

**Tartu Ülikool
Tervishoiu Instituut**

**SUITSIDAALSUS ÜHISKONNAS NING
SUITSIIDIKATSE SOTSIAAL-DEMOGRAAFILISED,
MEDITSIINILISED JA PSÜÜHILISED MÕJURID**

Magistritöö rahvatervishoius

Merike Sisask

**Juhendaja: Airi Värnik, MD PhD
Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja
Suitsidologia Instituut**

Tartu 2005

Magistritöö teostati Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidologia Instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu kraadinõukogu otsustas 21. mail 2005.a. lubada väitekirja rahvatervishoiu teadusmagistrikraadi kaitsmisele.

Oponent: Lembit Mehilane, MD PhD, Tartu Ülikooli Kliinikumi Psühhiaatrikliinik, arst-konsultant

Kaitsmine: 9. juunil 2005.a.

© Tartu Ülikool, 2005
Tartumaa Trükikoda
Betooni 9 Tartu 51014

ISSN 1406-6017
ISBN 9985-4-0443-2 (trükis)
ISBN 9985-4-0444-0 (PDF)

SISUKORD

SISUKORD.....	3
MAGISTRITÖÖ MATERJALIDE PUBLITSEERITUS.....	5
KASUTATUD LÜHENDID	6
LÜHIKOKKUVÕTE.....	7
1. SISSEJUHATUS	9
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE	11
3. TÖÖ EESMÄRGID	16
4. MATERJAL JA METOODIKA.....	17
4.1. Kasutatud meetodika usaldusväärsus	17
4.2. Ühiskonna uuring.....	17
4.3. Suitsiidikatses sooritanute uuring.....	18
4.4. Diagnoosimine ja skaalad	19
4.5. Andmete statistiline analüüs	19
5. TULEMUSED	21
5.1. Suitsidaalsus ühiskonnas.....	21
5.2. Suitsiidikatses sooritanute sotsiaal-demograafilised tunnused.....	21
5.2.1. Sugu	21
5.2.2. Rahvus.....	22
5.2.3. Vanus	22
5.2.4. Pereseis	23
5.2.5. Tööstaatus	24
5.2.6. Leibkond	25
5.2.7. Haridus	26
5.2.8. Usuline tõekspidamine.....	27
5.3. Suitsiidikatses sooritanute kehaline ja psüühiline tervises seisund	27
5.3.1. Kehaline haigus.....	27
5.3.2. Psüühilised vaevused	28
5.3.3. Psühhiaatiline diagnoos	28
5.3.4. Depressiivne meeleolu	29
5.3.5. Suitsiidikatses meetodid ja eelnevad suitsiidikatsed	30
5.4. Suitsiidikatses sooritanute kontakt tervishoiuasutustega.....	31

5.4.1. Suitsiidikatse eelne kontakt perearstiga	31
5.4.2. Suitsiidikatse eelne kontakt psühhiaatrilise ja psühholoogilise abi võimalustega	32
5.4.2. Suitsiidikatse järgne kontakt tervishoiuasutustega	33
6. ARUTELU	35
6.1. Suitsidaalsus ühiskonnas.....	35
6.2. Suitsiidikatse sooritanute sotsiaal-demograafilised tunnused.....	35
6.3. Suitsiidikatse sooritanute kehaline ja psüühiline tervises seisund	36
6.4. Suitsiidikatse sooritanute kontakt tervishoiuasutustega.....	38
7. KOKKUVÕTE	41
8. KASUTATUD KIRJANDUSE LOETELU	43
LISAD.....	50
SUMMARY	68
TÄNUAVALDUSED	70

MAGISTRITÖÖ MATERJALIDE PUBLITSEERITUS

Magistritöös esitatud materjalid on avaldatud artiklitena:

- I Sisask, M., Kõlves, K., Värnik, A. & Wasserman, D. (2003). WHO-SUPRE - Ülemaailmne suitsiidikatsete uuring Eestis. In A. Värnik (Ed.), *Suitsiidi-uuringud* (pp. 65-9). Tallinn: Iloprint.
- II Kõlves, K. & Sisask, M. (2003). WHO SUPRE-MISS uuringu kontrollgrupp - suitsidaalsus populatsioonis ja probleemid ühiskonnas. In A. Värnik (Ed.), *Suitsiidi-uuringud* (pp. 70-3). Tallinn: Iloprint.
- III Sisask, M., Kõlves, K. & Värnik, A. (2004). Suitsidaalsus ühiskonnas ja suitsiidikate sooritamist prognoosivad tegurid. *Eesti Arst* 83,744-9.

Magistritöös esitatud materjalid on avaldatud teaduskonverentsi teesidena:

Sisask, M., Värnik, A. & Wasserman, D. (2003). SUPRE-MISS in Estonia – main risk groups among suicide attempters. *XXII World Congress of the International Association for Suicide Prevention (IASP), Abstract Book*, 102:3.

KASUTATUD LÜHENDID

CI	usaldusvahemik
df	vabadusastmete arv
KR	kontrollrühm
n	uuritavate arv
OR	šansside suhe
p	olulisuse tõenäosus
SK	suitsiidikatsed
SUPRE-MISS	<i>Suicide Prevention, Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviour</i>
WHO	<i>World Health Organisation</i> (Maaailma Terviseorganisatsioon)
χ^2	hii-ruut test

LÜHIKOKKUVÕTE

Käesoleva magistritöö eesmärgid olid selgitada välja suitsidaalsuse (suitsiidimõtted, -plaanid ja -katsed) levimus ühiskonnas, analüüsida suitsiidikatse sooritamise seonduvaid sotsiaal-demograafilisi, meditsiinilisi ja psüühilisi riskitegureid ning selgitada välja, kuidas tervishoiuteenus rakendub suitsiidikatse sooritanutele.

Töös on kasutatud WHO ülemaailmse uuringu SUPRE-MISS (*Suicide Prevention – Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours*) raames kogutud andmeid. Uuring koosnes kahest osast: vähemalt 15-aastaste suitsiidikatse sooritanute uuring (n = 469) Põhja-Eesti Regionaalhaiglas (Mustamäe Korpuses ja Tallinna Psühhiaatrikliinikus) ja ühiskonna uuring (kontrollrühm, n = 500) Tallinna piirkonnas juhuvaliku põhjal erinevate perearstide nimistutesse kantud vähemalt 15-aastastest isikute hulgas.

Ühiskonna uuringust selgus, et rohkem kui iga kümnes uuritav oli oma senise elu jooksul mõelnud enesetapu sooritamisele ning suitsiidikatseid olid suurema tõenäosusega sooritanud need, kes olid eelnevalt suitsiidile mõelnud ja/või seda planeerinud. Suitsiidikatse järgselt puutus meditsiinilise abiga kokku vaid pisut üle poole suitsiidikatse sooritanud inimestest.

Suitsiidikatse sooritamise seonduvate sotsiaal-demograafiliste riskiteguritena tulid esile naissugu, vanus alla 30 eluaasta, kooselu puudumine (vallaligus, lahus elamine), töö puudumine (töötus, alaline töövõimetus). Kõrgem haridustase või selle omandamine ning usuline tõekspidamine olid kaitsvad tegurid.

Peaaegu kõigil suitsiidikatse sooritanutel diagnoositi vähemalt üks psüühika- või käitumishäire, sagedaseim diagnoos oli depressioon vm meeleoluhäire (58,6%). Depressiooni esines veelgi sagedamini (77,4%) Becki Depressiooni Küsimustiku alusel. Ligi kolmandikul juhtudest oli tegemist korduva suitsiidikatsega.

Suitsiidikatsele eelneva aasta jooksul olid ligi pooled suitsiidikatsetajatest olnud kontaktis perearstiga, neist kolmandikul juhtudest sisaldas pöördumise põhjus psühholoogilist komponenti ning rohkem kui iga kümnes mõtles juba siis enda mürgitamisest või vigastamisest. Paljud suitsiidikatse sooritanud olid eelnevalt saanud psühhiaatrilist ravi nii statsionaarselt (mehed 34,2%, naised 24,0%) kui ambulatoorselt (mehed 35,7%, naised 42,0%).

39,5% suitsiidikatse sooritanutest olid haiglasse sattudes eluohtlikus seisundis. Umbes pooled suitsiidikatse sooritanutest suunati edasi psühhiaatrilisele ravile, vähem kui veerand saadeti üldisesse tervisekeskusesse ning peaaegu veerandit ei saadetud kusagile edasi professionaalse abi saamiseks.

1. SISSEJUHATUS

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) andmetel on suremus suitsiidi tõttu maailmas viimase 45 aasta jooksul suurenenud ligi 60%. Aastal 2002 antud hinnangu kohaselt kaotas maailmas oma elu enesetapu läbi 877 000 inimest (World Health Organisation 2003). Suitsiid pole mitte ainult ülemaailmne tragöödia, aga ka suur rahvatervishoiu probleem. Suitsiide esineb nii arenenud riikides kui arengumaades ning kõigis vanuserühmades. Viimastel aastakümnetel on paljudes maades suitsiiditrend hakanud tõusma just nooremates vanuserühmades: 35-45-aastaste ja mõnedes riikides isegi 15-25-aastaste hulgas (Bertolote 2001). Suitsiid on noortel täiskasvanutel (nii meestel kui naistel) üks viiest peamisest surma põhjusest.

Eesti kuulub koos teiste Baltimaade, Venemaa, Soome, Ungari ja Sri Lankaga suurima suitsiidiriskiga maade hulka. Suitsiidikordajat alates 16-st peetakse suure suitsiidiriski näitajaks (Bertolote 2001). Suitsiidide keskmine kordaja Eestis viimase 10 aasta jooksul (1993-2002) on 35 suitsiidi 100 000 elaniku kohta.

Suitsiidikordajate andmed on teada enamiku maade kohta. Olemasolev teadmine suremusest suitsiidi tõttu ja suitsiidi riskiteguritest ei anna siiski terviklikku ülevaadet suitsidaalsusest laiemalt, mis hõlmab endas lisaks suitsiididele ka suitsiidikatseid ning suitsidaalset mõtlemist.

Andmed suitsiidikatsete esinemissagedusest ametlikus statistikas ei kajastu ning suitsiidikatsete kohta haiglas süstemaatiliselt andmeid ei koguta. Samas ei saa suitsiidikatsete poolt põhjustatava kahju ja kannatuste ulatust pidada mingil juhul tähelepanu mittevääriks. Suitsiidikatsete kohta on kogutud andmeid piirkonniti uuringute käigus, näiteks WHO/EURO suitsidaalse käitumise uuring, mida viiakse läbi 13 Euroopa riigis alates aastast 1989 ning mis praeguseks on laienenud 28 keskusega üle-euroopaliseks uuringuks. Nimetatud uuringu tulemuste alusel antud eksperthinnangu kohaselt võib suitsiidikatseid esineda 10-40 korda sagedamini kui lõpuleviidud suitsiide (Platt et al 1992, Schmidtke et al 1996).

Suitsiidikatse tõttu meditsiiniabi saanute registreerimisel saadud andmed annavad vaid osalise pildi suitsidaalsuse levimusest. Rahvastiku hulgast tehtud juhuvalimil põhinevad uuringud aga annavad hinnangu suitsidaalse käitumise levimusele laiemalt, hõlmates ka tervishoiusüsteemis registreerimata suitsiidikatseid ning suitsidaalset mõtlemist.

Aastal 2000 algatas WHO ülemaailmse suitsidaalse käitumise interventsiooni uuringu SUPRE-MISS (*Suicide Prevention – Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours*), mis on suunatud eelkõige suitsiidikatsetele kui üha kasvavale rahvatervishoiu probleemile (World Health Organisation 2002). SUPRE-MISS algatuse tingis vajadus suurendada teadmisi suitsidaalsest käitumisest ning efektiivsetest sekkumisviisidest erineva kultuurilise taustaga maailma riikides. SUPRE-MISS koosneb kolmest komponendist: (a) kindlaksmääratud piirkonnas juhuvalikul põhinev kliiniline uuring suitsiidikatsetajatele haigla erakorralise meditsiini üksuses rakenduvate ravistrateegiade hindamiseks; (b) samas piirkonnas ühiskonna uuring suitsidaalse mõtlemise ja käitumise levimuse hindamiseks; (c) uuringus osalevate riikide ühiskonna peamiste sotsiaal-kultuuriliste tunnuste kvalitatiivne kirjeldus.

2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

Erwin Stengeli (1967) klassikalise definitsiooni kohaselt on enesetapp indiviidi enese poolt teadlikult ja tahtlikult tekitatud fataalne (surmav) enesevigastus. WHO (1986) defineerib enesetappu kui fataalse tulemusega akti, mis on ohvri poolt tahtlikult algatatud ja teostatud niisuguse teadmise või eeldusega, et selle tulemus on fataalne, ning mille kaudu ohver lootis realiseerida tema poolt ihaldatud muutusi.

Suitsiidikatse ehk enesetapukatse on WHO (1986) definitsiooni järgi mitte-fataalse tulemusega tahtlik tegevus, mille puhul inimene ilma teiste sekkumiseta vigastaks või mürgitaks ennast, seejuures on tegevuse eesmärk realiseerida muutusi, mida loodeti saavutada oma tegevuse tegelike või oodatud füüsiliste tagajärgedega. Definitsioon hõlmab ka neid tegevusi, mille puhul sekkutakse enne, kui tegelik enesevigastus on aset leidnud.

Mõiste “suitsidaalne käitumine” mahutab enda alla lisaks suitsiididele ja suitsiidikatsetele ka suitsidaalse mõtlemise (Pokorny 1974, Paykel et al 1974, Wasserman 2001). Suitsiidiprotsess areneb aja jooksul järk-järgult, see algab elutüdimusest, jõuab välja surmasoovini ning sealt edasi suitsiidimõtete, suitsiidikatsete ja suitsiidini. Suitsiidiprotsessi arengu kirjeldamisel on täheldatud kultuurilisi erinevusi, näiteks Hiinast pärinevad uuringud näitavad, et suitsiidikatsele või suitsiidile tavapäraselt eelnev suitsiidiplaan seelses kultuurikontekstis puudus (Phillips et al 2002a, Phillips et al 2002b).

Nagu sissejuhatuses mainitud, on andmed suitsiidide kohta kättesaadavad enamikus maailma riikides, kuid suitsiidikatsete kohta ametlikku statistikat ei peeta ning rutiinselt vastavaid andmeid ei koguta. Samas moodustasid enesevigastused (sh suitsiidikatseted) maailmas aastal 2002 1,4% haiguste poolt põhjustatud kahjust ning arvatakse, et aastaks 2020 tõuseb nende osakaal 2,4%-ni (World Health Organisation 2003), mistõttu nende tähendust ja mõju ei saa sugugi alahinnata.

WHO/EURO suitsidaalse käitumise uuringu andmete põhjal ilmunud publikatsioonid annavad üsna põhjaliku ülevaate suitsiidikatsetest Euroopas. Erinevates Euroopa riikides oli vanuse järgi standarditud registreeritud suitsiidikatse kordaja 100 000 kohta meestel vahemikus 45-314 ning naistel vahemikus 69-462. Enamik suitsiidikatse sooritanutest olid noored naised. Suitsiidikatse sooritanute sotsiaal-demograafilist tausta iseloomustas sageli esinev vallalisus, kolmandik neist

elas üksinda või üksi koos lapsega, nad olid sageli madalama haridustasemega, ligemale üks viiendik meestest ja üks kaheksandik naistest olid töötud ning võrrelduna kogu rahvastikuga kuulusid suitsiidikatsetajad sagedamini kategooriatesse, mis on seotud sotsiaalse ebastabiilsuse ning vaesusega (Platt et al 1992, Schmidtke et al 1996, Schmidtke et al 2001).

Ka muudest uuringutest suitsiidikatse sooritanute kohta pärinevad andmed toovad välja noorte naiste domineerimise suitsiidikatsetajate hulgas (Diekstra 1993, Latha et al 1996, Thanh et al 2005, Rancans et al 2001). Samas erinevalt arenenud maadest on arengumaades suitsiidikatse sooritanute hulgas enam abielus inimesi, mis annab alust arvata, et abielu ei ole nendes maades kaitsvaks teguriks (Fleischmann et al 2005).

Levinuimaks suitsiidikatse meetodiks WHO/EURO suitsidaalse käitumise uuringus oli mürgitamine (peamiselt ravimite üledoseerimine), üle 70% juhtudest nii meeste kui naiste puhul, millele järgnes enda vigastamine teravate esemetega, üle 10% juhtudest nii meeste kui naiste puhul (Michel et al 2000). Mürgitamine on levinuim meetod ka arengumaades (Hiina, India, Sri Lanka), kuid mürgitamise vahendina kasutatakse erinevalt Euroopa riikidest valdavalt pestitsiide (Fleischmann et al 2005, Latha et al 1996, Eddelston 2000, Eddelston & Phillips 2004, Gunnell & Eddelston 2003, Phillips et al 2002a, Phillips et al 2002b).

Mitmes uuringus on riskitegurina välja toodud eelnevaid suitsiidikatseid, mida esineb vähemalt 30%-il juhtudest (Rancas et al 2001, Runeson et al 2000, Van Casteren et al 1993).

Kuigi juba Durkheim (2002) leidis, et religioossus võib toimida kui suitsidaalse käitumise vastu suunatud kaitsev tegur, pole religiooni mõju suitsidaalsele käitumisele maailmas eriti palju uuritud (Neeleman 1998, Kelleher et al 1998, Dervic et al 2004). Bertolote ja Fleischmann (2002) on arutlenud religioosse konteksti tähtsuse üle ning religiooni kui ühe peamise kultuurilise teguri mõju üle suitsidaalsele käitumisele.

Suitsiidikatse registreerimisel põhinevad uuringud annavad ülevaate suitsiidikatse sooritanutest, keda on seoses suitsiidikatsega ravitud tervishoiusüsteemi poolt. Samas on varasemad rahvastikul põhinevad levimusuuringud näidanud, et tegelikult saavad vähem kui pooled suitsiidikatse sooritanutest suitsiidikatse järgselt meditsiinilist abi (Kjøller & Helweg-Larsen 2000, Pirkis et al 2001, Ramberg & Wasserman 2000, Centers for Disease Control 1990, Schweitzer et al 1995, Kuo et al

2001). Suitsiidikatse järgse abi saamine sõltus mürgituse või vigastuse raskusastmest, arstiabi kättesaadavusest ja kvaliteedist, ning hirmust võimalike negatiivsete tagajärgede ees (peamiselt häbimärgistatus). Selleks, et selgitada välja terviklik, mitte ainult tervishoiusüsteemi vaatevälja sattunute suitsidaalse käitumise levimus, on sobilik kasutada ühiskonna uuringuid.

Erinevate rahvaste võrdluse suitsidaalse mõtlemise ja suitsiidikatsete levimuse kohta on teinud 80'ndatel aastatel Weissman uurimisrühm (1999). Uuringus on kasutatud sama meetodikat üheksas erinevas riigis (Kanada, Prantsusmaa, Liibanon, Uus-Meremaa, Puerto Rico, Lõuna-Korea, Taiwan, Ameerika Ühendriigid ja Lääne-Saksamaa). Suitsidaalse mõtlemise eluaegne levimusmäär jäi vahemikku 2,1% kuni 18,5%. Suitsiidikatsete eluaegne levimusmäär jäi vahemikku 0,7% kuni 5,9%. Uuringuid suitsidaalse mõtlemise ja suitsiidikatsete eluaegse levimusmäära kohta on läbi viidud veel Suurbritannias (Meltzer et al 2002), Taanis (Kjøller & Helweg-Larsen 2000), Ameerika Ühendriikides (Kessler et al 1999, Moscicki 1989, Paykel et al 1974, Schwab et al 1972), Austraalias (Pirkis et al 2000), Rootsis (Ramberg & Wasserman 2000) ja Soomes (Hintikka et al 2001) ning kõik need näitasid enam-vähem sarnaseid tulemusi. Ülevaateartikli antud teemal on kirjutanud Welch (2001).

Varasemad uuringud on näidanud, et suitsiidikatse sooritanute hulgas esineb sagedasti kehalisi haigusi. WHO/EURO andmete põhjal kannatas iga teine inimene suitsiidikatse sooritamise ajal akuutse või kroonilise haiguse all. Kehalise haigusega suitsiidikatsetajad on märkimisväärselt sagedamini depressiivsed. 42% kehalise haigusega patsientidest seostas oma kehalist probleemi toimepandud suitsiidikatsega ning 22% nimetasid seda suitsiidikatse peamiseks põhjuseks (De Leo et al 1999). Kehalise haiguse tähtsust suitsiidiriski hindamisel on rõhutanud ka teised uurijad (Marzuk 1994, Ikeda et al 2001).

Psühhiaatrilised diagnoosid on suitsidaalsete patsientide puhul üsna tavalised, neist enam levinud on depressioon (Goldblatt 1994, Houston 2003). Näiteks Suurbritannias diagnoositi psühhiaatrilisi häireid 92%-il suitsiidikatse sooritanutest, kõige tavalisem diagnoos oli meeleoluhäire (72%), isiksusehäireid diagnoositi 46%-il juhtudest (Haw et al 2001).

Varasemad uuringutulemused on näidanud, et suitsiidikatse sooritanud otsivad suitsiidikatse eelselt kontakti erinevate abivõimalustega: nii esmatasandi arstiabiga kui ka psühhiaatrilise ja psühholoogilise abi võimalustega (Michel et al 1997, Runeson et al 2000, Houston et al 2003, Suominen et al 2002, Luoma et al 2002).

Nende pöördumise põhjus sisaldas kuni pooltel juhtudest psühholoogilist komponenti. Uuring Taanist näitas, et suitsiidikatsede eelne kontakt esmastasandi arstiga oli vähemalt veerandil juhtudest suunatud psühholoogilise toetuse ja abi saamisele ning vaid osad pöördunute soovisid tegelikult saada meditsiinilist abi (Stenager & Jensen 1994). 44% kasutasid suitsiidikatsede sooritamise vahendina hiljuti väljakirjutatud ravimeid.

Suurbritannias oli perearsti poole pöördunute 13% väljendanud visiidi ajal oma suitsidaalseid mõtteid (Houston et al 2003). Seetõttu rõhutatakse perearsti rolli depressiooni ja suitsidaalsuse varajasel äratundmisel ja ravis, kuid ka suitsiidikatsede sooritanute järelravis.

Paljudes maades on suitsiidikatsed üheks peamiseks põhjuseks, miks noored haigla erakorralise meditsiini osakonda ravile satuvad, ning see paneb raske koorma meditsiinisüsteemile (United Nations Department for Policy Coordination and Sustainable Development 1996). Enamik suitsiidikatsede sooritanutest on teismelised või noored täiskasvanud, kes koos moodustavad selle riskirühma, kelle hulgas tulevikus tõenäoliselt hulgaliselt suitsiide toime pannakse (Hultén et al 2000).

Suitsiidikatsede sooritamise järgse psühhiaatrilise läbivaatuse, konsultatsiooni ja järelravi kohta on andmed erinevatest maailma riikidest erinevad. Näiteks Läti suitsiidikatsede sooritanute uuringu kohaselt vaadati väidetavalt 99% suitsiidikatsede sooritanutest üle vähemalt ühe psühhiaatri poolt, 35% vähemalt kahe ning 11% vähemalt kolme psühhiaatri poolt (Rancans et al 2001). Rootsis viidi 92%-il suitsiidikatsede sooritanutest viivitamatult pärast suitsiidikatset läbi psühhiaatriline hindamine, kuid ainult 34% neist sattus psühhiaatri juurde ning järelravi saamiseks ei suunatud kusagile edasi 9% suitsiidikatsede sooritanutest (Runeson & Wasserman 1994). Itaalias sai suitsiidikatsede järgselt psühhiaatrilist konsultatsiooni 30% suitsiidikatsede sooritanutest (Runeson et al 2000). Ühe Suurbritannias läbiviidud uuringu andmete alusel ei saanud 59% suitsiidikatsede sooritanutest järgnevat psühhiaatrilist ravi ning nende suitsiidikatsede ja suitsiidi toimepanemise risk oli suurem kui nendel suitsiidikatsede sooritanutel, kes said psühhiaatrilist ravi (Hickey et al 2001). Teine Suurbritannia uuring näitas, et vaid kolmandik suitsiidikatsede sooritanutest jäeti haiglasse sisse ning ainult 40% suitsiidikatsetajatest sai psühhosotsiaalset konsultatsiooni (Kapur et al 2003).

On andmeid, et kui suitsiidikatsede sooritanud inimene ka suunatakse edasi professionaalse järelravi saamiseks, siis umbes kolmandik nendest siiski tegelikult

abistaja vastuvõtule ei jõua (Runeson et al 2000). Suitsiidikatse järgselt ordineeritud järelravist kinnipidamine on olnud probleemiks ka teistes uuringutes (Möller 1989, Van Heeringen 1995). Oluliseks on peetud kõigi suitsiidikatse sooritanute depressiooni kui olulisima riskiteguri hoolikat skriinimist, kuigi ka depressiooni all kannatavate suitsiidikatse sooritanute ravi järjepidevus on olnud problemaatiline. Suurbritannias läbiviidud uuring näitas, et 89%-ile depressiivsetest suitsiidikatsetajatest pakuti võimalust psühhiaatriliseks raviks (selle alustamiseks või enne suitsiidikatset alustatud ravi jätkamiseks). Hilisem jälgimine aga näitas, et pisut üle poole patsientidest neile antud soovitusi ei järginud (Haw et al 2002). Samas nende inimeste hulgas, kes olid suitsiidikatse järgse abi, toetuse ja ravi võimalusi kasutanud, oli 80-90% neid, kes olid pakutud abiga rahul, kelle suhtumine abipakkujasse oli olnud positiivne ning kes väitsid, et sellest on neile olnud kasu (Haw et al 2003).

3. TÖÖ EESMÄRGID

Käesoleva töö eesmärgid olid:

- 1) selgitada välja suitsidaalsuse (suitsiidimõtted, -plaanid ja -katsed) levimus ühiskonnas Tallinna rahvastiku baasil;
- 2) analüüsida suitsiidikatse sooritamise seonduvaid sotsiaal-demograafilisi, meditsiinilisi ja psüühilisi riskitegureid;
- 3) selgitada välja, kuidas tervishoiuteenus rakendub suitsiidikatse sooritanutele.

4. MATERJAL JA METOODIKA

4.1. Kasutatud metoodika usaldusväärsus

SUPRE-MISS uuringus osalenud keskused esindavad kõiki 6 WHO regiooni: Campinas (Brasiilia), Chennai (India), Colombo (Sri Lanka), Durban (Lõuna-Aafrika), Hanoi (Vietnam), Karaj (Iraan), Yuncheng (Hiina) ja Tallinn (Eesti). Uuringu läbiviijaks Eestis oli Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut (ERSI), kellele kuulub käesolevas uurimistöös kasutatav Eestis kogutud andmeid sisaldav andmebaas ning võimalus kasutada võrdluseks teiste keskuste andmebaase.

SUPRE-MISS uuringu metoodika (World Health Organisation 2002) töötasid välja WHO poolt kutsutud eksperdid, sh Dr Airi Värnik, mis andis tihedas konkurentsis Eestile võimaluse esindada uuringus Euroopat. Kohalikele oludele kohandatuna ja testituna pilootprojekti käigus (pilootprojekt viidi läbi Tallinnas) rakendati sama metoodikat kõigis maailma keskustes. Uuringu läbiviimiseks Eestis on andnud loa Tallinna Meditsiiniuuringute Eetikakomitee (otsus nr 203, 22.08.2001.a.)

4.2. Ühiskonna uuring

Ühiskonna uuring viidi läbi selgitamaks välja suitsidaalsuse levimus Tallinna piirkonnas ning ühtlasi oli ühiskonna uuringu käigus moodustatud valim kontrollrühmaks suitsiidikatsede sooritanutele.

Ühiskonna uuringu valim moodustati Tallinna piirkonnas juhuvaliku põhjal erinevate perearstide nimistutesse kantud isikutest. Ühiskonna uuringu raames viidi 2002.a. läbi struktureeritud intervjuud 500 isikuga. Intervjuu läbiviimise eelduseks oli intervjuueeritava informeeritud kirjalik nõusolek. Intervjuueerijateks olid perearstid. Küsitlute sooline ja vanuseline jaotus oli representatiivne Tallinna rahvastiku suhtes.

Ühiskonna uuringu küsimustik (Lisa 1) hõlmas järgmisi aspekte: sotsiaaldemograafiline taust, varasem suitsidaalne käitumine, perekonna andmed, kehaline ja vaimne tervis, tervishoiuteenuste kasutamine, alkoholi ja narkootikumide tarvitamine ning stress ja probleemid ühiskonnas.

Suitsidaalsuse levimuse hindamiseks ühiskonnas esitati kontrollrühma kuuluvatele uuritavatele järgmised küsimused:

- 1) Kas Te olete kunagi tõsiselt mõelnud enesetapu sooritamisele?
- 2) Kas Te olete kunagi pidanud plaani enesetapu sooritamiseks?
- 3) Kas Te olete kunagi sooritanud enesetapukatse?

4.3. Suitsiidikatse sooritanute uuring

Suitsiidikatse sooritanute uuringu baashaiglaks oli Põhja-Eesti Regionaalhaigla (Mustamäe Korpus ja Tallinna Psühhiaatriakliinik). Ajavahemikul detsembrist 2001 kuni jaanuarini 2004 viidi struktureeritud süvaintervjuu läbi nende vähemalt 15-aastaste isikutega, kes toodi või kes tulid ise suitsiidikatse järel haiglasse meditsiinilise abi saamiseks. Intervjuu läbiviimise eelduseks oli intervjueeritava informeeritud kirjalik nõusolek. Intervjuerijateks olid kliinilise töö kogemusega spetsialistid (psühhiaatrid, psühholoogid). Andmebaas sisaldab 469 suitsiidikatse sooritamise juhtu (53% kõigist uuringu perioodil suitsiidikatse järel Põhja-Eesti Regionaalhaiglasse sattunud inimestest). Intervjueeritud suitsiidikatse sooritanute sooline ja vanuseline jaotus oli representatiivne kõigi haiglasse sattunud suitsiidikatse sooritanute suhtes sel perioodil.

Suitsiidikatse sooritanute küsimustikku ühitati WHO/EURO suitsidaalse käitumise uuringu küsimustikuga EPSIS: *European Parasuicide Study Interview Schedule* (Kerkhof et al 1993). Suitsiidikatse sooritanute küsimustik (Lisa 2) hõlmas järgmisi aspekte: haiglasse sattumise asjaolud (suitsiidikatse meetod, kehalised tagajärjed, saadud meditsiiniline abi ning edasisuunamine), sotsiaal-demograafiline taust, religioossus, käesoleva enesetapukatse asjaolud, varasem suitsidaalne käitumine, perekonna andmed, kehaline ja vaimne tervis, tervishoiuteenuste kasutamine, alkoholi ja narkootikumide tarvitamine, psühholoogilised testid (Beck'i depressiooni küsimustik, Spielberg'i vihatunnuse skaala, WHO heaolu indeks), sotsiaalse rolli täitmine ja sotsiaalne toetus, kuritegelik või asotsiaalne käitumine. Lisaks viidi läbi psühholoogiline vaatlus ning pandi võimalusel psühhiaatriline diagnoos.

4.4. Diagnoosimine ja skaalad

Suitsiidikate sooritanute psüühika- ja käitumishäireid diagnoositi rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni (RHK-10) alusel. Diagnoos määrati kindlaks nendel suitsiidikate sooritanutel, kelle intervjuerijateks olid psühhiaatrid, mistõttu 54 uuritavat (11,5%) jäi analüüsist välja.

Suitsiidikate sooritanud isikute psüühilise seisundi hindamiseks kasutati instrumentidena Beck'i Depressiooni Küsimustikku (BDI) ja WHO heaolu indeksit (WHO-5). Lähtuvalt Internetis kättesaadavatest materjalidest (<http://www.swin.edu.au/victims/resources/assessment/affect/bdi.html>) ning Eestis kliinilise töö praktikas väljakujunenud normidest hinnati Beck'i Depressiooni Küsimustiku skaalal saadud skoori järgnevalt: 0-9 normaalne seisund, 10-18 kerge depressioon, 19-29 mõõdukas depressioon, 30+ raske depressioon. WHO heaolu indeksit interpreteeriti lähtuvalt Internetis (http://www.cure4you.dk/354/WHO-5_English.pdf) kättesaadavatest materjalidest ning Beck'i ja teiste (2003) tööst: skoor 0-12 (või kui mõnele küsimusele on vastatud 0 või 1) näitab heaolu madalat taset, skoor 13-25 heaolu kõrget taset.

4.5. Andmete statistiline analüüs

Statistiline analüüs on teostatud andmetöötlusprogrammiga SPSS (versioon 11.5) ja EpiCalc 2000 (versioon 1.02).

Soo- ja vanusjaotuse analüüsil on täpsuse huvides kasutatud üldkogumi andmeid: Tallinna rahvastiku andmed 1. jaanuari 2003.a. seisuga (www.stat.ee) ja kõigi uuringu perioodi jooksul Põhja-Eesti Regionaalhaiglasse sattunud suitsiidikate sooritanute andmeid. Muude tunnuste analüüs on teostatud ainult ühiskonna uuringu ja suitsiidikate sooritanute uuringu intervjuude käigus kogutud andmete põhjal.

Vanuse kui riskiteguri hindamisel on nii suitsiidikate sooritanud kui ka kontrollrühm jagatud järgmistesse vanuserühmadesse: 15-20, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 ja 70 ning vanemad. Muude riskitegurite hindamisel on kasutatud kolme vanuserühma: alla 35-aastased (noorem vanuserühm), 35-59 aastased (keskmine vanuserühm) ja 60-aastased ning vanemad (vanem vanuserühm).

Soo- ja vanuspõhise analüüsi läbiviimisel on tunnustevaheliste seoste leidmiseks kasutatud hii-ruut (χ^2) testi. Riskitegurite esinemissageduse väljaselgitamiseks juhtudel ja kontrollidel on kasutatud šansside suhet (OR).

5. TULEMUSED

5.1. Suitsidaalsus ühiskonnas

12,4% (95% CI = 9,7-15,7) uuritavatest oli oma elu jooksul tõsiselt mõelnud enesetapu sooritamisele. Sugude ja rahvuste vahel statistiliselt olulised erinevused puudusid, kuid naised olid mõelnud enesetapu sooritamisele mõnevõrra sagedamini kui mehed (naised 14,5%, mehed 10,3%) ning eestlased sagedamini kui mitte-eestlased (eestlased 14,8%, mitte-eestlased 9,2%). Vanuserühmiti olid nooremasse ja keskmisesse vanuserühma kuuluvad isikud mõelnud enesetapu sooritamisele oluliselt sagedamini kui vanemasse vanuserühma kuuluvad isikud (noorem 15,9%, keskmine 14,1%, vanem 2,9 %; $\chi^2 = 11,5$, $df = 2$, $p = 0,003$).

Enesetapu sooritamiseks oli plaani pidanud 5,4% (95% CI = 3,7-7,9) uuritud Tallinna rahvastikust. Sugude vahel olulisi erinevusi ei esinenud. Eestlased olid pidanud plaani sagedamini kui mitte-eestlased ($\chi^2 = 4,3$, $df = 1$, $p = 0,04$). Vanuserühmade analüüs näitas, et kõige sagedamini oli pidanud plaani enesetapu sooritamiseks noorem vanuserühm ($\chi^2 = 6,6$, $df = 2$, $p = 0,04$).

Enesetapukatse oli oma elu jooksul sooritanud 3,6% (95% CI = 2,2-5,7) küsitletutest. Sooti ja rahvusesti olulisi erinevusi ei olnud. Nooremas vanuserühmas esines suitsiidikatse sooritamist sagedamini kui vanemates vanuserühmades ($\chi^2 = 11,6$, $df = 2$, $p = 0,003$).

Korrelatsioonianalüüs näitas tugevat statistiliselt seost ($p < 0,001$) kõikide suitsidaalsusega seotud tunnuste vahel.

5.2. Suitsiidikatse sooritanute sotsiaal-demograafilised tunnused

5.2.1. Sugu

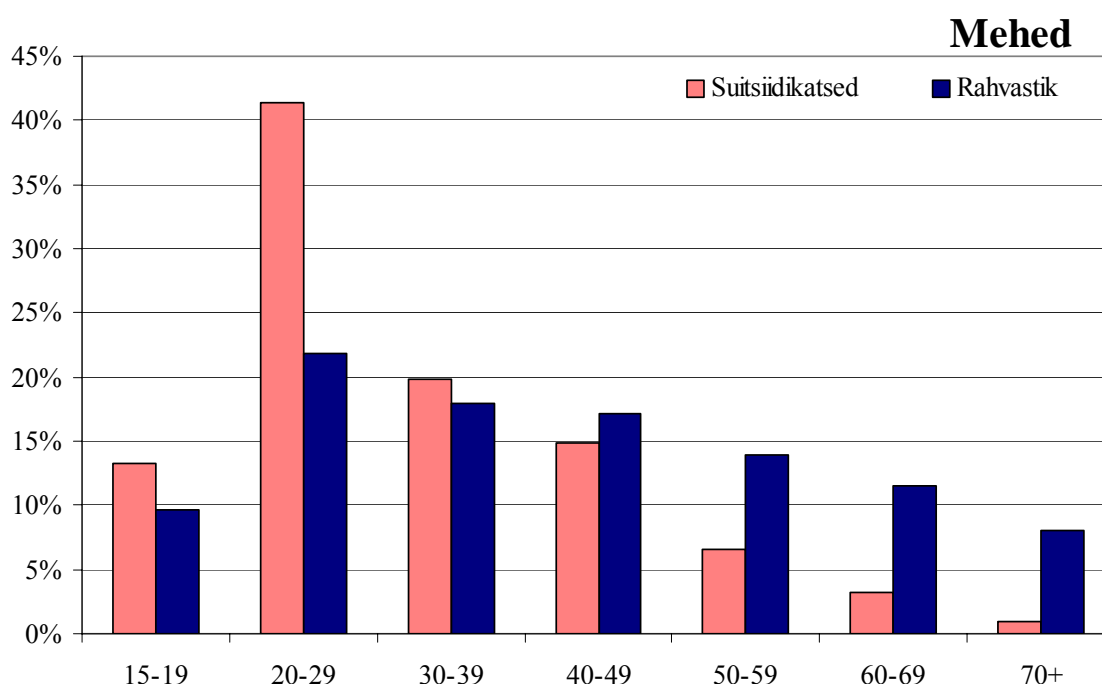
Uuritud perioodi jooksul suitsiidikatse järgselt haiglasse sattunud üle 15-aastastest isikutest olid 61,0% naised ning 39,0% mehed. Tallinna rahvastikus oli samavanuste isikute hulgas 56,0% naisi ja 44,0% mehi. Suitsiidikatse sooritanutel oli suurem risk olla naine (OR = 1,2; 95% CI = 1,1-1,4).

5.2.2. Rahvus

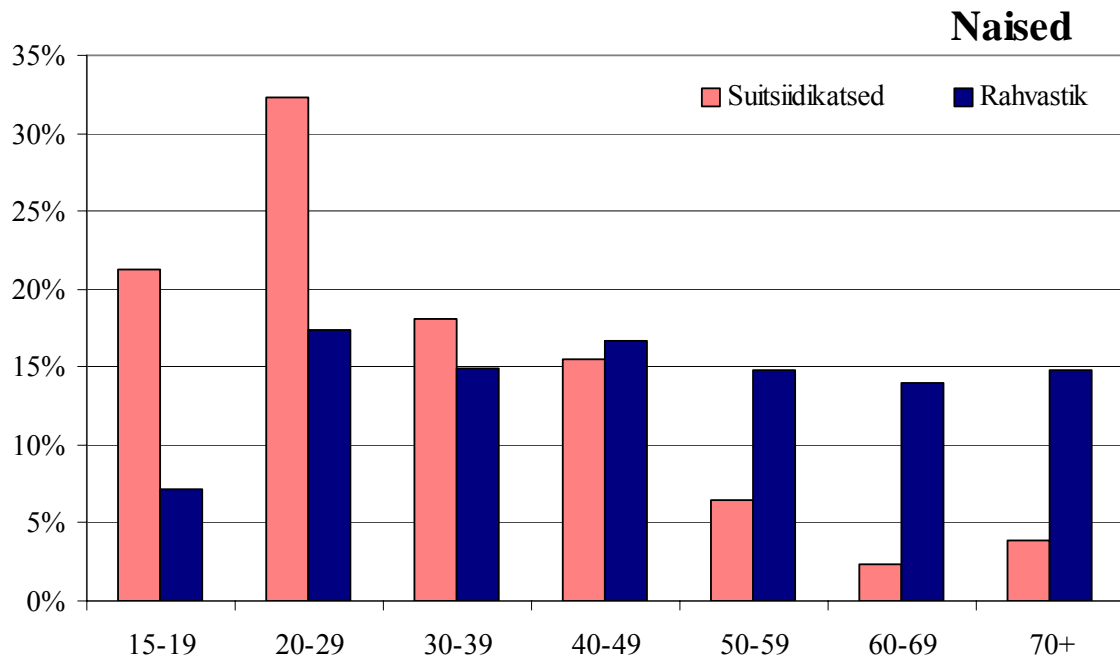
Rahvusesti ei erinenud suitsiidikatse sooritanud oluliselt kontrollrühmast. Eestlasi oli suitsiidikatse sooritanute hulgas 57,4% (kontrollrühmas 58,4%) ning mitte-eestlasi 42,6% (kontrollrühmas 41,6%).

5.2.3. Vanus

Mees- ja naissoost suitsiidikatsetajate vanuselise jaotusest ilmnes, et suitsiidikatsetajad kuuluvad kõige sagedamini vanuserühma 20-29 eluaastat, meestel järgnes sellele vanuserühm 30-39, naistel aga noorim vanuserühm 15-19 (joonis 1 ja joonis 2). Suitsiidikatsete sooritamine vähenes vanusega alates vanuserühmadest üle 30 eluaasta. Võrdlus suitsiidikatsetajate ja rahvastiku vahel näitab, et suitsiidikatsetajatel on suurem risk kuuluda noorematesse vanuserühmadesse. Naiste puhul oli risk kõrgeim vanuserühmas 15-19 (OR = 3,5; 95% CI = 2,8-4,3) ja meeste puhul vanuserühmas 20-29 (OR = 2,5; 95% CI = 2,0-3,1).



Joonis 1. Mehed vanuserühmiti (%), suitsiidikatse sooritanud ja kontrollrühm (Tallinna rahvastik)



Joonis 2. Naised vanuserühmiti (%), suitsiidikatsed sooritanud ja kontrollrühm (Tallinna rahvastik)

5.2.4. Pereseis

Suitsiidikatsed sooritanud mehed ja naised erinesid üksteisest pereseisu poolest oluliselt ($\chi^2 = 13,3$, $df = 3$, $p = 0,004$). Suitsiidikatsed sooritanud mehed olid kõige sagedamini vallalised (47,2%), seevastu suitsiidikatsed sooritanud naised abielus või kooselus kindla partneriga (46,4%) (tabel 1). Võrreldes kontrollrühmaga oli nii mees- kui naissoost suitsiidikatsed sooritanutel suurem risk olla vallaline (meestel $OR = 2,1$; 95% $CI = 1,4-3,2$; naistel $OR = 1,8$; 95% $CI = 1,3-2,7$) ning väiksem risk olla abielus või vabaabielus (meestel $OR = 0,4$; 95% $CI = 0,3-0,7$; naistel $OR = 0,7$; 95% $CI = 0,5-0,9$).

Nooremaste vanuserühma kuuluvad suitsiidikatsed sooritanud ei erinenud pereseisu põhjal oluliselt nende kontrollrühmast (tabel 2). Keskmises vanuserühmas oli suitsiidikatsed sooritanutel võrreldes kontrollrühmaga suurem risk olla lahutatud või lahus elav ($OR = 2,1$; 95% $CI = 1,3-3,5$) ja väiksem risk olla abielus või vabaabielus ($OR = 0,6$; 95% $CI = 0,4-0,9$). Vanemas vanuserühmas oli suitsiidikatsed sooritanutel väiksem risk olla abielus või vabaabielus ($OR = 0,3$, 95% $CI = 0,1-0,7$), kuid suurem risk olla vallaline ($OR = 6,8$; 95% $CI = 1,4-32,8$).

Tabel 1. Pereseis suitsiidikatse sooritanutel ja kontrollrühmal, sooline jaotus

	MEHED				NAISED			
	SK		KR		SK		KR	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vallaline	76	47,2	72	29,6	101	32,8	54	21,0
Abielus või kindel partner	62	38,5	143	58,8	143	46,4	145	56,4
Lesk	2	1,2	10	4,1	19	6,2	29	11,3
Lahutatud või lahus elav	21	13,1	18	7,5	45	14,6	29	11,3
KOKKU	161	100	243	100	308	100	257	100

Tabel 2. Pereseis suitsiidikatse sooritanutel ja kontrollrühmal, vanuseline jaotus

	15-34				35-60				60+			
	SK		KR		SK		KR		SK		KR	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vallaline	164	56,2	109	54,0	9	5,9	14	7,3	4	16,7	3	2,9
Abielus või kindel partner	107	36,6	84	41,6	90	58,8	137	71,0	8	33,3	67	63,8
Lesk	2	0,7	0	0,0	9	5,9	10	5,2	10	41,7	29	27,6
Lahutatud või lahus elav	19	6,5	9	4,4	45	29,4	32	16,5	2	8,3	6	5,7
KOKKU	292	100	202	100	153	100	193	100	24	100	105	100

5.2.5. Tööstaatus

Suitsiidikatse sooritanud meestel oli suurem risk olla töötu (OR = 2,1; 95% CI = 1,2-3,7) või alaliselt töövõimetu (OR = 19,1; 95% CI = 4,4-82,3). Naissoost suitsiidikatsetajatel oli sarnaselt meestega suurem risk olla alaliselt töövõimetu (OR = 10,3; 95% CI = 2,4-43,9), kuid teise riskitegurina tuli esile õpilase staatus (OR = 7,9; 95% CI = 3,1-20,4) (tabel 3).

Nooremas vanuserühmas oli suitsiidikatse sooritanutel võrreldes kontrollrühmaga suurem risk olla töötu (OR = 3,5; 95% CI = 1,7-7,3), alaliselt töövõimetu (OR = 5,4; 95% CI = 1,6-18,2) või õpilane (OR = 3,1; 95% CI = 1,7-5,9). Väiksem risk nooremas vanuserühmas oli olla üliõpilane (OR = 0,3; 95% CI = 0,2-0,6) või töötav (OR = 0,5; 95% CI = 0,3-0,7). Keskmises vanuserühmas oli suitsiidikatse sooritanute hulgas oluliselt suurem risk olla alaliselt töövõimetu (OR = 28,9; 95% CI = 3,8-217,8) ning väiksem risk olla töötav (OR = 0,6; 95% CI = 0,4-1,0). Vanemas vanuserühmas oli suitsiidikatsetajatel sarnaselt noorema ja keskmise vanuserühmaga väiksem risk olla töötav (OR = 0,2; 95% CI = 0,1-0,8) (tabel 4).

Tabel 3. Tööstaatus suitsiidikatse sooritanutel ja kontrollrühmal, sooline jaotus

	MEHED				NAISED			
	SK		KR		SK		KR	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Töötav	91	56,5	159	65,5	164	53,3	171	66,8
Töötu	30	18,6	24	9,9	38	12,3	20	7,8
Töövõimetu	22	13,7	2	0,8	23	7,5	2	0,8
Pensionär	3	1,9	30	12,3	15	4,9	39	15,2
Üliõpilane	4	2,5	18	7,4	12	3,9	12	4,7
Õpilane	10	6,2	8	3,3	42	13,6	5	2,0
Muu	1	0,6	2	0,8	14	4,5	7	2,7
KOKKU	161	100	243	100	308	100	256	100

Tabel 4. Tööstaatus suitsiidikatse sooritanutel ja kontrollrühmal, vanuseline jaotus

	15-34				35-60				60+			
	SK		KR		SK		KR		SK		KR	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Töötav	149	51,0	140	69,7	103	67,3	149	77,2	3	12,5	41	39,1
Töötu	41	14,0	9	4,5	27	17,6	35	18,1	0	0,0	0	0,0
Töövõimetu	22	7,5	3	1,5	20	13,1	1	0,5	3	12,5	0	0,0
Pensionär	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	2,6	18	75,0	64	60,9
Üliõpilane	15	5,1	30	14,9	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Õpilane	52	17,8	13	6,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Muu	13	4,6	6	2,9	2	1,3	3	1,6	0	0,0	0	0,0
KOKKU	292	100	201	100	153	100	193	100	24	100	105	100

5.2.6. Leibkond

Suitsiidikatsetajate hulgas esines võrrelduna kontrollrühmaga harvem neid, kes elasid intervjuerimise hetkel koos partneriga ja ilma lasteta (OR = 0,6; 95% CI = 0,4-0,8) ning sagedamini neid, kes elasid koos vanematega (OR = 1,9; 95% CI = 1,4-2,6) (tabel 5). Detailsem analüüs sooti ja vanuserühmiti tõi esile nooremaste vanuserühma kuuluvate suitsiidikatse sooritanud naiste suurema riski elada üksinda (OR = 3,8; 95% CI = 1,1-13,1) ning keskmise vanuserühma naissoost suitsiidikatsetajate suurema riski elada üksi koos lapse või lastega (OR = 2,1; 95% CI = 1,0-4,3).

Tabel 5. Pere koosseis suitsiidikatse sooritanutel ja kontrollrühmal

	SK				KR	
	Viimasel aastal		Suitsiidikatse ajal		Praegusel hetkel	
	n	%	n	%	n	%
Elab üksinda	62	13,2	74	15,8	72	14,4
Elab üksi koos lapse/lastega	40	8,5	43	9,2	36	7,2
Elab koos partneriga, ilma lasteta	74	15,8	66	14,1	112	22,4
Elab koos partneri ja lapse/lastega	133	28,4	125	26,7	161	32,2
Elab koos vanematega	118	25,2	118	25,2	75	15,0
Midagi muud	42	8,9	43	9,0	44	8,8
KOKKU	469	100	469	100	500	100

5.2.7. Haridus

Suitsiidikatse sooritanud meeste ja naiste haridustasemes ei olnud olulisi erinevusi (tabel 6). Meeste puhul oli suitsiidikatse sooritanutel kontrollrühmaga võrreldes suurem risk olla põhiharidusega (OR = 2,7; 95% CI = 1,6-4,7) ning väiksem risk olla kõrgharidusega (OR = 0,3; 95% CI = 0,2-0,6). Naiste puhul oli suurem risk olla põhiharidusega (OR = 3,3; 95% CI = 2,0-5,5) või keskharidusega (OR = 1,6; 95% CI = 1,1-2,3) ning väiksem risk olla kesk-eriharidusega (OR = 0,6; 95% CI = 0,4-0,8) või kõrgharidusega (OR = 0,3; 95% CI = 0,2-0,5).

Nooremas vanuserühmas oli suitsiidikatsetajatel suurem risk olla põhiharidusega (OR = 3,4; 95% CI = 2,0-5,7) ning väiksem risk olla kesk-eriharidusega (OR = 0,6; 95% CI = 0,4-0,9) või kõrgharidusega (OR = 0,2; 95% CI = 0,1-0,3). Keskmises vanuserühmas tulevad suitsiidikatse riskitegurina esile põhiharidus (OR = 2,9; 95% CI = 1,2-6,9) ja keskharidus (OR = 1,6; 95% CI = 1,0-2,6).

Tabel 6. Haridustase suitsiidikatse sooritanutel ja kontrollrühmal, sooline jaotus

	MEHED				NAISED			
	SK		KR		SK		KR	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Puudub	7	4,3	0	0	16	5,2	0	0,0
Põhiharidus	38	23,6	25	10,3	73	23,7	22	8,6
Keskharidus	52	32,3	66	27,3	103	33,4	61	23,8
Kesk-eriharidus	46	28,6	89	36,8	74	24,0	91	35,5
Kõrgharidus	15	9,3	61	25,2	37	12,0	80	31,3
Muu	3	1,9	1	0,4	5	1,7	2	0,8
KOKKU	161	100	242	100	308	100	256	100

5.2.8. Usuline tõekspidamine

Usuline tõekspidamine puudus suitsiidikatse sooritanute hulgas sagedamini kui kontrollrühma hulgas (tabel 7). Suitsiidikatsetajatel oli suurem risk olla ilma usulise tõekspidamiseta nii meeste hulgas (OR = 1,9; 95% CI = 1,2-2,8) kui ka naiste hulgas (OR = 2,4; 95% CI = 1,7-3,4).

Tabel 7. Usuline tõekspidamine suitsiidikatse sooritanutel ja kontrollrühmal, sooline jaotus

	MEHED				NAISED			
	SK		KR		SK		KR	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Puudub	114	70,8	138	56,8	194	63,0	105	41,2
Protestantlik (luteri)	12	7,5	26	10,7	34	11,0	32	12,5
Katoliiklik	6	3,7	8	3,3	5	1,6	13	5,1
Ortodoksne (vene õigeusklik)	26	16,1	51	21,0	66	21,4	76	29,8
Muu	3	1,9	20	8,2	9	3,0	29	11,4
KOKKU	161	100	243	100	308	100	255	100

5.3. Suitsiidikatse sooritanute kehaline ja psüühiline tervises seisund

5.3.1. Kehaline haigus

Suitsiidikatse sooritanutel esines pikaajalisi kehalisi haigusi või puudeid, mis olid neid vaevanud vähemalt ühe aasta, sagedamini kui tavapäraseid tegevusi takistavaid lühiajalisi (2 nädala jooksul enne suitsiidikatset) kehalisi haigusi või vigastusi (OR = 4,6; 95% CI = 3,2-7,1) (tabel 8). Võrrelduna kontrollrühmaga oli suitsiidikatsetajatel väiksem risk kannatada pikaajalise kehalise haiguse või puude all (OR = 0,6; 95% CI = 0,5-0,8). Täpsemal soo- ja vanusepõhisel analüüsil ilmnes naissoost suitsiidikatsetajate (OR = 0,6; 95% CI = 0,4-0,8) ning keskmisesse vanuserühma kuuluvate suitsiidikatsetajate (OR = 0,6; 95% CI = 0,4-1,0) oluliselt väiksem risk kannatada pikaajalise kehalise haiguse või puude all.

Tabel 8. Kehaline haigus suitsiidikatse sooritanutel ja kontrollrühmal

	SK				KR	
	Pikaajaline		Viimasel 2 nädalal		Pikaajaline	
	n	%	n	%	n	%
Ei	353	75,3	438	93,4	325	65,1
Jah	116	24,7	31	6,6	174	34,9
KOKKU	469	100	469	100	499	100

5.3.2. Psüühilised vaevused

Suitsiidikatse sooritanutel oli võrreldes kontrollrühmaga suurem risk kannatada pikaajaliste (üle ühe aasta väldanud) psüühiliste vaevuste all (OR = 3,4; 95% CI = 2,5-4,6) (tabel 9). Suurem risk ilmnis nii meestel kui naistel ning kõigis vanuserühmades. Viimasel kahel nädalal enne suitsiidikatset vaevanud psüühiliste vaevuste esinemise risk oli suitsiidikatsetajatel suurem kui pikaajaliste psüühiliste vaevuste esinemise risk (OR = 2,0; 95% CI = 1,5-2,6). Psüühiliste vaevuste all toodi esile valdavalt hirmusid, ärevust, depressiivseid tundeid ja unetust.

Tabel 9. Psüühilised vaevused suitsiidikatse sooritanutel ja kontrollrühmal

	SK				KR	
	Pikaajaline		Viimasel 2 nädalal		Pikaajaline	
	n	%	n	%	n	%
Ei	270	57,6	190	40,6	405	82,2
Jah	199	42,4	278	59,4	88	17,8
KOKKU	469	100	468	100	493	100

5.3.3. Psühiaatiline diagnoos

Suitsiidikatse sooritanud isikutest 98,8%-il diagnoositi vähemalt üks psüühika- või käitumishäire (tabel 10), kõige sagedamini diagnoositi depressiooni ja muid meeleoluhäireid (58,5%), millele järgnesid rasked stressreaktsioonid ja kohanemishäired (21,0%) ning skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired (10,4%). Naistel esines meestest mõnevõrra sagedamini depressiooni (naised 59,5%, mehed 56,8%) ning raskeid stressreaktsioone ja kohanemishäireid (naised 23,6%, mehed 16,2%), meestel aga naistest sagedamini skisofreeniat, skisotüüpsed ja luululisi häireid (mehed 12,2%, naised 9,4%) ning psühhoaktiivsete ainete

tarvitamisest tingitud häireid (mehed 6,8%, naised 2,6%). Nooremas vanuserühmas esines keskmisest ja vanemast vanuserühmast harvemini depressiooni (noorem 55,2%, keskmine 63,2%, vanem 69,6%) ja skisofreeniat, skisotüüpsed ja luululisi häireid (noorem 7,3%, keskmine 13,5%, vanem 26,1%), kuid sagedamini raskeid stressreaktsioone ja kohanemishäireid (noorem 25,5%, keskmine 15,0%, vanem 4,3%). Suitsiidikatse sooritanud isikutest kolmandikul (33,3%) oli ka varem psüühika- ja käitumishäireid diagnoositud, vanuserühmiti ja sooti olulisi erinevusi ei ilmnunud.

Tabel 10. Psüühika- ja käitumishäired suitsiidikatse sooritanutel (RHK-10), sooline jaotus

	MEHED		NAISED		KOKKU	
	n	%	n	%	n	%
Dgn puudub	4	2,7	1	0,4	5	1,2
Depressioon jm meeleoluhäired	84	56,8	159	59,5	243	58,5
Raskeid stressreaktsioonid ja kohanemishäired	24	16,2	63	23,6	87	21,0
Skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired	18	12,2	25	9,4	43	10,4
Spetsiifilised isiksusehäired	3	2,0	8	3,0	11	2,7
Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud häired	10	6,8	7	2,6	17	4,1
Muud ärevushäired	0	0,0	3	1,1	3	0,7
Muud psüühika- ja käitumishäired	5	3,3	1	0,4	6	1,4
KOKKU	148	100	267	100	415	100

Puudub (intervjueeritud psühholoogi poolt) = 54

5.3.4. Depressiivne meeleolu

Beck'i Depressiooni Küsimustiku alusel saadud skoori põhjal oli suitsiidikatse sooritanutest 22,6% normaalses seisundis ning 77,4% depressiivses seisundis: kerge depressioon 25,6%, mõõdukas depressioon 33,5% ja raske depressioon 18,3% (tabel 11). Sugude vahel olulisi erinevusi ei ilmnunud. Vanuserühmiti esines depressiivset seisundit kõige sagedamini vanemas vanuserühmas (95,8%), sellel järgnes keskmine vanuserühm (83,0%) ning noorem vanuserühm (72,9%) ($\chi^2 = 10,7$, $df = 2$, $p = 0,005$).

Tabel 11. Depressioon suitsiidikatse sooritanutel (Beck'i Depressiooni Küsimustik), vanuseline jaotus

	15-34		35-60		60+		KOKKU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Normaalne (0-9)	79	27,1	26	17,0	1	4,2	106	22,6
Kerge depressioon (10-18)	81	27,7	36	23,5	3	12,5	120	25,6
Mõõdukas depressioon (19-29)	89	30,5	59	38,6	9	37,5	157	33,5
Raske depressioon (30+)	43	14,7	32	20,9	11	45,8	86	18,3
KOKKU	292	100	153	100	24	100	469	100

WHO heaolu indeksi skoor näitas, et 64,6%-il suitsiidikatse sooritanutest oli heaolu tase madal, sugude vahel olulisi erinevusi polnud. Vanuserühmade vahel ilmnemised olulised erinevused ($\chi^2 = 16,1$, $df = 2$, $p < 0,001$), madal heaolu tase oli nooremas vanuserühmas 57,7%-il, keskmises vanuserühmas 75,5%-il ning vanemas vanuserühmas 79,2%-il.

Korrelatsioonianalüüs näitas tugevat statistilist seost Beck'i Depressiooni Küsimustiku ja WHO heaolu indeksi skooride vahel ($p < 0,001$).

5.3.5. Suitsiidikatse meetod ja eelnevad suitsiidikatsed

Suitsiidikatse meetoditest oli kõige enam kasutatud meetodiks enese mürgitamine (81,3%), millele järgnesid enese vigastamine teravate esemetega (10,7%) ja poomine (5,3%) (tabel 12). Kuigi mürgitamine oli domineeriv meetod nii meestel kui naistel (mehed 68,9%, naised 87,7%) ning lõikamine sageduselt teine (mehed 19,9%, naised 5,8%), oli meeste ja naiste erinevus siiski statistiliselt oluline ($\chi^2 = 26,9$, $df = 2$, $p < 0,001$).

Suitsiidikatse sooritanutest 29,6% oli juba varemgi üritanud endalt elu võtta, sugude ja vanuserühmade vahel olulisi erinevusi ei ilmnunud. Korduvkatsetajatest 65,2% oli varem sooritanud ühe suitsiidikatse, 19,6% kaks suitsiidikatset ning 15,2% kolm või enam suitsiidikatset.

Tabel 12. Suitsiidikatsed meetod, sooline jaotus

	MEHED		NAISED		KOKKU	
	n	%	n	%	n	%
Mürgitamine (X 60-69)	111	68,9	270	87,7	381	81,3
Poomine (X 70)	11	6,8	14	4,5	25	5,3
Uppumine (X 71)	1	0,6	1	0,4	2	0,4
Tulirelvad (X 72-73)	2	1,3	0	0,0	2	0,4
Teravad esemed (X 78)	32	19,9	18	5,8	50	10,7
Hüppamine (X 80)	1	0,6	5	1,6	6	1,3
Liikuv objekt (X 81)	1	0,6	0	0,0	1	0,2
Muud vahendid (X 83)	2	1,2	0	0,0	2	0,4
KOKKU	161	100	308	100	469	100

5.4. Suitsiidikatsed sooritanute kontakt tervishoiuasutustega

5.4.1. Suitsiidikatsed eelne kontakt perearstiga

Viimase aasta jooksul enne suitsiidikatset külastas perearsti, üldarsti või mõnd eriarsti (välja arvatud hambaarst ja psühhiaater) vähemalt ühel korral 47,5% suitsiidikatsed sooritanutest (tabel 13). Naised olid arsti poole pöördunud oluliselt sagedamini kui mehed (naised 54,5%, mehed 34,2%), samuti olid naiste hulgas viimase aasta jooksul oluliselt sagedasemad korduvad visiidid ($\chi^2 = 23,7$, $df = 3$, $p < 0,001$). Analüüs vanuserühmiti näitas, et sagedamini olid arsti poole pöördunud vanemasse vanuserühma kuuluvad suitsiidikatsetajad (70,8%), neile järgnes noorem vanuserühm (49,7%) ning seejärel keskmine vanuserühm (39,9%). Erinevus vanuserühmiti oli statistiliselt oluline ($\chi^2 = 9,4$, $df = 2$, $p = 0,009$).

Viimase pöördumise põhjus oli 16,4% juhtudest psühholoogiline ning 14,5% juhtudest nii kehaline kui psühholoogiline, seega kokku 30,9% juhtudest sisaldas pöördumise põhjus psühholoogilist komponenti, seda sarnaselt nii meestel kui naistel. Vanuserühmiti sisaldas pöördumine psühholoogilist komponenti kõige sagedamini vanemas vanuserühmas (47,1%) ning kõige harvemini nooremas vanuserühmas (27,5%).

14,0% suitsiidikatsed sooritanutest väidab, et neil oli juba sel ajal, kui nad arsti poole pöördusid, mõttes ennast mürgitada või vigastada, sooti ja vanuserühmiti olulisi

erinevusi ei ilmnenud. Viimase visiidi ajal määrati ravimeid 74,7%-ile pöördunutest, vanemale vanuserühmale sagedamini kui nooremale ja keskmisele vanuserühmale (vanem 100%, keskmine 71,0%, noorem 73,5%). Ravimi saanutest 33,5% kasutas neid ravimeid enda mürgitamiseks, naised oluliselt sagedamini kui mehed (naised 38,6%, mehed 18,2 %; $\chi^2 = 6,2$, $df = 1$, $p = 0,01$). Olulised erinevused ilmsid siin ka vanuserühmiti ($\chi^2 = 8,3$, $df = 2$, $p = 0,02$). Kõige sagedamini kasutasid määratud ravimeid enda mürgitamiseks vanemasse vanuserühma kuuluvad isikud (64,7%), neile järgnes noorem vanuserühm (30,9%) ning keskmine vanuserühm (28,6%).

Tabel 13. Pöördumine perearsti, üldarsti või mõne eriarsti poole (va hambaarst ja psühhiaater) viimase aasta jooksul, sooline jaotus

	MEHED		NAISED		KOKKU	
	n	%	n	%	n	%
Mitte kordagi	106	65,8	140	45,5	246	52,5
Üks kord	20	12,4	36	11,7	56	11,9
2-3 korda	23	14,3	66	21,4	89	19,0
4 korda või rohkem	12	7,5	66	21,4	78	16,6
KOKKU	161	100,0	308	100,0	469	100,0

5.4.2. Suitsiidikatse eelne kontakt psühhiaatrilise ja psühholoogilise abi võimalustega

Suitsiidikatse sooritanud isikud olid psühhiaatriaiglas ravil viibinud oluliselt sagedamini kui kontrollrühma kuuluvad isikud (tabel 14). Risk olla psühhiaatriaiglas vähemalt korra ravil olnud oli suurem nii suitsiidikatse sooritanud meestel (OR = 15,2; 95% CI = 7,0-33,1) kui ka naistel (OR = 15,7; 95% CI = 6,2-39,5).

Muid psühhiaatrilise ja psühholoogilise abi saamise võimalusi olid suitsiidikatsetajad kasutanud sagedamini kui kontrollrühma kuuluvad isikud (tabel 15). Risk olla pöördunud ambulatoorsele psühhiaatrilisele ravile oli suurem nii suitsiidikatse sooritanud meestel (OR = 7,6; 95% CI = 4,0-14,2) kui ka naistel (OR = 8,9; 95% CI = 5,1-15,5). Nii meeste kui naiste puhul oli suitsiidikatsetajatel suurem risk olla pöördunud alkoholi ja narkootikumidega seotud konsultatsiooni saamiseks (mehed OR = 5,9; 95% CI = 2,3-14,9; naised OR = 6,7; 95% CI = 1,5-29,5). Suitsiidikatsetajatest meeste puhul oli suurem risk olla pöördunud erapraksisesse psühholoogi või psühhiaatri vastuvõtule (OR = 2,6; 95% CI = 1,2-5,7).

Tabel 14. Statsionaarsel psühhiaatrilisel ravil viibimine suitsiidikatse sooritanutel ja kontrollrühmal, sooline jaotus

	MEHED				NAISED			
	SK		KR		SK		KR	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mitte kunagi	106	65,8	235	96,8	234	76,1	248	98,0
1 kord	20	12,4	4	1,6	30	9,7	5	2,0
2-3 korda	23	14,3	3	1,2	26	8,4	0	0,0
4 korda või rohkem	12	7,5	1	0,4	18	5,8	0	0,0
KOKKU	161	100	243	100	308	100,0	253	100

Tabel 15. Psühhiaatrilise ja psühholoogilise abi kasutamine suitsiidikatse sooritanutel ja kontrollrühmal, sooline jaotus

	MEHED				NAISED			
	SK		KR		SK		KR	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Psühhiaatriline ravi, polikliinik*	51	31,9	14	5,8	117	38,1	16	6,5
Psühhiaatriline ravi, päevaholdus*	6	3,8	5	2,1	9	2,9	3	1,2
Muu vaimse tervishoiu asutus*	2	1,3	1	0,4	14	4,6	0	0,0
Erapraksis, psühholoog või psühhiaater*	18	11,3	11	4,6	30	9,8	13	5,3
Konsultatsioonid, alkohol ja narkootikumid*	21	13,1	6	2,5	16	5,2	2	0,8
Konsultatsioonid, suhte- ja seksuaalprobleemid*	2	1,3	2	0,8	3	1,0	4	1,6
Muu sekkumine (eneseabigrupid, usaldustel vm)*	6	3,8	3	1,2	16	5,2	8	3,2

* Ainult jah-vastused

5.4.2. Suitsiidikatse järgne kontakt tervishoiuasutustega

Ühiskonna uuringu andmete põhjal selgus, et nende hulgest, kes kunagi olid sooritanud enesetapukatse, sattus selle katse tagajärjel haiglasse vähemalt üheks ööks 33,3%. Neid, kelle enesetapukatse nõudis üldse meditsiinilist tähelepanu, oli kokku 55,6%.

Suitsiidikatse sooritanute uuringu käigus kogutud andmete alusel viibis suitsiidikatse järgselt haiglas kuni ühe ööpäeva 29,3% suitsiidikatsetajatest (tabel 16). Sageduselt järgmine oli suitsiidikatse järgne haiglaravi kestusega üle ühe nädala (26,6%). Meeste ja naiste vahel ilmnisid suitsiidikatse järgselt haiglas ravil oldud ajas olulised erinevused ($\chi^2 = 11,9$, $df = 4$, $p = 0,02$). Meeste haiglas ravilviibimise aeg oli

pikem kui naistel, eriti selgelt tuli esile meeste risk võrrelduna naistega üle ühe nädala kestva ravi korral (OR = 1,9; 95% CI = 1,3-2,9).

Tabel 16. Suitsiidikatse järgselt haiglas ravil oldud aeg, sooline jaotus

	MEHED		NAISED		KOKKU	
	n	%	n	%	n	%
< 24 tundi (1 ööpäev)	39	24,4	97	31,9	136	29,3
24-48 tundi (2 ööpäeva)	12	7,5	39	12,8	51	11,0
48-72 tundi (3 ööpäeva)	19	11,9	42	13,8	61	13,1
72-168 tundi (4-7 ööpäeva)	34	21,3	59	19,4	93	20,0
168 < tundi (üle 7 ööpäeva)	56	34,9	67	22,1	123	26,6
KOKKU	160	100	304	100	464	100

puudub = 5

Suitsiidikatse sooritanute uuringu käigus hinnati enesetapukatsega tekitatud kehalist kahjustust ja eluohtlikkust. 39,5% suitsiidikatse sooritanutest vajas meditsiinilist abi ning oli olemas oht nende elule, 57,3% vajas küll meditsiinilist abi, kuid eluohtlikkust polnud. 3,2%-il suitsiidikatsetajatest ei olnud olulist kehalist kahjustust ja nad ei vajanud ravi.

Saadud meditsiiniabi tüübi põhjal jagunesid suitsiidikatse sooritanud järgmiselt. 13,8% võis pärast abiandmist erakorralise meditsiini osakonnas haiglast lahkuda, 7,1% jäeti erakorralise meditsiini osakonda jälgimisele, 48,6% viidi üle intensiivravisse või mõnda teise haigla osakonda ning 30,5% suitsiidikatsetajatest viidi üle psühhiaatriaiglasse.

Pärast haiglaravi saadeti suitsiidikatse sooritanutest 51,8% edasi ambulatoorsesse psühhiaatrilisse raviasutusse, 22,7% üldisesse tervisekeskusesse (polikliinikusse, perearstikeskusesse) ning 1,4% erapraksisesse. Mitte kusagile ei saadetud professionaalse abi saamiseks 24,1% suitsiidikatse sooritanutest.

6. ARUTELU

6.1. Suitsidaalsus ühiskonnas

Uuritud Tallinna rahvastiku hulgast oli 12,4% oma elu jooksul mõelnud enesetapu sooritamisele. Võrreldes teiste SUPRE-MISS uuringu keskustega oli see keskmine tulemus: suitsiidimõtteid esines kõige sagedamini Durbanis (Lõuna-Aafrika) – 25,4% ja kõige harvem Chennais (India) – 2,6% (Bertolote et al 2005). Ka varasemate Euroopa uuringutega võrreldes oli see tulemus keskmine. Nooremas vanuserühmas esines suitsiidimõtteid oluliselt sagedamini kui keskmises või vanemas vanuserühmas. See viitab noorte hulgas enam levinud suitsidaalsusele, kuid saadud tulemus võib olla mõjutatud ka vanemate vanuserühmade võimetusest või soovimatusest mäletada suitsidaalseid episoodide varasemast eluperioodist.

Suitsidaalsuse kujunemist on kirjeldatud kui astmeliselt arenevat protsessi, mis algab suitsiidimõtetest ja -plaanidest ning kulmineerub suitsiidikatse või suitsiidiga (Wasserman 2001). Statistiline analüüs näitas, et need uuritud Tallinna elanikud, kes suitsiidile mõtlevad ja seda planeerivad, on suurema tõenäosusega ka suitsiidikatse(id) sooritanud. Mitte kõigi SUPRE-MISS keskuste tulemused seda mudelit ei kinnitanud – näiteks Colombos (Sri Lanka) esines suitsiidikatseid sagedamini kui peeti suitsiidiplaane (Bertolote et al 2005). Seega, suitsidaalne mõtlemine ja suitsiidiplaani pidamine on Eestis ohumärgiks, mille järgi on võimalik suitsiidikatse sooritamise riski prognoosida ning suitsidaalse käitumise preventsiiooni suitsiidiprotsessi võimalikult varajases staadiumis rakendada.

6.2. Suitsiidikatse sooritanute sotsiaal-demograafilised tunnused

Soolise, vanuselise ja rahvuselise jaotuse poolest erinevad suitsiidikatse sooritanud suitsiidi sooritanutest. Suitsiidide puhul on kogu maailmas riskirühmaks mehed (v.a. Hiina) ning suitsiidirisk suureneb koos vanusega (Bertolote 2001). Eesti puhul on enim ohustatud just keskealised mehed (Värnik et al 1998). Suitsiidikatse sooritamise risk on naistel suurem kui meestel ning suitsiidikatse sooritamine on sagedasem

nooremas eas, meeste puhul on kõige enam ohustatud vanuserühm 20-29 ning naiste puhul 15-19. Ka ühiskonna uuringu tulemused näitasid, et kalduvus suitsidaalsele mõtlemisele ja käitumisele on suurem nooremate inimeste hulgas. Saadud tulemused sarnanevad varem Euroopas läbi viidud uuringute tulemustega. Kui suitsiide sooritavad mitte-estlased mõnevõrra sagedamini kui eestlased (Värnik & Kõlves 2001, Värnik et al 2005), siis suitsiidikatsete puhul rahvusesti erinevusi ei ilmnenu.

Paljud uuringud alates Durkheimist on rõhutanud sotsiaalse integratsiooni suitsiidiriski vähendavat toimet, seejuures on rõhutatud just abielulisuse rolli (Durkheim 2002). Sarnaselt suitsiididega on ka suitsiidikatsete puhul abielu (nii registreeritud kui vabaabielu) kaitsvaks teguriks, seda nii keskmises kui ka vanemas vanuserühmas. Elamine ühes leibkonnas koos partneriga oli kaitsvaks teguriks ning riskiteguritena tulid esile naiste hulgas üksinda elamine (nooremas vanuserühmas) või ilma partnerita koos lapsega elamine (keskmises vanuserühmas).

Töötamine tagab samuti inimesele kindla sotsiaalse keskkonna, kuuluvustunde ja toe. SUPRE-MISS uuring kinnitas, et kõikides vanuserühmades vähendab töötamine suitsiidikatse sooritamise riski ning töö puudumine (töötus, alaline töövõimetus) suurendavad seda riski.

Kõrgem haridusase, mis tagab inimesele kindla professioni (kesk-eri ja kõrgem haridus) või kõrgema hariduse omandamine nooremas vanuserühmas (üliõpilase staatus) olid suitsiidikatse suhtes kaitsvaks teguriks. Nooremas vanuserühmas suurendas suitsiidikatse sooritamise riski kooliõpilase staatus.

Usulise tõekspidamise olemasolu kui üks sotsiaalse integratsiooni tunnus osutus suitsiidikatse sooritamise riski vähendavaks teguriks.

6.3. Suitsiidikatse sooritanute kehaline ja psüühiline tervises seisund

Varasemad uuringud on välja toonud kehaliste haiguste suitsidaalse käitumise riski suurendava mõju (De Leo et al 1999, Marzuk 1994, Ikeda et al 2001). Käesoleva uuringu andmed üllatuslikult neid fakte ei kinnitanud. Suitsiidikatse sooritanute hulgas esines pikaajalisi kehalisi haigusi või puudeid sagedamini kui lühiajalisi vahetult suitsiidikatsele eelnevaid kehalisi haigusi või vigastusi ning suitsiidikatse sooritanutel oli võrreldes kontrollrühmaga väiksem risk kannatada pikaajaliste

kehaliste haiguste all, mis tuli eriti esile sooti naiste puhul ning vanuseti keskmise vanuserühma puhul.

Pikaajalisi psüühilisi vaevusi esines kontrollrühma hulgas oluliselt vähem võrreldes suitsiidikatse sooritanutega, järelikult võib psühholoogiliste vaevuste esinemist lugeda suitsiidikatse riski suurendavaks teguriks. Suitsiidikatse sooritanutel on suurem risk kannatada just akuutsete psüühiliste vaevuste all võrrelduna pikaajaliste vaevustega, mis toob esile psüühiliste vaevuste olulise rolli suitsidaalse käitumise akuutse vallandajana.

Peaaegu kõigil suitsiidikatse sooritanutel diagnoositi intervjuu käigus psühhiaatrite poolt mõni psüühikahäire ning kolmandikul suitsiidikatse sooritanutest oli juba ka varem psüühikahäireid diagnoositud. Niisuguste tõsisemate psühhiaatriliste diagnooside nagu depressioon ja skisofreenia esinemissagedus tõusis vanusega. Noorema vanuserühma hulgas esines keskmisest ja vanemast vanuserühmast sagedamini raskeid stressreaktsioone ja kohanemishäireid, millest võib järeldada, et noored reageerivad elusündmustele ja kriisidele impulsiivsemalt. Tähelepanuta ei saa jätta võimalust, et intervjuueerija oli psühhiaatrilise diagnoosi määramisel mõjutatud sellest, et tegemist oli suitsiidikatse sooritanuga. Enamikku Eesti psühhiaatreid on õpetatud nõukogudeaegse psühhiaatriprofessori Jüri Saarma koolkonna poolt käsitlema suitsidaalsust raske vaimuhaiguse tunnuseks. Psüühikahäireteks, mille ülediagnoosimist suitsiidikatse eriti mõjutada võis, olid rasked stressreaktsioonid ja kohanemishäired, mida esines 21,0%-il suitsiidikatsetajatest.

Ootuspäraselt oli kõige sagedamini esinevaks psüühikahäireks depressioon ja muud meeleoluhäired (58,6%), mis on sarnane teiste sellealaste uuringute tulemustega (Goldblatt 1994, Houston 2003, Haw et al 2001). Depressiooni levimus suitsiidikatse sooritanute hulgas on oluliselt suurem kui rahvastiku hulgas tervikuna. Eesti Terviseuuringu andmetel esines olulisi depressioonisümptomeid 11,1%-il täiskasvanud elanikkonnast (Aluoja et al 2004) ning Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu andmetel esines depressiooni 40%-il rahvastikust (Tervis Arengu Instituut 2005). Meeleoluhäireid esines sagedamini suitsiidikatsetajatest naiste hulgas ning nende esinemise sagedus tõusis vanusega. Depressiivse meeleolu veelgi suuremat esinemissagedust ja seega tõenäoliselt depressiivsuse aladiagnoosimist näitasid suitsiidikatse sooritanute endi poolt täidetud küsimustikud. Becki Depressiooni Küsimustik näitas depressiivset seisundit 77,4%-il küsitletustest (sagedaseim oli mõõdukas depressioon) ning WHO heaolu indeks näitas heaolu

madalat taset 64,6%-il küsitletutest. Enesekohaste küsimustike alusel depressiooni esinemisel sugude vahel olulised erinevused puudusid. Seega leidis kinnitust fakt, depressioon on oluline suitsidaalse käitumise riskitegur.

WHO heaolu indeks on leitud olevat väga tundlik ja kiire depressiooni esmase skriinimise instrument perearstide tasemel (Henkel et al 2003), kuna ta on lühike ning esitatavad küsimused ei ole liiga sügavaletungivad ega rasked. Madala heaolu skooriga patsiendid vajavad täiendavat põhjalikumat depressiooni sümptomaatika väljaselgitamist ning diagnoosimist. Ka SUPRE-MISS uuringus näitas WHO heaolu indeks end usaldusväärse instrumendina, mille skoor korreleerus tugevalt Becki Depressiooni Küsimustiku skooriga.

Kui suitsiidimeetodina kasutakse Eestis 80% ulatuses poomist (Kõlves et al 2003), siis suitsiidikatse meetodina kasutatakse valdavalt enese mürgitamisega, millele järgneb enese vigastamine terava esemega (lõikamine). Sarnane on meetodite valik ka teistes Euroopa linnades (Schmidtke et al 1996, Kerkof 2000, Michel et al 2000). Mürgitamisega ja vigastamisega terava esemega võib nimetada “pehmeks meetodiks”, mille kasutamise tagajärg on väiksema tõenäosusega fataalne ning kiire meditsiinilise sekkumise korral on inimest võimalik päästa. See viitab suitsiidikatsele kui käitumisaktile, mis võib olla toime pandud ilma tegeliku soovita selle tagajärjel surra. Lõpliku hinnangu andmiseks suitsiidikatse motiivi seosele meetodi valikuga on vajalik siiski täiendav analüüs.

Suur hulk korduvaidsuitsiidikatseid viitab eelnevatele suitsiidikatsetele kui ühele suitsiidikatse sooritamise riski suurendavale käitumismustrile. Tekib “pöördukse fenomen”, kus inimese jaoks suitsiidikatse sooritamine kinnistub ühe võimaliku toimetuleku mehhanismina, mida korratakse probleemidest ja konfliktidest väljatulemiseks ikka ja jälle. Seni, kuni suitsiidikatse sooritanu saab haiglas vaid sümptomaatilist ja mitte oma põhihaigusega seonduvat ravi, võib ta lihtsamini läbi “pöördukse” korduvalt suitsiidikatsega haiglasse tagasi sattuda.

6.4. Suitsiidikatse sooritanute kontakt tervishoiuasutustega

Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu andmetel oli 69,5% vastajatest käinud viimase 12 kuu jooksul perearsti juures ning 45,1% muu eriarsti juures (Tervise Arengu Instituut 2005). Suitsiidikatse sooritanud isikud olid arsti juurde

sattunud harvem. Ligemale pooled suitsiidikatse sooritanutest olid suitsiidikatsele eelneval aastal külastanud perearsti, üldarsti või mõnda eriarsti. Arsti juurde mineku põhjus sisaldas kolmandikul juhtudest psühholoogilist komponenti, omakorda pooltel nendest juhtudest oli pöördumise põhjus pelgalt psühholoogiline. Arsti visiidil käinutest 14,0% tunnistas, et neil oli juba arsti poole pöördumise ajal mõttes end mürgitada või vigastada. Viimase visiidi ajal määrati ravimeid kolmveerandile juhtudest ning omakorda kolmandik neist juhtudest kasutas neidsamu ravimeid enda mürgitamiseks, naised sagedamini kui mehed ning noorem ja vanem vanuserühm sagedamini kui keskmine vanuserühm. Seega otsivad suitsiidikatse sooritanud suitsiidikatsele eelneval perioodil kontakti tervishoiuasutustega ning üritavad abi leida. Probleemaatiliseks osutub siin küsimus, kas arst suudab patsiendi depressiooni ära tunda, eriti kui see väljendub kehaliste sümptomitena, ja kas arst oskab märgata inimese suitsidaalseid vihjeid ning küsitleda inimest tema suitsidaalse mõtlemise ja plaani kohta.

Suitsiidikatse eelse pöördumise muster viitab vajadusele suurema psühholoogilise toetuse järele selles staadiumis ning ravimite väljakirjutamise rangemale reglementeerimisele.

Suitsiidikatse sooritanud olid oluliselt sagedamini kontrollrühmaga võrreldes olnud suitsiidikatse eelsel ajal kontaktis psühhiaatrilise ja psühholoogilise ravi asutustega. Umbes kolmandik suitsiidikatse sooritanutest oli saanud statsionaarset või ambulatoorset psühhiaatrilist ravi, sama suur proportsioon oli suitsiidikatsetajate hulgas ka neid, kellel oli juba varem mõni psüühikahäire diagnoositud. Kontrollrühmaga võrreldes oli sagedasem pöördumine alkoholi ja narkootikumidega seotud konsultatsioonide saamiseks. Suitsiidikatse sooritamine on tõsine psühhiaatriline probleem ning tihti peale kinnistunud ning korduv käitumismudel.

Ühiskonna uuring näitas, et pisut üle poole suitsiidikatse sooritanutest sattus üleüldse suitsiidikatse järgselt meditsiini vaatevälja. Ülejäänute suitsiidikatse ei tekitanud nii tõsist mürgitust või vigastust, mille tõttu oleks olnud vajalik meditsiiniline abi. Seetõttu ei saa kunagi täielikku ülevaadet suitsiidikatsete sooritamise kui probleemi kogu ulatusest ainult haiglaregistrite andmete põhjal ning see viitab vajadusele tegeleda ennetustööga juba ammu enne suitsiidikatsetaja kokkupuutumist meditsiini asutusega ning tõkestada suitsiidiprotsess juba suitsiidimõtete staadiumis.

Suitsiidikate sooritanute uuringu andmetel oli suitsiidikate poolt põhjustatud tervisekahjustus sageli kerge. Ligi kaks kolmandikku suitsiidikate sooritanutest vajab küll meditsiinilist abi, kuid nende poolt tekitatud vigastus või mürgitus ei olnud eluohtlik. Seda kinnitas ka suitsiidikate järgselt haiglas viibitud aja pikkus: sagedasem oli viibimine haiglaravil alla ühe ööpäeva. Meeste suitsiidikate järgse haiglas viibimise aeg oli pikem kui naistel, mille alusel võib oletada, et mehed tegid tõsisemate tagajärgedega suitsiidikateid.

Kuivõrd suitsiidikate sooritamisel on kehaline kahjustus sekundaarse tähendusega ning selle taga olev psüühiline probleem primaarne, peaksid kõik suitsiidikate sooritanud saama suitsiidikate järgselt enne haiglast lahkumist psühhiaatri konsultatsiooni. Vajalik on ööpäevaringne psühhiaatri konsultatsiooni kättesaadavus, kuna varasemad uuringud on näidanud, et psühhiaatri konsultatsiooni toimumine või ärajäämine sõltub ka kellaajast, mil suitsiidikate sooritanu haiglasse satub: öisel ajal haiglasse tulnud saavad harvem psühhiaatri konsultatsiooni kui päevasel ajal haiglasse tulnud (Hickey et al 2001). Riias näiteks on üldhaiglatel oma psühhiaatrid, kes rutiinselt hindavad kõiki suitsiidikate sooritanud patsiente ning otsustavad seejärel edasise psühhiaatrilise ravi vajaduse üle. Selliselt toimiv rutiin tagab Riias psühhiaatri konsultatsiooni 99%-il juhtudest (Rancans et al 2001). SUPRE-MISS uuringu käigus kogutud andmete põhjal võib väita, et Tallinnas puudub toimiv süsteem, mis tagaks kõigi suitsiidikate sooritanute psühhiaatrilise hindamise ja vajadusel aktiivse edasisuunamise. Süsteemi puudumist on välja toodud ka noorte suitsiidikatsetajate kohta Euroopas tehtud uuringu tulemuste põhjal (Hultén et al 2000).

Läbiviidud küsitluse andmete alusel viidi ligi kolmandik suitsiidikate sooritanutest suitsiidikate järgselt üle psühhiaatriaiglasse ning pisut üle poole suitsiidikate sooritanutest saadeti edasi ambulatoorsesse psühhiaatrilisse raviasutusse. Mitte kusagile ei saadetud professionaalse abi saamiseks umbes neljandikku suitsiidikate sooritanutest. Kahjuks ei selgu küsitluse andmetest, kui paljud suitsiidikate sooritanutest tegelikult suitsiidikate järgselt psühhiaatrilist konsultatsiooni või ravi said. Suitsiidikate järgselt tegelikult rakendunud psühhiaatrilise ravi kohta saab anda hinnangu suitsiidikatsetajate jätkuuringu käigus kogutavate andmete põhjal.

7. KOKKUVÕTE

Ühiskonna uuringust selgus, et rohkem kui iga kümnes küsitletu oli oma senise elu jooksul mõelnud enesetapu sooritamisele ning suitsiidikatsed olid suurema tõenäosusega sooritanud need, kes olid eelnevalt suitsiidile mõelnud ja/või seda planeerinud. Suitsiidikatsed järgselt oli meditsiinilise abiga kokku puutunud vaid pisut üle poole (55,6%) suitsiidikatsed sooritanud inimestest.

Suitsiidikatsed sooritamise seonduvate sotsiaal-demograafiliste riskiteguritena tulid esile naissugu (61% suitsiidikatsed sooritanutest olid naised), vanus alla 30 eluaasta (meestest 54,6% ja naistest 53,6% olid alla 30-aastased), kooselu puudumine (vallalised, lahus elamine), töö puudumine (töötus, alaline töövõimetus). Kõrgem haridustase või selle omandamine ning usulise toekspeidamine olid kaitsvad tegurid.

Peaaegu kõigil suitsiidikatsed sooritanutel (98,8%) diagnoositi vähemalt üks psüühika- või käitumishäire, sagedasim diagnoos oli depressioon vm meeleoluhäire (58,6%). Depressiooni esines veelgi sagedamini (77,4%) Becki Depressiooni Küsimustiku alusel. Ligi kolmandikul juhtudest oli tegemist korduva suitsiidikatsedega. Üllatuslikult vähe esines suitsiidikatsed sooritanutel kehalisi probleeme (pikaajalisi 24,7%, lühiaajalisi 6,6%), mis oli isegi vähem kui kontrollgrupil (pikaajalisi 34,9%). Samas psüühiliste probleemide esinemissagedus oli märksa suurem (pikaajalisi 42,4%, lühiaajalisi 59,4%) ja neid esines sagedamini kui kontrollgrupil (pikaajalisi 17,8%).

Suitsiidikatsed eelneva aasta jooksul olid ligi pooled suitsiidikatsedajatest olnud kontaktis perearstiga, neist kolmandikul juhtudest sisaldas pöördumise põhjus psühholoogilist komponenti ning rohkem kui iga kümnes (14,0%) mõtles juba siis enda mürgitamisest või vigastamisest. Paljud suitsiidikatsed sooritanud olid eelnevalt saanud psühhiaatrilist ravi nii statsionaarselt (mehed 34,2%, naised 24,0%) kui ambulatoorselt (mehed 35,7%, naised 42,0%).

39,5%-il suitsiidikatsed sooritanutest olid haiglasse sattudes mürgitus või vigastus nii raske, et nad olid eluohtlikus seisundis. Ligemale kolmandik suitsiidikatsed sooritanutest viidi edasi psühhiaatriahaiglasse ning ligemale veerandit ei saadetud kusagile edasi professionaalse abi saamiseks.

Suitsiidikatse sooritanutel esineb psüühilisi probleeme ja vaevusi ning nad otsivad abi nendega toimetulemiseks. Kinnitust leidis fakt, et suitsidaalne käitumine on tihedalt seotud psüühika- ja käitumishäiretega, eriti depressiooni jm meeleolu häiretega. Suitsiidikatseni jõudmine võib olla üheks märgiks selle kohta, et psühhiaatriliste ja psühholoogiliste probleemide puhul saadav abi ei ole õigeaegne, adekvaatne või kvaliteetne. On võimalik, et abivõimaluse poole pöördumisega viivitatakse liiga kaua ning pikka aega kestnud vaevused on abiotsija võimalikule ravile resistentseks muutnud. Teiselt poolt võib olla tegemist sellega, et potentsiaalne abistaja (näiteks esmatasandi tervishoiutöötaja) ei suuda probleemi piisavalt varajases staadiumis diagnoosida ja/või seda õigesti ravida.

Senised uuringu käigus tehtud tähelepanekud suitsiidikatse järgselt rakenduva psühhiaatrilise või psühholoogilise abi kohta on andnud alust arvata, et niisugune suunamine on pigem juhuslikku laadi ja passiivne kui süsteemne ja aktiivne. Suitsiidikatse sooritanutele peaks üldhaiglas kohapeal olema tagatud ööpäevaringne psühhiaatrilise konsultatsiooni võimalus. Ööpäevaringset valvet võiks asendada ka reeglistik või tava, mille kohaselt suitsiidikatsetajat enne psühhiaatrilise konsultatsiooni läbiviimist haiglast lahkuda ei lubata. Praegu on isegi info kättesaadavus abi ja toetuse saamise võimaluste kohta endalt elu võtta püüdnud inimeste jaoks problemaatiline, selle parandamine on oluline osa Eesti üldisest tervishoiusüsteemist.

8. KASUTATUD KIRJANDUSE LOETELU

- Aluoja, A., Leinsalu, M., Shlik, J., Vasar, V. & Luuk K. (2004). Symptoms of depression in the Estonian population: prevalence, sociodemographic correlates and social adjustment. *Journal of Affective Disorders*, 78,27-35.
- Bech, P., Olsen, L.R. & Niméus, A. (2003). Психометрические шкалы оценки суицидального риска. In: D. Wasserman (Ed.), *Суицид – напрасная смерть* (pp. 157-63). Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Bertolote, J.M. & Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi* 2,6-8.
- Bertolote, J.M. (2001). Suicide in the world: an epidemiological overview. In: D. Wasserman (Ed.), *Suicide: An unnecessary death* (pp. 2-10). London: Martin Dunitz.
- Bertolote, J.M., Fleischmann, A., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N., De Silva, D., Tran Thi Thanh, H., Phillips, M., Schlebusch, L., Värnik, A., Vijayakumar, L. & Wasserman, D. (2005). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological Medicine*, käsikiri vastu võetud.
- Centers for Disease Control (1990). Attempted Suicide Among High School Students – United States, 1990. *The Journal of the American Medical Association*, 266,1911-2.
- De Leo, D., Scocco, P., Marietta, P., Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A.J., Lönnqvist, J., Crepet, P., Salander-Renberg, E., Wasserman, D., Michel, K. & Bjerke T. (1999). Physical illness and parasuicide: evidence from the European Parasuicide Study Interview Schedule (EPSIS/WHO-EURO). *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29,149-63.
- Dervic, K., Oquendo, M.A., Grunebaum, M.F., Ellis, S., Burke, A.K. & Mann, J.J. (2004). Religious affiliation and suicide attempt. *The American Journal of Psychiatry*, 161,2303-8.
- Diekstra, R.F.W. (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl.*, 371,9-20.

- Durkheim, E. (2002, originally appeared 1897). *Suicide: A study in sociology*. London and New York: Routledge.
- Eddelston, M. & Phillips, M.R. (2004). Self poisoning with pesticides. *British Medical Journal*, 328,42-4.
- Eddelston, M. (2000). Patterns and problems of deliberate self-poisoning in the developing world. *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 93,715-31.
- Fleischmann, A., Bertolote, J.M., De Leo, D., Botega, N., Phillips, M., Sisask, M., Vjayakumar, L., Malakouti, K., Schlebusch, L., De Silva, D., Nguyen, V.T. & Wasserman, D. (2005). Characteristics of attempted suicides seen in emergency care settings of general hospitals in eight low and middle income countries. *Psychological Medicine*, käsikiri vastu võetud.
- Goldblatt, M.J. (1994). Hospitalization of the Suicidal Patient. In: A.A. Leenaars, J.T. Maltzberger & R.A. Neimeyer (Eds.), *Treatment of Suicidal People* (pp. 153-65). Washington: Taylor & Francis.
- Gunnell, D. & Eddelston, M. (2003). Suicide by intentional ingestion of pesticides; a continuing tragedy in developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 32,902-9.
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K. & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*, 178,48-54.
- Haw, C., Hawton, K., Whitehead, L., Houston, K. & Townsend, E. (2003). Assessment and aftercare for deliberate self-harm patients provided by a general hospital psychiatric service. *Crisis*, 24,145-150.
- Haw, C., Houston, K., Townsend, E. & Hawton, K. (2002). Deliberate self-harm patients with depressive disorders: treatment and outcome. *Journal of Affective Disorders*, 70,57-65.
- Henkel, V., Mergl, R., Kohnen, R., Maier, W., Möller, H.J. & Hegerl, U. (2003). Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *British Medical Journal*, 326,200-1.
- Hickey, L., Hawton, K., Fagg, J. & Weitzel, H. (2001). Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without psychiatric assessment. A neglected population at risk of suicide. *Journal of Psychosomatic Research*, 50,87-93.

- Hintikka, J., Pesonen, T., Saarinen, P., Tanskanen, A., Lehtonen, J. & Viinamäki, H. (2001). Suicidal ideation in the Finnish general population. A 12-month follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36,590-4.
- Houston, K., Haw, C., Townsend, E. & Hawton, K. (2003) General practitioner contacts with patients before and after deliberate self-harm. *British Journal of General Practice*, 53, 365-370.
- Hultén, A., Wasserman, D., Hawton, K., Jiang, G.X., Salander-Renverg, E., Schmidtke, A., Bille-Brahe, U, Bjerke, T., Kerkhof, A., Michel, K. & Querejeta, I. (2000). Recommended care for young people (15-19 years) after suicide attempts in certain European countries. *European Child & Adolescents Psychiatry*, 9,100-8.
- Ikeda, R.M., Kresnow, M.J., Powell, K.E., Simon, T.R., Potter, L.B., Durant, T.M. & Swahn, M.H. (2001). Medical conditions and nearly lethal suicide attempts. *Suicide & Life-Threatening Behaviour*, 32,60-7.
- Kapur, N., House A., May, C. & Creed, F. (2003). Service provision and outcome for deliberate self-poisoning in adults. Results from six centre descriptive study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38,390-5.
- Kelleher, M.J., Chambers, D., Corcoran, P., Williamson, E. & Keeley, H.S. (1998). Religious sanctions and rates of suicide worldwide. *Crisis*, 19,78-86.
- Kerkhof, A. (2000). Attempted suicide: Patterns and trends. In: K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 49-64) New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto: John Wiley & Sons, ltd Chichester.
- Kerkhof, A., Bernasco, W., Bille-Brahe, U., Platt, S. & Schmidtke, A. (1993). European Parasuicide Study Interview Schedule (EPSIS). In: U. Bille-Brahe. Facts and Figures: WHO/EURO. (EURO/ICP/PSF). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Kessler, R.C., Borges, G. & Walters, E.E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56,617-26.
- Kjøller, M. & Helweg-Larsen, M. (2000). Suicidal ideation and suicide attempts among adult Danes. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28,54-61.

- Kuo, W.H., Gallo, J.J. & Tien, A.Y. (2001). Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychological Medicine*, 31,1181-91.
- Kõlves, K., Värnik, A. & Wasserman, D. (2003). Suitsiidimeetodid Eestis. In: A. Värnik (Ed.), Suitsiidi-uuringud (pp. 30-31). Tallinn: Illoprint.
- Latha, K.S., Bhat, S.M. & D'Souza, P. (1996). Suicide attempters in a general hospital unit in India: their socio-demographic and clinical profile – emphasis on cross-cultural aspects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94,26-30.
- Luoma, J.B., Martin, C.E. & Pearson, J.L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *The American Journal of Psychiatry*, 159,909-16
- Marzuk, P.M. (1994). Suicide and Terminal Illness. In: A.A. Leenaars, J.T. Maltzberger & R.A. Neimeyer (Eds.), *Treatment of Suicidal People* (pp. 127-38). Washington: Taylor & Francis.
- Meltzer, H., Lader, D., Corbin, T., Singleton, N., Jenkins, R. & Brugha, T. (2002). *Non-fatal suicidal behaviour among adults aged 16 to 74 in Great Britain*. London: National Statistics.
- Michel, K., Ballinari, P., Bille-Brahe, U., Bjerke, T., Crepet, P., De Leo, D., Haring, C., Hawton, K., Kerkhof, A., Lönnqvist, J., Querejeta, I., Salander-Renberg, E., Schmidtke, A., Temesvary, B. & Wasserman, D. (2000). Methods used for parasuicide: results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35,156-63.
- Michel, K., Runeson, B., Valach, L. & Wasserman, D. (1997). Contacts of suicide attempters with GPs prior to the event: a comparison between Stockholm and Bern. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95,94-9.
- Moscicki, E.K. (1989). Epidemiologic Surveys as Tools for Studying Suicidal Behavior: A Review. *Suicide & Life-Threatening Behaviour*, 19,131-47.
- Möller, H.J. (1989). Efficacy of different strategies of aftercare for patients who have attempted suicide. *Journal of Royal Social Medicine*, 82,643-7.
- Neeleman, J. (1998). Regional suicide rates in the Netherlands: does religion still play a role? *International Journal of Epidemiology*, 27,466-72.

- Paykel, E.S., Mayers, J.J., Lindenthal, J.J. & Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 124,460-9.
- Phillips, M.R., Li, X. & Zhang, Y. (2002a). Suicide rates in China, 1995-99. *Lancet*, 359,835-40.
- Phillips, M.R., Yang, G., Zhang, Y., Wang, L., Ji, H. & Zhou, M. (2002b). Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet*, 360,1728-36.
- Pirkis, J., Burgess, P. & Dunt, D. (2000). Suicidal Ideation and Suicide Attempts Among Australian Adults. *Crisis*, 21,16-25.
- Pirkis, J.E., Burgess, P.M., Meadows, G.N. & Dunt, D.R. (2001). Suicidal ideation and suicide attempts as predictors of mental health service use. *The Medical Journal of Australia*, 175,542-5.
- Platt, S., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., Schmidtje A., Bjerke, T., Crepet, P., De Leo, D., Haring, C., Lönnqvist, J. & Michel, K. (1992). Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85,97-104.
- Pokorny, A.D. (1974). A scheme for classifying suicidal behaviours. In: A.T. Beck, H.L.P. Resnick & D.J. Lettieri (Eds.), *The prediction of suicide* (pp.29-44). Bowie, Maryland, USA: Charles Press.
- Ramberg, I.L. & Wasserman, D. (2000). Prevalence of reported suicidal behaviour in the general population and mental health-care staff. *Psychological Medicine*, 30,1189-96.
- Rancans, E., Alka, I., Renberg E.S. & Jacobsson, L. (2001). Suicide attempts and serious suicide threats in the city of Riga and resulting contacts with medical services. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55,279-86.
- Runeson, B. & Wasserman, D. (1994). Management of suicide attempters: what are the routines and the costs? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90,222-8.
- Runeson, B., Scocco, P., De Leo, D., Meneghel, G. & Wasserman, D. (2000). Management of Suicide attempts in Italy and Sweden. *General Hospital Psychiatry*, 22,432-6.

- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., De Leo, D., Kerkhof, A. & Wasserman, D. (2001). *Suicidal Behaviour in Europe: Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour*. Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., De Leo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepet, P., Haring, C., Hawton, K., Lönnqvist, J., Michel, K., Pommereau, X., Querejeta, I., Phillipe, I., Salander-Renberg, E., Temervary, B., Wasserman, D., Fricke, S., Weinacker, B. & Sampaio-Faria, J.G. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93,327-38.
- Schwab, J.J., Warheit, G.J. & Holzer CE. (1972). Suicidal Ideation and Behavior in a General Population. *Dis Nerv Syst*, 33,745-8.
- Schweitzer, R., Klayich, M. & McLean, J. (1995). Suicidal ideation and behaviours among university students in Australia. The *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29,473-9.
- Stenager, E.N. & Jensen, K. (1994). Attempted suicide and contact with the primary health authorities. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90,109-13.
- Stengel, E. (1967). *Suicide and attempted suicide*. London: Penguin Books.
- Suominen, K.H., Isometsä, E.T., Ostamo, A.I. & Lönnquist, J.K. (2002). Health care contacts before and after attempted suicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37,89-94.
- Tervise Arengu Instituut (2005). *Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2004*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
- Thanh, H.T.T., Jiang, G.X., Van, T.N., Minh, D.P.T., Rosling, H. & Wasserman, D. (2005). Attempted suicide in Hanoi, Vietnam. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40,64-71.
- United Nations Department for Policy Coordination and Sustainable Development (1996). *Prevention of Suicide. Guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. New York: United Nations.
- Van Casteren, V., van der Veken, J., Tafforeau, J. & van Oyen, H. (1993). Suicide and attempted suicide reported by general practitioners in Belgium, 1990-1991. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87,451-5.

- Van Heeringen, C., Jannes, S., Buylaert, W., Henderick, H., De Bacquer, D. & Van Remoortel, J. (1995). The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study. *Psychological Medicine*, 25,963-70.
- Wasserman, D. (2001). A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In: D. Wasserman (Ed.), *Suicide: An unnecessary death* (pp. 13-27). London: Martin Dunitz.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Greenwald, S., Hwu, H.G., Joyce, P.R., Karam, E.G., Lee, C.K., Lellouch, J., Lepine, J.P., Newman, S.C., Rubio-Stipec, M., Wells, J.E., Wickramaratne, P.J., Wittchen, H.U. & Yeh, E.K. (1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine*, 29,9-17.
- Welch, S.S. (2001). A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatric Services: a Journal of the American Psychiatric Association*, 52,368-75.
- Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide, York, 22-26 September 1986 [summary report] (1986). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (document ICP/PSF 017(S)).
- World Health Organization (2002). *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2003). *The World Health Report 2003: Shaping the Future*. Geneva: WHO.
- Värnik, A. & Kõlves, K. (2001). Eestlaste ja mitte-eestlaste enesetapud - Estonians' and non-Estonians' Suicides. Tallinn-Tartu: Lennujaama Kirjastus.
- Värnik, A., Kõlves, K. & Wasserman, D. (2005). Minority suicide and political transition: the consequences of status change for Russians in Estonia following Estonian Independence. *British Medical Journal*, 330,176-7.
- Värnik, A., Wasserman, D., Dankowicz, M. & Eklund, G. (1998). Age-specific suicide rates in Slavic and Baltic regions of the former USSR during perestroika, in comparison with 22 European countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl.*, 394,20-5.

LISAD

Lisa 1

SUPRE-MISS ühiskonna uuringu küsimustik /väljavõte käesolevas magistritöös kasutatud osast/

SUPRE-MISS ÜHISKONNA UURING

- 0.1. Identifikatsiooninumber: _____
- 0.2. Riik: _____
- 0.3. Koht: _____
- 0.4. Küsimustiku täitmise kuupäev: __ / __ / _____

1. SOTSIAAL-DEMOGRAAFILINE INFORMATSIOON

- 1.1 Sugu: 1 _ Mees 2 _ Naine 3 _ Transseksuaal
- 1.2 Sünnikuupäev: __ Päev __ Kuu _____ Aasta
- 1.3 Kus Te olete sündinud? (riik) _____
- 1.4 Mis on Teie rahvus? _____
- 1.5 Praegune perekonnaseis (Valige ainult üks vastus, mis iseloomustab Teie perekonnaseisu just praegusel hetkel):
- 1 _ Vallaline
- 2 _ Abielus või kooselu kindla partneriga; alates: __ Päev __ Kuu _____ Aasta
- 3 _ Lesk; alates: __ Päev __ Kuu _____ Aasta
- 4 _ Lahutatud / lahus elav; alates __ Päev __ Kuu _____ Aasta
- 1.6 Kas Teil on olnud kooselu mitmete partneritega? 1 _ Ei 2 _ Jah, mitmega: __
- 1.7 Mitu korda Te olete ametlikult lahutatud? (Arv) __
- 1.8 Kui palju lapsi Teil on või oli, sealhulgas adopteeritud lapsed? (Ärge lugege lapsi, kes sündisid surnult.) (Arv) __

1.9 Kui palju alla 16-aasta vanuseid lapsi Teil praegu on, kelle eest Te üksi või kellegagi koos hoolt kannate? (Arv) _ _

1.10 Kellega koos Te praegu elate (pere koosseis)

- 1 _ Elan üksinda
- 2 _ Elan üksi koos lapse/lastega
- 3 _ Elan koos partneriga, ilma lasteta
- 4 _ Elan koos partneri ja lapse/lastega
- 5 _ Elan koos vanematega
- 6 _ Elan koos teiste sugulaste/sõpradega
- 7 _ Elan kinnipidamiskohas
- 8 _ Elan psühhiaatriaasutuses
- 9 _ Elan muus asutuses/ühiskodus
- 10 _ Muu, täpsustage: _____

1.11 Kas Te elate maapiirkonnas või linnas?

- 1 _ maapiirkonnas
- 2 _ linnas

1.12 Haridustee pikkus: _ _ Aastat

1.13 Milline on Teie kõrgeim läbitud haridustase?

- 1 _ Puudub
- 2 _ Põhiharidus
- 3 _ Keskkharidus
- 4 _ Kesk-eriharidus
- 5 _ Kõrgharidus
- 6 _ Muu; täpsustage: _____

1.15 Milline on Teie tööalane staatus? (Valige ainult üks vastus, mis iseloomustab Teie tööalast staatust kõige paremini just praegusel hetkel).

- 1 _ Täisajaga töötaja (sealhulgas eraettevõtlus)
- 2 _ Osalise tööajaga töötaja (sealhulgas eraettevõtlus)
- 3 _ Osaliselt tasustatud puhkusel töötaja
- 4 _ Ajutine töö
- 5 _ Töötu; alates: _ _ Päev _ _ Kuu _ _ _ _ Aasta
- 6 _ Kaitseväes
- 7 _ Täisajaga üliõpilane
- 8 _ Invaliid, alaliselt töövõimetu; alates: _ _ Päev _ _ Kuu _ _ _ _ Aasta
- 9 _ Pensionil; alates: _ _ Päev _ _ Kuu _ _ _ _ Aasta
- 10 _ Koduperenaine/kodune
- 11 _ Muu, täpsustage _____

1.16 Kas Te olete viimase aasta jooksul (s.o. ajavahemik alates praegusest hetkest kuni üks aasta tagasi) olnud mingil ajal töötu? Töötu all pean ma silmas, et Te olete otsinud tööd, kuid pole leidnud? Kui jah, siis kui kaua kokku Te olete viimase aasta jooksul töötu olnud? (Märkige "0", kui Te ei ole olnud töötu.)

_ _ Nädalat

1.17 Kui suur oli möödunud aastal Teie neto sissetulek (maksud maha)? _____

1.18 Milline on Teie usuline tõekspidamine?

- 1 _ Puudub
- 2 _ Protestantlik (luteri)
- 3 _ Katoliiklik
- 4 _ Juudi
- 5 _ Moslemi
- 6 _ Hindu
- 7 _ Ortodoksne (vene õigeusklik)
- 8 _ Budausuline
- 9 _ Muu, täpsustage _ _ _ _ _

1.19 Kui sageli Te käite kirikus (või mujal jumalateenistuse/palvuse kohas)?

- 1 _ Vähemalt korra nädalas
- 2 _ Korra kuus
- 3 _ 2-3 korda aastas
- 4 _ Umbes korra aastas
- 5 _ Peaaegu mitte kunagi

1.20 Miks? Mis on Teie motiiv? (Kasutage oma sõnu) _ _ _ _ _

1.21 Kas Te peate end usklikuks inimeseks? 1 _ Ei 2 _ Jah

2. ENESETAPUKATSED JA PEREKONNA ANDMED

2.1 Kas Te olete kunagi tõsiselt mõelnud enesetapu sooritamisele? 1 _ Ei 2 _ Jah

Kui "Ei" (1 _), jätkake punktiga 2.2

2.1.1 Kui vana Te olite, kui see esimest korda juhtus? __ _ aastat vana

2.1.2 Kas seda on juhtunud Teiega viimase kaheteistkümne kuu jooksul? 1 _ Ei 2 _ Jah

2.1.3 Kui vana Te olite, kui see Teiega viimati juhtus? __ _ aastat vana

2.2 Kas Te olete kunagi pidanud plaani enesetapu sooritamiseks? 1 _ Ei 2 _ Jah

Kui "Ei" (1 _), jätkake punktiga 2.3

2.2.1 Kui vana Te olite, kui see esimest korda juhtus? __ _ aastat vana

2.2.2 Kas seda on juhtunud Teiega viimase kaheteistkümne kuu jooksul? 1 _ Ei 2 _ Jah

2.2.3 Kui vana Te olite, kui see Teiega viimati juhtus? __ _ aastat vana

2.3 Kas Te olete kunagi sooritanud enesetapukatset? 1 _ Ei 2 _ Jah

Kui "Ei" (1 _), jätkake punktiga 2.4

2.3.1 Mitu korda üldse oma elu jooksul olete Te enesetapakatseid sooritanud?
(Kordade arv) _ _

2.3.2 Kui vana Te olite, kui see esimest korda juhtus? _ _ aastat vana

2.3.3 Kui vana Te olite, kui see Teiega viimati juhtus? _ _ aastat vana

2.3.4 Kas Te olete sooritanud enesetapakatseid viimase kaheteistkümne kuu jooksul? 1 _ Ei 2 _ Jah

2.3.5 Mõeldes esimesele korrale, kui Te üldse enesetapakatse sooritasite, siis milline nendest väidetest iseloomustab kõige paremini seda situatsiooni ?

1 _ Ma tegin tõsise katse end ära tappa ja on lihtsalt õnn, et see mul ei õnnestunud

2 _ Ma püüdsin end ära tappa, kuid teadsin, et see meetod pole "lollikindel"

3 _ Minu katse oli appihüüe. Mul polnud kavatsust surra.

4 _ Ma ei tea.

2.3.6 Milline oli esimese enesetapakatse meetod (kuidas Te püüdsite end ära tappa)?

2.3.7 Kas see esimene enesetapakatse põhjustas mingeid vigastusi või mürgituse?

1 _ Ei

2 _ Jah

3 _ Ma ei tea

2.3.8 Kas see esimene enesetapakatse nõudis meditsiinilist tähelepanu?

1 _ Ei

2 _ Jah

3 _ Ma ei tea

2.3.9 Kas see esimene enesetapakatse nõudis haiglas olemist üks öö või kauem?

1 _ Ei

2 _ Jah

3 _ Ma ei tea

2.3.10 Mõeldes viimasele (kõige hiljutisemale) korrale, kui Te sooritasite enesetapakatse, siis milline nendest väidetest iseloomustab kõige paremini seda situatsiooni ?

1 _ Ma tegin tõsise katse end ära tappa ja on lihtsalt õnn, et see mul ei õnnestunud

2 _ Ma püüdsin end ära tappa, kuid teadsin, et see meetod pole "lollikindel"

3 _ Minu katse oli appihüüe. Mul polnud kavatsust surra.

4 _ Ma ei tea.

2.3.11 Milline oli viimase enesetapakatse meetod (kuidas Te püüdsite end ära tappa)?

2.3.12 Kas see viimane enesetapakatse põhjustas mingeid vigastusi või mürgituse?

1 _ Ei

2 _ Jah

3 _ Ma ei tea

2.3.13 Kas see viimane enesetapakatse nõudis meditsiinilist tähelepanu?

1 _ Ei

2 _ Jah

3 _ Ma ei tea

2.3.14 Kas see viimane enesetapakatse nõudis haiglas olemist üks öö või kauem?

1 _ Ei

2 _ Jah

3 _ Ma ei tea

3. KEHALINE TERVIS, KONTAKT TERVISHOIUASUTUSTEGA, VAIMNE TERVIS

3.1 Pikkus _____ cm

3.2 Kaal _____ kg

3.3 Kas Teil on mõnda pikaajalist kehalist haigust või puuet, mis on Teid vaevanud vähemalt ühe aasta?

1 _ Ei 2 _ Jah

3.3.1 Kui jah, siis mis Teil viga on? _____

3.3.2 Kui kaua Teil on see olnud? 1 _ sünnist saati 2 ___ aastat

Statsionaarne psühhiaatriline ravi (sealhulgas ravi üldhaigla psühhiaatriaosakonnas)

3.4 Kui üldse, siis mitu korda olete Te olnud ravil psühhiaatriaiglas, üldhaigla psühhiaatriaosakonnas või mis tahes muus vaimsete probleemidega inimeste jaoks mõeldud asutuses?

(Veenduge, et Te peate silmas statsionaarset ravi; “Te olite haiglas nii öösel kui päeval”).

1 _ Mitte kunagi

2 _ 1 kord

3 _ 2-3 korda

4 _ 4 korda või rohkem

Kui “Mitte kunagi” (1 _), jätkake ambulatoorse psühhiaatrilise ravi ja päevahooldusega.

3.5 Kui üks või rohkem statsionaarset ravilviibimist:

Kas Te oskaksite nii täpselt kui võimalik ja iga ravilviibimise kohta eraldi kirjeldada: millal Teid statsionaari vastu võeti, kui kaua Te seal viibisite, ning mis põhjusel Te statsionaari sattusite?

(Alustage viimase vastuvõetuga).

	Vastuvõtt: Kuu/Aasta	Viibimise kestvus: Kuud	Vastuvõtu põhjus:
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____

Ambulatoorne psühhiaatriline ravi ja päevahooldus

3.6 Kas Te olete kunagi pöördunud ravi või nõu saamiseks ühte järgmistest professionaalsetest asutustest?

- | | | |
|--|--------|---------|
| 3.6.1 Psühhiaatriline ravi - polikliinik | 1 _ Ei | 2 _ Jah |
| 3.6.2 Psühhiaatriline ravi - päevahooldus | 1 _ Ei | 2 _ Jah |
| 3.6.3 Vaimne tervishoid - muu tervishoiuasutus | 1 _ Ei | 2 _ Jah |
| 3.6.4 Erapraksis - psühholoog või psühhiaater | 1 _ Ei | 2 _ Jah |
| 3.6.5 Konsultandid alkoholi ja narkootikumidega seotud probleemide puhul | 1 _ Ei | 2 _ Jah |
| 3.6.6 Konsultandid suhete- ja seksuaalprobleemide puhul | 1 _ Ei | 2 _ Jah |

3.7 Muu sekkumine emotsionaalsete probleemide korral:

Kas Te olete kunagi emotsionaalsete probleemide korral saanud abi kelleltki teiselt? Näiteks eneseabigrupid nagu Anonüümsed Alkohoolikud, S.O.S. telefoniteenus jne?

1 _ Ei 2 _ Jah; Täpsustage: _ _ _ _ _

3.8 Kas Te tunnete või olete kunagi tundnud pikema ajaperioodi jooksul (vähemalt ühe aasta jooksul) vaevusi enda sees, mis on takistanud Teie tegevust? (Näiteks: hirm mingite kohtade ees, ärevus kodust lahkumisel, ülemäärane hirm inimeste ees üldiselt või depressiivsed tunded, muud emotsioonid või mõtted, mis mõjutavad Teid korduvalt nagu näiteks sündmõtted, s.h. sunnitus ennast või oma kodu puhastada jne.).

1 _ Ei 2 _ Jah

3.8.1 Kui jah, siis mis Teil viga oli? _ _ _ _ _

3.8.2 Kui kaua see on Teil olnud? 1 _ sünnist saadik 2 _ _ _ aastat

SUPRE-MISS suitsiidikatse sooritanute uuringu küsimustik /väljavõtte käesolevas magistritöös kasutatud osast/

SUPRE-MISS KÜSIMUSTIK
(SUPRE-MISS-Q)

1. KOHA IDENTIFITSEERIMINE (VASTUVÕTT)

- 1.1 Riik _____
- 1.2 Meditsiinasutus/Haigla _____
- 1.3 Vastuvõtu kuupäev: __ Päev __ Kuu _____ Aasta
- 1.4 Vastuvõtu aeg: __ Tund __ Minut
- 1.5 Esmabi andja: 1 _ Kiirabi
2 _ Vastuvõtu osakond
3 _ Muu, täpsusta: _____
- 1.6 Kes on patsiendiga kaasas? _____
- 1.7 Haiglast väljakirjutamise kuupäev: __ Päev __ Kuu __ Aasta
- 1.8 Haiglast väljakirjutamise aeg: __ Tund __ Minut
(juhul, kui on ligipääs haigla administratsiooni kartoteegile, võib väljakirjutamise kuupäeva ja aja võtta kartoteegist)

2. PATSIENDI IDENTIFITSEERIMINE (VASTUVÕTT)

- 2.1 Patsiendi identifikaatsiooni number: _____
- 2.2 Sugu: 1 _ Mees 2 _ Naine 3 _ Transseksuaal
- 2.3 Sünnikuupäev: __ Päev __ Kuu _____ Aasta
- 2.4 Praegune perekonnaseis (Valige ainult üks vastus, mis iseloomustab patsiendi perekonnaseisu just praegusel hetkel):
1 _ Vallaline
2 _ Abielus või kooselu kindla partneriga; alates: __ Päev __ Kuu _____ Aasta
3 _ Lesk; alates: __ Päev __ Kuu _____ Aasta
4 _ Lahutatud / lahus elav; alates __ Päev __ Kuu _____ Aasta
- 2.5 Haridustee pikkus: __ Aastat

2.6 Milline on patsiendi kõrgeim läbitud haridustase?

- 1 _ Puudub
- 2 _ Põhiharidus
- 3 _ Keskharidus
- 4 _ Kesk-eriharidus
- 5 _ Kõrgharidus
- 6 _ Muu, täpsustage _____

2.7 Kas patsient õpib käesoleval ajal koolis? 1 _ Ei
2 _ Jah

2.9 Milline on patsiendi tööalane staatus? (Valige ainult üks vastus, mis iseloomustab patsiendi tööalast staatust kõige paremini just praegusel hetkel)

- 1 _ Täisajaga töötaja (sealhulgas eraettevõtlus)
- 2 _ Osalise tööajaga töötaja (sealhulgas eraettevõtlus)
- 3 _ Osaliselt tasustatud puhkusel töötaja
- 4 _ Ajutine töö
- 5 _ Töötü; alates: __ Päev __ Kuu _____ Aasta
- 6 _ Kaitseväes
- 7 _ Täisajaga üliõpilane
- 8 _ Invaliid, alaliselt töövõimetu; alates: __ Päev __ Kuu _____ Aasta
- 9 _ Pensionil; alates: __ Päev __ Kuu _____ Aasta
- 10 _ Koduperenaine/kodune
- 11 _ Muu, täpsustage _____

3. KÄESOLEV ENESETAPUKATSE (VASTUVÕTT)

3.1 Enesetapukatse sooritamise kuupäev: __ Päev __ Kuu _____ Aasta

3.2 Nädalapäev: _____

3.3 Kellaeg: __ Tund __ Minut

3.4. Koht: _____

3.5. Meetod: _____ (vastavalt RHK-10 koodidele, vt. allpool)

- X60 _ Sihilik enesemürgitamine mitteopiaatsete analgeetiliste, antipüreetiliste ja reumavastaste vahenditega
- X61 _ Sihilik enesemürgitamine antiepileptiliste, sedatiiv-uinutavate, antiparkinsonistlike ja psühhotroopsete ainete, pole mujal klassifitseeritud
- X62 _ Sihilik enesemürgitamine narkootikumide ja psühhodüsleptikumidega (hallutsinogeenidega), pole mujal klassifitseeritud
- X63 _ Sihilik enesemürgitamine muude vegetatiivsele närvisüsteemile toimivate ainete
- X64 _ Sihilik enesemürgitamine teiste ja täpsustamata ravimite ja bioloogiliste ainete
- X65 _ Sihilik enesemürgitamine alkoholiga
- X66 _ Sihilik enesemürgitamine orgaaniliste lahustite ja halogeniseeritud süsivesikute ning nende aurudega

- X67 _ Sihilik enesemürgitamine teiste gaaside ja aurudega
- X68 _ Sihilik enesemürgitamine pestitsiidide, herbitsiidide ja teiste mürgiste põllumajanduslike ainetega
- X69 _ Sihilik enesemürgitamine teiste ja täpsustamata kemikaalide ja mürgiste ainetega
- X70 _ Sihilik enesekahjustamine poomise, kägistamise ja lämmatamise abil
- X71 _ Sihilik enesekahjustamine eneseuputamise ja sukeldumise abil
- X72 _ Sihilik enesevigastamine püstolist või revolvrilist laskmisega
- X73 _ Sihilik enesevigastamine püssist, haavlipüssist või suuremast tulirelvast laskmisega
- X74 _ Sihilik enesevigastamine muust ja täpsustamata tulirelvast laskmisega
- X75 _ Sihilik enesevigastamine plahvatavate ainetega
- X76 _ Sihilik enesevigastamine suitsu, tule ja leekidega
- X77 _ Sihilik enesevigastamine auru ja kuumade esemete abil
- X78 _ Sihilik enesevigastamine teravate esemetega
- X79 _ Sihilik enesevigastamine tömpide esemetega
- X80 _ Sihilik enesevigastamine kõrgusest allahüppamisega
- X81 _ Sihilik enesevigastamine liikuvate objektide ette viskumise või lamamisega
- X82 _ Sihilik enesevigastamine mootorsõidukilt mahahüppamisega
- X83 _ Sihilik enesevigastamine teiste täpsustatud vahenditega
- X84 _ Sihilik enesevigastamine täpsustamata vahenditega

3.6 Enesetapakatusega tekitatud kehalise kahjustuse ja eluohtlikkuse seisukohalt:

- 0 _ ei olnud olulist kehalist kahjustust, ei vajanud ravi
- 1 _ meditsiiniline abi oli vajalik, kuid eluohtlikkust polnud
- 2 _ meditsiiniline abi oli vajalik, oli oht elule

3.7 Meditsiiniabi tüüp:

- 0 _ Peale abiandmist vastuvõtu osakonnas võis patsient lahkuda
- 1 _ Patsient jäi jälgimisele/ravile vastuvõtu osakonnas ja seejärel võis lahkuda
- 2 _ Patsient viidi vastuvõtu osakonnast üle intensiivravisse või mõnda teise haigla osakonda,
- 3 _ Patsient viidi vastuvõtu osakonnast üle psühhiaatriaiglasse

3.8 (Kui on rakendatav:) Patsient suunati:

- 0 _ ei suunatud kusagile professionaalse abi saamiseks
- 1 _ saadeti üldisesse tervisekeskusesse
- 2 _ saadeti ambulatoorsesse psühhiaatrilisse raviasutusse
- 3 _ saadeti erapraksisesse professionaalse abi saamiseks

3.9 (Kui on rakendatav:) Professionaalse ravi pakkumine:

- 0 _ Patsient nõustub minema/tulema konsultatsioonile
- 1 _ Patsient pole kindel, kas ta ilmub kohale või mitte
- 2 _ Patsient keeldub

4. SOTSIAAL-DEMOGRAAFILINE INFORMATSIOON

4.1 Kus Te olete sündinud? (riik) _____

4.2 Mis on Teie rahvus? _____

4.3 Kas Teil on olnud kooselu mitmete partneritega? 1 _ Ei 2 _ Jah

4.3.1. Kui jah, siis mitmega: __

4.4 Mitu korda Te olete ametlikult lahutatud? __ (Arv)

4.5 Kui palju lapsi Teil on või oli, sealhulgas adopteeritud lapsed? (Ärge lugege lapsi, kes sündisid surnult.) __ (Arv)

4.6 Kui palju alla 16-aasta vanuseid lapsi Teil praegu on, kelle eest Te üksi või kellegagi koos hoolt kannate? __ (Arv)

4.7 Kellega koos Te praegu elate (haiglasse sattumise ajal)?
(Pere koosseis enesetapukatse ajal.)

- 1 _ Elab üksinda
- 2 _ Elab üksi koos lapse/lastega
- 3 _ Elab koos partneriga, ilma lasteta
- 4 _ Elab koos partneri ja lapse/lastega
- 5 _ Elab koos vanematega
- 6 _ Elab koos teiste sugulaste/sõpradega
- 7 _ Elab kinnipidamiskohas
- 8 _ Elab psühhiaatriaasutuses
- 9 _ Elab muus asutuses/ühiskodus
- 10 _ Muu, täpsustage: _____

4.8 Kellega koos Te viimase aasta jooksul suurema osa ajast elasite? (Tavasituatsioon?)

- 1 _ Elab üksinda
- 2 _ Elab üksi koos lapse/lastega
- 3 _ Elab koos partneriga, ilma lasteta
- 4 _ Elab koos partneri ja lapse/lastega
- 5 _ Elab koos vanematega
- 6 _ Elab koos teiste sugulaste/sõpradega
- 7 _ Elab kinnipidamiskohas
- 8 _ Elab psühhiaatriaasutuses
- 9 _ Elab muus asutuses/ühiskodus
- 10 _ Muu, täpsustage: _____

4.9 Elukoht enesetapukatse ajal: (linnaosa vm täpsustatud asula/piirkond)

4.10 Kas Te elate maapiirkonnas või linnas?

1 _ maapiirkonnas 2 _ linnas

4.11 Kas Te olete viimase aasta jooksul (s.o. ajavahemik alates praegusest hetkest kuni üks aasta tagasi) olnud mingil ajal töötu? Töötu all pean ma silmas, et Te olete otsinud tööd, kuid pole leidnud? Kui jah, siis kui kaua kokku Te olete viimase aasta jooksul töötu olnud? (Märkige "0", kui patsient ei ole olnud töötu.)

__ Nädalat

4.12 Kui suur oli möödunud aastal Teie neto sissetulek (maksud maha)? _____

4.14 Milline on Teie usuline tõekspidamine?

- 1 _ Puudub
- 2 _ Protestantlik (luteri)
- 3 _ Katoliiklik
- 4 _ Juudi
- 5 _ Moslemi
- 6 _ Hindu
- 7 _ Ortodoksne (vene õigeusklik)
- 8 _ Budausuline
- 9 _ Muu, täpsustage _____

4.15 Kui sageli Te käite kirikus (või mujal jumalateenistuse/palvuse kohas)?

- 1 _ Vähemalt korra nädalas
- 2 _ Korra kuus
- 3 _ 2-3 korda aastas
- 4 _ Umbes korra aastas
- 5 _ Peaaegu mitte kunagi

4.16 Miks? Mis on Teie motiiv? (Kasutage patsiendi sõnastust) _____

4.17 Kas Te peate end usklikuks inimeseks?

- 1 _ Ei
- 2 _ Jah

6. EELNEVAD ENESETAPUKATSED JA PEREKONNA ANDMED

6.1 Eelnev enesetapukatse (või katsed)?

- 1 _ Ei
- 2 _ Jah

6.1.1 Kui jah, siis mitu korda? __ (Arv)

6.1.2 Millal oli viimane kord? ___ Päev ___ Kuu _____ Aasta

6.2 Kui jah, eelmise enesetapukatse meetod (vt RHK-10 koodid lk 5 punkt 3.5)

Eelmise enesetapukatse number: 1. 2. 3. 4. 5.
Palun kirjutage vastav kood: __ __ __ __ __

7. KEHALINE TERVIS, KONTAKT TERVISHOIUASUTUSTEGA, VAIMNE TERVIS

7.1 Pikkus _____ cm

7.2 Kaal _____ kg

7.3 Kas Teil on mõnda pikaajalist kehalist haigust või puuet, mis on Teid vaevanud vähemalt ühe aasta?

1 _ Ei 2 _ Jah

7.3.1 Kui jah, siis mis Teil viga on? _____

7.3.2 Kui kaua Teil on see olnud? 1 _ sünnist saati 2 _ __ _ aastat

7.4 Ma tahaksin, et Te mõtlete kahe viimase nädala peale enne haiglasse sattumist. Kas Te nende kahe nädala jooksul pidite piirama mingeid oma tavapäraseid tegevusi kehalise haiguse või vigastuse tõttu?

1 _ Ei 2 _ Jah

7.4.1 Kui jah, siis mis Teil viga oli? _____

7.5 Kuidas Te hindaksite oma kehalist tervist ületüldiselt viimase kolme kuu jooksul - suurepärane, hea, rahuldav või halb?

1 _ Suurepärane

2 _ Hea

3 _ Rahuldav

4 _ Halb

Kontakt tervishoiuasutustega:

Üldarst

7.6 Mitu korda Te olete viimase aasta jooksul käinud üldarsti, perearsti või mõne eriarsti juures? (välja arvatud hambaarst ja psühhiaater)

1 _ mitte kordagi

2 _ üks kord

3 _ 2-3 korda

4 _ 4 korda või rohkem

7.7 Kas Te oskaksite umbes öelda, mis kuupäeval Te viimati enne enda mürgitamist/vigastamist arsti poole pöördusite? Mis põhjusel Te tema poole pöördusite, mille üle Te kaebasite? Kas arst määras Teile ravimeid?

7.7.1 Viimase pöördumise kuupäev (enne enesetapukatset): __ _ Päev __ _ Kuu __ _ Aasta

7.7.2 Põhjus:

1 _ kehaline

2 _ psühholoogiline

3 _ nii kehaline kui psühholoogiline

7.7.3 Ravimite määramine :

- 1 _ Ei
- 2 _ Jah, täpsustage: _____

7.7.4 Kui ravimeid määrati, küsida:

Kas Te kasutasite mingeid nendest Teile määratud ravimitest enda mürgitamiseks (kas Te meelega doseerisite üle)?

- 1 _ Ei
- 2 _ Jah

7.8 Kas sel ajal, kui Te viimati arsti poole pöördusite, oli Teil juba mõttes ennast mürgitada või vigastada?

- 1 _ Ei
- 2 _ Mõningal määral
- 3 _ Jah, kindlasti

7.8.1 Kui "Mõningal määral" (2_) või "Jah, kindlasti" (3_), küsida:

Kas Te rääkisite arstile nendest mõtetest? (Võib-olla vihjasite Te sellistele plaanidele ebamääraselt)

- 1 _ Ei
- 2 _ Ebamääraselt vihjasin
- 3 _ Jah

Statsionaarne psühhiaatriline ravi (sealhulgas ravi üldhaigla psühhiaatriaosakonnas)

7.9 Kui üldse, siis mitu korda olete Te olnud ravil psühhiaatriaiglas, üldhaigla psühhiaatriaosakonnas või mis tahes muus vaimsete probleemidega inimeste jaoks mõeldud asutuses?

(Veenduge, et patsient peab silmas statsionaarset ravi; "Te olite haiglas nii öösel kui päeval". Statsionaarne ravi pärast käesolevat enesetapukatset ei lähe arvesse.)

- 1 _ Mitte kunagi
- 2 _ 1 kord
- 3 _ 2-3 korda
- 4 _ 4 korda või rohkem

Kui "Mitte kunagi" (1_), jätkake ambulatoorse psühhiaatrilise ravi ja päevaholdusega.

7.10 Kui üks või rohkem statsionaarset ravilviibimist:

Kas Te oskaksite nii täpselt kui võimalik ja iga ravilviibimise kohta eraldi kirjeldada: millal Teid statsionaari vastu võeti, kui kaua Te seal viibisite, ning mis põhjusel Te statsionaari sattusite?

(Alustage viimase vastuvõetuga. Kui patsient on olnud statsionaarsel psühhiaatrilisel ravil mõne enesetapukatse ajal, alustage faktidega selle ravi kohta. Ärge nimetage vastuvõttu pärast käesolevat enesetapukatset.)

	Vastuvõtt: Kuu/Aasta	Viibimise kestvus: Kuud	Vastuvõtu põhjus:
1.	-----	-----	-----
2.	-----	-----	-----
3.	-----	-----	-----
4.	-----	-----	-----
5.	-----	-----	-----
6.	-----	-----	-----

Ambulatoorne psühhiaatriline ravi ja päevahooldus

7.11 Kas Te olete kunagi pöördunud ravi või nõu saamiseks ühte järgmistest professionaalsetest asutustest?

- | | | |
|---|--------|---------|
| 7.11.1 Psühhiaatriline ravi - polikliinik | 1 _ Ei | 2 _ Jah |
| 7.11.2 Psühhiaatriline ravi - päevahooldus | 1 _ Ei | 2 _ Jah |
| 7.11.3 Vaimne tervishoid - muu tervishoiuasutus | 1 _ Ei | 2 _ Jah |
| 7.11.4 Erapraksis - psühholoog või psühhiaater | 1 _ Ei | 2 _ Jah |
| 7.11.5 Konsultandid alkoholi ja narkootikumidega seotud probleemide puhul | 1 _ Ei | 2 _ Jah |
| 7.11.6 Konsultandid suhete- ja seksuaalprobleemide puhul | 1 _ Ei | 2 _ Jah |

7.12 Muu sekkumine emotsionaalsete probleemide korral

Kas Te olete kunagi emotsionaalsete probleemide korral saanud abi kelleltki teiselt? Näiteks eneseabigrupid nagu Anonüümsed Alkohoolikud, S.O.S. telefoniteenus jne?

1 _ Ei 2 _ Jah; Täpsustage: _____

7.13 See küsimus esitada ainult siis, kui vastaja saab ravi:

Kas saadud ravil oli mingi mõju Teie poolt möödunud nädalal toime pandud enda mürgitamisele/vigastamisele?

- 1 _ ei olnud mingit mõju
- 2 _ oli vähene mõju
- 3 _ oli kindel mõju

7.14 Kas Te tunnete või olete kunagi tundnud pikema ajaperioodi jooksul (vähemalt ühe aasta jooksul) vaevusi enda sees, mis on takistanud Teie tegevust? (Kui vaja, selgitage seda küsimust näidetega nagu: hirm mingite kohtade ees, ärevus kodust lahkumisel, ülemäärane hirm inimeste ees üldiselt või depressiivsed tunded, muud emotsioonid või mõtted, mis mõjutavad Teid korduvalt nagu näiteks sundmõtted, s.h. sunnitus ennast või oma kodu puhastada jne.).

1 _ Ei 2 _ Jah

7.14.1 Kui jah, siis mis Teil viga on? _____

7.14.2 Kui kaua see on Teil olnud? 1 _ sünnist saadik 2 _ __ _ aastat

7.16 Nüüd ma sooviksin, et Te mõtleksite nende kahe nädala peale, mis eelnesid Teie haiglasse sattumisele. Kas Te pidite nende kahe nädala jooksul piirama oma tavapäraseid tegevusi mingite tunnete või mõtete või mis tahes muude vaevuste tõttu, mida ma eelpool mainisin (nagu hirm mingite kohtade ees, depressiivsed tunded, sundmõtted või sundteod või mis tahes muud psühholoogilised seisundid)?
(Palun märkige, et see puudutab kannatusi, mis tõsiselt takistavad normaalset tegevust.)

1 _ Ei 2 _ Jah

7.16.1 Kui jah, siis mis Teil viga on? _____

7.24 Psühhiaatriline diagnoos (vastavalt RHK-10)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

7.25 Psühhiaatriline diagnoos on pandud (isiku nimi) _____ poolt

7.26 Psühhiaatrilise diagnoosi kuupäev: __ Päev __ Kuu __ Aasta

7.27 Psühhiaatrilise diagnoosi aeg: __ Tund __ Minut

7.28 Eelmine psühhiaatriline diagnoos: _____

7.29 Somaatiline diagnoos: _____

7.30 Määratud ravimite tüüp: _____

9. WHO HEAOLU INDEKS

Juhend:

“Palun märkige ära iga järgneva väite juures, milline neist on lähim Teie enesetundele **kahe viimase nädala jooksul**. Tehke ainult üks märge iga väite kohta. Pange tähele, et suuremad numbrid tähendavad paremat heaolu.”

“5” = Kogu aeg

“4” = Enamuse ajast

“3” = Enam kui pool ajast

“2” = Vähem kui pool ajast

“1” = Vahete-vahel

“0” = Mitte kunagi

- | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|
| 9.1 | Ma tunnen end rõõmsa ja heatujulisena | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 9.2 | Ma tunnen end rahulikuna ja pingevabana | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 9.3 | Ma tunnen end aktiivse ja energilisena | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 9.4 | Ma tunnen end värskena ja puhanuna | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 9.5 | Mu igapäevaelu on pakub mulle huvi | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

10. BECK'I DEPRESSIOONI KÜSIMUSTIK

Juhend:

“Allpool leiate Te mitmeid väidete gruppe. Palun lugege iga väidete grupp hoolikalt läbi. Seejärel valige igast grupist välja üks väide, mis iseloomustab kõige paremini seda, **kuidas Te end praegusel hetkel tunnete**. Enne valiku tegemist lugege kindlasti läbi vastava grupi kõik väited.”

10.1

- 0 _ Ma ei ole kurb .
- 1 _ Ma olen kurb.
- 2 _ Ma olen kogu aeg kurb ega suuda sellest vabaneda.
- 3 _ Ma olen nii kurb (õnnetu), et ei suuda seda enam välja kannatada.

10.2

- 0 _ Tulevik ei hirmuta mind eriti.
- 1 _ Ma tunnen tuleviku ees hirmu.
- 2 _ Ma tunnen, et mul ei ole tulevikult midagi head loota
- 3 _ Ma tunnen, et mu tulevik on lootusetu ja et asjad ei saagi paremaks minna.

10.3

- 0 _ Ma ei arva, et ma oleksin hädavares.
- 1 _ Ma arvan, et olen suurem hädavares kui teised inimesed.
- 2 _ Kui ma oma elule tagasi vaatan, siis näen ma vaid suurt hulka läbikukkumisi.
- 3 _ Ma tunnen, et olen täielik hädavares.

10.4

- 0 _ Ma olen oma eluga sama rahul nagu varemgi.
- 1 _ Ma ei tunne enam elust sellist rõõmu nagu enne.
- 2 _ Enam ei paku miski mulle tõelist rahuldust.
- 3 _ Ma pole mitte millegagi rahul või olen kõigest tüdinud.

10.5

- 0 _ Ma ei tunne, et oleksin eriti milleski süüdi.
- 1 _ Aeg-ajalt on mul tunne, nagu oleksin milleski süüdi.
- 2 _ Väga sageli tunnen, et olen milleski süüdi.
- 3 _ Tunnen end kogu aeg süüdlasena.

10.6

- 0 _ Ma ei tunne, et mind on karistatud.
- 1 _ Ma tunnen, et mind võidakse karistada.
- 2 _ Ma kardan, et mind karistatakse.
- 3 _ Ma tunnen, et mind on juba karistatud.

10.7

- 0 _ Ma ei tunne, et olen endas pettunud.
- 1 _ Ma olen endas pettunud.
- 2 _ Mul on iseendast villand.
- 3 _ Ma olen endale vastik.

10.8

- 0 _ Ma ei tunne, et oleksin teistest halvem.
- 1 _ Ma pole endaga rahul, sest mul on vigu ja nõrkusi.
- 2 _ Ma heidan endale kogu aeg oma puudusi ette.
- 3 _ Kõiges halvas, mis mul elus juhtub, pean süüdlaseks iseennast.

10.9

- 0 _ Mul ei ole mingit kavatsust end tappa.
- 1 _ Ma küll mõnikord tahaksin end tappa, kuid ma siiski ei teeks seda.
- 2 _ Ma tahaksin end ära tappa.
- 3 _ Ma tapaksin end kohe, kui mul oleks selleks võimalus.

10.10

- 0 _ Ma ei nuta sagedamini kui varem.
- 1 _ Ma nutan praegu rohkem kui enne.
- 2 _ Ma nutan viimasel ajal kogu aeg.
- 3 _ Varem ma suutsin veel nutta, aga nüüd enam mitte, kuigi tahaksin.

10.11

- 0 _ Ma pole praegu rohkem närvis kui enamasti.
- 1 _ Ma olen veidi rohkem närvis kui tavaliselt.
- 2 _ Ma olen kogu aeg närvis.
- 3 _ Mind ei aja üldse närvi asjad, mis mind varem närvi ajasid

10.12

- 0 _ Ma pole kaotanud huvi teiste inimeste vastu.
- 1 _ Ma tunnen teiste inimeste vastu vähem huvi kui tavaliselt.
- 2 _ Ma olen kaotanud enamuse oma huvist inimeste vastu.
- 3 _ Ma ei tunne inimeste vastu enam mingit huvi.

10.13

- 0 _ Ma teen otsuseid sama kergesti nagu varemgi.
- 1 _ Ma lükkan otsustamist üha sagedamini edasi.
- 2 _ Mulle on otsustamine palju raskem kui varem.
- 3 _ Ma ei suuda enam üldse mingeid otsuseid teha.

10.14

- 0 _ Ma ei usu, et näeksin praegu halvem välja kui varem.
- 1 _ Kardan, et võin välja näha vana või ilmetu.
- 2 _ Tunnen, et muutun üha inetumaks.
- 3 _ Usun, et mu välimus on eemaletõukav.

10.15

- 0 _ Ma suudan töötada sama hästi nagu ennegi.
- 1 _ Ma pean ennast pingutama, et asuda mõne uue töö kallale.
- 2 _ Pean end kõvasti kokku võtma, et üldse midagi teha.
- 3 _ Ma ei suuda enam üldse mingit tööd teha.

10.16.

- 0 _ Ma magan sama hästi nagu ennegi.
- 1 _ Ma ei maga enam nii hästi kui varem.
- 2 _ Ma ärkan 1-2 tundi varem kui tavaliselt ja mul on raske uuesti magama jääda.
- 3 _ Ma ärkan mitu tundi varem kui tavaliselt ja ma ei suuda uuesti magama jääda.

10.17

- 0 _ Ma ei väsi rohkem kui varem.
- 1 _ Ma väsin pisut kergemini kui enne.
- 2 _ Ma väsin peaaegu igast tegevusest.
- 3 _ Ma olen liiga väsinud, et üldse midagi teha.

10.18

- 0 _ Minu isu ei ole halvem kui tavaliselt.
- 1 _ Minu isu ei ole nii hea kui tavaliselt.
- 2 _ Mu isu on praegu palju halvem kui enne.
- 3 _ Mul ei ole enam üldse mingit isu.

10.19

- 0 _ Ma pole viimasel ajal kaalus alla võtnud.
- 1 _ Ma olen üle kahe kilo alla võtnud.
- 2 _ Ma olen üle nelja kilo alla võtnud.
- 3 _ Ma olen üle kuue kilo alla võtnud.

10.20

Ma söön teadlikult vähem, et kaalust alla võtta.

- 0 _ Ei
- 1 _ Jah

10.21

- 0 _ Ma ei muretse oma tervise pärast rohkem kui tavaliselt.
- 1 _ Mulle teevad muret mõned kehalised hädad, nagu näiteks valud; või seedehäired või kõhukinnisus.
- 2 _ Ma muretsen väga oma kehaliste vaevuste pärast, nii et mul on raske millestki muust mõelda.
- 3 _ Minu tervis teeb mulle niisugust muret, et ma ei suuda üldse millestki muust mõelda.

10.22

- 0 _ Ma pole märganud, et viimasel ajal oleks muutunud mu huvi seksi vastu.
- 1 _ Seks huvitab mind pisut vähem kui enne.
- 2 _ Seks huvitab mind praegu palju vähem kui enne.
- 3 _ Ma olen seksi vastu täiesti huvi kaotanud.

SUMMARY

SUICIDALITY IN THE COMMUNITY AND SOCIO-DEMOGRAPHIC, MEDICAL, AND PSYCHIC FACTORS OF ATTEMPTED SUICIDE

The aims of current master thesis were to identify prevalence of suicidality (suicidal thoughts, plans and attempts) in the community, to analyze socio-demographic, medical and psychological risk factors associated with attempted suicide and to identify, how health care services are applied to persons who have attempted suicide.

The paper is based on data collected during the WHO worldwide SUPREMISS study (Suicide Prevention – Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours). The study consisted of two parts – study of over 15 years old suicide attempters (n = 469) in North-Estonian Regional Hospital (Mustamäe Hospital and Tallinn Psychiatric Clinic) and community survey (control group, n = 500) among over 15 years old persons selected at random from general practitioners' lists in Tallinn region.

The community survey revealed that more than every tenth respondent had during his/her lifetime thought about suicide and those, who had previously thought about committing suicide or made a plan to commit suicide, had more probably committed suicide attempts. Slightly more than half of persons who had attempted suicide had had contact with medical care after the suicide attempt.

The following socio-demographic risk factors associated with attempted suicide emerged: female sex, age below 30 years, absence of cohabitation (singleness, separation), absence of work (unemployment, permanent disability). Higher educational level or obtaining higher education and religious denomination were found to be protective factors.

Almost in all cases of suicide attempts at least one psychic or behavioural disorder was diagnosed. The most frequent diagnosis was depression or other affective disorder (58,6%). Depression was even more prevalent (77,4%) according to Beck Depression Inventory. Almost one third of the cases were repeated suicide attempts.

During the year prior to the suicide attempt nearly half of suicide attempters had had contact with general practitioner, one third of the visits contained

psychological component as a reason for referral and more than one tenth of suicide attempters had already thoughts about poisoning or harming himself/herself. Many suicide attempters had got previously psychiatric treatment, both in-patient (males 34,2%, females 24,0%) and out-patient (males 35,7%, females 42,0%).

39,5% of suicide attempters had real danger to their life at the moment of admission to the hospital. About half of suicide attempters were sent to psychiatric treatment, less than one quarter were sent to general health care centre (primary care), and almost to one quarter any professional service was not recommended.

TÄNUAVALDUSED

Käesolev magistritöö põhineb andmetel ja kogemustel, mis on saadud Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituudi osalemisest WHO uuringus *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours* (SUPRE-MISS).

Koostööpartnerid teaduritena on selles uuringus olnud (tähestikulises järjekorras): Dr. J. Bolhari, Tehran; Prof. N. Botega, Campinas; Dr. D. De Silva, Colombo; Prof. V.T. Nguyen, Hanoi; Dr. M. Phillips, Beijing; Prof. L. Schlebusch, Durban; Prof. Dr. A. Värnik, Tallinn; Dr. L. Vijayakumar, Chennai.

Dr. J.M. Bertolote ja Dr. A. Fleischmann on koordineerinud uuringut WHO peakorteris Genfis.

Prof. D. De Leo, Brisbane ja Prof. D. Wasserman, Stockholm on osalenud teadusnõunikena.

Täna projekti rahastajaid: WHO, Psühhosotsiaalse Meditsiini Instituut Stockholmis ja Eesti Haigekassa.

Täna kõiki, kes on andnud oma panuse uuringu algandmete kogumisel: Põhja-Eesti Regionaalhaigla juhtkonda ja personali, Tallinna perearste ja lepingulisi intervjuerijad.

Täna oma juhendajat Prof. Dr. Airi Värnikut innustamise ning väärtuslike õpetuste, nõuannete ja kommentaaride eest ning kaastöötajat Kairi Kõlvest toetuse ja abi eest statistilise analüüsi tegemisel. Täna retsensent Prof. Dr. Jaanus Harrot heade soovitude eest.

Täna oma perekonda ja lähedasi inimesi moraalse toetuse ning kannatliku meelega eest.

CURRICULUM VITAE

Merike Sisask

- Sünniaeg ja -koht:** 28.07.1968, Valga
- Rahvus:** eestlane
- Kodune aadress:** Metsatuka 2, Saku 75501, Harjumaa
- Töökoha aadress:** Õie 39, Tallinn 11615
- Telefon:** 651 6550 (tööl), 51 66 543 (mobiil)
- Email:** merike.sisask@neti.ee
- Perekonnaseis:** Vabaabielus, 3 last
- Haridus:**
- | | |
|-------------|--|
| 2000 – 2003 | Professionaalse Psühholoogia Erakool, psühholoogilise nõustaja kutse |
| 1986 – 1991 | Tartu Ülikool, õigusteaduskond (dipl iur) |
| 1975 – 1986 | Saku Keskkool |
- Töökogemus:**
- | | |
|-------------|--|
| Alates 2001 | Teadur ja projektijuht, Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut (ERSI) |
| Alates 2002 | Psühholoogiline nõustaja, Saku Päevakeskus ja Nõustamiskabinet Sigmund |
| 1995-2002 | Jurist, Saku Õlletehas |
| 1991-1995 | Jurist, Informatsiooni- ja Kaubanduskeskus ITC |
- Teadustegevus:** Peamiseks uurimisvaldkonnaks on olnud suitsidaalne mõtlemine ja käitumine, selle ennetamine ja ravi ning suitsiidikatsed.
- Olnud 3 ERSI projekti juht.
- Avaldatud teaduspublikatsioone kokku 5, neist 1 rahvusvahelises eelretsenseeritavas teadusajakirjas, 1 Eesti teadusajakirjas ning 3 Eesti artiklite kogumikus.
- Esinenud ettekannetega 7 konverentsil, neist 2 suulist ettekannet rahvusvahelistel konverentsidel, 2 posterettekannet rahvusvahelistel konverentsidel ning 3 suulist ettekannet Eesti konverentsidel.
- Osalenud pikematel erialase enesetäienduse kursustel 8 korral.
- Ühiskondlik tegevus:** Korporatsioon Amicitia liige alates 1989
- Saku Vallavolikogu liige alates 1996

TARTU ÜLIKOOLI MAGISTRITÖÖD RAHVATERVISHOIOUS

1. **Diva Eensoo.** Kehalise aktiivsuse seosed vaimse tervise ja isiksuse omadustega. Tartu, 2000.
2. **Karin Lilienberg.** Antropomeetrilised näitajad ja nende seosed vereplasma lipiidide ning arteriaalse vererõhuga Tallinna kooliõpilaste uuringute alusel aastatel 1984–86 ja 1998–99. Tartu, 2002.
3. **Liis Merenäkk.** Koolilaste alkoholi ja narkootikumide tarbimise seos isiksuseomaduste ning vereliistakute monoamiinoksüdaasi aktiivsusega. Tartu, 2002.
4. **Anneli Zirkel.** Ravimite ja rahvameditsiini meetodite kasutamine Eesti elanike poolt. Tartu, 2002.
5. **Valentina Orav.** Tartu linna siseujulate tervisekaitseline olukord ja vee kvaliteet. Tartu, 2002.
6. **Katrin Kiisk.** Muutuste käsitlemisorganisatsioonikultuuri, juhtide rolli, meeskonnatöö ja alternatiivide hindamise aspektist SA TÜK Kopsukliiniku asukoha muutuse näitel. Tartu, 2003.
7. **Mare Remm.** Helmintiaaside esinemine Tartu piirkonna lastepäevakodude lastel ja seda mõjutavad tegurid. Tartu, 2003.
8. **Liis Rooväli.** Haiglaravi kasutamine ja kättesaadavus Eestis: demograafilised erinevused ja kauguse mõju. Tartu, 2003.
9. **Krystiine Liiv.** Suitsetamise seotus isiksuseomadustega teismeliseas. Tartu, 2003.
10. **Svetlana Lissitsina.** B- ja C-viirushepatiitide haigestumuse epidemioloogiline uurimine Ida-Virumaal. Tartu, 2003.
11. **Tiiu Rudov.** Immuniseerimise järelevalves esinevad probleemid. Tartu, 2003.
12. **Natalja Zubina.** Solaariumiteenuse tervisekaitsealased aspektid. Tartu, 2003.
13. **Mihhail Muzotsin.** Fluoriidide sisaldus Pärnu alamvesikonna elanike joogivees, nende toksilisusest tulenevate terviseriskide analüüs ja võimalik juhtimine. Tartu, 2003.
14. **Mai Vaht.** Looduslik ultraviolettkiirgus Pärnu rannas ja selle mõju päevitajate lümfotsüütide alaklassidele. Tartu, 2004.
15. **Irina Filippova.** Patient dose survey in x-ray radiography. Tartu, 2004.
16. **Urve Eek.** Marutõve oht Eestis aastatel 1999-2003. Tartu, 2004.

17. **Natalia Kerbo.** Immunoprofülakтика mõju punetiste epideemiaprotsessile Eestis. Tartu, 2004.
18. **Leena Albreht.** Viru-Peipsi alamvesikonna joogivee tervisekaitseline hinnang. Tartu, 2004.
19. **Marina Karro.** Tallinna välisõhu saastumuse võimalik mõju tervisele. Tartu, 2004.
20. **Sigrid Vorobjov.** Ravijärgimus juhuslikustatud hormoonasendusravi uuringus. Tartu, 2005.
21. **Oleg Novikov.** Kaitseväätenistuse mõju ajateenijate tervisele. Tartu, 2005.
22. **Eleri Lapsaniit.** Väikelaste infektsioonhaiguste ambulatoorne ravi antibiootikumidega. Tartu, 2005.
23. **Svetlana Rudenko.** Antibiootikumresistentsus Eestist isoleeritud haigustekitajatel. Tartu, 2005.