

**AUDENTESE ÜLIKOOL**  
**Sotsiaal- ja humanitaarteaduskond**  
**Psühholoogia õppetool**

Margit Riit

**SUITSIIDIKATSEGA SEONDUVAD PSÜHHOLOOGILISED,  
SOMAATILISED JA SOTSIAALSED ASPEKTID**

Magistritöö nõustamispsühholoogia erialal

Juhendaja: prof Airi Värmik, MD PhD  
Eesti-Rootsi Vaimse Tervise  
ja Suitsidoloogia Instituut

Tallinn

2006

## SISUKORD

LÜHIKOKKUVÕTE	3
SUMMARY	5
SISSEJUHATUS	7
KIRJANDUSE ÜLEVAADE	9
Suitsiidiprotsess	9
Suitsiidi riskitegurid	10
MATERJAL JA MEETOD	16
Uuringu teostus	16
Uurimisobjektide kirjeldus	17
Skaalad	18
Statistiline analüüs	19
TULEMUSED	20
BDI skooride erinevused	20
Kehalise tervise hinnang ja kehalised haigused	21
Praktiline ja moraalne sotsiaalne toetus	23
BDI seos somaatikaga	25
BDI seos sotsiaalse toetusega	27
ARUTELU JA JÄRELDUSED	30
BDI skoor	30
Depressiivsus ja kehaline tervis	31
Depressiivsus ja sotsiaalne toetus	33
Psühholoogiliste ja kehaliste häirete kultuurispetsiifika	35
Järeldused	36
KASUTATUD KIRJANDUS	38
TÄNUAVALDUSED	42
LISA SUPRE-MISS suitsiidikatse sooritanute uuringu küsimustik	43

## LÜHIKOKKUVÕTE

Käesoleva töö eesmärkideks on selgitada suitsiidikatse tegija psühholoogiliste vaevuste seost somaatiliste häirete ja sotsiaalse toetuse saamise võimalustega erineva sotsiokultuurilise taustaga riikides. Meeleoluhäired ja depressiivsus korreleeruvad tugevalt suitsidaalsusega. Suitsiidiriskide hulka kuuluvad ka kehalised haigused ja vähene sotsiaalne integreeritus. Käesoleva töö eesmärkideks on nende muutujate vaheliste seoste uurimine. Suitsiidiriskide seoste tundmine on vajalik eeldus nõustamistöös suitsidaalsete patsientidega.

Töö põhineb Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) ülemaailmse suitsidaalse käitumise interventsiooni uuringu SUPRE-MISS (Suicide Prevention – Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours) andmetel. Uuring tehti viiel maailma kontinendil, välja valitud keskused asusid Eestis, Brasiilias, Indias, Iraanis, Hiinas, Lõuna-Aafrikas, Sri Lankas ja Vietnamis. SUPRE-MISS uuringu metoodika töötas välja WHO ning kohalikele oludele kohandatuna rakendati sama metoodikat kõigis maailma keskustes.

Uurimisobjektideks on 2871 vähemalt 15-aastast suitsiidikatse sooritanud isikut, neist 1080 (37.6%) on mehed, 1788 (62.3%) naised.

Analüüsiti eri riikide suitsiidikatse tegijate BDI alusel saadud depressiooni skoori ja kehaliste haiguste esinemise ning sotsiaalse toetuse saamise seoseid. Analüüsitavad muutujad olid depressiooniskoor, pikaajaline ja lühiajaline kehaline haigus, hinnang oma kehalise tervise seisundile ning praktiline ja moraalne toetus perekonnalt.

### Tulemused

Depressioonitase erines vaadeldud riikides oluliselt ja ei kinnitanud eeldust, et arenenud riikide suitsiidikatse tegijate depressioonitase on kõrgem kui arengumaades. Eri arengumaade riigid erinevad oluliselt depressiooniskoori poolest (kõikumine 10.2% India – 28.4% Brasiilia).

Suure erinevuse põhjuste kohta ei võimalda töö andmed kindlaid järeldusi teha.

Üldtendentsina suitsiidi teinud naiste ja meeste depressioonitase oluliselt ei erinenud, erandiks olid Eesti ja Brasiilia.

Suitsiidikatse tegijatel esines üllatavalt vähe akuutset kehalist haigust, rohkem esines pikaajaliselt elukvaliteeti halvendavat haigust. Leidis kinnitust üldine tendents, et kõrge depressioonitasemega on seotud negatiivsem hinnang oma tervisele. Depressiivsusega seostub suitsiidikatse tegijatel pikaajaline haigus, madala depressiooniskooriga akuutne kehaline haigus. Subjektiivne tervisehinnang ei seostu kehaliste haiguste olemasoluga ja ei seosed depressiivsusega ei ole ühesuunalised.

Kehalise haiguse esinemise poolest mehed ja naised ei erine. Suitsiidikatse tegijate kehalise tervise seisund eri riikides varieerub tugevasti.

Uuring ei kinnita väidet, et kehaline haigus või selle ägenemine on suure tõenäosusega suitsiidikatset vallandav põhjus.

Depressiooniskoor seostub positiivselt sotsiaalse toe saamisega perekonnalt, mis kinnitab sotsiaalse toetuse toimimist suitsidaalsuse eest kaitsva faktorina.

Moraalse ja praktilise toe saamine erineb riigiti. Meeste ja naiste hinnangutes olulisi erinevusi ei ole.

Kokkuvõtteks. Depressiivsus korreleerub tervisehinnangu pikaajaliste terviseprobleemidega ja hinnanguga perekonnalt abi saamisega. Vaadeldud riikides alluvad suitsiidi ja suitsiidikatse riskitegurid üldistele seaduspärasustele kuid riikide erinevused osutavad vajadusele uurida mitmete eri tegurite koosmõju erinevate gruppidele.

## SUMMARY

The aims of current master thesis is to explain the connection between psychological complaint of the suicide attempters and somatic disorder and the possibilities to get social support in countries with various social-cultural background. Affective disorders and depressiveness correlate heavily with suicidality. The aims of current master thesis is to research the relations between these variables. Knowing the suicide risks is necessary precondition for counselling work with suicidal patients.

The study is based on data collected during the WHO worldwide SUPRE-MISS project (Suicide Prevention – Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours). The study was made on earths five continents, the centres selected by WHO by the way of competition, situated in addition to Estonia in Brazil, India, China, South-Africa, Sri-Lanka and Vietnam. The methodology of SUPRE-MISS study was developed by WHO and the same methodology was used after adjustment to local conditions in all the centres of the world.

The subjects of the study were 2871 at least 15 year old suicide attempters, whereof 1080 (37.6%) were male, 1788 (37.6%) are female.

The relations between depression score obtained on the basis of BDI of suicide attempters from different countries and appearing of physical illnesses also obtaining social support were analysed.

The variables under analysis were depression score, long-term and short-term physical illness, estimation of persons physical health and practical and moral support from the persons family.

### Results

Depression rate varied greatly in the countries under study and did not assure the presumption that the depression rate of the suicide attempters in the developed countries is higher than in the developing countries. With reference to depression score different developing countries differ from the other countries greatly (range 10.2% India – 28.4% Brazil).

The data of the thesis did not enable to make decisive conclusions concerning the reasons of such great differences. As tendency the depression rate of men and women who have committed suicide did not vary greatly, exceptions were Estonia and Brazil.

Suicide attempters appear to have surprisingly little acute physical illnesses, long-term illness impairing the quality of life appeared more on the suicide attempters. The general tendency was confirmed, that more negative estimation to health is related to high depression rate. On the suicide attempters the long term illness associates with depressiveness, with low depression score acute physical illness. Subjective health estimation is not associated with the appearance of different illnesses and the connections with depressiveness are not one-sided.

Considering the appearance of the physical illness men and women do not differ.

The condition of the physical health of suicide attempters differs greatly in different countries.

The study does not confirm the theory, that physical illness or exacerbation of an illness is with great probability unleashing cause for suicide attempt.

Depression score associates positively with the receiving of the social support from the family that verifies the functioning of the social support as protecting factor against suicides.

Conclusion. Depressiveness correlates with the long-term health problems of the subjective health estimation and getting help from family. In the studied countries the suicide and the suicide attempt risk factors conform to the general principles, but the differences show the need to study the joint effect of the factors to different groups.

## SISSEJUHATUS

Eesti kuulub maailma suurima suitsiidiriskiga riikide hulka. Kui maailmas keskmiselt on suitsiidikordaja 16 suitsiidi 100 000 elaniku kohta, siis Eestis oli see 2002. aastal 27, mis näitab suurt suitsiidiriski. Peaaegu sama suur on suitsiidikordaja teistes Baltimaades, Venemaal, Soomes, Ungaris ja Sri Lankal.

Suitsidaalses käitumises eristatakse kolme astet: suitsiidimõtted, suitsiidikatsed ja suitsiidid. Suitsiidikatse on eluohtlik enesevigastus või enesemürgistus, mis vahelesegamise või kahjustuse väikese ulatuse tõttu ei lõpe surmaga, kuid iga suitsiidikatse suurendab järgmises perioodis suitsiidi sooritamise riski. Eksperthinnanguil tuleb ühe suitsiidi kohta 10-20 suitsiidikatset, kuid tõendus põhised andmed suitsiidikatsete leviku kohta puuduvad (Bertolote 2001). Erinevalt suitsiididest ei kajastu suitsiidikatsed ametlikus statistikas. Eestis tehtud uuringu andmetel diagnoositi 99%-l suitsiidikatse teinud intervjueeritustest (RHK-10 järgi) vähemalt üks psüühika või käitumishäire, Becki depressiooni küsimustiku Eesti normide järgi ei olnud ainult 22% küsitletutest depressiooni. 52 %-l suitsiidikatse sooritanutest oli raske või mõõdukas depressioon. Suitsiidiuuringutes on kinnitust leidnud, et psüühikahäired seostuvad suure suitsiidiriskiga, suitsiidikatse suurendab suitsiidiriski.

Käesolev töö tugineb suitsiidi- ja suitsiidikatsete uuringutele. Suitsiidi käsitletakse kui protsessi, mis hõlmab suitsiidimõtteid, suitsiidikatset ja suitsiidi.

Viimasel aastal enne suitsiidikatset külastas perearsti 48% suitsiidikatse tegijatest, neist vaid kolmandik otsis abi psühholoogiliste probleemide lahendamiseks, psühhiaatria haiglas oli ravil onud 28% katsetajatest. Suitsiidikatse tegijad ei saa piisavalt vajalikku psühholoogilist abi.

Selles töös on käsitletud vaid väikest osa suitsiidiga seotud aspektidest ja töö põhieesmärk ongi uurida suitsiidikatse aspekte, mida varem välja toodud tõsiasjade, seoste ja selles töös esitatud analüüsi põhjal võib väita või oletada. Suitsiidikatsed, suitsidaalne käitumine hõlmab nii palju inimlikke kannatusi, rääkimata suitsiididega kaasnevatest meditsiinilistest või sotsiaal-majanduslikest probleemidest, mis õigustab iga üritust seda nähtust uurida.

Käesoleva töö eesmärkideks on selgitada suitsiidikatse tegija psühholoogiliste vaevuste seost somaatiliste häirete ja sotsiaalse toetuse saamise võimalustega erineva sotsiokultuurilise taustaga riikides. Meelelohäired ja depressiivsus korreleeruvad tugevalt suitsidaalsusega. Suitsiidiriskide hulka kuuluvad ka kehalised haigused ja vähene sotsiaalne integreeritus. Töö eesmärkideks on nende muutujate vaheliste seoste uurimine. Missuguseid ühiseid või erinevaid jooni võib leida eri maade suitsiidikatsetes, kas on võimalik leida universaalseid aspekte või kas eristuvad nt kultuurierinevustega põhjendatavad jooned. Suitsiidiriskide seoste tundmine on vajalik eeldus nõustamistöös suitsidaalsete patsientidega.

## KIRJANDUSE ÜLEVAADE

### **Suitsiidiprotsess**

Suitsiidikatse e parasuitsiid on eluohtlik tahtlik enese vigastamine või mürgitamine, mis vahelesegamise või kahjustuse väikese ulatuse tõttu ei lõpe surmaga, kuid suurendab edaspidi suitsiidiriski (WHO 2002; Kõlves et al. 2004).

Suitsiidi vaadataksegi kui protsessi, kus suitsiidimõtetele eelneb pikem või lühem elutüdimuse ja ükskõiksuse periood, suitsiidimõtted süvenevad ja viivad suitsiidikatse või suitsiidini.

Eristatakse isiksuslikke ja keskkonnaga seotud riski- ja kaitsvaid tegureid.

Kaitsvad faktorid: suitsidaalse isiku kognitiivne stiil (positiivne enesehinnang, suhtlemis- ja õppimisvõime, välise abi vajaduse hindamine ja abi otsimise oskus); kultuurilised ja sotsiaalsed faktorid (lähisuhted, sotsiaalne ja kultuuriline integratsioon); säästev elukorraldus.

Suitsidaalset käitumist vallandavate riskitegurite hulka loetakse eelkõige ebasoodsat arengukeskkonda, sotsiaalset stressi, negatiivseid elusündmusi, toetavate suhete puudumist, psüühikahäireid ja ainete kuritarvitamist, kehalisi haigusi (Wassermann 2001).

Suitsiidi dünaamika on individuaalne, eelnev protsess võib kesta mõne päeva või nädala, teistel juhtudel üle aasta, kroonilise depressiooni, skisofreenia või ainete kuritarvitamise puhul kogu elu.

Iga suitsiidikatse või suitsiid on individuaalne juhtum, kus suitsiidiriski määrab erinevate tegurite koosmõju, kus riskitegureid võivad tasakaalustada kaitsvad tegurid, ja kus asjakohane sekkumine, näiteks lähedaste toetus, psühholoogiline või psühhiaatriline abi, võib protsessi kulgu muuta.

Suitsiidiprotsess ei ole lineaarne protsess, kus suitsiidimõtetele järgneb suitsiidikatse ja seejärel suitsiid. Eri maades tehtud uuringud osutavad suitsiidiprotsessi võimalikule kultuurilisele eripärale (Bertoletti et al 2005; Sisask et al 2004). Arenenud maade uuringud viitavad suitsiidikatsetele kui suitsiidi riskitegurile. Arengumaade vastavaid uuringuid on vähem tehtud ja tulemused ei kinnita üheselt, et suitsiidikatse tegemine suurendab suitsiidiriski (Vijayakumar et al 2005).

### Suitsiidi riskifaktorid

Arenenud riikide kohta tehtud uuringutes on üldiselt aktsepteeritud seisukoht, et psüühika- ja käitumishäired kujutavad endast suurt suitsiidiriski. Meeleoluhäired, eelkõige depressioon korreleerub tugevalt suitsidaalsusega. Lääneriikide suitsiidiuuringutes ulatub psüühikahäirete protsent suitsiidi ja suitsiidikatse sooritajatel (koos alkoholi ja ainete kasutamisega) 60-90-ni. (Wassermann 2001; Hawton *et al.* 2003; Marquet *et al.* 2005; Sokero *et al.* 2005).

SUPRE-MISS uuring Eestis kinnitas fakti, et suitsidaalne käitumine on tihedalt seotud psüühika- ja käitumishäiretega, eriti depressiooni jm meeleoluhäiretega, kuid ka hirmude, ärevuse ja unetusega. Seda nii uuritavate enesehinnangu kui ka psühhiaatrilise hinnangu põhjal.

Eestis tehtud uuringu järgi oli 42% suitsiidikatse tegijatest tundnud oma tegevust takistavaid psühholoogilisi vaevusi aasta jooksul enne suitsiidikatse tegemist ja 59% kaks nädalat enne suitsiidikatset. Psühhiaatrilise intervjuu alusel diagnoositi 99%-l suitsiidikatse tegijatest RHK-10 alusel vähemalt üks psüühika- või käitumishäire. Becki depressiooni küsimustiku Eesti normide järgi ei olnud ainult 22% küsitletutest depressiooni. 52 %-l suitsiidikatse sooritanutest oli raske või mõõdukas depressioon. (Sisask 2005)

(Becki Depressiooni Küsimustik (BDI) on üheks enamlevinud enesekohaseks küsimustikuks, mida kasutatakse depressiooni diagnoosimiseks ja selle raskusastme mõõtmiseks. BDI esialgne pikem versioon on 21-tunnuseline (Beck *et al.* 1961), hiljem on sellest tuletatud ka lühemaid variante. BDI-d kasutatakse palju kliinilise praktikas ja kliinilistes uuringutes.)

Depressiooni ja suitsiidi vahele ei saa siiski võrdusmärki panna. Viidatakse depressiooni eri tüüpidele, mille seos suitsiididega on erinev. Uuemad neurobioloogilised uuringud osutavad suitsiidi psühholoogilistest riskiteguritest eelkõige agressiivsusele ja impulsiivsusele, mis on seotud serotoniinineuronite kaasasündinud või omandatud nõrgema talitlusvõimega.

Impulsiivsus ja närvilisus võivad negatiivsete elusündmuste foonil olla aluseks depressiooni kujunemisele. (Mann, Arango 2001; Harro 2003; Harro 2006; Wassermann 2001)

Arengumaade uuringutes välja toodud suitsiidi riskitegurid kattuvad põhilises üldise mudeliga: riskitegurid on psüühikahäired, psühholoogilised ja kehalised probleemid, neile

järgnevad sotsiaalse toe puudumine ja negatiivsed elusündmused. Eri maades saadud uuringutulemused erinevad mõneti arenenud riikides saadud tulemustest.

Kõrgeimad suitsiidikordajad on Ida-Euroopa postsotsialistlikes riikides, kuid suitsiidide koguarv moodustab (v. a Venemaal), väikese protsendi suitsiidide üldarvust maailmas.

Hiinas vastab suitsiidide arv, 16.1 100 000 elaniku kohta, üldisele keskmisele, Indias on see oluliselt väiksem – 9.7. Nende riikide suitsiidide koguarv aga moodustab u 30% maailma suitsiididest. (Bertolote 2001)

Hiinas tehtud uuringud on näidanud, et vaatamata suitsidentide karakteristikute erinevusele lääneriikides ja Hiinas, on suitsiidi riskitegurid samad. Siiski leiti, et kuigi depressiooni võidi konstateerida sama palju kui mujal tehtud uuringutes, oli psüühikahäiretega suitsidentide hulk oluliselt väiksem. Varasemates Hiinas tehtud uuringutes on psüühikahäiretega suitsidentide arv olnud veelgi väiksem. Seda on seletatud nii diagnoosimise puudulikkuse, küsitlute soovimatusega aktsepteerida psüühilisi probleeme, aga eelkõige sellega, et arvukad suitsiidikatse tegijate uuringud on kinnitanud, et pigem on tegemist akuutse stressi seisundis sooritatud impulsiivse aktiga. Suitsidaalsuse uuringutes peetakse põhjendatuks mitmefaktorilist lähenemist ja faktorite interaktsiooni väljaselgitamist. (Phillips *et al.* 2002).

Paar aastat hiljem tehtud uuringu tulemused kajastavad suitsiidide tugevat seost vahetute stressitekitavate elusündmustega (inimestevahelised suhted, sotsiaalse aktsepteerituse, lugupidamise kaotamine, lähisuhete probleemid). Psüühikahäirete, sh depressiooni seos suitsidaalsusega ei ole nii tugev kui Euroopas ja Põhja-Ameerikas. Perekonناسuhteid peetakse väga olulisteks ja ebaõnnestumised selles sfääris osutuvad suureks suitsiidiriskiks. Erinevust Euroopa uuringutega seostatakse kultuurierinevustega. (Zhang *et al.* 2004)

India suitsidendid on valdavalt noored. India ühiskond, religioon ja kultuur erinevad lääne omast väga oluliselt. Siiski tõdevad uuringu tegijad, et suitsiidi põhilised riskitegurid on universaalsed igas riigis ja kõigis kultuurides. Põhiliste riskifaktoritena nimetati psüühikahäireid (88% k. a alkoholism), eelkõige meeleoluhäireid, psüühikahäireid perekonnas (k.a alkoholism) ja negatiivseid elusündmusi viimase kuu aja jooksul. Perekonnataust on eriti oluline teismeliste suitsiidide puhul.

Suitsidentide perekonnas esinevad psüühikahäired osutavad autorite arvates tõenäoliselt geneetilisele haavatavusele, sotsiaalse toetuse vähesusele ja distressile kodus, mis suurendab suitsiidiriski. (Viyaiakumar *et al.* 1999)

Paljud uurimused on näidanud, et perekonnas esinev psüühikahäire suurendab perekonnaliikmete suitsiidiriski. Suitsidaalsete teismeliste perekonnas on leitud sageli psühhiaatrilisi haigusi (Brent *et al.* 1994). Samuti suurendavad suitsiidiriski vanemate surm suitsidendi varases nooruses, varasem suitsiidikatse ja kehaline haigus. Noortel suitsiidikatse tegijatel esineb sageli düssotsiaalset käitumist ja käitumishäireid, mis võivad areneda krooniliseks suitsidaalseks käitumiseks (Apter 2001).

Läänemaailmas on viimasel ajal märgata noorte, eriti noorte meeste suitsidaalsuse tõusu. Hiinas on täheldatava vastupidine trend, eriti on vähenenud maal elavate noorte naiste suitsiidid. Eriti Hiina maapiirkondade kiire areng on kaasa toonud muutusi peresuhetes ja tööhõives, mida arvatakse mõjutavat ka suitsidaalset käitumist (Yip *et al.* 2005). Sotsiaalsete muutuste rohkem või vähem stressi tekitav mõju ja selle kaudu seos suitsidaalsusega ilmneb Tallinnas ja Frankfurdis tehtud võrdlevas uuringus. Üleminekuperioodi elavas Eestis tuleb suitsidaalse käitumisega esile negatiivsete elusündmustega seotud risk. Meeste puhul osutus oluliseks riskiteguriks majanduslik ja sotsiaalne desintegreeritus, mis erinevalt heaoluühiskonnast on tugev distressi allikas ja käitumist destabiliseeriv faktor (Kõlves *et al.* 2006).

Suitsiidikatse sooritanute päritoluriikide elanike vaimse ja kehalise tervise uuringutes võrreldakse andmeid rahvusvaheliste uuringutega. Iraanis tehtud uuring, kus kasutati GHQ-28 küsimustikku, osutas, et depressioon ja ärevushäire sümptomid esinevad suitsidaalsetel inimestel tunduvalt sagedamini, võrreldes somatiseerimise ja sotsiaalse toimetulematusega. See tendents langeb kokku rahvusvaheliste uuringute tulemustega. Psüühikahäireid esines 14.9 %-l meestest ja 25.9%-l naistest (Noorbala *et al.* 2004).

Ühe Rootsis tehtud suitsiidikatse tegijate uuringu kohaselt võib suitsiidikatse teinud naiste hinnang oma seisundile meeste omast oluliselt erineda. Naised olid enam mures oma psühholoogiliste probleemide ja vaimse seisundi pärast kui mehed, kuigi psüühikaprobleeme esines mõlemast soost uuritutel võrdselt. Uuringu autorid peavad tõenäoliseks põhjuseks meeste ja naiste erinevust tunnete reflekteerimisel. Psühholoogiliste probleemide ilmnemisel otsivad naised ka abi märgatavalt sagedamini kui mehed (Skogman ja Öjehagen 2003).

Suitsidaalsete noorte uuringud on näidanud, et noored naised on altimad abi otsima kui noormehed, kes pigem eitavad oma depressiooni ja tõrjuvad antisotsiaalse käitumisega abivõimalusi (Apter 2001).

Muude psüühikahäirete kõrval, arvestades ka sagedast koosinemist meeleoluhäirete ja muude psüühikahäiretega, käsitletakse suitsiidi riskiteguritena sõltuvusseisundeid ja alkoholismi. Alkoholism ei kujune välja samuti ühel alusel, düssotsiaalse käitumisega seotakse eelkõige nn teist tüüpi alkoholitarvitamist, mille põhjused on eelkõige isiksuse probleemides. Esimest tüüpi alkoholism kujuneb välja aegamööda distressi leevendamise eesmärgil pidevalt alkoholi tarvitades (Harro 2006).

Alkoholismi ja akuutse joobe seoseid suitsidaalsusega on põhjalikult uuritud ka Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituudi teadurid. Alkoholism ja akuutne joove on eriti tööealiste meeste oluline suitsiidi riskitegur. 61% suitsidentidest (68% meestest ja 29% naistest) olid alkoholisõltlased või alkoholi kuritarvitajad (Värnik, Kõlves 2006). Samuti oli suitsidentidel oluliselt suurem risk olla alkoholisõltlane või kuritarvitaja, võrreldes kontrollrühmaga. Analoogiline tulemus on saadud ka Taiwanis (Cheng 1995) ja Indias (Vijakumar, Rajkumar 1999).

Eesti depressiooniuuring näitas kooskõlas varasemate uuringutega, et lähedussuhete puudumine tähendab suurt depressiooniriski. Perekond on olulisem sotsiaalse toe allikas kui perekonnavälised suhted (Aluoja *et al.*).

Arenenud maades tehtud uuringud osutavad, et kooselu vähendab suitsiidiriski ja vallalised, lahutatud, lesed on suitsiidile altimad. Arengumaade uuringud seda ei kinnita, Hiinas tehtud uuringu järgi vallalised ei ole suitsidaalsemad kui abielus inimesed. Ka India andmetel ei ole perekonnaseis eraldi võetuna riskifaktor, küll aga on perekondlik ja sotsiaalne integreeritus olulised kaitsva faktorina. (Vijayakumar *et al.* 2005).

Iraanis tehtud uuringu tulemused osutavad, et iraanlaste vaimse tervise probleemid ei erine lääneriikide elanike omadest, kuid osutavad, et psüühikahäireid esineb Iraanis vähem kui Euroopas või Põhja-Ameerikas. Iseloomulik oli psüühikahäirete sagedasem esinemine naistel ja abielus inimestel (Mohammadi *et al.* 2005).

Varasemad uuringud on näidanud, et suitsiidikatse sooritanutel on sageli somaatilisi haigusi – WHO/EURO andmetel igal teisel oli akuutne või krooniline kehaline haigus. Kehalise haigusega suitsiidikatse tegijad on sageli depressiivsed ja seostavad suitsiidikatset kehalise haigusega (Sisask 2005; De Leo et al 1999).

Postmaterialislikus väärtussüsteemis tajutakse kehalist haigust kui olulist ohtu elukvaliteedile, mis tõstab somaatilised piirangud oluliste riskitegurite hulka mitte ainult vanemaelistel, vaid ka nooremates vanuserühmades. (Kölves *et al.* Frankfurt 2006)

Paljud rasked haigused tekitavad kohanemiskursi ja stressi ja depressiivsust, aga ainult mõnede patsientide puhul on see seotud suitsidaalsusega. (Lönnqvist 2001)

Ei ole harvad juhtumid, kus depressioon esineb varjatud kujul, maskeerituna teiste haiguslike seisundite või somaatiliste sümptomitega, mis ei ole seotud kehalise haiguse või organite kahjustusega. Kehaliste kaebustega pööratakse ka arsti poole. Põhjalikumal uurimisel on selgunud selliste patsientide suitsidaalsus, rasked konfliktid näiteks perekonnas või tööl (Mann, Arango 2001).

Eakatel inimestel esineb sageli sügavat depressiooni, mis on seotud sotsiaalse isolatsiooni, füüsilise ja psüühilise haavatavuse suurenemise ja somaatiliste haigustega (De Leo D. And Meneghel G. 2001).

Multikultuurilised psüühikahäirete uuringud on näidanud paljusid kultuurispetsiifilisi häireid ja need spetsiifiliste häirete esinemissagedused on kultuuriti oluliselt erinevad. Cheng väidab, et põhiline psühhopatoloogia on universaalne ja kultuuridevahelised erinevused tulenevad põhiliselt kultuurispetsiifilisest haiguskäitumisest. Subjektiivne kaebus on osa haiguskäitumisest ja osutab sellele, kuidas patsient oma psühholoogilist düskomforti tajub, tõlgendab ja sellele reageerib. Seevastu psühhiaatriline hinnang toetub kliinilisele vaatlusele ja intervjuule. Eri maailma paigus, v. a arenenud riikides, tehtud uuringud osutavad, et depressiooniga patsientide kaebustes on esikohal somaatilised kaebused. Nende põhjal diagnoositud kehaline häire on eelkõige haiguskäitumise mitte häire diagnoos. Uurija tõdeb, et ainult patsiendilt saadud sümptomite kirjeldus ei ole piisav, et tema seisundit hinnata ja häiret või haigust, selle raskusastet, kestust, komorbiidsust diagnoosida. Somaatilise häire võib diagnoosida alles siis, kui põhjaliku kliinilise uurimisega psühholoogilisi sümptomeid ei leita. Meditsiinilise ettevalmistuseta intervjuerija, kes kasutab Struktüreeritud intervjuu abil saadud andmete valiidsus ja reliaablus on madal, kui intervjuerija on meditsiinilise

ettevalmistuseta. See probleem on oluline eriti arengumaades. (Teiselt poolt võib intervjuu tulemust mõjutada psühhiaatri antud hinnangut, kes teab, et ta uurib suitsiidikatse tegijat, kellel on ka väga tõenäoliselt psüühikahäire) Tervisehäirete kultuurispetsiifilisus on pigem haiguskäitumise kultuurispetsiifilisus. Kulturiadekvaatse hindamise aluseks saab autori arvates olla semantiliselt ja psühholingvistiliselt sobivad intervjuud, mille väljatöötamisele saavad kaasa aidata ka antropoloogiliselt orienteeritud uurijad (Cheng 2001).

## MATERJAL JA MEETOD

### **Uuringu teostus**

Aastal 2000 algatas Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) ülemaailmse suitsidaalse käitumise interventsiooni uuringu SUPRE-MISS (*Suicide Prevention – Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours*), mille peamiseks eesmärgiks oli vähendada suitsidaalse käitumisega kaasnevat suremust ja haigestumust. Uuring tehti viiel maailma kontinendil, WHO poolt konkursi korras välja valitud keskused asusid lisaks Eestile (Tallinn) veel Brasiilias (Campinas), Indias (Chennai), Iraanis (Karaj), Hiinas (Yuncheng), Lõuna-Aafrikas (Durban), Sri Lankas (Colombo) ja Vietnamis (Hanoi). SUPRE-MISS uuringu meetodika töötas välja WHO ning kohalikele oludele kohandatuna rakendati sama meetodikat kõigis maailma keskustes. Projekti SUPRE-MISS meetodika kohta võib detailsemat kirjeldust lugeda mujalt (Bertolote & Fleischmann, 2005; Bertolote et al., 2005; Bertolote et al., 2003; Fleischmann et al., 2005; Kølves et al., 2004; Sisask et al., 2004; Sisask et al., 2003; WHO, 2002).

Uuringu tegija Eestis oli Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut (ERSI), kellele kuulub käesolevas uurimistöös kasutatava koondandmebaasi kasutamisoigus.

SUPRE-MISS koosnes kolmest alaprojektist: (a) kindlaksmääratud piirkonnas kliiniline suitsiidikatse sooritanute uuring; (b) samas piirkonnas ühiskonna uuring suitsidaalse mõtlemise ja käitumise levimuse hindamiseks; (c) uuringus osalevate riikide ühiskonna peamiste sotsiaal-kultuuriliste tunnuste kvalitatiivne kirjeldus.

Andmete kogumine erinevates keskustes toimus ajavahemikul detsembrist 2001 kuni jaanuarini 2004. Struktureeritud süvaintervjuu tehti isikutega, kes toodi või kes tulid ise pärast suitsiidikatset haiglasse meditsiinilise abi saamiseks. Intervjuu eelduseks oli intervjuueeritava informeeritud kirjalik nõusolek. Intervjuueerijateks olid kliinilise töö kogemusega spetsialistid (psühhiaatrid, psühholoogid).

Suitsiidikatse sooritanute küsimustik hõlmas järgmisi aspekte: haiglasse sattumise asjaolud (suitsiidikatse meetod, kehalised tagajärjed, saadud meditsiiniline abi ning edasisuunamine), sotsiaal-demograafiline taust, religioosus, käesoleva enesetapukatse

asjaolud, varasem suitsidaalne käitumine, perekonna andmed, kehaline ja vaimne tervis, tervishoiuteenuste kasutamine, alkoholi ja narkootikumide tarvitamine, psühholoogilised testid (Becki Depressiooni Küsimustik, Becki Lootusetuse Skaala, Spielbergeri Viha Kalduvuse Skaala, WHO heaolu indeks), sotsiaalse rolli täitmine ja sotsiaalne toetus, kuritegelik või asotsiaalne käitumine. Lisaks korraldati psühholoogiline vaatlus, mille alusel otsustati psühhiaatriline diagnoos.

### Uurimisobjektide kirjeldus

Uurimisobjektideks on 2871 vähemalt 15-aastast suitsiidikatse sooritanud isikut, neist 1080 (37.6%) on mehed, 1788 (62.3%) naised ja 3 (0.1%) transseksuaalid. Naiste osakaal uuritud suitsiidikatse sooritanud isikute hulgas on kõrgeim Vietnaxis (74.3%) ja madalaim Indias (51.4%). Tabelis 1 on esitatud suitsiidikatse sooritanud isikute jaotus lähtuvalt uurimiskeskusest ja soost.

Tabel 1. Suitsiidikatse sooritanute isikute jaotus lähtuvalt uurimiskeskusest ja soost

	Mees		Naine		Transseksuaal		Kokku	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasiilia	56	36.4	97	63.0	1	0.6	154	100
Eesti	112	33.7	220	66.3	0	0	332	100
Hiina	36	31.6	78	68.4	0	0	114	100
India	324	48.6	343	51.4	0	0	667	100
Iraan	237	38.4	380	61.6	0	0	617	100
Lõuna-Aafrika	154	27.7	399	71.9	2	0.4	555	100
Sri Lanka	125	42.8	167	57.2	0	0	292	100
Vietnam	36	25.7	104	74.3	0	0	140	100
Kokku	1080	37.6	1788	62.3	3	0.1	2871	100

Uuritud suitsiidikatse sooritanud isikute keskmine vanus on 27.2 aastat (Tabel 2), erinevused erinevate keskuste keskmiste vanuste vahel on statistiliselt olulised ( $F=38.0$ ,  $p<0.0001$ ), kõrgeim on keskmine vanus Hiinas (34.8) ja madalaim Iraanis (24.8).

Tabel 2. Suitsiidikatse sooritanud isikute keskmine vanus lähtuvalt uurimiskeskusest ja soost

	Kokku	Mehed	Naised
Brasiilia	33.2	33.7	33.0
Eesti	32.5	30.8	33.3
Hiina	34.8	34.8	34.8
India	26.5	28.4	24.6
Iraan	24.8	24.2	25.2
Lõuna-Aafrika	25.7	27.7	25.0
Sri Lanka	25.3	26.8	24.2
Vietnam	25.2	26.6	24.7
Kokku	27.2	27.9	26.8

### Skaalad

Depressiooni esinemise hindamiseks suitsiidikatsetajatel kasutati Becki 21-osalist depressiooniskaalat (Beck Depression Inventory – BDI; LISA) (Beck *et al.*, 1961). Küsitluses kasutatud skaalal oli võimalik saada punkte vahemikus 0 – 63. Tabelis x on välja toodud BDI sisemise kooskõla kordaja Cronbachi alfa erinevates keskustes. Depressiooni raskusaste suureneb skooriga.

Tabel 3. BDI Cronbachi alfa erinevates keskustes

	Cronbachi alfa
Brasiilia	0.87
Eesti	0.93
Hiina	0.97
India	0.93
Iraan	0.88
Lõuna Aafrika	0.92
Sri Lanka	0.88
Vietnam	0.88

**Statistiline analüüs**

Statistiline analüüs on teostatud andmetöötlusprogrammiga SPSS (versioon 11.5). Statistiliste meetodite valikul lähtuti tunnuste iseloomust.

Skaalade reliaabluse hindamisel on välja toodud sisemise kooskõla kordaja Cronbachi alfa. Psühholoogiliste testide keskmiste skooride vaheliste erinevuste hindamisel meestel ja naistel kasutati t-testi, riikide vaheliste erinevuste hindamisel kasutati dispersioonanalüüsi (ANOVA). Kategoriaalsete tunnuste puhul kasutati hii-ruut testi. Skaaladevaheliste seoste hindamisel on kasutatud Pearsoni korrelatsioonikordajat ( $r$ ).

## TULEMUSED

### BDI skoor

BDI keskmine skoor suitsiidikatse sooritanud isikute erinevates uuringus osalenud riikides erines statistiliselt oluliselt ( $F=139.3$ ,  $p<0.0001$ ). BDI keskmine skoor oli kõrgeim Brasiilias (28.4) ja Iraanis (28.3) ja madalaim Indias (10.2) ja Hiinas (11.6) (Tabel 4). BDI keskmine skoor erines meestel ja naistel vähe ja oli üldjuhul kõrgem naistel, välja arvatud Hiinas ja Indias. Ainult Brasiilias oli meeste ja naiste keskmise skoori vahelised erinevused statistiliselt olulised, nimelt oli naiste BDI skoor oluliselt kõrgem võrreldes meestega ( $t=-2.44$ ,  $p=0.016$ ) (tabel 4). Nii meeste kui ka naiste BDI keskmine skoor erines suitsiidikatse sooritanutel erinevates uuringukeskustes statistiliselt oluliselt, meestel madalaim Indias ja kõrgeim Iraanis ( $F=54.4$ ,  $p<0.0001$ ), naistel madalaim Indias ja kõrgeim Brasiilias ( $F=85.6$ ,  $p<0.0001$ ).

Tabel 4. Keskmise Becki depressiooni skoor suitsiidikatse sooritanud isikute erinevates uuringus osalenud riikides

	Kokku	Mehed	Naised	t*	p
Brasiilia	28.4	24.9	30.1	-2.44	0.016
Eesti	18.7	17.5	19.3	-1.44	0.149
Hiina	11.6	13.1	10.9	0.73	0.465
India	10.2	10.3	10.1	0.31	0.755
Iraan	28.3	28.1	28.5	-0.47	0.638
Lõuna Aafrika Vabariik	19.9	19.7	20.0	-0.27	0.787
Sri Lanka	16.4	15.3	17.2	-1.43	0.155
Vietnam	19.5	18.7	19.8	-0.45	0.651

\*t-test arvutatud meeste ja naiste keskmiste vahel

### Kehalise tervise hinnang ja kehalised haigused

Suitsiidikatse sooritanud isikute keskmine hinnang kehalisele tervisele (Tabel 5) erines oluliselt uuringus osalenud riikides ( $F=45.1$ ,  $p<0.0001$ ), seda nii meeste ( $F=16.4$ ,  $p<0.0001$ ) kui ka naiste puhul ( $F=30.6$ ,  $p<0.0001$ ). Kõige positiivsem (madalaim –

tegemist on negatiivse 4-palli skaalaga) oli hinnang oma tervisele Indias (2.08) ja negatiivsem (kõrgeim) Iraanis (2.84) tulemus on analoogiline ka meestel ja naistel. Üldjuhul oli suitsiidikatse sooritanud meeste hinnang oma viimase kolme kuu kehalisele tervisele positiivsem (madalam) võrreldes naistega, v.a Lõuna Aafrikas ja Vietnamis. Meeste ja naiste vaheline erinevus oli statistiliselt oluline Brasiilias ja Eestis.

Tabel 5. Suitsiidikatse sooritanud isikute viimase kolme kuu kehalise tervise subjektiivse hinnangu keskmine

	Kokku	Mehed	Naised	t*	p
Brasiilia	2.64	2.35	2.80	-2.94	0.004
Eesti	2.45	2.29	2.52	-2.54	0.012
Hiina	2.28	2.21	2.32	-0.60	0.553
India	2.08	2.08	2.09	-0.18	0.859
Iraan	2.84	2.82	2.85	-0.42	0.672
Lõuna Aafrika	2.16	2.19	2.14	0.50	0.618
Sri Lanka	2.25	2.21	2.28	-0.71	0.481
Vietnam	2.37	2.44	2.34	0.52	0.608

\*t-test arvatud meeste ja naiste keskmiste vahel

Pikaajalist füüsilist haigust esines kõige sagedamini suitsiidikatse sooritanud isikutel Brasiilias (28.1) ja kõige harvemini Vietnamis (12.5%) (Tabel 6), riikide vahelised erinevused olid statistiliselt olulised ( $\chi^2=34.74$   $df=7$   $p<0.0001$ ). Suitsiidikatse sooritanud meeste puhul esines kõige enam pikaajalist füüsilist haigust Hiinas (28.9%) ja Sri Lankal (28.0%) ja kõige vähem Indias (12.4%), naistel enim Brasiilias (32.3%) ja vähim Vietnamis (10.6%). Suitsiidikatse sooritanud meeste ja naiste vaheline erinevus oli statistiliselt oluline ainult Indias, nimelt esines Indias naistel oluliselt sagedamini füüsilist haigust võrreldes meestega.

Tabel 6. Pikaajaline füüsiline haigus (jah vastused) suitsiidikatse sooritanud meestel ja naistel eri keskustes

	Kokku		Mehed		Naised		$\chi^2*$	p
	N	%	N	%	N	%		
Brasiilia	43	28.1	11	19.6	31	32.3	2.83	0.093
Eesti	70	21.1	19	17.0	51	23.2	1.72	0.189
Hiina	31	26.5	11	28.9	20	25.3	0.17	0.677
India	104	15.6	40	12.4	64	18.7	4.97	0.026
Iraan	157	25.6	54	22.8	103	27.1	1.44	0.231
Lõuna Aafrika	119	21.4	31	20.1	88	22.2	0.27	0.515
Sri Lanka	73	25.0	35	28.0	38	22.8	1.05	0.306
Vietnam	17	12.5	6	16.2	11	10.6	0.82	0.366

Lühiajalist füüsilist haigust esines kõige sagedamini suitsiidikatse sooritanud isikutel Indias (22.4) ja kõige harvemini Vietnamis (1.5%) (Tabel 7). India erinevus võrreldes teiste riikidega oli mitmekordne ja riikide vahelised erinevused olid statistiliselt olulised ( $\chi^2= 134.94$   $df=7$   $p<0.0001$ ). Nii meestel kui ka naistel esines füüsilist haigust kõige enam Indias ja kõige vähem Vietnamis. Suitsiidikatse teinud meeste ja naiste erinevused lühiajalise füüsilise haiguse esinemise järgi ei olnud statistiliselt olulised.

Tabel 7. Füüsiline haigus viimasel kahel nädalal (jah vastused) suitsiidikatse sooritanud meestel ja naistel eri keskustes

	Kokku		Mehed		Naised		$\chi^2*$	P
	N	%	N	%	N	%		
Brasiilia	12	8.6	3	6.3	8	8.9	0.30	0.586
Eesti	16	4.8	4	3.6	12	5.5	0.57	0.449
Hiina	10	8.5	2	5.3	8	10.1	0.78	0.378
India	144	22.4	62	19.6	82	24.9	2.62	0.106
Iraan	54	8.9	22	9.4	32	8.5	0.15	0.704
Lõuna Aafrika	30	5.7	7	4.6	23	6.1	0.42	0.515
Sri Lanka	30	10.7	15	12.6	15	9.3	0.81	0.370
Vietnam	2	1.5	0	0.0	2	1.9	0.73	0.393

### Praktiline ja moraalne sotsiaalne toetus

Praktilise toetuse saamine perekonnalt suitsiidikatse sooritanud isikute hulgas oli kõige sagedasem Indias (90.2%) ja kõige harvem Iraanis (61.9%) (Tabel 8), erinevused riikide vahel olid statistiliselt olulised ( $\chi^2=203.97$   $df=7$   $p<0.0001$ ). Suitsiidikatse sooritanud meeste puhul oli praktiline sotsiaalne toetus perekonnalt sagedasim Eestis (90.2%) ja kõige harvem Iraanis (55.9%), naistel sagedasim Indias (92.4%) ja harvim Vietnamis (64.8%). Üldjuhul said suitsiidikatse sooritanud naised sagedamini praktilist toetust perekonnalt võrreldes meestega v.a. Eesti. Oluliselt sagedamini said naised praktilist toetust perekonnalt võrreldes meestega ainult Iraanis.

Tabel 8. Praktilise toetuse saamine perekonnalt (jah vastused) suitsiidikatse sooritanud meestel ja naistel eri keskustes

	Kokku		Mehed		Naised		$\chi^{2*}$	P
	N	%	N	%	N	%		
Brasiilia	93	65.5	34	64.2	58	65.9	0.05	0.832
Eesti	286	86.4	101	90.2	185	84.5	2.05	0.152
Hiina	94	80.3	29	76.3	65	82.3	0.58	0.447
India	601	90.2	285	88.0	316	92.4	3.72	0.054
Iraan	381	61.9	132	55.9	249	65.5	5.68	0.017
Lõuna Aafrika	383	70.0	97	65.1	284	72.8	3.10	0.078
Sri Lanka	238	84.1	96	81.4	142	86.1	1.14	0.286
Vietnam	76	63.3	19	59.4	57	64.8	0.29	0.587

Moraalse toetuse saamine perekonnalt suitsiidikatse sooritanud isikute hulgas oli samuti kõige sagedasem Indias (89.8%) ja kõige harvem Iraanis (42.4%) (Tabel 9), seda nii meeste kui ka naiste puhul. Riikide vahelised erinevused olid statistiliselt olulised ( $\chi^2=403.49$   $df=7$   $p<0.0001$ ). Meeste ja naiste vahelised erinevused ei olnud statistiliselt olulised.

Tabel 9. Moraalse toetuse saamine perekonnalt (jah vastused) suitsiidikatse sooritanud meestel ja naistel eri keskustes

	Kokku		Mehed		Naised		$\chi^{2*}$	p
	N	%	N	%	N	%		
Brasiilia	94	67.6	35	68.6	58	66.7	0.06	0.813
Eesti	279	84.5	96	86.5	183	83.6	0.48	0.487
Hiina	87	74.4	25	65.8	62	78.5	2.17	0.141
India	598	89.8	290	89.5	308	90.1	0.06	0.814
Iraan	261	42.4	102	43.2	159	41.8	0.11	0.736
Lõuna Aafrika	383	70.1	98	66.2	282	72.5	2.04	0.153
Sri Lanka	224	79.4	93	78.2	131	80.4	0.21	0.649
Vietnam	84	71.2	19	61.3	65	74.7	2.01	0.157

***BDI seos somaatikaga***

Suitsiidikatse sooritanud isikute BDI skoori ja nende viimase kolme kuu subjektiivse tervisehinnangu seose analüüsimisel kasutati Pearsoni korrelatsioonikordajat. Statistiliselt oluline positiivne lineaarne korrelatsioon ilmnas kõigi riikide suitsiidikatse sooritanute BDI skoori ja nende viimase kolme kuu subjektiivse tervisehinnangu vahel, st. mida kõrgem oli BDI skoor seda kõrgem oli ka tervisehinnangu näitaja ehk siis mida suurem oli depressiooni skoor BDI järgi seda negatiivsem oli ka suitsiidikatse sooritanu hinnang oma kehalisele tervisele (Tabel 10). Pearsoni korrelatsioonikordaja oli kõige suurem Hiinas (0.50) ja madalaim Vietnaxis (0.23). Vietnami meeste hinnangutes ei ilmnunud tunnuste vahel statistiliselt olulist korrelatsiooni, korrelatsioon oli tugevaim Hiinas (0.62). Naiste hinnangutes puudus korrelatsioon Brasiilias ja oli tugevaim jälle Hiinas (0.45).

Tabel 10. BDI skoori ja viimase kolme kuu subjektiivse tervisehinnangu vaheline seos suitsiidikatse sooritanud isikutel

	Kokku		Mehed		Naised	
	r	P	r	p	r	P
Brasiilia	0.31	0.0004	0.43	0.002	0.16	0.150
Eesti	0.35	< 0.0001	0.32	0.001	0.36	< 0.0001
Hiina	0.50	< 0.0001	0.62	< 0.0001	0.45	< 0.0001
India	0.38	< 0.0001	0.40	< 0.0001	0.36	< 0.0001
Iraan	0.36	< 0.0001	0.34	< 0.0001	0.37	< 0.0001
Lõuna						
Aafrika	0.41	< 0.0001	0.39	< 0.0001	0.41	< 0.0001
Sri Lanka	0.36	< 0.0001	0.35	0.0001	0.37	< 0.0001
Vietnam	0.23	0.017	-0.16	0.429	0.33	0.002

r - Pearsoni korrelatsioonikordaja

Nendel suitsiidikatsel sooritanud isikutel, kellel esines pikaajaline füüsiline haigus oli keskmine BDI skoor kõrgem kui neil kellel pikaajalist füüsilist haigust ei esinenud, erinevus ei olnud statistiliselt oluline Eestis ja Sri Lankal (Tabel 11). Samasuunaline oli seos ka meeste ja naiste puhul, kuid meeste puhul ei olnud skooride erinevus statistiliselt oluline Eestis, Vietnaxis, p-väärtus oli piiripealne ka Sri Lankal, naiste puhul ei olnud erinevus oluline Brasiilias, Eestis, Indias, Lõuna Aafrikas ja Sri Lankal.

Tabel 11. Keskmine BDI skoor lähtuvalt pikaajalise füüsilise haiguse olemasolust suitsiidikatsel sooritanud inimestel

	Kokku				Mehed				Naised			
	Pikaajaline füüsiline haigus				Pikaajaline füüsiline haigus				Pikaajaline füüsiline haigus			
	Jah	ei	t	p	jah	ei	t	p	jah	ei	t	p
Brasiilia	33.1	27.0	-2.48	0.014	36.0	22.8	-2.92	0.005	31.0	30.0	-0.36	0.719
Eesti	20.6	18.2	-1.67	0.096	18.2	17.4	-0.30	0.762	21.5	18.6	-1.65	0.100
Hiina	20.9	8.3	-4.31	<0.0001	22.6	9.2	-2.37	0.023	20.0	7.8	-3.54	0.001
India	12.1	9.9	-2.49	0.013	13.1	9.9	-2.19	0.029	11.4	9.8	-1.44	0.150
Iraan	31.2	27.4	-3.75	0.0002	32.1	26.9	-3.06	0.002	30.7	27.7	-2.35	0.019
Lõuna												
Aafrika	23.1	19.0	-2.97	0.004	26.1	18.1	-2.68	0.008	21.9	19.5	-1.51	0.131
Sri												
Lanka	17.6	16.1	-0.95	0.346	18.3	14.2	-1.93	0.056	16.9	17.3	0.19	0.853
Vietnam	27.8	18.3	-3.46	0.001	21.5	17.9	-0.91	0.373	32.5	18.4	-3.89	0.0002

Nendel suitsiidikatsel sooritanud isikutel, kellel esines lühiajaline füüsiline haigus oli samuti keskmine BDI skoor kõrgem kui neil kellel lühiajalist füüsilist haigust ei esinenud (Tabel 12). BDI skooride erinevus ei olnud statistiliselt oluline Brasiilias, Lõuna Aafrikas ja Vietnaxis, p-väärtus oli piiripealne ka Hiinas. Analoogiline oli olukord ka meeste ja naiste puhul, meeste puhul ei olnud skooride erinevus statistiliselt oluline Brasiilias, Lõuna Aafrikas, Hiinas ja tulemuste ei olnud võimalik arvutada Vietami puhul. Naiste puhul oli (!) erinevus oluline ainult Eestis. Antud analüüsi statistiline jõud oli piiratud,

kuna lühiajalise füüsilise haiguse levimus suitsiidikatse sooritanute hulgas oli suhteliselt madal (vt. ka Tabel 7).

Tabel 12. Keskmise BDI skoor lähtuvalt lühiajalise füüsilise haiguse esinemisest viimasel kahel nädalal suitsiidikatse sooritanud inimestel

	Kokku				Mehed				Naised			
	Lühiajaline füüsiline haigus				Lühiajaline füüsiline haigus				Lühiajaline füüsiline haigus			
	jah	ei	t	p	jah	ei	t	p	jah	ei	t	p
Brasiilia	34.3	27.8	-1.53	0.130	36.5	24.0	-1.34	0.189	30.2	30.2	0.01	0.996
Eesti	30.4	18.1	-4.59	<0.0001	29.5	17.0	-2.39	0.018	30.8	18.6	-3.84	0.0002
Hiina	20.3	10.8	-1.93	0.056	27.5	12.3	-1.26	0.217	18.5	10.1	-1.61	0.112
India	11.7	9.7	-2.54	0.011	13.6	9.4	-3.43	0.001	10.3	10.1	-0.23	0.821
Iraan	32.7	27.9	-3.06	0.002	34.0	27.5	-2.59	0.010	31.8	28.1	-1.82	0.070
Lõuna												
Aafrika	20.7	19.8	-0.35	0.729	13.0	20.0	1.21	0.228	23.1	19.8	-1.13	0.258
Sri Lanka	21.5	15.9	-2.55	0.011	23.4	13.9	-3.45	0.001	19.4	17.1	-0.69	0.492
Vietnam	28.0	19.3	-0.86	0.392	-	18.7	-		28.0	19.5	-0.80	0.427

### ***BDI seos sotsiaalse toetusega***

Keskmise BDI skoor oli üldjuhul madalam kui suitsiidikatse sooritanud isik sai praktilist toetust oma perelt, v.a. Vietanam ja Eesti (Tabel 13). Praktilist toetust saanud isiku skoor oli statistiliselt oluliselt madalam Indias, Iraanis ja Lõuna Aafrikas. Meeste puhul oli BDI skoor madalam kui suitsiidikatse sooritanud isik sai praktilist toetust oma perelt Brasiilias, Indias, Iraanis ja Lõuna Aafrikas, erinevus oli statistiliselt oluline 3 viimatinimetatus. Naiste puhul oli analoogiline olukord enamuses riikides v.a. Brasiilia ja Vietnam, erinevus oli statistiliselt oluline Indias, Iraanis, Lõuna Aafrikas ja Sri Lankal.

Tabel 13. Keskmise BDI skoor lähtuvalt pere poolse praktilise toetuse andmisest viimasel kahel nädalal suitsiidikatse sooritanud inimestel

	Kokku				Mehed				Naised			
	Praktiline toetus perelt				Praktiline toetus perelt				Praktiline toetus perelt			
	jah	ei	t	p	jah	ei	t	p	Jah	ei	t	p
Brasiilia	27.7	28.8	0.48	0.630	23.0	27.0	1.10	0.279	30.0	29.9	-0.04	0.971
Eesti	18.7	18.1	-0.38	0.704	17.9	13.4	-1.39	0.169	19.2	19.6	0.21	0.835
Hiina	11.4	12.8	0.41	0.684	13.2	12.9	-0.04	0.965	10.5	12.7	0.52	0.606
India	9.8	13.8	3.65	0.0003	9.9	13.5	2.39	0.018	9.8	14.3	2.79	0.006
Iraan	27.0	30.6	3.94	<0.0001	25.8	31.0	3.61	0.0004	27.6	30.2	2.20	0.029
Lõuna												
Aafrika	18.3	23.0	3.57	0.0003	16.6	24.8	3.28	0.001	19.0	22.6	2.41	0.016
Sri Lanka	16.0	18.1	1.16	0.249	15.8	13.9	-0.73	0.466	16.2	21.8	2.20	0.029
Vietnam	20.9	17.1	-1.86	0.066	20.1	17.2	-0.87	0.395	21.1	17.1	-1.60	0.113

Oma perekonnalt moraalset toetust saava suitsiidikatse sooritanud isiku BDI skoor oli üldjuhul madalam kui suitsiidikatse sooritanud isiku BDI skoor, kellel puudus perekonna moraalne toetus, eranditeks olid Vietnam ja Hiina (Tabel 14). Statistiliselt oluliselt erines skoor Indias, Iraanis, Lõuna-Aafrikas ja Sri Lankal. Meeste puhul oli olukord analoogiline, eranditeks taaskord Vietnam ja Hiina ning statistiliselt oluline oli skooride erinevus Indias, Iraanis ja Lõuna Aafrikas. Naiste puhul oli erandiks ainult Vietnam ja statistiliselt oluliselt kõrgem oli moraalset toetust mittesaanud suitsiidikatse sooritanud isikute BDI skoor Indias, Lõuna Aafrikas ja Sri Lankal.

Tabel 14. Keskmise BDI skoor lähtuvalt pere poolse moraalse toetuse andmisest viimasel kahel nädalal suitsiidikatsel sooritanud inimestel

	Kokku				Mehed				Naised			
	Moraalne toetus perelt				Moraalne toetus perelt				Moraalne toetus perelt			
	jah	ei	t	p	jah	ei	t	p	jah	ei	t	p
Brasiilia	27.7	29.4	0.74	0.462	23.5	27.4	0.97	0.340	29.7	30.4	0.26	0.800
Eesti	18.4	20.4	1.22	0.222	17.3	19.0	0.59	0.557	18.9	20.9	1.01	0.313
Hiina	12.0	10.7	-0.39	0.696	15.6	8.4	-1.26	0.215	10.5	12.5	0.50	0.615
India	9.7	14.9	4.90	<0.0001	10.0	13.6	2.28	0.024	9.5	16.2	4.79	<0.0001
Iraan	26.9	29.4	2.77	0.006	25.7	29.9	2.87	0.004	27.7	29.1	1.23	0.218
Lõuna												
Aafrika	18.2	23.7	4.32	<0.0001	16.8	25.8	3.60	0.0004	18.6	23.2	3.02	0.003
Sri Lanka	15.6	19.2	2.17	0.031	15.4	15.5	0.03	0.976	15.8	22.0	2.77	0.006
Vietnam	20.4	17.2	-1.49	0.140	20.3	17.1	-0.92	0.363	20.4	17.3	-1.15	0.256

## ARUTELU JA JÄRELDUSED

Käesolev töö põhineb 2871 suitsiidikatse tegija kohta kogutud andmetel, mis jaotusid päritolumaade kaupa ebaühtlaselt. Vietnamis, Brasiilias ja eriti Hiinas sooritatud suitsiidikatsete esindatus on esindatus väike, mis vähendab nende riikide tulemuste interpreteeringute usaldusväärsust.

### **BDI skoor**

Depressiivsust peetakse üheks olulisemaks suitsiidi ja suitsiidikatse riskifaktoriks. Suitsiidikatse tegijate depressiivsuse taseme kohta on eri uuringutes saadud erinevaid tulemusi. Tulemuste varieerumise põhjuste hulgas osutatakse nii metoodika ja andmete kogumise probleemidele kui ka eri piirkondade ja riikide suitsiidikatse sooritajate kultuuritausta ja maade arengutasemega seotud nähtustele (Kessler R.C *et al.* 2005; Vijayakumar *et al.* 2005; Bertolete *et al.* 2005; Viyaiakumar *et al.* 1999; Mohammadi M-R. *et al.* 2005; Phillips *et al.* 2002).

Käesolevas töös vaadeldud riikide suitsiidikatse tegijate depressioonitase erines riigiti oluliselt. Enamik uuringuid ongi näidanud, et suitsiidi riskitegurid eraldi ei ole paljuütlevad indikaatorid, depressioon ei ennusta alati suitsiidikatset. Ka ei ole lineaarset seost depressiooni raskusastme ja suitsiidikatse riski vahel. Märkimisväärne riskitegur on suitsiidikatse tegija impulsiivsus, millega ei pruugi kaasneda depressiivsust. Raskem depressioon pigem vähendab impulsiivse suitsiidikatse ohtu (Swann A. C. *et al.* 2005; Simon *et al.* 2001, Harro 2003).

Meeste ja naiste skoorid ei erine oluliselt (v.a Brasiilias) ja järgivad paikkonna üldtendentsi. Depressiooniuuringutes on leitud, et naistel esineb meeleoluhäireid sagedamini kui meestel, sama tendents on ilmnunud ka Eestis (Aluoja *et al.* 2004). Eesti andmetel on suitsiidikatse teinud naistel rohkem depressiooni ja vanemates vanusegruppides esineb sümptomeid sagedamini (Sisask 2005). Depressiooniuuringud on näidanud, et kliinilise depressiooni esinemissagedus vanuse suurenedes pigem väheneb ja kergema depressiooni esinemissagedus pigem kasvab. Kliinilise depressiooni ja depressioonisümptomite seos vanusega ei ole ühesuunaline. (Aluoja *et al.* 2004)

Käesolevad andmed osutavad pigem depressiooni ja suitsidaalsuse mitmesuunalisele seosele.

Kõrgeimad depressiooni skoorid - Iraani ja Brasiilia suitsiidikatse tegijatel - on peaaegu kolm korda kõrgemad kui madalaimad skoorid (India ja Hiina). Järgnevas analüüsis on püütud neid erinevaid skooore lahti mõtestada seoses suitsiidikatse tegijate kehalise tervise ja sotsiaalse toetusega.

### **Depressiivsus ja kehaline tervis**

Üsna sarnase pildi annab hinnang oma viimase kolme kuu kehalisele tervisele: see erineb riigiti samuti oluliselt ja kõrge depressiooni skooriga maades, Brasiilias ja Iraanis, hinnatakse kehalist tervist halvaks ja madala depressiooniga Indias heaks.

Hiina, ka madala depressiooniskooriga, on selles võrdluses keskmiste seas, võib oletada, et siin avaldab mõju Hiina küsitletute suhteliselt kõrgem keskmine vanus.

Ühe ja sama paikkonna meeste ja naiste hinnang oma kehalisele tervisele ei erine, v.a Brasiilias ja Eestis, kus meeste hinnang oma tervisele oluliselt erineb naiste omast.

Brasiilias ja Eestis hindavad mehed oma tervist tunduvalt halvemaks kui naised, kuigi kehaliste haiguste esinemissagedusega seda põhjendada ei saa.

Varasemates uuringutes osutatakse suitsidaalsete patsientide vanuse suurenemise ja kehalisele tervise halvenemise seosele (De Leo *et al.* 1999).

Pikaajalist kehalist haigust, mis suitsiidikatse tegijate elukvaliteeti oli halvendanud, esines 12.5-28.1% ja tunduvalt sagedamini kui akuutseid vaevusi (1.5-22.4%). Siiski esines kehalist haigust vähem kui varasemates uuringutes on välja toodud (De Leo *et al.* 1999) ja ei saa kinnitada väidet, et kehaline haigus või selle ägenemine on suure tõenäosusega suitsiidikatset vallandav põhjus. Erandiks on India, kus viiendikul suitsiidikatse tegijatest on olnud akuutne kehaline haigus.

Riigiti oli seis taas väga erinev. Enamikus vaadeldus riikidest on tõenäoliselt just pikaajaline haigus rohkem mõjutanud ka üldist hinnangut oma tervisele. Seal, kus oma tervist suhteliselt halvemaks hinnati, esines vahetult enne suitsiidikatset elu takistavat kehalist haigust tunduvalt vähem kui pikaajalisi vaevusi. Indias, kus pikaajalist haigust esines suhteliselt vähe ja lühiajalist kehalist haigust suhteliselt palju, hinnati tervist võrreldes teiste riikidega paremaks. Oluliseks suitsiidikatsele tõukajaks võibki pidada

pigem lühiajalist haigust, mis ei pruugi mõjutada hinnangut oma viimase kolme kuu tervisele. India uuritute hulgas olid peaaegu pooled mehed, enamikus vaadeldud riikides oli suitsiidikatse tegijate seas üle 60% naisi. Kehalist haigust kui suurt suitsiidiriski on täheldatud pigem noortel ja eriti noortel meestel. (Ikeda *et al.* 2001). India puhul akuutne kehaline haigus naisi ja mehi ei erista, seevastu pikaajalist kehalist haigust on naistel tunduvalt rohkem. Ka see joon eristab Indiat teistest riikidest. Madal depressiooniaste, positiivne tervisehinnang ja suur akuutse haiguse esinemissagedus viitavad pigem impulsiivsele suitsiidikatsele.

Selles kontekstis võib pigem ootuspäraseks pidada ka Iraani suitsiidi tegijate skoor: kõrge depressiooniskoor, madal hinne oma kehalisele tervisele, üks kõrgemaid pikaajalise kehalise haiguse esinemissagedusi.

Suurema ja väiksema depressiooniga suitsiidikatse tegijate kehalise tervise võrdlus osutab ilmselt tendentsile, et kehaline tervis, nii subjektiivse hinnangu kui haiguste esinemissageduse järgi, on seotud nende depressiivsuse astmega.

Depressioonile on iseloomulik, et tekivad sotsiaalse kohanemise raskused ja subjektiivne hinnang oma tervisele on madal (Aluoja *et al.* 2004). Seda kinnitasid ka käesoleva töö andmed

Kõige selgemini väljendus depressiooni ja kehalise tervise seos Hiina suitsiidikatse tegijatel, nii naistel kui meestel, kõige nõrgem seos oli Vietnami suitsiidi katse tegijaid iseloomustavate vastavate muutujate vahel. Hiinas tehtud uuringute kohaselt kulgeb sealne suitsiiditrend vastupidiselt lääneriikidega: nooremate suitsiiditegijate, eriti nooremate naiste arv väheneb ja keskmine vanus kasvab (Yip *et al.* 2005). Oletades, et see arengujoon iseloomustab suitsidaalsust Hiinas tervikuna, on ootuspärane ka suitsiidikatse tegijatel ilmnenu depressiooni madalam keskmine koos somaatiliste haiguste suhteliselt suure esinemissagedus võrreldes depressiivsusega, mis on rohkem iseloomulik meestele ja vanematele inimestele. (Wassermann 2001).

Kehalise haiguse olemasolu ei pruugi aga seostuda suurema depressiivsusega. Vaadeldud riikidest enamikus on positiivne seos olemas (v. a Eestis ja Sri Lankal, kus on vaadeldud riikidest kõige rohkem suitsiide 100 000 elaniku kohta!), eelkõige on põhjust rääkida depressiivsuse ja kehalise haiguse koosinemisest meeste puhul (v.a eespool mainitud eranditele lisaks Vietnamis).

See uuring ei luba siiski kindlalt väita, et kehalise tervise halvenemine toob kaasa psühholoogilisi probleeme ega ka seda, et depressiooni võidakse tajuda kehalise häirena. On võimalik, et täpsem analüüs, näiteks vanusegruppide kaupa võib anda selgema pildi. Mõned uurijad näevad arengumaade uuringute tulemuste ebaühtluse taga patsientide kaebuste tõlgendamise probleeme. A. Cheng viitab võimalusele, et psüühikahäired on aladiagnoositud, sest patsiendid kirjeldavad psühholoogilisi seisundeid somaatilise düskomfordi kaudu. Tundes näiteks eesti keele metafoore, mis kirjeldavad erinevaid emotsioone keha ja kehaliste funktsioonide kaudu, esineb somaatiliste ja psühholoogiliste sümptomite segamini ajamine ka meie ühiskonnas täiesti võõras olla, rääkimata psühhosomaatilistest häiretest. Häire kirjeldamine on haiguskäitumise üks osa, mistõttu tuleb seda aspekti küsitluste hindamisel arvesse võtta.

### **Depressiivsus ja sotsiaalne toetus**

Tugi perekonnalt viitab headele suhetele, vähemalt suhte olemasolule. Suhte iseloomu kohta on käesoleva uuringu põhjal raske midagi täpsemat öelda.

Saadud tulemused osutavad, et enamik suitsiidikatse tegijatest saab oma perekonnalt tuge, mida ta vajab, nii praktilist kui ka moraalset. Suhteliselt sagedasem on toetuse ja abi saamine Indias, Eestis ja Sri Lankal, riikides, mis teiste uuritud muutjate poolst omavahel väga palju erinevad. Üldise tendentsina saavad naised veidi rohkem toetust. Varasemates uuringutes on välja toodud naiste suurem valmidus ka abi otsida ja seda vastu võtta. See aspekt on eriti iseloomulik noortele.

Oluline meeste ja naiste erinevus hinnangus abi saamise kohta ilmneb aga ainult Iraani suitsiidikatse tegijate juures ja seda ka ainult neil, kes said vajalikku praktilise toetust. Märkimisväärne erinevus ilmneb moraalse toetuse saajate skoori võrdlemisel riikides, kus keskmine vanus väiksem (India, Iraan, Sri Lanka, Lõuna-Aafrika Vietnam). Ilmneb, et Indias, kus küsitluid iseloomustab madal depressiooni- skoor ja suhteliselt positiivne tervisehinnang, saadakse vajalikku moraalset abi kaks korda sagedamini kui saavad kõrge depressiooni skoori ja negatiivse tervisehinnanguga Iraani uuringus osalejad. Ka praktilise abi saamist hindavad Iraani suitsiidikatse tegijad oluliselt väiksemaks kui suitsiiditegijad teistes vaadeldus riikides. Lääneriikides, ka Eesti kohta tehtud uuringute andmetel, on kooselu osutunud suitsiide ja psüühikahäireid mõjutavaks kaitsvaks

teguriks. Arenguriikide perekondlike suhete ja psüühikahäirete seose kohta esitatud andmed osutavad mitte nii ühesuunalisele tendentsile. Abielu võib tugevasti korreleeruda psüühikahäiretega (Iraan) (Noorbala *et al.* 2004), mida seletatakse perekonna ülalpidamise ja laste kasvatamisega seotud sotsiaalse ja majandusliku stressiga. Ka India ja Hiina andmed ei näita, et kooselu oleks kaitsev faktor, välja tuuakse aga perekondlike ja sugulussuhete positiivne mõju (Zhang *et al.* 2004, Vijayakumar *et al.* 2005)

Käesoleva töö andmed näivad pigem viimasena esitatud seletust toetavat.

Ilmnes tendents, et keskmine BDI skoor oli madalam neil suitsiidikatse teinud isikutel, kes ei saanud perekonnalt vajalikku toetust. Üllatavalt ei ole Eesti suitsiidikatse tegijatel depressioonitaseme ja toetuse saamise vahel olulist seost.

Oluline on siinkohal märkida, et tegemist on subjektiivse hinnanguga. Küsiti, kas teil on tunne, et saate vajalikku praktilist (moraalset) toetust, mida vajate.

Kõrge keskmise depressioonitasemega riikides tunnevad suitsiidikatse tegijad, et nad ei saa praktilist ja moraalset toetust nii palju kui neis riikides, kus depressioonitase oli madalam. Ei saa öelda, et praktilist või moraalset toetust rohkem saadaks, kuna esiplaanil on subjektiivne hinnang - kas saadakse sellist abi, nagu vaja oleks, nagu oodatakse.

Suitsiidikatset on võrreldud ka meeleheitliku appikarjega. Tundub, et ka nendele andmetele toetudes on põhjendatud oletada, et depressiivne suitsiidikatse tegija väljendab oma teoga abitust, oma toimetulekuressursside ammendumist ja ootust, et keegi neid ressursse täiendab.

Suitsiidikatse ja suitsiidini viib seisund, kus oma ressursid on ära kasutatud ja ressursse omal jõul täiendada ei ole võimalik. Eesti depressiooni uurijad on olulise depressiooniriski suurendava tegurina välja toonud objektiivsetest välistest teguritest olulisemana subjektiivsed faktorid, nagu rahulolu ja kontroll (sotsiaalse toimimise kognitiivsed aspektid). Selle taustal võib suitsiidikatset või suitsiidi, mis isiku suhet tegelikkusesse kardinaalselt muudab, tinglikult pidada subjektiivse kontrolli taastamise ürituseks. Sotsiaalset toetuse abil on võimalus oma ressursse täiendada, võimalus toimetulekut parandada ja suurendada sellega subjektiivset kontrolli.

### **Psühholoogiliste ja kehaliste häirete kultuurispetsiifika**

Kirjanduses on esitatud väited, et arenenud riikides on suitsidaalsus ja meeleoluhäired tugevamas korrelatsioonis kui arenguriikides. Käesolevate andmete põhjal on raske sellist järeldust teha ja tundub, et depressioon ei osuta suitsiidikatse riskifaktorina suitsiidikatse tegija päritolumaale ja vaadeldud riigid ei moodusta analüüsitud tunnuste järgi homogeenset rühma. Eelduste kohaselt võiks Eesti depressiooniskoor teiste riikidega võrreldes tunduvalt kõrgem olla, arvestades, et Eestit võib vähemalt inimarengu indeksi järgi arenenud riikide hulka lugeda, ülejäänud riigid kuuluvad nn keskmise arenguga riikide hulka. Mõistlikum tundub arvata, et jaotus arenenud või arenguriigiks inimarengu indeksis kasutatud tunnuste alusel suitsidaalsuse suhtes ei kehti.

Eestit loetakse inimarengu indeksi alusel arenenud riikide hulka. Ühtlasi kuulub Eesti postsotsialistlike kõrge suitsiidikordajaga Ida-Euroopa riikide hulka. Käesolevas töös vaadeldavate riikide kaupa ja üldtendentse vaadates ei eristu Eestis intervjueeritud suitsiidikatse tegijad märkimisväärselt teiste riikide omadest. Vaadeldud tunnuste järgi on Eesti suitsiidikatse tegijate üldisloomustus teistega võrreldes järgmine: Keskmise depressiooniskooriga, kusjuures meeste ja naiste skoor oluliselt ei erine nagu enamikus võrdlusriikides; naised on oluliselt rohkem kui mehed - suhe järgib suitsiidikatse tegijate soolise jaotuse üldist tendentsi; vanuse poolest üle keskmise, sarnased Hiina ja Brasiilia suitsiidikatse tegijatega; hinnang oma kehalisele tervisele negatiivsem, kui riikides, kus depressiooniskoor samal tasemel; kehalise haiguse olemasolu ei ole seotud suurema depressiivsusega, mis erineb teistest vaadeldud riikidest (v.a Sri Lanka).

Võib mõelda, et sotsiokultuuriline eripära ei tähenda põhiliste tendentside ümberlökkamist ja vaid võimendab või mahendab neid. Praktiline on mõelda, et suitsidaalne käitumine on ikkagi isiksuse psüühikas toimuvate mitmeplaaniiliste muutuste dramaatiline väljendus ja mitte lineaarses suhtes mõne nähtusega isiksuse või sootsiumi tasemel.

Erinevused eri riikide suitsiidikatsete vahel võivad väga hästi olla seotud konkreetse arenguetapiga. Rahvastikuteadlased peavad vajalikuks üldiste seaduspärasuste selgitamiseks seada eri paigus ja eri aegadel toimuvad protsessid ajaskaalal kohakuti, et reaalses toimuvate sündmuste mõju taandada. Nii on võimalik võrrelda omavahel

võrreldavaid arenguetappe ja redutseerida muidu atraktiivsena tunduvad ühiskondliku käitumise ilmingud. Selline lähenemine on otstarbekohane uuringutes, praktikas, preventiivsetele ja sekkumismeetoditele mõeldes ei saa tegelikkust eirata. Ka inimese psüühika areneb küpsuse suunas kindlas järgnevuses, ühtki etappi vahele jätmata.

### **Järeldused**

Töös ilmnes et depressiivsus korreleerub nii kehaliste probleemidega kui ka sotsiaalse toetusega. Ka suitsiidikatse tegijatel seostub depressiivsus negatiivse hinnanguga oma tervisele, mille tõttu on võimalik, et vähese enesereflekteerimise võime või ka kultuurimõjude tõttu varjutavad suitsiidikatse tegija somaatilised kaebused psühholoogilise düskomfordi tunnet. Depressiivsus ei ole nii universaalne suitsiidikatse ennustaja, kui seda suurema üldistusastmega uuringud näitavad. Käsitletud andmed osutavad, et mitte kõik suitsidaalse käitumise alatüübid ei pruugi tugevalt korreleeruda depressiivsusega. Osa käsitletud tulemustest viitavad impulsiivsuse osale suitsiidi riskifaktorite hulgas.

Suitsiidikatse tegija lähisuhete analüüs osutas üldisele seaduspärasusele, et depressiivsus ja lähikondlaste toetus on negatiivses korrelatsioonis ja et naised on suhetes ka abi saajatena aktiivsemad kui mehed. Selle töö maht ja analüüsi iseloom võimaldasid suitsiidikatse tegijate depressiivsust käsitleda pinnapealselt ja suitsiidikatse psühholoogia ja sotsiaalse, sealhulgas kultuurikeskkonna seoseid käsitleda oletuste tasandil.

Suitsiidi ja suitsiidikatse riskitegurid alluvad küll üldistele seaduspärasustele, kuid väiksemates gruppides ja üksikjuhtumi puhul võivad kõige üldisemad tendentsid ka preventsiiooni- ja sekkumismeetodite valiku väga keeruliseks muuta.

Suitsiidi riskifaktorite analüüsis tundub mõistlik lähtuda psüühika haavatavusest, mille põhjusi tuleb otsida inimese arenguloost, kaasa arvatud geneetiline eelsoodumus ja kasvukeskkonna haavav või kaitsev iseloom. Praktikas on neid lähtekohti võimalik rohkem arvestada eelkõige isiku tasandil töötavatel spetsialistidel, arstidel, sotsiaaltöötajatel, õpetajatel, nõustajatel, psühhoterapeutidel. Ühiskonna tasandil, kus peale isiku tasandil töö tingimuste loomise on võimalik vähendada sotsiaalset ja majanduslikku stressi. Väliste riskifaktorite mõju vähendamine vähendab üldisi pingeid ja vanemate stressi vähendamise kaudu mõjutab soodsalt laste ja noorte kasvukeskkonda.

## KASUTATUD KIRJANDUS

- Aluoja, A., Leinsalu, M., Šlik, 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.
- Apter A., (2001) Adolescent suicide and attempted suicide In: D. Wasserman (Ed.), *Suicide: An unnecessary death* (pp. 181-195). London: Martin Dunitz
- Bech, P., Raabaek Olsen, L., & Nimeus, A. (2001). Psihometritšeskije škalo otsenki suitsidalnogo riska In D. Wassermann (Ed.), *Suicide: An unnecessary death* (pp. 147-157). London: Martin Dunitz.
- Beck, A. T., Rial, W. Y., & Rickets, K. (1974a). Short form of depression inventory: Cross-validation. *Psychological-Reports*, 34(3), 1184-1186.
- 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., & Wasserman, D. (2003). Suicide and mental disorders: Do we know enough? *Br J Psychiatry*, 183, 382-383.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N., De Silva, D., et al. (2005). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: The WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med*, 35(10), 1457-1465.
- Brent at al. DA, Perper JA, Moriz G, Baugher M, Schweers J. Roth C. Suicide in affectively ill adolescents. A control-study. *J Affects Dis* 1994; 31: 193-202.
- Cheng, A. T. (1995). Mental illness and suicide. A case-control study in East Taiwan. *Arch Gen Psychiatry* 52: 594-603
- Cheng, A. T. (2001). Case definition and culture: are people the same? *British journal of psychiatry*, 179.
- De Leo, D. and Meneghel G. (2001). The elderly and suicide In: D. Wasserman (Ed.), *Suicide: An unnecessary death* (pp. 195-2009). London: Martin Dunitz
- De Leo, D., Scocco, P., Marietta P., Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A.J., Lonnqvist, 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). *Int J Psychiatry Med*. 29(2):149-63.
- Harro, J. (2006). *Uimastite ajastu*. (pp.234-236). Tartu Ülikooli Kirjastus

- Harro, J. Depressiooni psühhofüsioloogia: kurbuse normaalsuse piirid. (2003). *EPS ajakiri* 9:2-6
- Hawton, K., Houston, K., Haw C., Townsend E. and Harriss L. (2003) Comorbidity of Axis I and Axis II Disorders in Patients Who Attempted Suicide. *Am J Psychiatry* 160:1494-1500.
- Ikeda, R.M., Kresnow, M.J., Mercy, J.A, 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 Threat Behav.*;32(1 Suppl):60-7.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., Wang, P.S. (2005) Trends in Suicide Ideation, Plans, Gestures, and Attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003 *JAMA.* 293:2487-2495.
- Kõlves K., Värnik A., Schneider B., Fritze J., Allik J. (2006). Recent life events and suicide: A case-control study in Tallinn and Frankfurt, *Social Science & Medicine* 62 2887-2896.
- Kõlves, K., Sisask, M., & Värnik, A. (2004). *Suitsidaalsus ühiskonnas ja suitsiidikatse sooritanute uuring: SUPRE-MISS projekti raport.* Tallinn: ERSI.
- Lönquist, J. (2001) Physical illness and suicide, In: D. Wasserman (Ed.), *Suicide: An unnecessary death* (pp. 93-99). London: Martin Dunitz.
- Mann J., Arango V. (2001) Neurobiology of suicide and attempted suicide, In: D. Wasserman (Ed.), *Suicide: An unnecessary death* (pp. 29-35). London: Martin Dunitz.
- Marquet, R.L., Bartelds, A., Kerkhof, J., Schellevis, F. G. and van der Zee J. (2005) The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983–2003 *BMC Family Practice* 6:45.
- Mohammadi, M-R., Davidian, H., Noorbala, A. A., Malekafzali, H., Naghavi, H. R., Pouretmad, H.R. (2005) An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. *Clinical Practice and Epidemiology in mental Health* 1:6.
- Noorbala, A., Bagheri Yazadi, M. T. and Mohammad, K. (2004) Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry* 184, 70-73.

- Phillips, M. R., Yang, G., Zhang, Y., Wang L., Ji H., Zhou M. (2002). Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study, *Lancet* 360: 1728-36.
- 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.
- Simon, T. R., Swann, A. C., Powell, K. E., Potter, L. B., Kresnow, M., and O'Carroll, P. W. (2001) Characteristics of Impulsive Suicide Attempts and Attempters. Special supplement to the Suicide and Life-Threatening Behavior (SLTB).
- Sisask, M., Kõlves, K., Värnik, A., & Wasserman, D. (2003). WHO-SUPRE - ülemaailmne suitsiidikatsete uuring Eestis. In A. Värnik (Ed.), *Suitsiidi-uuringud* (pp. 65-69). Tallinn: Iloprint.
- Sisask, M., Kõlves, K., Värnik, A. (2004). Suitsidaalsus ühiskonnas ja suitsiidikatse sooritamist prognoosivad tegurid, *Eesti Arst* 83 (11): 744-749.
- Sisask, M. (2005). Suitsidaalsus ühiskonnas ning suitsiidikatse sotsiaal-demograafilised, meditsiinilised ja psüühilised mõjurid. Magistritöö rahvatervishoius. Tartu Ülikool.
- Skogman K. and Öjehagen A. (2003). Problems of Importance for Suicide Attempts – the Patients' Views, *Archives of Suicide research* Vol 7 no 3.
- Sokero, T. P., Melartin, T. K., MD, Rytsälä, H. J., Leskelä, U. and Lestelä-Mielonen, P. S. (2005). Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder, *The British Journal of Psychiatry* 186: 314-318.
- Swann A. C., Dougherty D. M., Pazzaglia P. J., Pham M., Steinberg J. L., and Gerard Moeller F. (2005). Increased Impulsivity Associated With Severity of Suicide Attempt History in Patients With Bipolar Disorder *American Journal of Psychiatry* 162:1680-1687.
- Zhang J, Conwell Y, Zhou L, Jiang C. Culture, risk factors and suicide in rural China: a psychological autopsy case control study, *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 430-437.

- Thanh, H.T, Jiang, G.X, Van, T.N, Minh, D.P, Rosling, H., Wasserman, D. (2005) Attempted suicide in Hanoi, Vietnam. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40(1):64-71.
- Viyaiakumar, L., Rajkumar, S. (1999). Are risk factors for suicide universal? A case-control study in India. *Acta Psychiatr Scand* 99:407-411.
- Viyaiakumar, L., John, S., Pirkis, J. and Harvey Whiteford (2005). Suicide in developing countries (1,2), *Crisis*; Vol 26(3) (pp104-111; 112-119).
- Värnik, A., Kõlves, K. (2006) Alkohol suitsiidi riskitegurina, *Eesti Arst* lisa 8: 30-34.
- WHO. (2002). World health organisation. *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS*.
- Wassermann D. (2001). Affective disorders and suicide, In: . In D. Wasserman (Ed.), *Suicide: An unnecessary death* (pp. 13-29; 39-46). London: Martin Dunitz.
- Yip, P., Liu Ka Y., Jianping Hu, Song, X. M. (2005). Suicide rates in China during a decade of rapid social changes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 40:792-798.

## TÄNUAVALDUSED

Täna Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituuti, kes võimaldas mul kasutada WHO SUPRE-MISS uuringu (Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours) andmeid magistritöö koostamiseks. Täna oma juhendajat Prof. Dr. Airi Värnikut heasoovliku suhtumise ning heade nõuannete eest. Täna instituudi teadurit Kairi Kõlvest tugeva toetuse, väärtuslike kommentaaride ja abi eest statistilise analüüsi tegemisel. Täna Merike Sisaskit moraalse ja praktilise toe eest. Täna oma lähedasi ja sõpru kannatlikkuse ja julgustamise eest.

## LISA

SUPRE-MISS suitsiidikitse sooritanute uuringu küsimustik. Magistritöös kasutatud osa

SUPRE-MISS KÜSIMUSTIK  
(SUPRE-MISS-Q)

1. KOHA IDENTIFITSEERIMINE (VASTUVÕTT)

1.1 Riik \_\_\_\_\_

2. PATSIENDI IDENTIFITSEERIMINE (VASTUVÕTT)

2.1 Patsiendi identifitseerimisnumber: \_\_\_\_\_

2.2 Sugu: 1 \_ Mees 2 \_ Naine 3 \_ Transseksuaal

2.3 Sünnikuupäev: \_\_ \_ Päev \_\_ \_ Kuu \_\_\_\_\_ Aasta

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

- 1 \_ Suurepärase  
2 \_ Hea  
3 \_ Rahuldav  
4 \_ Halb

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

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

- 1 \_ Ei 2 \_ Jah

KAS TE SAATE KELLELTKI TOETUST?

13.3 Kas Teil on tunne, et Te saate praktilist toetust, mida vajate?

- 13.3.1 Perekonalt: 0 1 2  
13.3.2 Sõpradelt: 0 1 2

13.4 Kas Teil on tunne, et Te saate moraalset toetust, mida vajate?

- 13.4.1 Perekonalt: 0 1 2  
13.4.2 Sõpradelt: 0 1 2

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

- 1 \_ Suurepärane
- 2 \_ Hea
- 3 \_ Rahuldav
- 4 \_ Halb

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

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

- 1 \_ Ei
- 2 \_ Jah

## 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.