010). *Nasilne smrti u Republici Srbiji, 1997-2007*, Republički zavod za statistiku, Beograd.
156. Milić, Č. (2010). "Sezonske varijacije - faktor rizika za nastanak suicida", *Medicinski pregled*, 63, 7-8, 531-534.
157. Milner, A., McClure, R., De Leo, D. (2012). "Socio-economic determinants of suicide: an ecological analysis of 35 countries", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 19-27.
158. Milner, A., Hjelmeland, H., Arensman, E. et al. (2013). "Social-Environmental Factors and Suicide Mortality: A Narrative Review of over 200 Articles", *Sociology Mind*, 3, 2, 137-148.
159. Milovanović, M. (1929). *Samoubistvo*, Naučna knjižara 'Scientia', Beograd.
160. Minoa, Ž. (2008). *Istorija samoubistva. Dobrovoljna smrt u zapadnom društvu*, Mediterran publishing, Novi Sad.

161. Mishara, B.L. (1999). "Conceptions of death and suicide in children ages 6-12 and their implications for suicide prevention", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 2, 105-118.
162. Mladenović, I. ured. (2014). *Vodič za odgovorno pijenje alkohola*, Institut za mentalno zdravlje, Beograd.
163. Moscicki, E. K. (1994). "Gender Differences in Completed and Attempted Suicides", *Annals of Epidemiology*, 4, 152-158.
164. Moscicki, E.K. (1997). "Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies", *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 499-517.
165. Moscicki, E.K. (2001). "Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention", *Clinical Neuroscience Research*, 1, 310-323.
166. Möller-Leimkühler, A.M. (2002). "Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression", *Journal of Affective Disorders*, 71, 1-9.
167. Möller-Leimkühler, A.M. (2003). "The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable", *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253, 1, 1-8.
168. Mouquet, M-C., Bellamy, V. (2006). "Suicides et tentatives de suicide en France", *Études et Résultats*, 488, mai 2006. Direction de la Recherche des Études de l'évolution et des Statistiques.
169. Mrđen, S. (2002). "Narodnost u popisima: promenljiva i nestalna kategorija", *Stanovništvo*, 40, 1-4, 77-103.
170. Murphy, G.E. (1998). "Why women are less likely than men to commit suicide", *Comprehensive Psychiatry*, 39, 4, 165-175.
171. Murphy, G. E. (2002). "Psychiatric Aspects of Suicidal Behavior: Substance Abuse", in Hawton, K., van Heeringen, K. (eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, John Wiley & Sons, Ltd., Chichester, 135-146.
172. Мягков, А.Ю. (2004). "Темпоральные характеристики самоубийств", *Социологические исследования*, 31, 3, 83-92.
173. Neeleman, J., Lewis, G. (1999). "Suicide, religion, and socioeconomic conditions. An ecological study in 26 countries", *Journal of Epidemiology and Community health*, 53, 204-210.
174. Neeleman, J. (2001). "Suicidaliteit", *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145, 11, 515-520. (prema apstraktu "Suicidality", <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11284284>)
175. Neumayer, E. (2003). "Are Socioeconomic Factors Valid Determinants of Suicide? Controlling for National Cultures of Suicide With Fixed-Effects Estimation", *Cross-Cultural Research*, 37, 3, 307-329.
176. Nicholas, J., Oliver, K., Lee, K. et al. (2004). "Help-seeking behaviour and the Internet: An investigation among Australian adolescents", *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 3, 1.

177. Nicholson, L.A. (2008). "Rural mental health", *Advances in Psychiatric Treatment*, 14, 302-311.
178. Nikolić, D., Dimitrijević, D. (2002). *Nasilna smrt u Jugoslaviji 1950-2000. Zadesi, samoubistva, ubistva*, Ars Libri, Beograd.
179. Nock, M.K., Borges G., Bromet E.J. et al. (2008). "Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts", *The British Journal of Psychiatry*, 192, 98–105.
180. O'Connell, H., Chin, A. V., Cunningham, C. et al. (2004). "Recent developments: Suicide in older people", *The British Medical Journal*, 329, 895-899.
181. ONS (2015). "Suicides in the United Kingdom, 2013 Registrations", *Statistical Bulletin*, 19 February 2015, Office for National Statistics, Newport, United Kingdom. <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/subnational-health4/suicides-in-the-united-kingdom/2013-registrations/suicides-in-the-united-kingdom--2013-registrations.html>
182. Opalić, P. (1996). "Pokušaji samoubistva i realizovana samoubistva u adolescenciji (socijalni i klinički aspekti)", *Sociološki pregled*, 30, 2, 183-192.
183. Oravec, R., Sisti, D., Rocchi, M.B.J. et al. (2007). "Changes in the seasonality of suicides over time in Slovenia, 1971 to 2002. Amplitude is only positively related to suicide rates among females", *Journal of Affective Disorders*, 104, 211–215.
184. Parant, A., Penev, G., Remikovic, S. (2008). "Les Monténégrins au Monténégro : majoritaires hier, minoritaires demain?", *Démographie et Cultures. Actes des colloques de l'AIDELF, Québec, Canada, 25-29. 8. 2008*, AIDELF, Paris, 373-388.
185. Parker, G., Walter, S. (1982). "Seasonal variation in depressive disorders and suicidal deaths in New South Wales", *British Journal of Psychiatry*, 140, 6, 626-632
186. Patel, V., Ramasundarahettige, C., Vijayakumar, L. et al. (2012). "Suicide mortality in India: a nationally representative survey", *Lancet*, 379, 2343–2351.
187. Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J. et al. (1974). "Suicidal Feelings in the General Population: A Prevalence Study", *British Journal of Psychiatry*, 124, 460-469.
188. Pearson, J.L., Brown, G.K. (2000). "Suicide prevention in late life: Directions for science and practice", *Clinical Psychology Review*, 20,6,685-705.
189. Pelkonen, M., Marttunen, M. (2003). "Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention", *Paediatric Drugs*, 5, 4, 243-265.
190. Penev, G., (1995). "Stanovništvo po starosti i polu", *Stanovništvo i domaćinstva Republike Srbije prema popisu 1991*, Republički zavod za statistiku Srbije, Beograd, 155-178.
191. Penev, G. (2003). "Mortality trends in Serbia during the 1990s", *Stanovništvo*, 41, 1-4, 93-130.
192. Penev, G. (2005). "Razvitak stanovništva sveta, Evrope i Srbije od 1945. do 2004", *Evolucija populacione politike u Srbiji 1945-2004*, Demografski zbornik, knjiga VII. Odeljenje društvenih nauka. Srpska akademija nauka i umetnosti, Beograd, 19-50.

193. Penev, G. (2006). "Struktura stanovništva po polu i starosti", u Penev G. (ured.), *Stanovništvo i domaćinstva Srbije prema popisu 2002. godine*, Republički zavod za statistiku Srbije - Institut društvenih nauka / Centar za demografska istraživanja - Društvo demografa Srbije, Beograd 109-138.
194. Penev, G. (2006a). "Stanovništvo Srbije, 1991-2005", *Pregled Republika Srbija*, 50, 3, 3-32
195. Penev, G. (2010). "Suicides in Serbia during the 1990s and 2000s with a focus on regional differences", *IVth International Conference of Balkans Demography. Spatial demography of the Balkans: trends and challenges, 13-15 May 2010, Budva*.
http://www.demobalk.org/DemoBalk_conferences_seminars/conference_seminar/?lang=en&cs=1&code=13
196. Penev, G. (2013). *Projekcije stanovništva Srbije od 2010. do 2060. godine*, Fiskalni savet Republike Srbije, Beograd.
www.fiskalnisavet.rs/doc/istrazivacki-radovi/studija-projekcije_stanovnistva_srbije_od_2010-2060-penev.pdf
197. Penev, G. (2014). "Sezonalnost suicida u Srbiji, 1990-2012", *Stanovništvo*, 52, 2, 67-89.
198. Penev, G. (2015). "Sve je manje samoubistava, ali ...", *Demografski pregled*, 15, 57, 1-4.
199. Penev, G. (2015a). "Struktura stanovništva prema polu i starosti", u: Nikitović, V. (ured.), *Populacija Srbije početkom 21. veka*, Republički zavod za statistiku, Beograd, 130-165.
200. Penev, G., Stanković, B. (2007). "Samoubistva u Srbiji početkom 21. veka i kretanja u proteklih pedeset godina", *Stanovništvo*, 45, 2, 25-62.
201. Penev, G., Stanković, B. (2009). "Samoubistva u Srbiji: vulnerabilni muškarci", *Socijalna misao*, 16, 4, 151-168.
202. Penev, G., Stanković, B., (2015). "Suicides in Serbia during and after the time of conflicts and in the transition period of the early 21st century", *Fifth International Conference of the Balkans Demography, Ohrid, Republic of Macedonia, 21-24 October 2015. The population of the Balkans at the dawn of the 21st century*.
www.demobalk.org/DemoBalk_conferences_seminars/Docs/Demobalk_Conferences_Seminars_Doc_00148_en.pdf
203. Petrović, M. (1995). "Bračnost stanovništva", *Stanovništvo i domaćinstva Republike Srbije prema popisu 1991*, Republički zavod za statistiku Srbije, Beograd, 178-202.
204. Petrović, R., Opalić, P., Radulović, D. (1990). *Samoubistva u Jugoslaviji*, Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta u Beogradu.
205. Pirkis, J., Blood, R. W., Beautrais, A. et al. (2006). "Media guidelines on the reporting of suicide", *Crisis*, 27, 82-87.
206. Polovina, N. (1992). Faktori ranog razvoja kao činilac pokušaja samoubistva mladih muškaraca, *Psihološka istraživanja*, 5, 251-267.
207. Pompili, M., Amador, X., Girardi, P. et al. (2007). "Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future", *Annals of General Psychiatry*, 6,10.
208. Pompili, M., Innamorati, M., Di Vittorio et al. (2014). "Unemployment as a Risk Factor for Completed Suicide: A Psychological Autopsy Study", *Archives of Suicide Research*, 18, 181-192.

209. Pray, L., Cohen, C., Mäkinen, I.H. et al., eds. (2013). *Suicide in Eastern Europe, the Commonwealth of Independent States, and the Baltic Countries: Social and Public Health Determinants*, IIASA, Laxenburg.
210. Preti, A. (2002). "Seasonal variation and meteoropism in suicide: clinical relevance of findings and implications for research", *Acta Neuropsychiatrica*, 14, 17–28.
211. Preti, A., Miotto, P. (1998). Seasonality in suicides: the influence of suicide method, gender and age on suicide distribution in Italy, *Psychiatry Research*, 81, 2, 219–231.
212. Pray, L., Cohen, C., Mäkinen, I.H. et al., eds. (2013). *Suicide in Eastern Europe, the Commonwealth of Independent States, and the Baltic Countries: Social and Public Health Determinants*, IIASA, Laxenburg.
213. Preti, A., Miotto P. (1999). "Suicide and unemployment in Italy, 1982-1994", *Journal of Epidemiology and Community health*, 53, 694-701.
214. Pridmore, S., Walter, G. (2013). "Culture and Suicide Set Points", *German Journal of Psychiatry*, 16, 4, 143-151.
215. Qin, P., Agerbo, E., Mortensen, P. B. (2003). "Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register-Based Study of All Suicides in Denmark, 1981-1997", *The American Journal of Psychiatry*, 160, 765-772.
216. Qin, P., Agerbo E., Westergård-Nielsen N. et al. (2000). "Gender differences in risk factors for suicide in Denmark", *British Journal of Psychiatry*, 177, 546-550.
217. Qin, P., Mortensen, P. B. (2003). "The Impact of Parental Status on the Risk of Completed Suicide", *Archives of General Psychiatry*, 60,797-802.
218. Radivojević, B. (1995). "Obrazovna struktura stanovništva", u: Radovanović, S. (red.), *Stanovništvo i domaćinstva Republike SR Jugoslavije prema popisu 1991*, Savezni zavod za statistiku, Beograd, 165-184.
219. Radivojević, B. (2006). "Aktuelni problemi smrtnosti stanovništva Srbije", *Demografija*, 3, 23-32.
220. Radivojević, B., Marinković, I. (2015). "Recent changes in mortality in Serbia", *Fifth International Conference of the Balkans Demography, Ohrid, Republic of Macedonia, 21-24 October 2015. The population of the Balkans at the dawn of the 21st century.* www.demobalk.org/DemoBalk_conferences_seminars/Docs/Demobalk_Conferences_Seminars_Doc_00144_en.pdf
221. Radivojević, B., Penev, G. (2014). "Demographic Losses of Serbia in the First World War and their Long-Term Consequences". *Economic Annals*, 59, 203, 29-54
222. Radovanović, S. (1995). "Etnička struktura i maternji jezik stanovništva", u: Radovanović, S. (red.), *Stanovništvo i domaćinstva Republike SR Jugoslavije prema popisu 1991*, Savezni zavod za statistiku, Beograd, 185-2016.
223. Radulović, D. (1990). Društvena obeležja samoubistva, u: Petrović, R., Opalić, P., Radulović, D., *Samoubistva u Jugoslaviji*, Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta u Beogradu, 7-59.

224. Rahav, G., Wilsnack, R., Bloomfield, K. et al. (2006). "The influence of societal level factors on men's and women's alcohol consumption and alcohol problems", *Alcohol & Alcoholism*, 41, S1, i47–i55.
225. Rajagopal, S. (2004). "Suicide pacts and the internet", *British Medical Journal*, 329, 1298-1289.
226. Ramsay, R., Welch, S., Youard, E. (2001). "Needs of woman patients with mental illness", *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 85-92.
227. Randell, B.P., Wang, W-L., Herting, J.R., Eggert, L.L. (2006). "Family Factors Predicting Categories of Suicide Risk", *Journal of Child and Family Studies*, 15, 3, 255-270.
228. Rau, R. (2007). *Seasonality in Human Mortality. A Demographic Approach*, Heidelberg: Springer.
229. Rich, C.L. Ricketts, J.E., Fowler, R.C. et al. (1998). "Some differences between men and women who commit suicide", *The American Journal of Psychiatry*, 145, 718-722.
230. Rihmer, Z. (2001). "Can better recognition and treatment of depression reduce suicide rates? A brief review", *European Psychiatry*, 16, 406-409.
231. Rihmer, Z. (2005). "Prediction and prevention of suicide in bipolar disorders", *Clinical Neuropsychiatry*, 2, 1, 48-54.
232. Rihmer, Z., Gonda, X., Kapitany, B., Dome, P. (2013). "Suicide in Hungary-epidemiological and clinical perspectives", *Annals of General Psychiatry*, 12:21
233. Rochlen, A.B., Paterniti, D.A., Epstein, R.M. et al. (2010). "Barriers in Diagnosing and Treating Men With Depression: A Focus Group Report", *American Journal of Men's Health*, 4, 2, 167–175.
234. Rocka, D., Greenberg, D.M., Hallmayer, J.F. (2003). "Increasing seasonality of suicide in Australia 1970–1999", *Psychiatry Research*, 120, 1, 43–51.
235. Roškar, S., Podlesek, A., Kuzmanić, M. et al. (2011). "Suicide Risk and Its Relationship to Change in Marital Status", *Crisis*, 32, 1, 24–30.
236. Russel, S. (2003). Sexual Minority Youth and Suicide Risk, *American Behavioral Scientist*, 46, 1241-1257.
237. Rutz, W., Rihmer, Z. (2009). "Suicide in men. Suicide prevention for the male person", *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: A Global Perspective*, 249-255. New York: Oxford University Press.
238. RZS (2004). "Uputstvo za matičare o popunjavanju statističkih obrazaca DEM-1 (o rođenju), DEM-2 (o slučaju smrti), DEM-3 (o venčanju)", *Metodologije i standardi*, 5, republički zavod za statistiku Srbije, Beograd
239. RZS (2004a). *Statistički godišnjak Srbije 2004*, Republički zavod za statistiku, Beograd.
240. RZS (2006). *Demografska statistika 2002 – 2003*, Republički zavod za statistiku Srbije, Beograd.

241. RZS (2012). *Nacionalna pripadnost. Podaci po opštinama i gradovima. Popis stanovništva, domaćinstava i stanova 2011. u Republici Srbiji, Stanovništvo - knjiga 1*, Republički zavod za statistiku, Beograd
242. RZS (2014). *Demografska statistika u Republici Srbiji, 2013*, Republički zavod za statistiku Srbije, Beograd.
243. RZS (2014a). "Uputstvo za matičare o popunjavanju statističkih obrazaca DEM-1 (o rođenju), DEM-2 (o slučaju smrti), DEM-3 (o venčanju)", *Metodologije i standardi*, 56, republički zavod za statistiku Srbije, Beograd
244. Sarchiapone, M., Mandelli, L., Iosue, M. et al. (2011). "Controlling Access to Suicide Means", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8, 4550-4562.
245. Sardon, J.-P. (2008). "À propos de quelques biais de déclaration de l'appartenance ethnique dans les Balkans". *Démographie et Cultures. Actes des colloques de l'AIDELF, Québec, Canada, 25-29. 8. 2008*, AIDELF, Paris, 389-404.
246. Schilling, E.A., Aseltine, R.H., Glatovsky, J.L. et al. (2009). "Adolescent Alcohol Use, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts", *Journal of Adolescent Health*, 44, 335–341.
247. Schmidtke, A., Weinacker, B., Apter, A. et al. (1999). "Suicide rates in the world: Update", *Archives of Suicide Research*, 5, 81–89.
248. Schneider, B., Kõlves, K., Blettner, M. et al. (2009). "Substance use disorders as risk factors for suicide in an Eastern and a Central European city (Tallinn and Frankfurt/Main)", *Psychiatry Research*, 165, 263–272.
249. Schneider, B., Grebner, K., Schnabel, A. et al. (2011). "Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide. A case-control psychological autopsy study", *Psychiatry Research*, 190, 265–270.
250. Scourfield, J., Evans, R. (2015). "Why might men be more at risk of suicide after a relationship breakdown? Sociological insights", *American Journal of Men's Health*, 9, 5, 380-384.
251. Shenassa, E. D., Catlin, S. N., Buka, S. L. (2003). "Lethality of firearms relative to other suicide methods: a population based study", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 120–124.
252. Sher, L. (2004). "Preventing suicide", *Quarterly Journal of Medicine*, 97, 677-680.
253. Sher, L. (2006). "Alcohol consumption and suicide", *Quarterly Journal of Medicine*, 99, 1, 57-61.
254. Shiner, M., Scourfield, J., Fincham, B. et al. (2009). "When things fall apart: Gender and suicide across the life-course", *Social Science & Medicine*, 69, 738–746.
255. Shneidman, E.S. (1981). "The psychological autopsy", *Suicide & Life Threatening Behavior*, 11, 325-340.
256. Shneidman, E. S. (1996). *The Suicidal Mind*, Oxford University Press.

257. Serafini, G., Muzio, C., Piccinini, G. et al. (2015). "Life adversities and suicidal behavior in young individuals: a systematic review", *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 12, 1423-1446.
258. Simeunović, V. (1964). "Stanovništvo Jugoslavije i socijalističkih republika 1921-1961: Ukupno stanovništvo, polna i starosna struktura". *Studije, analize i prikazi*, 22, Savezni zavod za statistiku, Beograd.
259. Skoog I., Aevansson O., Beskow J. et al. (1996). "Suicidal Feelings in a population sample of nondemented 85-year-olds", *The American Journal of Psychiatry*, 153, 1015-1020.
260. Soole, R., Kõlves, K., De Leo, D. (2015). Suicide in Children: A Systematic Review, *Archives of Suicide Research*, 19, 285–304.
261. Speckens, A., K. Hawton (2005). "Social Problem Solving in Adolescents with Suicidal behavior: A Systematic Review", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 4, 365-387.
262. Srna, J. (1997). *Biti ili ne biti - studija samoubilaštva mladih*, Institut za psihologiju - IP "Žarko Albulj".
263. Stack, S. (1980). "The Effects of Marital Dissolution on Suicide", *Journal of Marriage and the family*, 54, 3, 636-642.
264. Stack, S. (1983). "The Effect of Religious Commitment on Suicide: A Cross-National Analysis", *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 4, 362-374.
265. Stack, S. (1992). "The Effect of Divorce on Suicide in Finland: A Time Series Analysis", *Journal of Marriage and Family*, 54, 3, 636-642.
266. Stack, S. (2003). "Media coverage as a risk factor in suicide", *Journal of epidemiology and community health*, 57, 238–240.
267. Stack, S., Kposowa, A.J. (2011). "Religion and Suicide: Integrating Four Theories Cross-Nationally", *Journal for the Scientific Study of Religion*, 50, 2, 289–306.
268. Stack, S., Kposowa, A.J. (2015). "Culture and suicide: A Cross-National, Multilevel Analysis", *The Sociological Quarterly*, 1-22.
269. Stack, S., Scourfield, J. (2015). "Recency of Divorce, Depression, and Suicide Risk", *Journal of Family Issues*, 36, 6, 695–715.
270. Stanković, B. (2015). "Bračnost stanovništva", u: Nikitović, V. (ured.), *Populacija Srbije početkom 21. veka*, Republički zavod za statistiku Srbije, Beograd, 194-222.
271. Stanković, B., Penev, G. (2009). "Sociokulturni kontekst suicidalnog ponašanja i neke relevantne činjenice o samoubistvima u Srbiji", *Sociološki pregled*, 43, 2, 155-185.
272. Stanković, B., Penev, G. (2011). "Samoubistva starih u Srbiji i mogućnosti preventivnog delovanja", *Gerontologija*, 38, 1, 84-92.
273. Suhrabi, Z., Delpisheh, A., Taghinejad, H. (2012). "Tragedy of women's self-immolation in Iran and developing communities: a review", *International Journal of Burns and Trauma*, 2, 2, 93-104.

274. Sun, J., Guo, X., Ma, J. et al. (2011). "Seasonality of suicide in Shandong China, 1991–2009: associations with gender, age, area and methods of suicide", *Journal of Affective Disorders*, 135, 1-3, 258-266.
275. SZS (1992). *Demografska statistika 1990 (podaci se odnose na SFR Jugoslaviju)*, Savezni zavod za statistiku, Beograd.
276. Šobot, A. (2012). "Tri demografske posledice rodno specifičnih modela ponašanja na primeru Srbije". *Stanovništvo*, 50, 2, 85-109.
277. Šovljanski, M. (1976). *Samoubistva u Vojvodini i njihove karakteristike*, Matica srpska.
278. Tishler, C. L., Staats Reiss, N., Rhodes, R. A. (2007). "Suicidal Behavior in Children Younger than Twelve: A Diagnostic Challenge for Emergency Department Personnel", *Academic Emergency Medicine*, 14, 810–818.
279. Turnbull, P., Webb, R., Kapur, N. et al. (2015). "Variation by ethnic group in premature mortality risk following self-harm: a multicentre cohort study in England", *BMC Psychiatry*, 15, 1, 254, 1-8
280. UK Department of Health (2014). *Annual Report of the Chief Medical Officer 2013: Public Mental Health Priorities: Investing in the Evidence*.
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/413196/CMO_web_doc.pdf
281. UN (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision, DVD Edition*, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York.
282. van Heringen, K., Hawton, K., Williams, J.M.G. (2002). "Pathways to Suicide: an Integrative Approach". In: Hawton, K., van Heeringen, K. (eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, John Wiley & Sons Ltd., Chichester, 223-234.
283. Värnik, A., Kõlves, K., Allik, J. et al. (2009). "Gender issues in suicide rates, trends and methods among youths aged 15–24 in 15 European countries", *Journal of Affective Disorders*, 113, 216–226.
284. Värnik, A., Kõlves, K., Wasserman, D. (2005). Suicide among Russians in Estonia: database study before and after independence, *BMJ*, 330, 176–177
285. Värnik, P. (2012). "Suicide in the World", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 760-771.
286. Vlada Republike Srbije (2007). *Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja*.
http://www.srbija.gov.rs/vesti/dokumenti_sekcija.php?id=45678
287. Voracek, M., Tran, U., Sonneck, G. (2007). "Facts and myths about seasonal variation in suicide", *Psychological Reports*, 100, 3, 810-814.
288. Vukadinović, N. (2004). "L'aide internationale à la Serbie-Monténégro: bilan d'un triple processus", *Sortir de la transition bloquée: Serbie-Monténégro, Revue d'études comparatives Est-Ouest*, 35, 1-2, 183-221
289. Vuković, O., Jašović-Gašić, M. (2005). "Alkoholizam i suicid", *Engrami*, 27, 1-2, 47-51

290. Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman C. et al. (2015). "School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial", *The Lancet*, 385, 9977, 1536–1544.
291. Wasserman, D., Ringskog, S. (2001). "Suicide among the elderly in Sweden". NASP-National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health.
292. Whitmer, D.A., Woods, D.L. (2013). "Cost Effectiveness of a Suicide Barrier on the Golden Gate Bridge", *Crisis*, 34, 2, 98-106.
293. Wilhelm, K. (2009). "Men and depression", *Australian Family Physician*, 38, 102-105.
294. WHO (1985). *Targets for health for all: targets in support of the European regional strategy for health for all*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, European Health for All Series, No. 1.
295. WHO (1999). *Figures & Facts about Suicide*, Department of mental health, World Health Organization, Geneva.
296. WHO (2002). *Suicide Prevention in Europe. The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies*. EUR/02/5034834.
297. WHO (2004). *Suicide huge but preventable public health problem, says WHO. World Suicide Prevention Day - 10 September*.
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/en/>
298. WHO (2004a). *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?*, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network – HEN.
299. WHO (2005). *Suicide prevention. WHO European Ministerial Conference on Mental Health*. EUR/04/5047810/B7.
300. WHO (2008). *Suicide prevention (SUPRE). Country reports and charts available*.
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html (Last update: 2007).
301. WHO (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization, Geneva.
302. WHO (2015). *European mortality database (MDB), Mortality indicator database: mortality indicators by 67 causes of death, age and sex (HFA-MDB)*, World Health Organization Regional Office for Europe, Updated: December 2015
http://data.euro.who.int/hfamdb/tables/tableB.php?id=tblb_398731001454064480&ind=7570
303. Woo, J.M., Okusaga, O., Postolache, T.P. (2012). "Seasonality of suicidal behavior", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8, 531-547.
304. Wyder, M., Ward, P., De Leo, D. (2009). "Separation as a suicide risk factor", *Journal of Affective Disorders*, 116, 208–213.
305. Yip, P.S.F, Caine, E., Yousuf, S. et al. (2012). "Means restriction for suicide prevention", *Lancet*, 379, 2393–2399.
306. Yip, P.S.F., Chao, A., Chiu, C. (2000). "Seasonal variation in suicides: diminished or vanished. Experience from England and Wales, 1982-1996", *British Journal of Psychiatry*, 177, 4, 366-369.

307. Yip, P.S.F., Chao, A., Ho, T.P. (1998). "A re-examination of seasonal variation in suicides in Australia and New Zealand", *Journal of Affective Disorders*, 47, 1-3, 141–150.
308. Zhang, J., Ma, J., Jia, C. et al. (2010). "Economic growth and suicide rate changes: A case in China from 1982 to 2005", *European Psychiatry*, 25, 159-163.

Biografija autora

Goran Penev rođen je 1954. godine u Velesu (Makedonija). Od 1963. godine živi u Beogradu.

Diplomirao je na Ekonomskom fakultetu Univerziteta u Beogradu 1978. godine. Na istom fakultetu je magistrirao 1987. godine, odbranivši rad pod naslovom "Osnovne determinante, karakteristike i posledice starenja stanovništva Jugoslavije".

Od 1979. godine zaposlen je u *Institutu društvenih nauka (Centar za demografska istraživanja)* gde radi na raznim istraživačkim poslovima.

Objavio je preko 200 naučnih i stručnih radova. Članke je objavljivao u preko 20 domaćih i stranih časopisa (na srpskom, engleskom, francuskom, nemačkom i ruskom jeziku). Učestovao je na brojnim naučnim konferencijama u zemlji i inostranstvu kao autor saopštenja i član naučnih odbora. Član redakcije časopisa *Stanovništvo* (1990-2010, glavni urednik 1992-1996), *Economic development* (2011-), edicije *Balkan Demographic Papers* (2000-).

Član-osnivač *Društva demografa Jugoslavije /Srbije* (od 1990, potpredsednik od 1997-2003-2011) i *Međunarodne mreže/udruženja DemoBalk* (član-osnivač 1996/2007, potpredsednik 2007-). Član *Odbora za proučavanje stanovništva Odeljenja društvenih nauka SANU* (2006-). Član je više nacionalnih i međunarodnih naučnih udruženja.

Držao je predavanja po pozivu na dodiplomskim, poslediplomskim i doktorskim studijama *Univerziteta Tesalija* (Volos, Grčka) i na poslediplomskim studijama *Univerziteta u Beogradu* (Medicinski i Ekonomski fakultet).

Višegodišnji je saradnik francuskog *Nacionalnog instituta za demografske studije (INED)* i *Evropske demografske opservatorije (ODE)*.

Bio je saradnik ili rukovodilac više desetina nacionalnih ili međunarodnih naučnih projekata. Uže oblasti interesovanja u demografiji su mu demografska analiza, starenje stanovništva, fertilitet (posebno vanbračni fertilitet), mortalitet (posebno suicidalni mortalitet), migracije (posebno izbeglice i lica na radu ili boravku u inostranstvu), procene i projekcije stanovništva.

Прилог 1.

Изјава о ауторству

Потписани _____ Горан Пенев _____
број индекса _____

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

Самоубиства у Србији у контексту савремених демографских и друштвеноекономских промена

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да предложена дисертација у целини ни у деловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

Потпис докторанда

У Београду, 26. јануара 2016.

Прилог 2.

Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора Горан Пенев

Број индекса _____

Студијски програм демографија

Наслов рада Самоубиства у Србији у контексту савремених демографских и друштвеноекономских промена

Ментор Проф. др Биљана Радивојевић

Потписани _____

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла за објављивање на порталу **Дигиталног репозиторијума Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис докторанда

У Београду, 26. јануара 2016.

Прилог 3.

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

„Самоубиства у Србији у контексту савремених демографских и друштвеноекономских промена“

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио.

1. Ауторство ✓

2. Ауторство - некомерцијално

3. Ауторство – некомерцијално – без прераде

4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима

5. Ауторство – без прераде

6. Ауторство – делити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

Потпис докторанда

У Београду, 26. јануара 2016.
