

TARTU ÜLIKOOL

Sotsiaalteaduste valdkond

Ühiskonnateaduste instituut

Infoühiskond ja sotsiaalne heaolu õppekava

Sotsioloogia ja infoteaduste eriala

Marion Demus

Suitsiid kinnipidamisasutustes - metaanalüüs Euroopa ja Ameerika Ühendriikide
uuringu põhjal

Bakalaureusetöö

Juhendaja: Simone Eelmaa, MA

Tartu 2022

AUTORIDEKLARATSIOON

Kinnitan, et olen töö koostanud iseseisvalt. Kõik töös kasutatud teiste autorite tööd, põhimõtted, seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Marion Demus

19.05.2021

ABSTRACT

SUICIDE IN DETENTION FACILITIES - A META-ANALYSIS BASED ON EUROPEAN AND THE UNITED STATES RESEARCH

The aim of this study is to find out the dynamics of suicides in detention facilities both in the United States and Europe. The author chose a meta-analysis as the method of this thesis in order to get a broader overview of the answers to its research questions and to see if there are big differences and similarities between the countries identified in the research. The author asked three research questions.

The purpose of the first question was to find out the methods of suicide used in detention facilities. The author found that hanging occurred in most suicides. The second question sought to answer which are the risk factors and possible motives for committing suicide. The author found many different factors and motives, but the main risk factors were male gender, unmarried marital status, punishment related to murder or sexual offenses and low social status in the detention facility. In the third question, the author wished to find out the recommendations of suicide prevention to detention facilities and what kind of role do they play. The author also found a number of different answers, with the most common being developing the skills of prison staff to identify risk factors of suicide, socializing with prisoners and conducting suicide risk assessments in the beginning of imprisonment and during the first few months. With risk assessments it was also important that when identifying a risk, appropriate action was needed to be taken.

The results of this study show that regardless of the size, type and location of the detention facility in the United States and Europe, the circumstances surrounding suicides are generally very similar. Using these results, detention facilities could reduce the risk of suicide internally by taking in new prevention methods, monitoring risk factors and removing motives and possible means to commit suicide. According to the author, data on suicides could be entered as correctly and comparatively as possible in detention facilities and/or official state health information systems. At the moment, it is difficult for both the surveyors and the general population statistics conductors and the author thinks that a global system for identifying suicides and recording data could be created.

According to the author, it is important that definitions and circumstances under which deaths are recorded are agreed universally. The author believes, that this thesis could be further developed in such a way as to make changes based on the results in a high-suicide detention facility and to inquire at a later stage whether there had been a change in the suicide rate.

Keywords: suicide, detention facilities, meta-analysis, Europe, the United States

SISUKORD

ABSTRACT	3
SISSEJUHATUS	6
1 ENESETAPP EHK SUITSIID	8
1.1 Enesetapu mõiste	8
1.2 Enesetapu ajalugu - lähenemine Euroopa-keskselt	11
1.3 Enesetappude statistika	14
1.4 Enesetappude riskitegurid ja ennetamine	15
2 ENESETAPP KINNIPIDAMISASUTUSTES	17
2.1 Üldine statistika	17
2.2 Levinud meetodid, riskitegurid ja ennetus	18
2.3 Probleemiseade	19
3 METOODIKA	20
3.1 Andmete kogumine	20
3.2 Valim	22
3.3 Analüüs	22
3.4 Uuringu piirangud	24
3.5 Eetilised dilemmad/eneserefleksioon	25
4 TULEMUSED	27
4.1 Kinnipidamisasutustes kasutatavad enesetapu meetodid	27
4.2 Riskitegurid ja võimalikud ajendid	29
4.3 Kinnipidamisasutuste roll enesetappude ennetamisel ja soovitused	33
5 ARUTELU	39
KOKKUVÕTE	43
KASUTATUD KIRJANDUS	45

SISSEJUHATUS

Kui kogu maailma üldpopulatsioonis ei ole 2019. aastal suitsiid isegi kümne kõige sagedasema surmapõhjuse seas, siis kinnipidamisasutustes on see jätkuvalt üks juhtivaid surmapõhjuseid (World Health Organization, 2022). Kinnipidamisasutustel on tihtipeale suur psühholoogiline mõju ning vähesed või puuduvad võimalused vaimse tervise abiks, mis seda psühholoogilist mõju aitaks leevendada. Kuna kinnipeetavate seas on üle maailma enesetappude arv kõrge, on oluline rakendada tõhusaid enesetappude ennetamise strateegiaid, kinnipidamisasutuste töötajate tasemel koolitamist, kommunikatsiooni tagamist ning probleemkohtade märkamise oskust. (Sisask ja Värnik, 2005)

Enesetappude ennetamise olulisus ei piirdu aga vaid suurema riski valdkondadega, vaid omab tähtsust ka laiemalt, ühiskondlikul tasandil. Seda enam, et suitsiidi mõju ulatub tunduvalt kaugemale kui vaid isik, keda see otseselt puudutab. Suitsiid mõjutab ka näiteks lähedasi, perekondasid ja kogukondasid ning ka kinnipeetava vaimset tervist peale vanglast vabanemist. Autor arvab, et ohutegureid vanglas enesetappude ja enesetappude katseteks on mitmeid ning töö eesmärk ongi välja selgitada, milline on kinnipidamisasutuses sooritatud enesetappude dünaamika ja seda nii Ameerika Ühendriikide kui ka Euroopa mõistes. Autorile teadaolevalt on Eestis teemat uuritud vaid ühes üliõpilastöös, millest võib järeldada, et teemast on pigem vähe räägitud ja ollakse laiemas ühiskonnas väheteadlikud (Bendi, 2005). Eesti Teadusagentuuri ning Justiitsministeeriumi toel ilmus Eestis 2019. aastal "Õigusrikkujate vaimse tervise häirete uuring", kus räägitakse samuti enesetappudest ning nende ennetamisest kinnipidamisasutustes (Iverson jt, 2019).

Autor valis töö meetodiks metaanalüüsi, et saada laiem ülevaade esitatud uurimisküsimuste vastuste osas ning näha, kas uuringutes välja toodud riikide vahel on suuri erinevusi ja sarnasusi. Autorile teadaolevalt ei ole Eestis antud teema kohta metaanalüüsi tehtud ning samuti ei ole uuringuid läbi viinud uuringufirmad ja Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituut. Töö eesmärgi saavutamiseks vastab autor tulemuste osas kolmele uurimisküsimusele.

1. Milliseid enesetapu meetodeid kinnipidamisasutustes kasutatakse?
2. Millised on riskitegurid ning võimalikud ajendid?
3. Milline on kinnipidamisasutuste roll enesetappude ennetamisel ja millised on soovitusel?

Töö esimeses peatükis toob autor välja mitu eri definitsiooni enesetapule, selgitab enesetapu ajalugu, toob näiteid enesetappude statistikast üle maailma ning samuti riskiteguritest ja ennetamismeetoditest. Teises peatükis keskendub autor kirjandusele ja statistikale enesetappudest kinnipidamisasutustes, kus toob näiteid statistikast üle maailma ning levinud meetoditest, riskiteguritest ja ennetusmeetoditest. Samuti esitab probleemiseadme. Kolmandas peatükis räägib autor andmete kogumisest ja uuringute analüüsimisest metaanalüüsi tarbeks. Samuti toob autor välja uuringute piirangud, mis teda töö käigus segasid ning paar mõtet eneserefleksioonina. Neljandas peatükis toob autor välja leitud vastused uurimisküsimustele ning viiendas peatükis arutleb tulemuste ja tekkinud mõtete üle.

1 ENESETAPP EHK SUITSIID

Selles peatükis on kolm alapeatükki, mis räägivad suitsiidist ja selle olemusest. Esimeses alapeatükis toob autor välja mitu erinevat definitsiooni, kuidas enesetappu on määratletud. Teises alapeatükis toob autor näiteid enesetapu ajaloost. Kolmandas alapeatükis toob autor välja enesetappude statistika üldpopulatsioonis Ameerika Ühendriikide, Euroopa Liidu liikmesriikide ja Eesti kohta.

1.1 Enesetapu mõiste

Enesetapp ehk suitsiid on nähtus, mida on mitmeid sajandeid uuritud ja defineeritud, mistõttu ei ole sellel ühest definitsiooni. Tegu on äärmusliku universaalse enesehävitusliku käitumisega, mille kompleksuse ja tõsiduse tõttu nõuab see mitmete spetsialistide, nagu näiteks psühholoogide, sotsiaaltöötajate ja medikute suurt tähelepanu. (Minois, 2004)

Enesetappu ja sellega seotut uurib suitsidoloogia, mille rajajaks peetakse Prantsuse sotsioloogi Emile Durkheim'i. Tema teost originaalpealkirjaga "Le Suicide" peetakse üheks tema kõige tähtsamaks tööks ning raamatuks, mis annab ääretult suure panuse saamaks aru millestki, mis tundub nii mõnelegi kõige vähem arusaadavam tegu, mida inimene võiks teha. Durkheim defineeris enesetappu, kui surma, mis tuleneb otseselt või kaudselt ohvri isiklikust positiivsest või negatiivsest teost ning ohver on sealjuures teo tulemusest teadlik. (Durkheim, 1952)

Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) defineerib enesetappu, kui letaalse tulemusega akti, mille inimene on teadlikult ja tahtlikult algatanud ning teostanud eelduse või teadmise, et teo tulemus on või võib olla surmav. Teo käigus lootis inimene saavutada ihaldatud muutusi. (Sisask, 2005)

Eesti Keele Instituudi "Võõrsõnade leksikoni" järgi on enesetapp tahtlik teadvustatud enesehävitamise akt, mille põhjus on inimese soov lõpetada enda olemasolu või soovimatus edasi elada (Vääri, Kleis ja Silvet, 2012).

Eesti Entsüklopeedia annab enesetapu mõistele lausa kaks definitsiooni. Lühema ja juriidilise selgituse järgi on enesetapp tahtlik iseenda surma põhjustamine, mis pärineb Eesti Nõukogude Entsüklopeediast. (ENE-2 1987:570)

Pikem selgitus on väga sarnane “Võõrsõnade leksikonis” tooduga ning annab mõista, et suitsiid ehk enesetapp on tahtlik enesehävitamise tegu, mille sooritaja viib täide, kui on pidanud seda fataalse tagajärjega tegu olukorra parimaks lahenduseks. Samuti osutab enesetapp sotsiaalpsühholoogilisele kohanematusle. (EE-8 1995:687)

Neuroloog ja psühhiaater Sigmund Freudi teooria järgi on enesetapp äärmuslik väljendus enda vastu pööratud vihale. 1905. aastal arvas Freud, et see tuleneb eelnevast soovist vihata ning tappa kedagi teist, kuid sotsiaalse surve tõttu pöördub see agressiivsus tagasi. 1920. aastal tuli Freud välja uue teooriaga, mille kohaselt on igas inimeses olemas surmainstinkt *destrudo* ning elu- ja sigitusinstinkt *libido*. See, kumb instinkt on domineeriv, on igal inimesel erinev. (Minois, 2004)

Neuroloog Erwin Stengeli definitsiooni järgi on enesetapp inimese tahtlikult ja teadlikult tekitatud eluohtlik tegu, mille eesmärk on enesevigastamine ning millel on fataalne tagajärg. Stengel vaatleb enesetappe ja enesetapukatseid kui kahte erinevat probleemi. Sealjuures ei arva ta, et kõik enesetapukatsed on ebaõnnestunud enesetapud. Stengel leidis, et mitmete enesetapukatsete juures olev enesekahjustus on ebapiisav, et tegu võiks lõppeda surmaga ning seega on need katsed tehtud nii, et teiste inimeste sekkumine on vägagi võimalik ning isegi paratamatu. Stengel arvas, et enamiku enesetapukatsete puhul võivad inimesed avastada, et nad fantaseerivad päästmisest ning soovivad inimeste pöördumist nende poole abistamise eesmärgiga. (Stengel, 1964)

Samuti on olemas enesetapu vorme, kus teo käigus ei vigasta isik end ise või tema põhieesmärk pole enda elu lõpetamine. Näiteks “enesetapp politsei abil” on peamiselt Ameerika Ühendriikides levinud enesetapu meetod, kus ohver ennast füüsiliselt ise ei vigasta. Tegemist on nähtusega, kus suitsiidsete kalduvustega isik käitub avaliku julgeoleku või korrakaitseametniku ees teadlikult ähvardavalt, eesmärgiga provotseerida neilt surmav reageering. Näiteks kõige tavalisem stsenaarium on selline, kus tulirelv suunatakse politseiametniku või muu isiku suunas ning see eeldavasti provotseerib ohvitseri nende pihta tulistama. Antud enesetapu viis põhineb õiguskaitseametnikele õpetatud protseduuridel, mida järgitakse enese ja teiste kaitsmise eesmärgil. (Lord, 2004)

Samuti on olemas termin “suitsiiditerrorist”, kus inimene viib täide terroriakti, tuues iseend teadlikult ohvriks (Vääri, Kleis ja Silvet, 2012). See on terrorismi kõige surmavam vorm, mille populaarsus on viimasel kümnendil hüppeliselt tõusnud ning igal aastal pannakse toime mitusada enesetaputerrorismiakti. Arvatakse, et suitsiiditerroristid ei ole tegelikult suitsiidsed,

vaid enesetapp viiakse täide mingi suurema eesmärgi nimel. Taoline enesetapp võib olla tingitud näiteks oma rühma uskumuste nimel või oma isikliku usu nimel, kuid enesetaputerroristideks satuvad ka need, kellel on soov surra, kuid ei ole mingil põhjusel siiani seda läbi teinud. Üks tuntumaid enesetaputerroristide poolt läbi viidud akt on 11. septembri 2001. terrorirünnak Maailma Kaubanduskeskuse kaksiktornidele New Yorgi linnas, kus hukkus üle 3000 inimese. (Sheenan, 2014) Selles lõigus mainitud enesetapu vormid ei ole autori uurimuse fookuses, kuid autor tõi need välja selleks, et töö fookus oleks lugejale selgem.

Vahel on inimese surma korral keeruline määratleda, kas tegemist oli enesetapuga või õnnetusjuhtumiga. Näiteks narkootikumide, ravimite või muude ainete üledoosi puhul ei ole alati võimalik kindlalt väita, kas tegu oli tahtlik ning surma registreerimine on siinkohal väga tähtis ja põhjalik töö. Ravimite üledoosi korral võib mürgistus tekkida ka õigesti doseeritud preparaadist. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasi järgi on "enesetapp" ja "ebaselge tahtlusega sündmus" eraldi kategooriad, millest viimase alla võiks lugeda ka üledoosi, mille tahtlikkuse osas ei olda kindlad. (Tervise Arengu Instituut, 2022) Ka arstidele mõeldud surma põhjuse teatise täitmise juhise järgi on vaja välispõhjusest tingitud surma korral kindlaks määrata, kas tegemist oli enese-kahjustuse, õnnetuse, ründe või ebaselge tahtlusega vigastusega (Tervise Arengu Instituut, (i.a)).

Autor tõi välja mitme erineva allika definitsioonid, et näidata, kui erinevalt teoreetikud, neuroloogid ja teatmeteosed enesetappu määratlevad. Kokkuvõtvalt saab öelda, et kõik definitsioonid on ühel nõul, et enesetapp on isiku enda põhjustatud surm. On näha, et erinevate teatmeteoste definitsioonide puhul on märgatavaid sarnasusi ning nende definitsioonid on peamiselt täpsed ja selged. Erinevused tulevad sisse neuroloogide ja sotsioloogide selgituste puhul, kus enesetappu on vaadeldud pigem filosoofilise nurga alt, mis annavad lugejale mõtteainet.

Autori arvates on suitsiidi mõistele mitmeid erinevaid definitsioone, sest nagu eelnevalt mainitud, on suitsiid ja selle asjaolud väga mitmeti mõistetavad. Suitsiidi tõlgendamisel tulevad esile näiteks defineerijate usulised vaated, moraalsed, elukutse või haridustee, vaated ühiskonna protsessidele ning mõjutatus teiste arvamustest või kogemustest. Nende mitmete tegurite mõjutusel tulenebki autori meelest erinevused suitsiidi defineerimisel. Sealjuures võiks defineerimine avaldada mõju ka näiteks enesetappude statistikale, sest meditsiinivaldkonna töötajad üle maailma võivad surmajuhtumeid eri tingimustel lugeda

enesetappudeks, hoolimata surmajuhtumite põhjuste määramise juhendist. Samuti võiks eri definitsioonid mõjutada ka inimgruppide lahknevust, kui ühes ühiskonnas on laialt levinud ühene definitsioon ja teises ühiskonnas teine definitsioon. Käesoleva uurimuse puhul lähtub autor Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) määratlusest. Autori meelest on Maailma Terviseorganisatsiooni definitsioon autori mõtetega suitsiidi osas kõige ligilähedasemad.

1.2 Enesetapu ajalugu - lähenemine Euroopa-keskselt

Enesetapp on nähtus, mida ei ole peale inimeste ühegi teise liigi puhul täheldatud. Kõige varasemad teadaolevad enesetapud viidi toime antiikajal ning algselt peeti enesetapjaid kurjategijateks, kelle kehi karistati ning keda keelati kiriklikult matta. Mida aeg edasi, seda rohkem püüti suitsiidi, kui kohutavat valikut oma elu suhtes, mõista ning mõtestada. Sellest tulenevalt muutus antud tegu ka üha sallitavamaks. Keskaja lõpuni valitses Euroopas inimeste seas hoiak, et inimene eksisteerib Jumala austamiseks ja selleks, et olla kasulik ühiskonnale. Kes sellest loobub, saab peale surma nii selles kui ka teises ilmas rängalt karistada. (Minois, 2004) Kuigi autorile võib tunduda, et antud vaade enesetappudele ei tohiks vähemalt läänemaailmas enam kuskil leiduda, siis õigeusu kirik on siiski ka tänapäeval arvamusel, et enesetapp on Jumala antud elu vabatahtlik tagasilükkamine ja seega ülim patt. Õigeusu kirikus on sealhulgas keelatud enesetapjate eest palvetada ning neid kiriklikult matta, mõningate erinditega. (The Sin of Suicide, 2022)

Keskajal arvati enesetapu peamiseks põhjuseks olevat hullumeelsus, mis võis tuleneda halastamatutest elu keerdkäikudest - näljast, haigusest, suurest vaesusest või vangistusest jne. Suitsiidid olid põhiliselt levinud alamate klasside seas. Kõige rohkem arutleti suitsiidi üle just 16.-18. sajandil, kui Euroopas algas mitmete järjestikuste kirjatööde ilmumine, kus võeti esmakordselt arutlusele suitsiid ja selle asjaolud. Mitmed filosoofid ja kirjanikud, nagu näiteks Philip Sidney ja Michel de Montaigne, avaldasid suitsiidi kohta arvamust nii romaanides, tragöödiates, esseedes kui ka avalikel aruteludel. (Minois, 2004)

Ka William Shakespeare mõtiskles samal ajal suitsiidi üle ning esitas 1600. aastal tänaseks üle maailma tuntuks saanud küsimuse - "Olla või mitte olla? See on küsimus." Mitmed sotsioloogid, psühholoogid ning filosoofid mõtisklesid, miks mõned inimesed valivad mitte olla. Prantsuse filosoof Albert Camus arvas, et enesetapp on üksainus tõeline filosoofiline probleem. Otsustada, kas elu on elamist väärt või mitte. Sellest sai Euroopa teadvuse

pöördeajastul murdepunkt, kui esimest korda hakati renessansi aja tulekul suitsiidi üle pikemalt arutlema ning püüti uurida selle teo mõtestatust ja väärtust. (Minois, 2004)

17. sajandil, kui oli kehtestatud suitsiidikeelud, oli enesetappude arv nii meeste kui naiste seas endiselt kasvamas. Sellel ajal hakkas ka levima väga humanism, millest mõeldi kui “ravim” suitsiidile. Väga humanism pani inimesi elu armastama ning optimistlikult mõtlema. 18. sajandi algul sündis “inglise haigus”, mis tulenes sellest, et Inglismaad peeti rohkete enesetappude tõttu enesetappjate maaks. Sellele eelnevalt oli enesetappe olnud just eliidi seas, mis mõjutasid varasemaid mõtteid ja ideoloogiaid enesetappude osas. Samal ajal kerkis Inglismaal üles ka termin “suitsiid”, mida kasutame tänapäeval. Enesetapud olid sel ajal eriti sagedased vanglates, kus kinnipeetavad eelistasid karistusele vabaturma. (Minois, 2004)

Filosoofide vaatenurk mõjutas inimeste tundeid ja mõtteid enesetappude osas üha rohkem ning 18. sajandil tundus, et vabaturma õigustamine oli tõusuteel. Suitsiid kasvas eliidi seas ning seda hakati seostama romantilisusega. Enesetappu nähti, kui loogilist edasist käiku, kui inimese elu valmistas talle rohkem negatiivsust, kui rahuldust. Siiski ei saanud seda teooriat õigeks lugeda, sest suitsiidide arv oleks kujunenud väga suureks. Ehmatav oli aga tõsiasi, et 16.-18. sajandil oli enesetappe kõige rohkem just 10-14. aastaste vanuste laste seas ning nende järel olid kõrge suitsiidiriskiga vanurid. (Minois, 2004) Autori meelest on huvitav, et ka tänapäeval on vanurid mõnes maailmajaos väga kõrge suitsiidiriskiga - näiteks Ameerika Ühendriikides, mille autor toob välja järgmises peatükis.

19. sajandil suitsiidimäär tõusis ning enesetappu nähti üha vähem, kui tabu ja karistatava teona. Esmalt kaotas kriminaalselt karistamise enesetappu toime panemise eest Prantsuse revolutsioon. (Minois, 2004) Autori arvates võiks antud muutus 19. sajandil seotud olla ka usu olulisusega. Näiteks varasemalt mainitud keskajal valitsenud uskumus, et inimene peab teenima Jumalat, kes on talle elu andnud ning seega on enese tapmine kohutav jumalavastane tegu, hakkas aja möödudes vaibuma ning tänapäeval, kui ühiskonnas on laiemalt levinud ka ateism ehk usu puudumine, ei nähta enesetappu nii suure tabuna.

Suitsidoloogia uuringute algatajaks arvatakse olevat Edwin S. Shneidman, kes oli Ameerika Ühendriikidest pärit kliiniline psühholoog, suitsidoloog ja tanatoloog. 1950-ndatel lõi Shneidman Los Angelese linnas enesetappude ennetamise keskuse ning 1968. aastal Ameerika Suitsidoloogia Assotsiatsiooni. Tänu Shneidmanile alustati 1971. aastal Ameerika Ühendriikide suitsiidiuuringuid käsitleva teadusajakirja "Suicide and Life-Threatening Behavior" väljastamisega. (Harding, 2009) Eesti Entsüklopeedia järgi on suitsidoloogia

teadus, mis tegeleb enesetapu ja sellega kaasnevate asjaolude uurimisega, näiteks suitsiidid mõtted, enesehävituslik käitumine ja hoiakud (EE-8 1995:687).

Tänapäeval on siiski väga tõenäoline, et enesetappude arv on üle maailma kõikides riikides suurem, kui teatakse. Oma suure tundlikkuse ja keerulisusega on suitsiidide määramine ja registreerimine endiselt keerukas protsess. Sellegipoolest on enesetappude osas tehtud mitmeid edasiminekuid. Näiteks on uuringutega tuvastatud mitmeid riski- ja kaitsetegureid ning erinevate bioloogiliste, psühholoogiliste ja sotsiaalsete tegurite mõju enesetappude määrale. (World Health Organization, 2014) Näiteks 2015. aastal avaldatud uuringus, kus sooviti leida suitsidaalse käitumisega seotud tegureid kooliealiste noorte puhul Peruu, leiti näiteks, et naissoost noorukite seas, kes tarvitasid alkoholi ja narkootikume ning olid eakaaslaste poolt rünnatud või solvatud, olid suitsidaalsed mõtted rohkem levinud (Sharma jt, 2015). Nende uuringute põhjal on välja töötatud riiklike ennetusstrateegiaid, haritakse inimesi enesetapu teemal nii koolides kui ka teistes asutustes ja sotsiaalmeedias ning peetakse rahvusvahelist enesetappude ennetamise päeva (World Health Organization, 2014). Ühe rahvusvahelise ennetusstrateegiana võib välja tuua kampaania, mida juhtis 2018. aastal Eestis MTÜ Peaasi ning mille pealkiri oli “Rattaga ümber maakera”. Kampaania siseselt kutsuti inimesi üles jalgrattaga sõitma, kilomeetrite arvu Peaasi portaalis üles märkima ning jagama oma saavutust sotsiaalmeedias koos informatsiooniga, et viidatakse suitsiidiennetuspäevale. (Ühise..., 2022)

2021. aasta andmetel on maailmas veel 20 riiki ja osariiki, kus suitsiid on seadusevastane ning seejuures keelatud. Mitmed riigid asuvad Aafrikas, nagu näiteks Uganda, Somaalia ja Nigeeria. Samuti on suitsiid keelatud Bahama saareriigis, mis asub Ameerika Ühendriikides. Nendes riikides karistatakse enesetapukatse teinud isikuid näiteks trahvide ja kuni kolme aastase vangistusega. Põhjusteks peetakse nii usuliste veendumuste ja traditsioonidega vastuollu minekut kui ka lihtsalt, et inimesed ei võtaks endalt elu. Euroopas ei ole ühtegi riiki, kus suitsiid oleks seadusega keelatud. (UnitedGMH, 2021)

Eestis algasid suitsidoloogia uuringud 1980. aastatel. Nõukogude Liidus oli suitsiidist rääkimine salastatud ning suitsiidsetele inimestele puudus igasugune psühholoogiline ja sotsiaalne toetus. Aastal 1988. anti Eesti Arstide Liidule luba luua Suitsiidide Uurimisgrupp ning sel ajal oli Eestis suitsiidikordaja 100 000 elaniku kohta 33-35. Balti riikide iseseisvumise järel asutati Suitsiidide Uurimisgrupist 1993. aastal mittetulundusühing Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituut (ERSI), mille asutamist toetasid muuhulgas näiteks

Marju Lauristin ning Siiri Oviir. Alates 2005. aastast on mittetulundusühingu ametlik nimi Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut, mis kannab edasi arusaama, et suitsiidide ennetamisega peab tegelema võimalikult vara. 1993. aastal alustati suitsidoloogia kursustega ning loenguid peeti mitmetele alustavatele spetsialistidele. (Värnik, i.a)

1.3 Enesetappude statistika

Maailma Terviseorganisatsiooni andmetel kaotab iga kolme sekundi tagant üks inimene elu läbi enesetapu (Sisask ja Värnik, 2005). Ameerika Ühendriikides on 2019. seisuga suitsiidikordaja 100 000 elaniku kohta 14.5 ning see on 10. kohal kõige levinumatest surmapõhjustest. Kõige suurema suitsiidikordajaga osariik on Wyoming (29.8) ning kõige väiksemaga New Jersey (8.4). Ameerika Ühendriikides on meeste enesetapud levinumad, kui naiste. Meessoost isikud hukuvad läbi suitsiidi 3,7 korda rohkem, kui naissoost isikud. 2019. aasta seisuga oli kõige rohkem enesetappe 85+ vanuste isikute seas, kus suitsiidimäär oli 20.1 100,000 inimese kohta. Sellele järgnes vanusevahemik 45-54, kus suitsiidimäär oli 19.6 (America's Health Rankings, 2019). 2020. aastal läbi viidud uuringu järgi oli kõige levinum enesetapu meetod tulirelvast laskmine, mis moodustas 53% kõikidest enesetapu juhtumitest. Sellele järgnes lämbumine/poomine (27%) ja mürgistus (12%). Mees- ja naissugu eraldi vaadates olulist erinevust meetodite osas ei olnud peale selle, et mehed kasutasid tulirelva 58% juhtumitest ja naised 33% juhtumitest. Tulirelva kasutamine oli kõige levinum 65+ vanusegrupis olevate isikute seas. (Suicide Prevention Resource Center, 2021)

Euroopa Liidu liikmesriikide seas oli 2018. aasta seisuga kõige rohkemate enesetappude arvuga riik Leedu, kus 100 000 inimese kohta oli suitsiidikordaja 23.98. Sellele järgnesid Liechtenstein (19.99), Sloveenia (16.86), Ungari (16.84) ning Horvaatia (15.96). Eesti kordaja oli 2018. aastal 14.85. Vähima enesetappude arvuga riik oli Malta, mille suitsiidikordaja oli 4.11. Kõige rohkem enesetapu juhtumeid oli 2019. aastal meeste puhul 45-54. aastaste isikute seas ning naiste puhul 55-64. aastaste isikute seas. Statistika näitab samuti, et kõikides vanusegruppides välja arvatud 0-14. aastaste meeste hulgas oli enesetappude arv suurem, kui kõige suurema enesetappude arvuga naiste vanusegrupis. (Eurostat, 2021) Euroopas oli 2008. aasta uuringu järgi kõige levinum enesetapu meetod poomine, mis moodustas meeste enesetapu juhtumitest 54,3% ja naiste juhtumitest 35,6%.

Meestel järgnesid meetoditena tulirelvast laskmine (9,7%) ja naistel mürgistus (24,7%). (Värnik jt, 2008)

Eestis kaotab igal aastal läbi enesetapu elu ligikaudu 200 inimest, kuid suitsiidikordaja 100 000 inimese kohta on igal aastal olnud mõningate kõikumistega langustrendis. 2020. aastal kaotas enesetapu läbi elu 161 meessoost ning 46 naissoost isikut, ning sarnane erinevus sugude vahel kehtib ka viimase 10 aasta näitajate kohta, mis tähendab, et sarnaselt Ameerika Ühendriikidele esineb ka Eestis meeste hulgas enesetappe ligikaudu 4 korda sagedamini, kui naiste hulgas. Ka Eestis on levinum enesetapumeetod poomine. Vahemikus 2016-2020. moodustas poomine 75,4% meeste enesetapu juhtumitest ja 57,3% naiste juhtumitest. Sellele järgnes meeste puhul tulirelvast laskmine (9,6%) ja naiste puhul mürgistused (25,6%). 2019. aastal oli Eestis suitsiidikordaja kõrgeim 20-29. aastaste isikute ja 55-59. aastaste isikute hulgas. (Värnik, Sisask ja Värnik, 2021)

Autori meelest on Ameerika Ühendriikide ja Euroopa vahel selgelt märgatav erinevus see, et Ameerika Ühendriikides kasutatakse enesetapu meetodina peamiselt tulirelva, mis tuleneb ilmselt USA leebetest tulirelva ostmise, omamise ja käsitlemise seadustest. Sarnasuste osas saab välja tuua kahe statistika puhul, et enesetapu sooritanud on peamiselt mehed ning tihti vanusevahemikus 45-54. eluaastat. Ka Eestis on sarnaselt teistele mehed suurema enesetappude arvuga, kui naised ning sarnaselt ülejäänud Euroopaga on kõige levinum enesetapumeetod poomine.

1.4 Enesetappude riskitegurid ja ennetamine

Maailma Terviseorganisatsiooni sõnul on hulgaliselt riskitegureid, mis võivad isiku enesetapuni viia. Tegurid võib jagada süsteemseteks, ühiskondlikeks, kogukondlikeks, suhetega seotuks ja individuaalseteks. Süsteemsete all tuuakse välja takistused tervishoiuteenuste ligipääsule, näiteks kui isik otsib vaimse tervise abi aga mingil põhjusel ei saa seda. Samuti tuuakse välja meetodite kättesaadavus, ehk, kui kättesaadavad mingid enesetapu sooritamise meetodid isikutele on. Ühiskondlike riskitegurite all tuuakse välja näiteks ebasobiv meediakajastus ja vähene teadlikkus vaimse tervise hoidmise osas. Nende ennetamiseks toob Maailma Terviseorganisatsioon välja ettepanekud, et töötada välja riigisisene tugev vaimse tervise poliitika, teha tervishoiuteenused kõigile kättesaadavaks ning piirata ligipääsu enesetapumeetoditele (näiteks reguleerida pestitsiidide müüki ja ligipääsu

tulirelvadele), muuta meediakajastus enesetappude osas vastutustundlikumaks ning suurendada teadlikkust näiteks kampaaniate näol. Kogukondlike tegurite all tuuakse välja näiteks riigisisised ja riigivälised konfliktid ja katastroofid, diskrimineerimine ja traumeerivad kogemused. Suhete all tuuakse välja sotsiaalse toe puudumine ning suhete puudumine või konfliktid. Nende ennetamiseks tuuakse välja ettepanekud, et tuvastada haavatavad grupid ja neid erald toetada ning luua kriisi abiliinid. Individuaalsete riskitegurite alla kuulub kõige rohkem riskitegureid, millest mõned on näiteks vaimse tervise häired, eelnev enesetapukatse, geneetilised ja bioloogilised tegurid ning krooniline valu. Individuaalsete riskitegurite ennetamiseks soovitatakse kasvatada ja hoida kogukonna tuge, hinnata ja käsitleda suitsiidikäitumist, vaimse tervise häireid ja uimastite kuritarvitamist. (Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituut (ERSI), 2021).

2 ENESETAPP KINNIPIDAMISASUTUSTES

Selles peatükis on kaks alapeatükki, kus on keskendunud enesetappudele kinnipidamisasutustes. Esimeses alapeatükis toob autor välja üldise statistika kinnipidamisasutustest Ameerika Ühendriikide, Euroopa ja Eesti näitel. Teises alapeatükis toob autor näiteid kirjandusest, mis võiksid olla kinnipidamisasutustes levinud enesetappude meetodid, riskitegurid ja ennetusstrateegiad.

2.1 Üldine statistika

Kogu maailmas on enesetapp üks levinumaid surmapõhjuseid kinnipidamisasutustes. Ameerika Ühendriikides oli 2006. aasta seisuga enesetapp pikemate vangistustega vanglates kolmandal ning lühemate vangistustega vanglates teisel kohal surmapõhjustest. (Anasseril, 2006) Suitsiidide arv vanglates kasvas vahemikus 2001-2018 koguni 85% ning 2017-2018. aastate vahemikus 20%. 2018 aastal oli neid kokku 311, mis moodustab 6% kõikidest surmapõhjustest sealsetes vanglates. See arv oli viimase 18 aasta kõrgeim suitsiidide arv Ameerika Ühendriikide vanglates. 2018. aastal oli vanglate suitsiidikordaja 100 000 vangi kohta 19. (Carson jt, 2021)

Euroopas olid 2019. aasta seisuga väga kõrgete enesetapakordajatega 10 000 vangi kohta 19 riiki, mille seas ka Läti ja Leedu. Nende riikide puhul oli suitsiidide arvu tase 25% kõrgem Euroopa keskmisest, milleks oli 5.2 10 000 vangi kohta. (Aebi ja Tiago, 2021)

2021. aasta lõpus oli Eestis 2181 kinnipeetavat, kellest enamik meessoost isikud. Eelmises peatükis kirjeldatud statistika põhjal, et Eesti mehed on üldiselt kordades rohkem suitsiidiriski all, võib tegu olla tõsise probleemiga. 2021. aastal pandi Eestis vanglates toime viis enesetappu, 2020. aastal kolm ning 2019. aastal neli. (Justiitsministeerium, 2021)

Kuna autor ei leidnud Ameerika Ühendriikide, Euroopa ja Eesti hulgas häid ühiseid näitajaid, on keeruline arutleda, kuidas nende statistikaid võrrelda saaks. Võrdluseks üldpopulatsiooni ja kinnipidamisasutuste statistika kohta saab öelda, et mõlemas figureerivad peamisest meessoost isikud ning, et kinnipidamisasutustes on enesetapp surmade põhjustajana levinum, kui üldpopulatsioonis.

2.2 Levinud meetodid, riskitegurid ja ennetus

Enamik suitsiididest vanglates viiakse läbi poomise teel, kus vang saab kasutada kättesaadavaid rõivaesemeid või voodilinu. Samuti tuleb ette erinevate ainetega üledoseerimist (näiteks antidepressandid, valuvaigistid ning mürk), enese süütamist, nälgimist, teravate esemete neelamist, lõikumist ning kõrgelt kukkumist. (Anasseril, 2006)

Maailma Terviseorganisatsiooni sõnul on arestimajades suurema suitsiidiriski all noored mehed vanuses 20-25 eluaastat, kes on vallalised ning esimest korda kinni peetud. Tihti sooritatakse enesetapp vahistamisele järgnenud 24 tunni jooksul või enne kohtu ette minemist. Vanglates on suurema riski all vanemad meesterahvad vanuses 30-35 eluaastat ja vägivaldsete tegude eest süüdi mõistetud isikud, kes on juba mõnda aega vanglas olnud. Sel puhul võivad riskifaktoriteks olla konfliktid vanglas ja eraelus, mõnitamise ja peksmise ohvriks langemine ning ebameeldivad uudised vangistuse kohta, mida võib nimetada negatiivseks psühholoogiliseks mõjuks ning mille tõttu võib just vanglas olles suitsiidirisk kõrgem olla. Kinnipeetavatele võib veel negatiivset psühholoogilist mõju avaldada näiteks üksikvangistus, ülerahvastatus ning teised piiravad vanglatingimused, nagu näiteks isoleerimine või liikumiskeeld. Tulemusena võib kinnipeetavas tekkida ärevuse ja depressiooni sümptomid, mis tõstab suitsiidiriski. Riskifaktorite hulka võib veel lugeda eluruumi suuruse, inimese psüühilised iseärasused, varasemad enesetapukatsed, suhted lähedastega ning avalik hukkamõistmine. Psüühiliste iseärasuste juures on oluline märkida, et kui vanglakaristust hakkab kandma inimene, kellel on juba varasemalt vaimse tervise häire, siis suure tõenäosusega süveneb see vanglakaristuse kandmise käigus veel enam. (Sisask ja Värnik, 2005)

Suitsiidide ennetusprogrammid vanglates on üldjuhul ulatuslikud ja täpsete juhtnööridega, millega koolitatakse vanglate personali. Ühe näitena võib välja tuua Maailma Terviseorganisatsiooni juhendit vanglaametnikele enesetappude ennetamiseks, mis on Eestile kohandatud ning täiendatud tõlkena saadaval tänu Eesti-Rootsi Vaimse Tervise Suitsidoloogia Instituudile (ERSI). Maailma Terviseorganisatsiooni sõnul on oluline kindlaks teha riskirühmad ja riskiolukorrad. Samuti tuleb vastu võetud kinnipeetava puhul hinnata suitsiidiriski, tehes esmane läbivaatus ning lastes kinnipeetaval täita vorm, kus küsitakse tema tunnete ning mõtete kohta. Lisaks sellele tuleb suitsiidirisk kanda kinnipeetava isiklikku toimikusse, et kogu vangla personal oleks olukorrast teadlik ning oluline on tagada vangidele psühhiaatrilist abi. Ka peale esmast hindamist tuleb edaspidi suitsiidiriski hinnata ning selleks

peab vangla personal olema koolitatud, kuidas säilitada valvsust ja märgata vangide käitumismustreid. Sinna kuulub ka näiteks võimalike esemete kõrvaldamine, mis võiksid vangil aidata enesetappu sooritada, kui ta ilmutab suitsiidiriski märke. Oluliseks peetakse ka positiivse sotsiaalse interaktsiooni rõhumist, et kinnipeetavad ei oleks üksinda, mis võib tekitada stressi ja toetuse puudumise tunnet. (Sisask ja Värnik, 2005)

2.3 Probleemiseade

Võttes arvesse teorias käsitletud informatsiooni, kus autor tõi välja, et kogu maailmas on enesetapp üks levinumaid surmapõhjuseid kinnipidamisasutustes ning Carson jt (2021) uuringu tulemuste järgi enesetappude arv pigem kasvab, on autori meelest selge, et teema on oluline ning riskitegureid ja ennetusmeetodeid on oluline kaardistada, et nende abil paremuse poole töötada. Teooria osas käsitletud Maailma Terviseorganisatsiooni esitatud riskitegurid annavad mõista, et enesetappude puhul on tegemist keeruliste juhtumitega, mille riskitegurid ja ajendid ei pruugi olla selged ning neid võib ühe isiku puhul olla ka mitu. Samuti annavad soovitatavad ennetusmeetodid mõista, et kinnipidamisasutuste töötajatel on oluline roll seismaks kinnipeetavate heaolu eest. Tänu metaanalüüsile saab autor näha, kas need pakutud tegurid ja lahendused on ka uuringutes kajastatud, mis on kinnipidamisasutuste tööd arendanud enesetappude ennetamise suhtes. Samuti on autori meelest oluline näha, kas sarnaselt üldpopulatsioonile on ka kinnipidamisasutustest levinumad enesetapumeetodid samad ning kui jah, siis kuidas nende kättesaadavust piiratakse.

3 METOODIKA

Käesoleva uurimuse jaoks kasutab autor metaanalüüsi, milles analüüsib selle valdkonna varasemate uuringute tulemusi, kuid mitte algandmeid tavaliste uuringute puhul. Metaanalüüsi näol saab valdkonda või subjekti uurida väga objektiivselt ja põhjalikult, kuna toetutakse mitmete uuringute tulemustele. (Strenze, 2014) Autor valis uurimismeetodiks metaanalüüsi, sest mitmete uuringute põhjal tehtud järeldused on enamasti põhjalikumad kui üheainsa konkreetse uurimuse järeldused. Autor soovis näha, kas erinevate riikide uuringute tulemuste vahel on seosed enesetapu meetodite, riskitegurite ja soovitatavate ennetusmeetodite vahel. Autor arvab, et metaanalüüs sobib käesoleva uuringuteema ja eesmärgiga, sest arvesse on võetud mitmete erinevate uurijate tulemused ja arvamused, mis ei ole tulenenud vaid ühe riigi kinnipidamisasutuste tulemustest.

Kuigi Eestis pole sarnast metaanalüüsi varem tehtud, leidis autor Zhong jt (2021) metaanalüüsi, mis uuris enesetappude riskifaktoreid vanglates. Metaanalüüsis kasutati 77 uuringu tulemusi, mis pärinesid 27 riigist. Uuringud, mida kasutati, olid avaldatud aastatel 2006. kuni 2020. Tulemustes toodi välja, et kõige levinumad riskifaktorid, mida enesetappudega seostati, olid varasemad enesetapukatsed, suitsiidsete mõtete ja psühhiaatrilise häire diagnoosi olemasolu. Samuti seostati üksikvangistuses olemist, pereliikmete ja lähedaste vähest külastamist, eluaegse vangistuse ning vägivaldse kuriteo eest saadud karistuse omamist. (Zhong jt, 2021)

3.1 Andmete kogumine

Uuringuid otsiti kuuest andmebaasist - Web of Science, PubMed, PsycINFO, ScienceDirect, EBSCO Discovery ja Google Scholar. Otsingute eesmärk oli teha kindlaks asjakohased selle valdkonna varasemad uuringud, kus käsitleti vanglates toime pandud suitsiide ja nende põhjuseid, riskitegureid või ennetust. Uuringud, mida autor metaanalüüsi kaasata soovis, olid avaldatud aastatel 2000.-2022. Iga andmebaasi jaoks kasutati samu otsisõnu, mis ühendati Boole'i loogikaoperaatoritega - (prison* OR inmate* OR correction facility OR detainee* OR felon* OR incarcerat* jail* OR detention facility OR imprison*) AND suicid*. Kus võimalik, pandi otsingutele keeleline tingimus, et uuring oleks kättesaadaval kujul väljastatud eesti või inglise keeles. Samuti olid tingimused, et tegemist oleks empiirilise uuringuga ning Euroopa või Ameerika Ühendriikide andmete põhjal.

Kõigist viiest otsitud andmebaasist tuli peale tingimuste arvestamist kokku üle 15 000 vastuse. Kõige rohkem tuli vastuseid Google Scholar-ist (12 000) ning kõige vähem PubMed-ist (21). Kuna Google Scholar-is kajastuvad ka teiste andmebaaside sissekanded (ka nende, mida autor otsingute ajal lisaks kasutas), võib vastuseid olla siiski vähem või rohkem, kui üle 15 000. Uuringutega tutvumise ajal täheldas autor, et mitmes uuringus uuriti kas ainult enesetappude sagedust, meetodeid või riskitegureid eraldi. Autor pidas silmas, et uuringutes võiksid olla esindatud nii vanglad, eeluurimisvanglad, arestimajad kui ka noorte kinnipidamiskeskused, sest need kvalifitseeruvad kõik kinnipidamisasutuste alla.

Andmebaasidest tulnud vastete seast võttis autor vaatluse alla 28 uuringut. Vastavad uuringud said valitud muuhulgas eelnevalt nimetatud tingimuste (uuringu täistekst kättesaadav eesti või inglise keeles, väljastatud alates 2000. aastast, uuring on empiiriline ning Euroopa või Ameerika Ühendriikide andmete põhjal) ka järgmiste tunnuste alusel - uuringus on kasutatud kinnipidamisasutuses viibinud või viibivate isikute andmeid ja uuringul on kokkuvõttev hinnang, kus on selgitatud, kuidas uuring õnnestus, mis tulemused saadi ning mis järeldusi tehti. Suure hulga uuringuid pidi autor välistama, sest mitmed kuvatud uuringud viidi läbi mujal asutustes või vanglast väljaspool asuvate inimestega, kuid olid siiski autorile kuvatud, sest uuringutes oli kasutatud sõnu nagu näiteks “prison” ja “inmate”. Lisaks välistas autor veel mitmed uuringud, kus uuriti vaimse tervise asutuse siseselt, enesetappude seost mingi spetsiifilise vaimse tervise häirega või ainult kinnipeetavate suitsiidseid mõtteid. Viimase välistas autor selle tõttu, et metaanalüüsi keskmeks on siiski lõpuni viidud enesetapud ja uuringud, kus kasutati enesetapu sooritanud isikute andmeid, kus ei olnud suitsiidsetele mõtetele eriti keskendutud, sest kinnipeetavad olid juba enesetapu sooritanud. Samuti oleks suitsiidsete mõtete uurimine töösse kaasamise puhul töö liiga laialivalguvaks teinud.

Peale uuringutega tutvumist selekteeris autor sellest hulgast 20 uuringut ning nende põhjal on käesolev metaanalüüs koostatud. Algsest selekteeritud hulgast välistas autor siiski erinevatel põhjustel 8 uuringut. Näiteks välistas autor uuringu, mille valim koosnes ainult kahest isikust. Samuti välistas autor uuringud, kus keskenduti rohkem enesetapukatsete sagedusele ja dünaamikale, kui enesetappudele, sest nagu eelnevalt mainitud, keskendub käesolev töö lõpuni viidud enesetappudele. Autor soovis keskenduda ainult enesetappudele ning nendega seostatud riskiteguritele, ajenditele ja ennetusvõimalustele, et tööl oleks konkreetne sõnum. Autor arvab, et võttes lisaks enesetapu katsetele suunatud uuringud, on suur risk, et saadud informatsioon ei pea lõpuni teostatud enesetappude puhul tõseks. Peale uuringute läbivaatamist leidis autor veel ühe põhjuse, miks uuringud enesetapukatsete kohta ei oleks

sobinud käesolevasse töösse - väga mitmed fataalselt võinud lõppeda enesevigastamised ei jõua kinnipidamisasutuste valvuriteni ning teiste töötajateni ning see oleks autori arvates olnud suur risk niigi keeruliselt tõlgendavalt teema puhul, et töös esitataks väärinfot. Töö autor ei osalenud ühegi uuringu andmete kogumisel ega uuringu kujundamisel.

Uuringud, mida autor analüüsis, erinesid üksteisest nii eesmärgi, sisu, valimi, andmete, meetoodika kui ka tulemuste osas. Samuti erinesid efekti suurused ehk statistilised näitajad, mis kirjeldavad nii statistilist olulisust kui ka gruppide vahelist erinevust. Andmete analüüsimisel tõi autor välja protsentuaalsed vahemikud uuringutest, kus oli uuritud samu näitajaid. Samuti seletas lahti, millest võiksid uuringutes tulenenud erinevused tingitud olla. Võimalusel tõi autor välja ka näitajate keskmisi olenevalt uuringute ülesehitusest ning parema ülevaate andvad tabelid.

3.2 Valim

Käesolevasse metaanalüüsi kaasas autor 20 uuringut, mis olid koostatud Euroopa riikide ning Ameerika Ühendriikide andmete põhjal. Esindatud olid 16 riigi andmed - Ameerika Ühendriigid (neljas uuringus), Belgia (kahes uuringus), Eesti, Holland, Iirimaa, Inglismaa (viies uuringus), Itaalia, Norra, Prantsusmaa (kahes uuringus), Rumeenia, Saksamaa (kolmes uuringus), Soome, Šotimaa (kahes uuringus), Šveits, Taani ja Wales (viies uuringus). Kõik uuringud avaldati ajavahemikus 2005 kuni 2022. Kõik uuringud kogusid andmeid mitu aastat, ajavahemikus 1978 kuni 2019. Kõige pikema aja vältel vaadeldi andmeid Fazeli ja Benningi (2009) uuringus, mille tulemused põhinevad andmetel aastast 1978 kuni 2004 (Fazel ja Benning, 2009). Kõige lühemat uuringuperioodi kasutati Vanhaesebrouck jt (2022) uuringus, mille tulemused põhinevad andmetel aastast 2017 kuni 2018 (Vanhaesebrouck jt, 2022).

3.3 Analüüs

Kõikides uuringutes kasutatud andmed tulenesid peamiselt vanglatest, kuid kinnipidamisasutuste hulgast olid esindatud ka eeluurimisvanglad, arestimajad ning noortevanglad. Samuti eristas üks uuring riigi- ja föderaalvanglat (Dixon jt, 2020). Analüüsitavate materjalidena kasutati peamiselt konfidentsiaalseid vangladokumente surmade kohta ning kinnipidamisasutustes asuva meditsiiniosakonna aruandeid ja vangide

haiguslugusid. Samuti vaadeldi avalikke vangladokumente ja statistikat ning viidi läbi küsitlusi kinnipeetavate, kinnipidamisasutuse töötajate ning sealsete meditsiinosakonna vaimse tervise spetsialistidega. Lisaks vaadeldi kinnipidamisasutuste kasutatavaid suitsiidiriski hindamise protseduure ja selleks vajaminevaid materjale ning koguti informatsiooni kohtuarsti aruannetest. Kinnipeetavate andmed, mida kasutati, olid sotsiodemograafilised, kriminoloogilised, kliinilised ning võimalikud iseäralikud omadused. Analüüsimisel arvutati suitsiidimäärad 10,000 kinnipeetava või 100,000 kinnipeetava kohta. Kasutati näiteks Pearsoni kordajat, Coxi mudelit, regressioonmudelit ning arvutati standardiseeritud suremuskordaja. Analüüsimisel kasutati näiteks IBM SPSS Statistics-it, Microsoft Excel-it või RStudio tarkvara programme. Andmete analüüsimisel hinnati näiteks kinnipeetavate vangistuse tunnusjoonte ja suitsiidiriski vahelist suhet, võrreldi enesevigastajate ja enesetapu läbi surnute tunnuseid ning kinnipeetavate enesetappude tunnuseid üldpopulatsiooniga.

Uuringute eesmärkides oli nii ühiseid jooni kui ka mitmeid erinevusi. Peamiselt sooviti võrrelda kinnipidamisasutuste suitsiidimäära riigi või piirkonna üldpopulatsiooni suitsiidimääraga, leida ideid ja lahendusi enesetappude ennetusmeetoditeks arvestades enesetapu läbi hukkunute omadusi, määrata riskitegureid ning vaadata kinnipidamisasutuse suitsiidimäära muutust uuritud aja jooksul. Samuti sooviti leida soolisi erinevusi, suhet suitsiidiriski ja kinnipeetavate iseloomujoonte vahel ning võrrelda kinnipeetavate enesetappude asjaolusid arreteeritud isikute enesetappudega. Neljas uuringus, kus oli vaadeldud ka enesetapukatseid, sooviti ka näha erinevusi enesetapukatsete ja enesetappude vahel. Kahes uuringus uuriti ka suitsiidimäära seost ülerahvastatusega kinnipidamisasutuses.

Enamikes uuringutes olid kaasatud nii mees- kui naissoost enesetapu läbi hukkunute andmeid. Neljas uuringus keskenduti ainult meessoole ning vaid ühes uuringus oli esitatud mõlema soo andmed, kuid keskenduti naiste enesetappude dünaamikale. Kõikides uuringutes, kus olid esindatud mõlemad sood, moodustas meessoost kinnipeetavate arv üle 90% kõikidest kinnipeetavatest. Kõikide uuringute peale kokku oli registreeritud üle 128,000 enesetapu juhtumit, millest väga suur enamus moodustasid meeskinnipeetavad. Neljas uuringus, mis vaatlesid ka enesetapukatseid, oli registreeritud 1137 enesetapukatset ning 27 813 enesevigastamise juhtumit. Uuringutes käsitletavat suitsiidimäärad varieerusid 16,8 ja 147 vahel 100,000 isiku kohta, kuid naiste suitsiidimäär ei läinud üle 53,5. Kõige suurema suitsiidimääraga riigiks osutus Taani (Fazel jt, 2010). Kõige rohkema enesetappude arvuga oli Dixon jt (2020) uuring, mis hõlmas 18 osariiki Ameerika Ühendriikides (Dixon jt, 2020).

Andmeid koguti 121,512 arreteeritud isikute enesetappude ja 1896 kinnipeetud isikute enesetappude pealt. Kõige vähema enesetappude arvuga olid Bendi (2007) uuring, mis oli koostatud Eesti andmetel (Bendi, 2007). Samuti Kaba jt (2014) uuring, mis oli koostatud New Yorki osariigi andmetel Ameerika Ühendriikides (Kaba jt, 2014). Mõlemas uuringus oli 7 enesetapu juhtumit.

Enamus uuringutes oli uuritud vanusevahemik 18-60+. Oli ka erandeid, kus uuriti alates 14. ja 15. eluaastast ning ühe uuringu puhul oli vanusevahemik lausa 10-60+. Sagedasemad enesetapu sooritanute vanusevahemikud olid 25-35 ja 30-40. Kõikides uuringute keskmine enesetapu sooritanu vanus on 34,9 eluaastat. Paaris uuringus, kus oli vaadeldud ka alaealiste andmeid, oli keskmine vanusevahemik madalam, näiteks alla 18. eluaasta või 18-25 eluaastat.

Kõigest alla poole uuringutest hõlmasid oma tulemustes nii enesetapu meetodeid, riskitegureid, ajendeid ning ennetusmeetodeid. Võimalikud riskitegurid ja ajendid toodi välja pea igas uuringus välja arvatud ühes, kus töö eesmärk oli võrrelda vangla suitsiidimäära üldpopulatsiooniga ning seega ei peetud ilmselt oluliseks muid detaile lahata. Ennetusmeetoditest räägiti samuti igas uuringus välja arvatud ühes. Autori üllatuseks toodi enesetapu meetodid välja vaid kaheksas uuringus 20-st.

3.4 Uuringu piirangud

Autor täheldas, et mitme vaadeldud uuringu puhul oli välja toodud kahtlustus uuringu tulemuste valiidsuse osas. Nagu autor mainis ka töö teooria osas, oli ka nende uuringute osas probleem, et surmapõhjuse tuvastamine on keerukas protsess ning registreeritud enesetappude arv ei pruugi olla sugugi tõene. Erinevates riikides on kinnipidamisasutustes erinevad süsteemid ja protokollid ning pole täpselt teada, kas kohtuarstid ja teised juhtumitega seotud spetsialistid enesetappe määratlevad ja registreerivad.

Autori vaadeldud uuringute puhul võib erinevusi märgata näiteks Favril jt (2019) ja Bird (2008) uuringute puhul. Favril jt (2019) uuringu puhul määratleti juhtumit enesetapuna siis, kui tegev kohtuarst nimetas selle ametlikuks põhjuseks (Favril jt, 2019). Ka Iovu ja Morar (2020) uuringus loeti enesetappude arvu samamoodi (Iovu ja Morar, 2020). Kuid ilma enesetapukirja jätmiseta ja enesemürgistuse korral võidi ametlikus surmapõhjuses tihti eksida, sest nendel puhkudel märgiti surmapõhjuseks tihti “kavatsemata üledoos” või “teadmata

surmapõhjused” (Favril jt, 2019). Eriti siis, kui ohvri oli teatav ajalugu uimastite kasutamisega. Bird (2008) uuringus tulenes, et Šotimaa vanglatel on eraldi andmebaasid surmaga lõppenud õnnetusjuhtumitele ja suitsiididele. Seega on võimalik, et mitmed surmajuhtumid on sattunud valesse andmebaasi vale surmapõhjuse määramise tagajärjel, kuid õnneks ei tohiks see arv olla suur, sest enamik enesetapu juhtumeid on läbi viidud poomise teel. (Bird, 2008)

Hawton jt (2014) uuringus, kus vaadeldi ka enesevigastamisi, hinnati, et umbes 5% enesevigastamiste juhtumitest on teadmata, sest tunnistajaid ei pruugi igas olukorras olla (Hawton jt, 2014). Samuti kerkis Ameerika Ühendriikides läbi viidud Folk jt (2018) uuringu puhul üles tõdemus, et ka kõik riskifaktorid ja ajendid ei pruukinud olla esindatud. Antud uuring viidi läbi andmete põhjal, mis tulenesid kinnipidamisasutuste vaimse tervise dokumentidest, kuhu kirjutati peamiselt napisõnaliselt ning ilma pikema selgitusteta. (Folk jt, 2018)

Samuti oli ainult üksikutes vaadeldud uuringutes mainitud, mitme kinnipidamisasutuse andmeid kasutati ning mis oli uuritud isikute arv igas kinnipidamisasutuses. Selle tõttu oli autoril keeruline ja peaaegu, et võimatu selgitada, millistes kinnipidamisasutustes oli kõige rohkem kinnipeetavaid ja enesetapu juhtumeid. Samuti oli keeruline teha järeldusi riikide vahel, sest polnud teada, mitmest kinnipidamisasutusest mingi riigi uuring koostatud oli. Autor toob välja veel selle, et kuna kinnipidamisasutused erinevates riikides on erinevad, näiteks nii suuruse, süsteemi kui ka tingimuste poolest, siis on oluline seda käesoleva metaanalüüsi tulemuste tõlgendamisel arvestada.

3.5 Eetilised dilemmad/eneserefleksioon

Autor valis antud töö teema eelkõige selle tõttu, et omab isiklikku huvi kinnipidamisasutustes olevate isikute heaolu üle ning samuti on isiklik huvi enesetappude ja sellega seonduvate asjaolude üle, sest omab teemaga isiklikku kokkupuudet ning on huvitatud, kuidas niivõrd keerulise teemaga delikaatselt tegeleda püütakse. Autor on varasemalt bakalaureuse õpingute jooksul kirjutanud väiksemamahulise uurimistööst, kus uuris juba tehtud uuringute põhjal, kuidas koheldakse ja millised tingimused on kurjategijatel kinnipidamisasutustes, kes on raske vaimse tervise häirega. Antud teema uurimine käesoleva metaanalüüsi tarbeks suurendas autori huvi veelgi ning autor avastas, et temas tekkisid teatud eetilised dilemmad ja mõtisklused, mis muutsid tema mõtteid näiteks enesetappude ja tahtlikkuse osas. Samuti

tõdes autor, et kui juba varasemalt oli teada, et meeste seas on enesetappude arv küllaltki suurem, kui naiste seas, siis naiste seas laialt levinud enesevigastamine pani autorit mõtlema uutele nüanssidele, miks võiksid meeste ja naiste enesetappude arvud niivõrd erinevad olla.

Uuringutes välja toodud riskitegurite puhul tekkis autoril dilemma, et mis juhul ikkagi enesetapp on tahtlik. Mitmes uuringus oli mainitud, et suitsiidiriski rühma kuuluvad ka isikud, kellel on diagnoositud vaimse tervise häire või kellel avalduvad vaimse tervise häire sümptomid. Kui kinnipeetav on teinud enesetapu ning on teatud, et ta kannatas depressiivsete sümptomite all, siis kas enesetapu tahtlikuks lugemine on alati korrektne või kohane? Ferrari jt (2014) artiklis toodi välja, et isikul, kes kannatab depressiooni all, on 20 korda suurem tõenäosus surra läbi enesetapu, kui isikul, kellel ei ole diagnoositud depressiooni (Ferrari jt, 2014). J. Douglas Bremneri (2002) artiklis, kus vaadeldi uuringuid, mis uurisid depressiooni ja ajus tekkinud muutuste seoseid, viitasid leiud näiteks eesmise ajukoore ja hipokampuse mahu vähenemisele ning muutustele aju mandelkehas. Samuti leiti, et depressiooniga on tihedalt seotud neurotransmitterid, nagu näiteks serotoniin, noradrenaliin ja dopamiin, mis tegelevad näiteks inimese tähelepanu ja motivatsiooni reguleerimisega. (Bremner, 2002)

Sellega seoses tekkis autoril mõte, et kui depressiivsete sümptomite näol on ka mõjutatud aju biokeemiline tasakaal, siis võiks enesetapp olla mõnel juhul ka ajus tekkinud muutuste tagajärg ning surma võiks tõlgendada mitte tahtliku enesetapuna vaid depressiooni tagajärjena. Autori meelest on oluline meele pidada, et vaimse tervise häire korral läbi viidud enesetapud võivad olla ajendatud ka haigushoost, sest aju biokeemiline tasakaal on häiritud ning sel juhul ei pruugi isik üldse teadlik olla, kas ta soovib endalt tegelikult elu võtta või ei. See tähelepanek toetab autori meelest omakorda veelgi seda, et enesetappude määratlemine ja registreerimine on väga keeruline, sest kui enesetapu teinud isiku ajendite hulgas olid näiteks psüühilistele probleemidele ka lisaks kinnipidamisasutusele iseloomulikud ajendid, siis on autori meelest jällegi keeruline selgitada, kas enesetapp oli tahtlik või ei.

Samuti leidis töö autor kahest vaadeldud uuringust, et kui meeskinnipeetavate seas on naistest väga palju rohkem enesetappe, siis naiskinnipeetavate seas on meestest väga palju rohkem enesevigastamist (van Ginneken jt, 2017). Näiteks Hawton jt (2014) uuringust selgus, et naiskinnipeetavad vigastasid end 10 korda rohkem, kui mehed. Ligikaudu 25% naiskinnipeetavatest vigastasid end igal aastal ning meeste puhul vaid 5%. (Hawton jt, 2014) See informatsioon tuli töö autorile üllatusena ning autori meelest oleks vajalik uurida selle nähtuse põhjuseid ja asjaolusid.

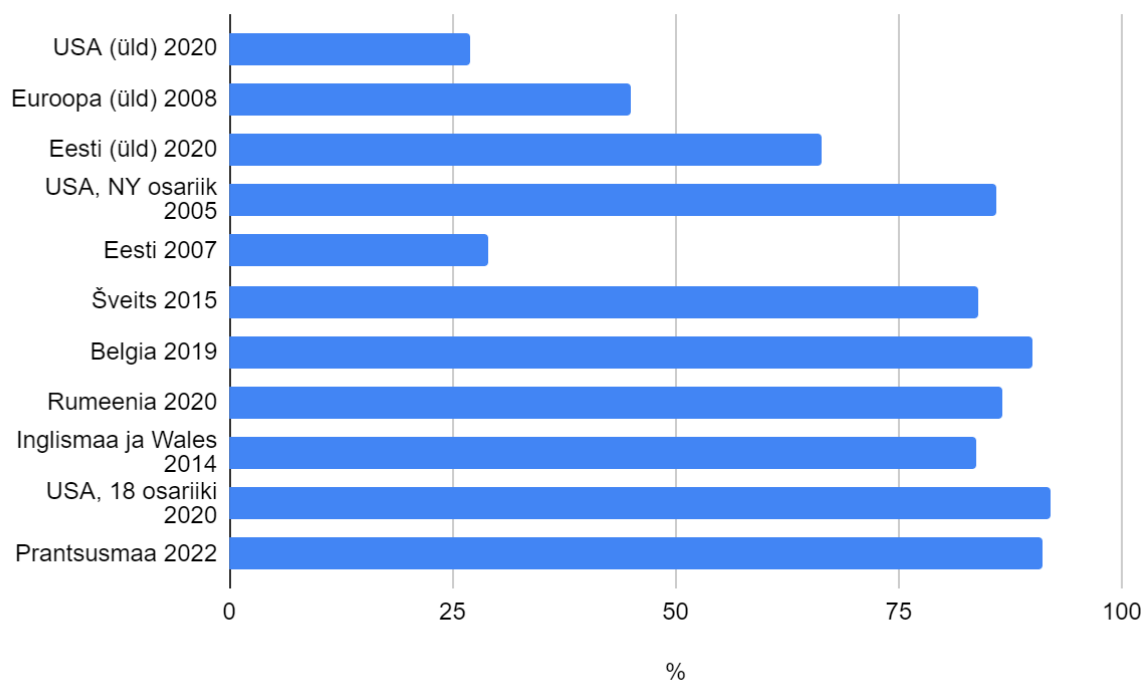
4 TULEMUSED

Selles peatükis on kolm alapeatükki, kus autor vastab töö sissejuhatuses esitatud uurimisküsimustele. Uurimisküsimustele vastab autor olles analüüsinud eelnevalt kirjeldatud uuringuid.

4.1 Kinnipidamisasutustes kasutatavad enesetapu meetodid

Tulemuste osa esimeses alapeatükis vastan uurimisküsimusele - milliseid enesetapu meetodeid kinnipidamisasutustes kasutatakse?

Nagu eelnevalt mainitud, toodi vaid kaheksas uuringus 20-st välja kinnipeetavate kasutatud enesetapu meetodid. Nendest kahes püüti ka selgitada, miks kinnipeetavad teatud meetodi valivad või ei vali. Kõige levinum enesetapu meetod on nende uuringute järgi poomine, mis moodustas viies uuringus üle 90% enesetapu juhtumitest. Kolmes uuringus moodustas poomine üle 80% kõikidest juhtumitest - Rumeenias 86,7%, Inglismaal ja Walesis (2014) 83% ning New Yorki osariigis Ameerika Ühendriikides 86% (Iovu ja Morar, 2020; Hawton jt, 2014; Way jt, 2005). Kaheksa uuringu peale, kus vaadeldi enesetapu meetodid, oli kokku 124 207 enesetappu ning enesetapp sooritati keskmiselt 80,2% poomise teel. Joonisel 1 on näha nende kaheksa uuringu poomiste osakaalu kõikidest enesetappudest võrreldes teises peatükis välja toodud Ameerika Ühendriikide, Euroopa ja Eesti poomiste osakaaluga. Mees- ja naiskinnipeetavate seas olulisi erinevusi meetodite osas välja ei toodud, peamiselt ilmselt selle tõttu, et naiskinnipeetavaid on väga vähe. Samuti ei leidnud autor vanusegruppide ja meetodite vahel seoseid.



Joonis 1. Ameerika Ühendriikide (USA), Euroopa ja Eesti keskmine poomiste osakaal sooritatud suitsiididest võrdluses kasutatud uuringute poomiste osakaaluga sooritatud suitsiididest. (Allikad: Way jt, 2005; Bendi, 2007; Gauthier jt, 2015; Favril jt, 2019; Iovu ja Morar, 2020; Hawton jt, 2014; Dixon jt, 2020; Vanhaesebrouck jt, 2022; Suicide Prevention Resource Center, 2021; Värnik jt, 2008; Värnik, Sisask ja Värnik, 2021)

Poomiseks kasutati peamiselt voodiriideid - näiteks Ameerika Ühendriikides Dixon jt (2020) uuringus kasutati poomisel voodiriideid 71,8% kordadest ning Vanhaesebrouck jt (2022) uuringus 65,4% kordadest (Dixon jt, 2020; Vanhaesebrouck jt, 2022). Samuti võeti kasutusele riided, näiteks paelad ja vööd ning Favril jt (2019) uuringus moodustasid need 35,3% enesetapu juhtumitel kasutatavatest vahenditest (Favril jt, 2019). Lisaks nendele kasutati nõõre, kaableid ja dušikardinat. Dixon jt (2020) uuringust selgus, et 82% kordadel kinnitatakse poomiseks vajaminev vahend narivoodi külge (Dixon jt, 2020). Favril jt (2019) uuringust ilmnas, et sealsed kinnipeetavad kasutasid 67% kordadest kinnitamisel akende ees olevaid trelle (Favril jt, 2019). Vahendi kinnitamiseks poomisel olid kasutusel veel tavalised voodid, aknad, aknalauad, raamaturiiulid, toolid, ukSED, ventilatsioonivad, torud, kraanikausid või wc-potid.

Peale poomise olid veel kasutusel meetodid nagu narkootikumide üledoos, lämbumine, kõrgelt hüppamine, löikehaavad teravast esemest, enese mürgitamine, süütamine, veenide

lõikamine ja tulirelva kasutamine. Nende meetodite sagedus oli kõikides uuringutes alla 10% ning enamustes uuringutes isegi alla 5%. Näiteks Favril jt (2019) uuringu puhul moodustasid kõrgelt hüppamine 2.8%, mürgistus või üledoos 3.6% ning lõikumine 3.2% kõikidest enesetapu juhtumitest (Favril jt, 2019). Dixon jt (2020) uuringus, kus uuriti lisaks kinnipeetavatele ka arreteeritud isikuid, toodi välja, et Ameerika Ühendriikides arreteeritud isikud tegid 52% kordadest enesetapu tulirelvast, kui neil avanes võimalus enne süüdimõistmist tulirelva kasutamiseks (Dixon jt, 2020). Selline enesetappude osakaal võib tuleneda asjaolust, et Ameerika Ühendriikides on tulirelvade omamine ja ostmine avalikult levinud ning väga kättesaadav ning kuna surm läbi tulirelva on üldjuhul kiire, on mõistetav, miks Ameerika Ühendriikides elavad isikud seda meetodit kasutavad (Pallin ja Barnhorst, 2021). Soolisi ning vanuselisi erisusi seoses meetodi valikuga autor ei leidnud, kuid Gauthier jt (2015) uuringust leidis, et kahel korral aset leidnud enese süütamise puhul, mis põhjustas kinnipeetava surma, oli tegemist isikutega välisriikidest, kus enese süütamine oli usulistel ja/või kultuurilistel põhjustel tavaline nähtus (Gauthier jt, 2015).

Põhjuseid, miks ühte või teist meetodit enesetapu sooritamisel kasutatakse või ei kasutata, toodi välja vaid kahes uuringus. Ameerika Ühendriikides Way jt (2005) uuringus moodustas narkootikumide üledoos kõikidest enesetapu meetoditest vaid 8%. Toodi välja, et narkootikumide üledoos on vähe levinud, sest sellest on kõige tõenäolisemalt võimalik elusana välja tulla ning meetodi tõhususe peale ei saa kindel olla. (Way jt, 2005) Sellele vastanduvalt tõi Bendi (2007) oma töös välja, et narkootikumide üledoos on valutu ja lihtne viis enesetapp läbi viia (Bendi, 2007).

4.2 Riskitegurid ja võimalikud ajendid

Tulemuste osa teises alapeatükis vastan uurimisküsimusele - millised on riskitegurid ning võimalikud ajendid?

Riskitegurid ning võimalikud ajendid olid kaetud pea kõikides autori vaadeldud uuringutes. Vaid kahes uuringus, kus keskenduti kinnipidamisasutuse suitsiidimäära võrdlemisele üldpopulatsiooni omaga, ei toodud välja riskitegureid ja võimalikke ajendeid. Tabelist 1 on näha, et uuringute tulemustes oli mitmeid erinevusi, kuid siiski saab välja tuua ka ühiseid tegureid.

Ligikaudu pooltes uuringutes toodi välja, et kinnipeetavate suitsiidiriski rühma kuulub meessoost, vanuses 20-40 eluaastat, vallaline ning madalama haridustasemega (kuni keskharidus) isik. Bird (2008) ja Radeloff jt (2019) uuringutes, kus pöörati tähelepanu ka noorukitele ja eeluurimisvanglatele, toodi välja, et võrreldes vanglaga on eeluurimisvanglas suurema suitsiidiriski all nooremad mehed vanuses 14-24 (Bird, 2008; Radeloff jt, 2019). Võimalike ajenditena toodi välja, et eeluurimisvanglas noored on tihtipeale esimest korda kinnipeetud ning seal on võrreldes vanglaga vähem liikumisvõimalusi, sotsiaalseid programme, väga limiteeritud telefonikasutus ning isiklike asjade omamine, mis kasvatab teadmatust ning lootusetuse ja abituse tunnet. Samuti on mitmed noorukid kinni peetud just narkokuritegudega, mis tõttu on mitmed neist opioididest sõltuvad ja eeluurimisvanglas ei pakuta õiglast võõrutusravi, mis vallandab omakorda depressiooni, ärevuse ja muude vaimsete häirete tõenäosuse kasvu. Šotimaal läbi viidud uuring näitas, et 80% enesetapu sooritanud 15-24. aastastest olid just eeluurimisvanglas või polnud kohtus käinud, kuid vanemate kinnipeetavate suhe samas tingimuses oli vaid 50%. (Bird, 2008)

Aastaaegade ja kuude kohta räägiti uuringutes vähe ning autor sarnasusi ei leidnud. Iovu ja Morar (2020) uuringus toimus kõige rohkem enesetappe aprillis (15%) ning kõige vähem oktoobris (1,7%) (Iovu ja Morar, 2020). Huvitavaks osutus asjaolu, et Opitz-Welke jt (2013) uuringust ilmnes, et kõige kõrgem suitsiidide arv oli jaanuaris ning kõige madalam detsembris, mille põhjuseid oleks kasulik teada, kuna kuud on väga lähestikku aga toimub aastavahetus (Opitz-Welke jt, 2013).

Enamustes uuringutes tuli välja, et tapmise ja seksuaalkuriteoga karistatud isikud olid teistest palju suurema suitsiidiriski all ning need kuriteod olid omased peamiselt täiskasvanutele. Noorukitele olid omased kuriteod lisaks narkokuritegudele ka vargused, mis Radeloff jt (2019) uuringu järgi moodustasid 33,3% noorukite enesetapjate kuritegudest (Radeloff jt, 2019). Way jt (2005) uuringus toodi välja, et 71% kõikidest enesetapu juhtumitest olid isikud, kes viibisid kinnipidamisasutuses vägivaldse kuriteo tõttu (Way jt, 2005). Sellele vastanduvalt tulenes Castelpietra jt (2018) uuringust, et suurim arv enesetapjaid olid süüdi mõistetud varguse, röövi ja uimastitega seotud kuritegudega (Castelpietra jt, 2018). Samuti kerkis ühe suure riskitegurina üles eelnev enesevigastamine ning enne enesetappu tervishoiuosakonna külastamine. Näiteks Vanhaesebrouck jt. (2022) uuringust ilmnes, et 60% enesetappude juhtumitest käisid kinnipeetavad nädal enne enesetapu sooritamist vangla tervishoiuosakonnas, kus neile märgiti üles juhtunud oluline sündmus (näiteks konflikt

kaasvangiga või asutuse töötajaga, muudatus karistuses või probleemid lähisuhetes) (Vanhaesebrouck jt, 2022).

Samuti kerkisid riskiteguritena üles mitme uuringu puhul üksikkongis elamine või liiga karmi süsteemiga asutus. Sel juhul on kinnipeetaval vähem võimalusi sotsiaalseks suhtlemiseks, väike usaldus kinnipidamisasutuse töötajate vastu ning see soodustab omakorda ärevuse ja depressiooni tõusu, mis on võimalikud ajendid suitsiidile. Lisaks toodi mitmes uuringus välja, et enesetapud toimuvad peamiselt vangistuse esimestel kuudel ja aastatel või isegi esimestel nädalatel. Näiteks Vanhaesebrouck jt (2022) uuringust ilmnas, et 11,9% enesetappudest sooritati vähem, kui nädalaga vanglasse saabumise hetkest ning suitsiidimäär oli 6.4 korda kõrgem, kui ülejäänud aja jooksul, mil enesetappe sooritati (Vanhaesebrouck jt, 2022). Iovu ja Morar (2020) uuringus toodi välja, et 56,6% enesetappudest sooritati esimesel vanglasse saabumise nädalal (Iovu ja Morar, 2020). Võimalike ajenditena toodi välja hirm ja kartus kinnipidamisasutuses olemise üle, süütunne ning lootusetus.

Samuti seoti enesetappude tegemist vaimsete häirete esinemisega ning enne enesetappu kinnipeetava ravimikoguse muutmisega. Way jt (2005) uuringust ilmnas, et 40% enesetapu sooritanud isikutest olid diagnoositud isiksushäirega, 44% psühhoosiga ning koguni 84% olid mingil hetkel vangistuse jooksul viibinud kinnipidamisasutuse haigla osakonnas vaimse tervise häire tõttu (Way jt, 2005). Veel käis mitmes uuringus läbi suurte vanglate ja ülerahvastuse halb mõju kinnipeetava sotsiaalsele heaolule ning ühe ajendina toodi välja ka pereliikmete ja lähedaste vähene külastus ning nendepoolne hukkamõistmine.

Kuigi naissoost kinnipeetavate osakaal on väga väike ning naissoost kinnipeetavate enesetapu juhtumite osakaal veelgi väiksem, leiti paarist uuringus ka soolisi erinevusi. Näiteks Opitz-Welke jt (2016) uuringus toodi välja, et naissoost kinnipeetavate enesetappude seas oli tegemist kuritegudega, mis hõlmasid nende sugulasi või lähedasi sõpru. Samuti leiti, et naiste seas oli rohkem võõrutusnähu sümptomeid ning ilma õige ravita olid depressiooni ja ärevuse tasemed kõrgel. Samuti toodi välja, et kuna vanglas on esindatud peamiselt meessugu, siis ei pruugi sealne vaimse tervise osakond olla valmis keskenduma naiste spetsiifilistele vaimse tervise probleemide põhjustele. (Opitz-Welke jt, 2016) Fazeli ja Benningi (2009) uuring kinnitab seda, öeldes, et naistel on kinnipidamisasutusse sisenedes kõrgem risk depressioonile ning vanglas olek võib tõsta nende haavatavust (Fazel ja Benning, 2009).

Tabel 1. Uuringute riskitegurid ja ajendid asukohtade järgi.

Riskitegurid ja ajendid	Riik või piirkond
Esimesed nädalad ja kuud kinnipidamisasutuses.	Inglismaa ja Wales; Belgia; Rumeenia; Prantsusmaa; USA, 18 osariiki
Ülerahvastatus või suur arv kinnipeetavaid.	Saksamaa; Itaalia; Inglismaa ja Wales
Karistus tapmiste või seksuaalkuritegude tõttu.	Saksamaa; Prantsusmaa; Belgia; USA, 18 osariiki
Ebastabiilne ja avalik vangla (töötajate ja kinnipeetavate tihe vahetumine, töötajate vähesus).	Inglismaa ja Wales; Eesti
Eeluurimisvanglas olek.	Saksamaa; Šveits; Šotimaa; Prantsusmaa
Vägivaldne iseloom.	USA, NY osariik; Itaalia
Hiljutised muutused elus ja selle tõttu tervishoiuosakonna külastamine (näiteks hiljutine distsiplinaarne karistus, kinnipeetavate vaheline konflikt, hiljuti saadud negatiivne informatsioon, muudatused keskkonnas, kohtuprotsessile eelnev ja järgnev ooteaeg).	USA, NY osariik; Šveits; Belgia; USA, Virginia osariik; Prantsusmaa; Saksamaa
Ärevuse ja/või depressiooni sümptomid, muutused käitumises (näiteks impulsiivsus).	USA, NY osariik; USA, Virginia osariik; Eesti; Prantsusmaa; Saksamaa
Varasem opioidide kuritarvitamine või nende aktiivne kasutamine.	USA, NY osariik; Šotimaa; USA, Virginia osariik
Vaimse tervise häire olemasolu ja/või psühhiaatrilise häire diagnoos (näiteks isiksushäire, kohanemishäire, psühhoos, skisofreenia)	USA, NY osariik; Šveits; Belgia; Rumeenia; USA, Virginia osariik; Prantsusmaa; USA, New Yorki linn; USA, 18 osariiki; Saksamaa
Eelnev enesetapukatse.	USA, NY osariik; Itaalia; Belgia; Inglismaa ja Wales;
Üksikvangistus ja kõrgem turvalisus (näiteks pidev jälgimine, isoleerimine kaasvangidest, füüsilise aktiivsuse langus).	USA, NY osariik; Prantsusmaa; Belgia; USA, New Yorki linn; USA, Virginia osariik; Inglismaa ja Wales
Vanus üle 30. eluaasta.	Prantsusmaa; Itaalia; Inglismaa ja Wales;
Karistus varguse, röövi või uimastite tõttu.	Itaalia; Saksamaa

Välisriigi kodakondsus või rassiline vähemus.	Itaalia; USA, 18 osariiki
Halvad suhted lähedaste ja elukaaslasega või nende puudumine, nendepoolne hukkamõistmine. Abieluväline suhe.	Eesti; Belgia; Rumeenia; USA, Virginia osariik; Prantsusmaa; USA, 18 osariiki
Vanus alla 30. eluaasta.	Belgia; Rumeenia; Inglismaa ja Wales (naistele keskendunud uuring); USA, 18 osariiki
Kohalikud elanikud.	Prantsusmaa; Belgia
Vanus 14-25. eluaastat.	Šotimaa; USA, New Yorki linn; Saksamaa
Madal haridustase.	Rumeenia; USA, Virginia osariik
Esimene vangistus.	Rumeenia; Saksamaa;
Muudatused ravimites, ravimite kogustes, võõrutusravi alustamine.	USA, Virginia osariik
Suguvõsas varasemalt esinenud enesetapud.	USA, Virginia osariik
Väga pikk või eluaegne vangistus.	Inglismaa ja Wales; Saksamaa
Tugev süütunne kuriteo tõttu, kõrge sotsiaalne taunimine.	Prantsusmaa; Saksamaa; Inglismaa ja Wales
Naistele iseloomulikumat stressiallikad (näiteks igatsus laste ja lähedaste järele, tugevad võõrutusnähu sümptomid, lähedaste vastu toime pandud kuriteod).	Saksamaa; Inglismaa ja Wales
Ühtekuuluvustunde kaotamine, tajutav koormavus ja lootusetus.	Saksamaa

Allikad: (van Ginneken jt, 2017); (Opitz-Welke jt, 2013); (Way jt, 2005); (Duthé jt, 2013); (Castelpietra jt, 2018); (Bendi, 2007); (Gauthier jt, 2015); (Favril jt, 2019); (Bird, 2008); (Iovu ja Morar, 2020); (Folk jt, 2018); (Hawton jt, 2014); (Vanhaesebrouck jt, 2022); (Fazel ja Benning, 2009); (Kaba jt, 2014); (Dixon jt, 2020); (Radeloff jt, 2019); (Opitz-Welke jt, 2016).

4.3 Kinnipidamisasutuste roll enesetappude ennetamisel ja soovitused

Tulemuste osa kolmandas alapeatükis vastan uurimisküsimusele - milline on kinnipidamisasutuste roll enesetappude ennetamisel ja soovitused?

Enesetappude ennetamisele keskendusid kõik 20 vaadeldud uuringut peale ühe uuringu Saksamaal, mille eesmärk oli lihtsalt vanglate suitsiidimäära arengut jälgida (Opitz-Welke jt, 2013). Tabelist 2 on näha, et sarnaselt riskiteguritele ja ajenditele, olid ka uuringute tegijatel erinevaid mõtteid ja ideid ennetusmeetoditeks, kuid mitmed neist ka kattusid.

Kõige enim mainitud ennetusmeetod oli kinnipidamisasutustes töötavate spetsialistide oskuste arendamine enesetappude riskitegurite märkamiseks, mis toodi välja üheksas uuringus. Soovituste seas oli töötajate teadlikkuse tõstmine läbi koolituste ja muu väljaõppe ning enesetappude ja enesetapukatsete korral korralikud järelepärimised. Teadlikkuse tõstmise all mõeldi näiteks oskust märgata riskitegureid ja oskust läheneda kinnipeetavatele ning moodustada nendega sotsiaalne side. Näiteks Ameerika Ühendriikides läbi viidud Folk jt (2018) uuringus toodi välja, et enesetapu juhtumeid oli vähem ajal, kui kinnipeetavaid valvanud valvurid hakkasid üles märkima ärrituvuse, lootusetuse, võõrandumise, psühholoogilise segaduse, depressiivsuse ning psühhootilisuse sümptomeid kinnipeetavate puhul. Samuti oli neid vähem, kui valvurid said informatsiooni enesetapukatsete plaanidest (Folk jt, 2018). Favril jt (2019) uuringust selgus samuti, et sotsiaalne side kinnipeetavate ja kinnipidamisasutuse töötajate vahel on väga oluline. Tõhusamast jälgimisest ja kinnipeetavate kontrollimisest võivad tuleneda väga negatiivsed tagajärjed, kui psühholoogilist tuge töötajate poolt ei ole. Näiteks võivad kinnipeetavad tunda rohkem hirmu ning usalduse puudumist, mille tõttu ei räägi nad ka suitsiidsetest mõtetest, kui need peaksid tekkima. (Favril jt, 2019) Dixon jt (2020) uuringust selgus, et suitsiidsetest mõtetest räägiti peamiselt perele ja kaasvangidele ning ainult 2,7% kordadest kinnipidamisasutuse tervishoiutöötajale, millest võib järeldada, et asutuse töötajate ja kinnipeetavate vahel on märgid usalduse puudumisest (Dixon jt, 2020).

Samuti mainiti viies uuringus, kui oluline on kinnipidamisasutusse tulemisel koheselt teha suitsiidiriski hindamine. Iovu ja Morar (2020) uuringus toodi välja, et kinnipidamisasutusse sisenedes tehtav suitsiidiriski hindamine on esimene samm selleks, et rakendada riski all olevatele kinnipeetavatele tavapärasest teistsugused meetmed - näiteks suunata nad vaimse tervise õe vastuvõttudele, jälgida rohkem ning hoida sotsiaalsust asutuse töötajate ja teiste kinnipeetavatega (Iovu ja Morar, 2020). Samuti on alguses tegutsemine oluline, sest mitme uuringu tulemused näitasid, et enesetapud toimuvad just vangistuse esimestel nädalatel või kuudel. Iovu ja Morar (2020) uuringust selgus, et 56,6% enesetapu juhtumitest toimusid vangistuse esimesel nädalal (Iovu ja Morar, 2020). Nagu ka eelnevalt mainitud, tuli Vanhaesebrouck jt (2022) uuringust välja, et 11,9% enesetappudest pandi toime vähem, kui

nädalaga kinnipidamisasutusse minemisel (Vanhaesebrouck jt, 2022). Ameerika Ühendriikides läbi viidud Dixon jt (2020) uuringust tulenes samuti, et esimestel nädalatel ja kuudel toime pandud enesetappe on võimalik ennetada tehes kindlaks, et kinnipeetud ei ole opioidide mõju all või tugevate võõrutusnähtudega, sest need võivad võimendada depressiooni ja stressi tekkimist (Dixon jt, 2020).

Samuti toodi viies uuringus välja kinnipeetavate keskkonna tugevdamine, et vältida enesetapumeetodite kättesaadavust ja letaalsust. Ameerika Ühendriikides Way jt (2005) uuringus toodi välja, et kinnipeetavate kasutusest tuleks eemaldada näiteks poomist võimaldavad vahendid (eemaldatavad linad, paelad, võöd jne) (Way jt, 2005). Samuti on äärmiselt oluline teha kinnipeetavate ruumid turvalisemaks. Näiteks Gauthier jt (2015) uuringust tuli autorile ehmatava asjaoluna välja, et ligi 72% enesetappude juhtumitest, kus kasutati poomise meetodit, olid ohvrid kontaktis põrandaga (näiteks istusid, põlvitasid või lamasid) (Gauthier jt, 2015). See näitab, et poomise võimaldamiseks ei ole sugugi vaja kõrgemat kohta, kuhu vajalik vahend kinnitada. Ka Fazel jt (2005) uuringus toodi välja, et poomise vahendi kinnitamiseks sobivad kohad tuleks kinnipeetavate ruumidest ära kaotada (Fazel jt, 2005). Dixon jt (2020) uuringus anti järgmisi soovitusi - vähendada naride kasutust ning vooditele rakendada kinnised ja tugevad voodiplaadid ja hoida need nii madalal, kui võimalik (Dixon jt, 2020).

Keskkonna tugevdamise all toodi mitmes uuringus välja ka üksikvangistuse ära hoidmine, et kinnipeetavad saaksid elada mitmekesi kambris või ühisruumis. Dixon jt (2020) uuringus toodi välja, et üksikvangistuse puhul on kinnipeetavatel rohkem privaatsust ja vähem ohtu teiste poolseks sekkumiseks, mis annab soodsa olukorra enesetapu toime panemiseks (Dixon jt, 2020). Way jt (2005) uuringus toodi välja maksimaalse karistusega kinnipidamisasutuse süsteem, kus on kinnipeetavad, kes on eriti ohtlikud endale, kaaskinnipeetavatele või töötajatele. Sealgi tõdeti, et võimalusel oleks hea paigutada kinnipeetavad kasvõi kahestesse ruumidesse ning tõsta antud osakonna jälgimise sagedust ja taset. (Way jt, 2005)

Samuti kerkis esile soovitus, et vaimse tervise häirega isikud peaks eraldama teistest kinnipeetavatest, suunates nad asutuse tervishoiuosakonda ja hoidma suurema jälgimise all või suunama nad kinnipidamisasutuste asemel hoopis meditsiinikeskustesse. Näiteks Favril jt (2019) uuringus selgus, et 20% kõikide enesetapu juhtumite puhul oli tegemist vaimselt haigete kinnipeetavatega, kes moodustasid kõigest 8% kõikide uuritud vanglate populatsioonist (Favril jt, 2019). Iovu ja Morar (2020) rõhutasid oma töös, et enne

kinnipidamisasutusse sisenemist tuleks raskete kuritegudega ja vaimse tervise häirega kinnipeetavad eraldada teistest kinnipeetavatest (Iovu ja Morar, 2020). Fazel jt (2005) uuring toetas omakorda seda väidet lisades, et vaimse tervise häirega kinnipeetavad peaksid kindlasti pälvima rohkem tähelepanu, juhendamist ning kättesaadavust psühhiaatrilise abi teenustele (Fazel jt, 2005). Nii Dixon jt (2020) kui ka Kaba jt (2014) uuringutes, mis viidi mõlemad läbi Ameerika Ühendriikides, soovitati, et vaimse tervise häirega kinnipeetavad peaksid kindlasti hoiduma üksikvangistusest ning kui nad ei osuta ohtu kaaskinnipeetavatele, peaks neile kindlasti võimaldama eluaset teistega koos (Dixon jt, 2020; Kaba jt, 2014).

Veel mainiti võimaliku enesetappude ennetusmeetodina sagedaste suitsiidiriski hindamiste tegemine. Näiteks kui kinnipeetava elus on toimunud oluline sündmus (konflikt kaasvangiga, muudatused karistuses, vanglatöö kaotus jne) (Vanhaesebrouck jt, 2022). Vanhaesebrouck jt (2022) uuringust selgus, et 60% enesetapu juhtumite korral oli kinnipeetav nädal enne enesetapu sooritamist külastanud tervishoiuosakonda ning märgitud oli tema jaoks aset leidnud oluline sündmus (Vanhaesebrouck jt, 2022). Ka Way jt (2005) uuringust selgus, et 41% enesetapu juhtumitest oli kinnipeetav varasema kolme päeva jooksul käinud mingisugusel kliinilisel teenusel kinnipidamisasutuse tervishoiuosakonnas ning selle käigus ei tuvastatud kõrget suitsiidiriski (Way jt, 2005). Ka Favril jt (2019) uuringus toodi välja, et suitsiidiriski hindamist tuleks teha iga kord, kui kinnipeetava keskkond või tingimused muutuvad (näiteks enne ja pärast kohtuistungit või vangistuse muudatuste korral) (Favril jt, 2019).

Kinnipidamisasutuste suitsiidiennetusprogrammi loomisel tuleks arvestada kinnipeetavate iseloomuomaduste ja eripäradega, mis eristavad neid üldpopulatsioonist (Castelpietra jt, 2018). Näiteks Duthe jt (2013) uuringus tõdeti, et ennetusprogrammid peaksid olema üles ehitatud keskendudes sellele, et kinnipeetavad on juba algselt kõrge suitsiidiriskiga ning psühholoogiline jälgimine peaks olema priorieet. Samuti tuleks uurida sotsiaalse isoleerituse efekte, mis kinnipeetavaid mõjutavad. (Duthe jt, 2013)

Samuti toodi välja kättesaadavus õigele ja õiglasele ravile vaimse tervise häire või võõrutusnähtude korral kinnipeetavatele. Nagu eelnevalt mainitud, toodi Dixon jt (2020) uuringus välja, et võõrutusnähud võivad tekitada depressiooni ning stressi suurenemist ja selle vältimiseks on vaja meditsiiniliselt korrektset ravi (Dixon jt, 2020). Samuti toetab seda Folk jt (2018) uuring, kus leiti, et enesetapu juhtumeid oli vähem kinnipeetavate seas, kes käisid

regulaarselt vaimse tervise häire osas vastuvõttudel ning võtsid psühhotroopseid ravimeid (Folk jt, 2018).

Lisaks toodi välja olulisus panna enesevigastajad suurema tähelepanu alla, mida rõhutati näiteks Euroopas läbi viidud Hawton jt (2014) ja Ameerika Ühendriikides läbi viidud Folk jt (2018) uuringutes (Folk jt, 2018; Hawton jt, 2014). Hawton jt (2014) uuringus toodi välja, et 53% enesetapu juhtumitest oli sama isiku poolt viimase kuu aja jooksul toime pandud enesevigastamine (Hawton jt, 2014). Way jt (2005) uuringus selgus, et 52% enesetapu sooritanutest olid eelnevalt toime pannud enesetapukatse (Way jt, 2005). Samuti on oluline teada kinnipeetavate tausta ja ajalugu. Näiteks Folk jt (2018) uuringus tõdeti, et enesetapu juhtumeid oli rohkem nende kinnipeetavate seas, kelle varasemast suitsiidsest käitumisest või vaimse tervise alast ravist ei olnud teadlik (Folk jt, 2018).

Veel mainiti paaris uuringus ära sugulaste sagedasem külastamine ning kinnipidamisasutuse poolne peresuhete hoidmine. Näiteks Duthe jt (2013) uuringust selgus, et enesetapu sooritanud kinnipeetavate seas oli lähedaste ja tuttavate poolne külastamine palju harvem, kui teiste kinnipeetavate seas (Duthe jt, 2013). Samuti toodi paaris uuringus välja ravimite kuhjumise ärahoidmine kinnipeetavale. Näiteks Gauthier jt (2015) märkisid oma töös, et rohtude võtmine peaks olema ilmtingimata jälgitud, et neelatakse koheselt ja õiget rohtu, mis aitab ennetada üledoose (Gauthier jt, 2015).

Vanuse ja soo spetsiifilisust arvestades erilisi soovitusi enesetappude ennetamiseks uuringutes välja ei toodud. Radeloff jt (2019) uuringus, kus kõige noorem uuringus osaleja oli 14. aastane, toodi välja, et noortele kinnipeetavatele peaks rohkem rõhku panema jälgimise ja suitsiidiriski hindamise osas siis, kui nad paigutatakse täiskasvanute vanglasse, kus on tihtipeale karmimad tingimused. Eriti hoolikalt peaks noori jälgima siis, kui tegu on nende esimese kinnipidamisega. (Radeloff jt, 2019) Mees- ja naissugu arvestades ei leitud samuti erilisi erisusi, sest enamikud uuringud keskendusid siiski meessoost vangidele ning naissugu oli vähe esindatud. Siiski toodi Opitz-Welke jt (2016) uuringus välja, et vaimse tervise ravi kinnipidamisasutustes ei pruugi olla naiste spetsiifilistele vajadustele sobiv, kuna naised on nii vähesel määral esindatud, ning seda tuleks kindlasti arendada. Välja toodi näiteks posttraumaatilise stressihäire soopõhiseid erinevusi ja sümptomeid, mis võivad kinnipidamisasutuse vaimse tervise valdkonna töötajatel märkamatuks jääda. (Opitz-Welke jt, 2016)

Tabel 2. Uuringutes soovitatud ennetusmeetodid asukohtade järgi.

Soovitatud ennetusmeetodid	Riik või piirkond
Kinnipidamisasutustes töötavate spetsialistide oskuste arendamine, et märgata riskitegureid. (näiteks koolitused, muu väljaõpe, järelepärimised).	Inglismaa ja Wales; Prantsusmaa; USA, NY osariik; Eesti; Šveits; Rumeenia; USA, Virginia; USA, 18 osariiki; Saksamaa
Töötajate ja kinnipeetavate vaheline sideme loomine, et kasvaks usaldus.	Eesti; Belgia; Rumeenia
Esmane suitsiidiriski hindamine.	Belgia; Šotimaa; Rumeenia; USA, 18 osariiki; Saksamaa; Prantsusmaa
Kinnipeetavate keskkonna tugevdamine.	USA, NY osariik; Šveits; Inglismaa ja Wales; USA, 18 osariiki
Vaimse tervise häirega isikud tuleks eraldada teistest, suunates nad tervishoiuosakonda ja hoidma suurema jälgimise all.	Belgia; Rumeenia; USA New Yorki linn
Sagedaste suitsiidiriski hindamiste tegemine.	Belgia; Inglismaa ja Wales; Prantsusmaa
Suitsiidiennetusprogrammi loomisel kinnipeetavate eripäradega arvestamine.	Prantsusmaa; Itaalia; Šveits; Belgia
Õige ja õiglane ravi vaimse tervise häire või võõrutusnähtude korral	USA, NY osariik; Šveits; Belgia; USA, Virginia; Inglismaa ja Wales; USA, 18 osariiki
Enesevigastajad suurema tähelepanu alla.	Inglismaa ja Wales
Lähedaste sagedasem külastamine ja kinnipidamisasutuse poolne peresuhete hoidmine.	Prantsusmaa; Eesti
Noorte jälgimine, kui nad on täiskasvanute vanglas.	Saksamaa
Naistele spetsiifiliselt sobiv vaimse tervise ravi.	Saksamaa

Allikad: (van Ginneken jt, 2017); (Fazel jt, 2010); (Duthé jt, 2013); (Way jt, 2005); (Castelpietra jt, 2018); (Bendi, 2007); (Gauthier jt, 2015); (Favril jt, 2019); (Bird, 2008); (Iovu ja Morar, 2020); (Folk jt, 2018); (Hawton jt, 2014); (Fazel jt, 2005); (Fazel ja Benning, 2009); (Kaba jt, 2014); (Dixon jt, 2020); (Radeloff jt, 2019); (Opitz-Welke jt, 2016); (Vanhaesebrouck jt, 2022)

5 ARUTELU

Käesoleva metaanalüüsi tulemustest on näha, et erinevate riikide uuringute tulemused autori esitatud uurimisküsimuste puhul peamiselt kattusid, kuid esines ka mitmeid erinevusi. Kaheksa uuringut, mis tõid välja enesetapu meetodid, olid sarnaste andmetega ning leiti, et levinum enesetapu meetod kinnipidamisasutustes on poomine. Ka teooria osas käsitletud Euroopa ja Eesti üldpopulatsiooni levinum enesetapu meetod on poomine, millest võib järeldada, et poomise meetod ei ole kinnipidamisasutustele kuidagi spetsiifiliselt erinev. Siiski on Joonisel 1 näha, et võrreldes üldpopulatsiooniga on kinnipidamisasutustes poomiste osakaal suurem, kuid autori arvates on see selle tõttu, et väljaspool kinnipidamisasutust on isikutel rohkem erinevaid võimalusi enesetappude sooritamiseks, mille tõttu jaguneb üldpopulatsioonis meetodite protsentuaal kitsamate vahedega. Samuti toetab uuringute tulemusi poomise meetodi osas Anasseril (2006) artikkel, mille autor tõi välja töö teises peatükis ning mis ütleb, et enamik enesetappudest kinnipidamisasutustes viiakse läbi poomise teel (Anasseril, 2006).

Mõningate näidetega käsitletud uuringutest toob autor välja ka riskitegurite ja ajendite puhul tekkinud seosed teises peatükis välja toodud Maailma Terviseorganisatsiooni hinnangutega. Näiteks, et kõrgema suitsiidiriski rühma kuuluvad isikud on tihti eeluurimisvanglas (sarnaneb Bird (2008) uuringus leituga), varasemate enesetapukatsete ajalooga (sarnaneb nii USA-s läbi viidud Way jt (2005) uuringus kui ka Euroopas Castelpietra jt (2018) uuringus leituga), vallalised ning esimest korda kinni peetud (sarnaneb Iovu ja Morar (2020) uuringus leituga) (Sisask ja Värnik, 2005). Samuti tekkis seos selle vahel, et kriitiline enesetapu sooritamise aeg on esimesed kinnipidamisasutuses oldud päevad ja nädalad, mis esines nii USA-s Dixon jt (2020) uuringus kui ka Euroopas Iovu ja Morar (2020) uuringus. Ka võimalikud ajendid kattusid Maailma Terviseorganisatsiooni pakututega, näiteks olulised sündmused kinnipeetava elus (konfliktid, negatiivsed uudised jne) (sarnaneb nii USA-s läbi viidud Way jt (2005) uuringus kui ka Euroopas Gauthier jt (2015) uuringus leituga), eluruumi suurus (sarnaneb Folk jt (2018) uuringus leituga) ja suhted lähedastega (sarnaneb Bendi (2007) uuringus leituga). Uuringute tulemustest ja Maailma Terviseorganisatsiooniga öeldust kattus ka tõdemus, et kinnipeetavate isoleerimine ja seega sotsiaalse suhtluse puudumine tekitab ärevust ja stressi, mis võib omakorda viia vaimse tervise häire tekkimiseni. (Sisask ja Värnik, 2005)

Enesetappude ennetamise puhul märkas autor väga mitut seost teises peatükis välja toodud Maailma Terviseorganisatsiooni öelduga. Näiteks leiti, et kui vanglakaristust kandma hakkav isik omab psüühilisi iseärasusi, siis suure tõenäosusega need probleemid süvenevad vangistuse jooksul veelgi (Sisask ja Värnik, 2005). Nii mõnigi autori vaadeldud uuring tõi enesetappude ennetamise olulisuse juures välja, et kinnipeetavad saaksid kinnipidamisasutuses asjakohast ravi ja hoolt ning Maailma Terviseorganisatsiooni öeldust võib järeldada, et tegemist on tõesti olulise ennetusmeetodiga. Samuti tekkis Maailma Terviseorganisatsiooni öeldu ja uuringutest leitud ennetusmeetodite vahel seos, et äsja vastu võetud kinnipeetava puhul on väga oluline teha koheselt suitsiidiriski hindamine ning esmane läbivaatus. Samuti kajastus uuringutes sarnaselt Maailma Terviseorganisatsiooniga, et riskihindamisi tuleb teha tihedamini ka hiljem, et kinnipidamisasutuse personal oleks teadlik riskiteguritest ning omaks oskust neid märgata. (Sisask ja Värnik, 2005)

Autor tõi tulemuste peatükis välja ühe riskitegurina selle, et kinnipeetav võib olla kõrgema suitsiidiriski all, kui ta on toime pannud vägivaldse kuriteo või on lihtsalt vägivaldse iseloomuga. Töö autor leidis, et sellel riskiteguril võiks olla positiivne seos Sigmund Freudi enesetapu määratlusega, mille autor tõi välja töö esimeses peatükis. Freud järgi on enesetapp äärmuslik väljendus enda vastu pööratud vihale, kui tegelikult soovitakse vihata ning tappa kedagi teist, aga agressiivsus pöörduv enesele tagasi (Minois, 2004). Kuna kinnipeetavad, kes on vägivaldsema loomuga ning kelle kuriteod on vägivaldse sisuga, soovivad oma viha suunata kellelegi teisele, siis autori arvates toetab see riskitegur Freudi määratlust. See autori loodud seos võiks autori meelest kindlasti toetada tööd ennetusstrateegiate osas, sest pöörates vägivaldsete kuritegudega ja/või vägivaldsema loomuga isikutele rohkem tähelepanu suitsiidiriski hindamise osas, võiks nii mõnegi enesetapu ennetada.

Autor leidis töö kolmandas peatükis, et naiskinnipeetavatel on võrreldes meeskinnipeetavatega tunduvalt suurem kalduvus enesevigastamisele. Siinkohal on autoril mitu mõtet, miks Hawton jt (2014) ja van Ginneken jt (2017) uuringutes sellised tulemused leiti (Hawton jt, 2014; van Ginneken jt, 2017). Nagu autor töö tulemustes välja tõi, on enesetapu juhtumite seas peamiselt tapmiste ja seksuaalkuritegude eest karistatud isikud. Kui kõrgema suitsiidiriski all on raskemate kuritegudega isikud, siis võib olla tõenäoline, et naiskinnipeetavad sooritavad vähem enesetappe, sest nende seas on vähem isikuid, kes on toime pannud raskeid kuritegusid. Siiski ei seleta see, miks naiskinnipeetavad rohkem enesetapukatseid teevad. Autori arvates võiks üks selgitus olla, et naiskinnipeetavad on võrreldes meeskinnipeetavatega rohkem aldis otsima abi ja tuge oma vaimse tervise

toetamiseks. Samuti võivad nad rohkem rääkida tunnetest ja emotsioonidest, mis neid valdavad. Mackenzie jt (2006) uuringust, kus sooviti uurida vaimse tervise teenuste alakasutust vanuse ja soo lõikes ning abi otsijate hoiakute mõju, tuli välja, et üldpopulatsioonis oli naistel suurem kavatsus otsida vajadusel abi vaimse tervise spetsialistidelt, kui meestel ning põhjuseks arvati olevat, et naistel on positiivsem suhtumine psühholoogilise avatuse suhtes (Mackenzie jt, 2006).

Autor täheldas ka, et kõikide analüüsitud uuringute puhul põhinesid tulemused peamiselt meeste andmetel. Isegi, kui tegu oli segavanglatega, oli meeste arv kinnipeetavate seas ülekaalus üle 90%. Arvestades käesoleva töö teoreetilises pooles kirjeldatuga, et Maailma Terviseorganisatsiooni sõnul on suurema suitsiidiriski all just meesterahvad, tekkis autoril mõtte, et kui vangide arv oleks meeste ja naiste vahel võrdne või võrdsem, kas sel juhul oleks ka suitsiidiriski hinnang soo lõikes teistsugune? Siiski, arvestades töö esimeses peatükis välja toodud teavet, et nii Ameerika Ühendriikides, Euroopas kui ka Eestis on üldpopulatsioonis meeste enesetappude arv kordades levinum, kui naiste enesetappude arv, siis ei pruugi ka kinnipidamisasutustes see suhe muutuda. Küll aga oleks autori meelest huvitav teada saada, kas kinnipidamisasutustes võrdse soolise osakaalu puhul enesetappude dünaamika muutuks või ei. Kindlasti võiksid muutuda riskitegurid ning meetodid, kui mõlemad sood oleksid võrdselt kinnipidamisasutustes esindatud. Seda on aga keeruline välja selgitada, kuna naised on loomult vähem agressiivsed, kui mehed ning seega satuvad kordades vähem kinnipidamisasutustesse. Autorile jääb mulje, et Maailma Terviseorganisatsiooni andmed, antud metaanalüüsis vaadeldud uuringud ja paljud teised avalikult kättesaadavad materjalid, mis käsitlevad kinnipidamisasutustes toimuvaid suitsiide, on tugevalt mõjutatud soogruppidest.

Autori arvates oleks käesolev metaanalüüs võinud koosneda rohkematest uuringutest, kui ainult 20. Kuid otsides sobivaid uuringuid pani autor tähele, et sattus erinevates andmebaasides samade uuringute peale ning samuti kattusid uuringud viitamistel, mis näitab, et empiirilisi uuringuid enesetappude kohta kinnipidamisasutustes on tõesti vähe tehtud või on siinkohal tegemist avaldamiskaldega, mis on samuti metaanalüüside üks mõjutajaid. Avaldamiskalde puhul on mõeldud seda, et metaanalüüsid piirduvad enamasti ainult avalikult avaldatud töödega.

Käesoleva töö teemat edasi uurides sooviks autor keskenduda naiskinnipeetavatele, et saada teada nende enesetappude dünaamika erinevustest meestega või naiste üldpopulatsioonile,

sest ka üldpopulatsioonis on meeste suitsiidimäär naiste omast mitmes riigis üle maailma kõrgem ning autori arvates oleks vajalik ja informatiivne uurida naiste spetsiifilisusi enesetappude osas. Üks riik, mis autorile huvi pakuks, on Korea vabariik, kus on 2019. aasta andmetel võrreldes teiste riikidega naiste suitsiidimäär väga kõrge - 14.6 100,000 inimese kohta. Korea vabariigi puhul oleks huvitav teada saada, millised nüansid ja faktorid sealseid naiste enesetappe mõjutavad. Teisel kohal asub Leedu, mis on Eesti naaberriik, kus suitsiidimäär on 8.6 100,000 inimese kohta ning seejärel on riikide suitsiidimäärade vahed juba palju väiksemad. (Suicide rates, 2019) Hoolimata sellest, et autor sooviks samal teemal edasi uurides keskenduda naiskinnipeetavatele, jäi autor ka käesoleva uuringu tulemustega väga rahule, kus olid esindatud peamiselt meeskinnipeetavad. Kui autor uuriks edasistes uuringutes meeskinnipeetavaid, võiks kindlasti kirjeldada ja võrrelda kinnipidamisasutuste tingimusi ning nende mõju kinnipeetavatele. Autor arvab, et erinevates maailmajagudes võivad kinnipidamisasutuste tingimused väga suurel määral erineda ning seega ka erinevalt mõjuda. Samuti võiks uuringusse kaasata kinnipidamisasutusse sattumisele eelnenud aja, näiteks, et millistel inimgruppidel on kõrgendatud risk vanglasse sattumise osas ning miks.

KOKKUVÕTE

Käesoleva töö eesmärk on välja selgitada, milline on kinnipidamisasutuses sooritatud enesetappude dünaamika nii Ameerika Ühendriikide kui ka Euroopa mõistes. Autor valis töö meetodiks metaanalüüsi, et saada laiem ülevaade esitatud uurimisküsimuste osas ning näha, kas uuringutes välja toodud riikide vahel on suuri erinevusi ja sarnasusi. Autor esitas kolm uurimisküsimust.

Esimeses küsimuses otsis autor vastust sellele, millised enesetapu meetodeid kinnipidamisasutustes kasutatakse. Autor leidis, et peaaegu kõikide enesetappude meetod oli poomine. Teises küsimuses otsis vastust, millised on riskitegurid ja võimalikud ajendid enesetappude tegemisele. Autor leidis, et tegureid ning ajendeid oli uuringute lõikes küllaltki suur arv, kuid peamiste riskiteguritena toodi välja meessugu, vallaline perekonnaseis, tapmise või seksuaalkuriteoga seotud karistus ning vähene sotsiaalsus kinnipidamisasutuses. Kolmandas küsimuses otsis autor vastust, milline on kinnipidamisasutuste roll enesetappude ennetamisel ja millised on soovitused. Samuti leidis autor mitmeid erinevaid vastuseid, kuid neist levinumad olid kinnipidamisasutuses töötavate spetsialistide oskuste arendamine enesetappude riskitegurite märkamiseks ning kinnipeetavatega sotsiaalse sideme loomiseks ja suitsiidiriski hindamiste tegemised vangistuse alguses ja esimestel kuudel ning suitsiidiriski määramise korral vastavate meetmete rakendamine.

Käesoleva töö tulemused näitavad, et hoolimata kinnipidamisasutuse suurusest, tüübist ja sellest, kas see asub Ameerika Ühendriikides või Euroopas, on enesetappudega kaasas käivad asjaolud peamiselt siiski väga sarnased. Nende tulemuste kasutamisel võiksid kinnipidamisasutused vähendada asutuse sisest suitsiidiriski, võttes kasutusele uusi ennetusmeetodeid, jälgides riskitegureid ning kõrvaldades ajendeid ja võimalikke vahendeid enesetapu sooritamiseks. Samuti võiksid autori meelest kinnipidamisasutustes ja/või riigi ametlikes terviseandmete infosüsteemides olla andmed enesetappude kohta võimalikult korrektselt ja võrreldavalt sisestatud. Hetkel on keeruline nii uuringu tegijatel kui ka kindlasti üldpopulatsiooni statistika tegijatel ning selleks võiks autori meelest näiteks luua ülemaailmne enesetappude tuvastamise ja andmete märkimise süsteem. Autori arvates on oluline, et kokku lepitakse enesetappudega seotud definitsioonides, määratlustes ning asjaoludes, mille alusel surmasid registreeritakse.

Autori arvates võiks tööd edasi arendada sel viisil, et teha mõne kõrge suitsiidimääraga kinnipidamisasutuses antud töö tulemuste põhjal muudatusi ning hiljem teha järelpärimine, kas suitsiidimääras toimus muudatusi.

KASUTATUD KIRJANDUS

Aebi, F. M., ja Tiago, M. M. (2021). *SPACE I - 2020. Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations*. Strasbourg: Council of Europe.

Anasseril, E. (2006). Preventing Suicide in Prison: A Collaborative Responsibility of Administrative, Custodial and Clinical Staff. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 34(2), 165-75.

Annual report. Suicide. (2019). Multiple Cause of Death Files. *America's Health Rankings analysis of CDC WONDER*. Kasutatud 19.02.2022, <https://www.americashealthrankings.org/explore/annual/measure/Suicide/state/ALL>.

A visualized overview of global and regional trends in the leading causes of death and disability 2000-2019. (2022). *World Health Organization*. Kasutatud 25.04.2022, <https://www.who.int/data/stories/leading-causes-of-death-and-disability-2000-2019-a-visual-summary>

Bendi, M. (2007). *Enesetapud vanglas: riskitegurid ja ennetamine*. Lõputöö. Sisekaitseakadeemia. Justiitskolledž.

Bird, S. (2008). Changes in male suicides in Scottish prisons: 10-year study. *British Journal of Psychiatry*, 192(6), 446-449.

Bremner, J. (2002). Structural Changes in the Brain in Depression and Relationship to Symptom Recurrence. *CNS Spectrums*, 7(2), 129-139. doi:10.1017/S1092852900017442

Carson, A. E., Mueller, S., Zeng, Z. (2021). *Mortality in State and Federal Prisons, 2001-2018 - Statistical Tables*. Bureau of Justice Statistics. Office of Justice Programs. U.S. Department of Justice. Washington, D.C.

Castelpietra, G., Egidi, L., Caneva, M., Gambino, S., Feresin, T., Mariotto, A., Balestrieri, M., De Leo, D. ja Marzano, L. (2018). Suicide and suicides attempts in Italian prison epidemiological findings from the “Triveneto” area, 2010–2016. *International Journal of Law and Psychiatry*, 61, 6-12.

Death due to suicide, by sex. (2021). Eurostat. Kasutatud 19.02.2022, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/TPS00122_custom_2184814/default/table?lang=en.

Dixon, K., Ertl, A., Leavitt, R., Sheats, K., Fowler, K. ja Jack, S. (2020). Suicides Among Incarcerated Persons in 18 U.S. States: Findings From the National Violent Death Reporting System, 2003–2014. *Journal of Correctional Health Care*, 26(3), 279-291.

Durkheim, E. (1952). *Suicide: A study in sociology*. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.

Duthé, G., Hazard, A., Kensey, A. ja Pan Ké Shon, J. (2013). Suicide among male prisoners in France: A prospective population-based study. *Forensic Science International*, 233(1-3), 273-277.

Enesetappude ennetamine: globaalse tähtsusega ülesanne. (2021). Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituut (ERSI). Maailma Terviseorganisatsioon. Tallinn.

Favril, L., Wittouck, C., Audenaert, K. ja Vander Laenen, F. (2019). A 17-Year National Study of Prison Suicides in Belgium. *Crisis*, 40(1), 42-53.

Fazel, S. ja Benning, R. (2009). Suicides in female prisoners in England and Wales, 1978–2004. *British Journal of Psychiatry*, 194(2), 183-184.

Fazel, S., Benning, R. ja Danesh, J. (2005). Suicides in male prisoners in England and Wales, 1978–2003. *The Lancet*, 366(9493), 1301-1302.

Fazel, S., Grann, M., Kling, B. ja Hawton, K. (2010). Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003–2007. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(3), 191-195.

Ferrari, A., Norman, R., Freedman, G., Baxter, A., Pirkis, J., Harris, M., Page, A., Carnahan, E., Degenhardt, L., Vos, T. ja Whiteford, H. (2014). The Burden Attributable to Mental and Substance Use Disorders as Risk Factors for Suicide: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS ONE*, 9(4), e91936.

Folk, J., Loya, J., Alexoudis, E., Tangney, J., Wilson, J. ja Barboza, S. (2018). Differences between inmates who attempt suicide and who die by suicide: Staff-identified psychological and treatment-related risk factors. *Psychological Services*, 15(3), 349-356.

Gauthier, S., Reisch, T. ja Bartsch, C. (2015). Swiss Prison Suicides Between 2000 and 2010. *Crisis*, 36(2), 110-116.

Harding, A. (2009). Edwin Shneidman. *The Lancet*, 374(9686), 286. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61354-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61354-4)

Hawton, K., Linsell, L., Adeniji, T., Sariaslan, A. ja Fazel, S. (2014). Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. *The Lancet*, 383(9923), 1147-1154.

Suicide rates. (2019). Health status. OECD Data. Kasutatud 28.04.2022, <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.ht>

Iovu, M-B. ja Morar, I. M. (2020). Suicide in Romanian Prisons: A 6-Year Retrospective Study. *Revista de Asistentă Socială*, 4, 73-83.

Iverson, K., Haring, L., Sööt, M. L., ja Tamm, K. (2019). *Õigusrikkujate vaimse tervise häirete uuring*. Justiitsministeerium. (English Translation: The Study of Mental Health Disorders of Offenders. Ministry of Justice).

Juhised arstidele surma põhjuse teatise täitmiseks. (i.a). *Tervise Arengu Instituut*. Kasutatud 14.03.2022,

https://www.tai.ee/sites/default/files/2021-03/Juhised_arstidele_surma_pohjuste_teatiste_taitmiseks2019.pdf

Kaba, F., Lewis, A., Glowa-Kollisch, S., Hadler, J., Lee, D., Alper, H., Selling, D., MacDonald, R., Solimo, A., Parsons, A. ja Venters, H. (2014). Solitary Confinement and Risk of Self-Harm Among Jail Inmates. *American Journal of Public Health*, 104(3), 442-447.

Lord, V. (2004). *Suicide by cop: Inducing Officers to Shoot. Practical Direction for Recognition, Resolution and Recovery*. Flushing, NY: Looseleaf Law Publications.

Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L. ja Knox, V. J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging and mental health*, 10(6), 574-582.

Means of Suicide. (2021). *Suicide Prevention Resource Center*. Kasutatud 26.04.2022, <https://sprc.org/scope/means-suicide>

Minois, G. (2004). *Suitsiidi ajalugu*. Tallinn: Olion.

Opitz-Welke, A., Bennefeld-Kersten, K., Konrad, N. ja Welke, J. (2016). Prison suicide in female detainees in Germany 2000–2013. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 44, 68-71.

Opitz-Welke, A., Bennefeld-Kersten, K., Konrad, N. ja Welke, J. (2013). Prison suicides in Germany from 2000 to 2011. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(5-6), 386-389.

Pallin, R., ja Barnhorst, A. (2021). Clinical strategies for reducing firearm suicide. *Injury epidemiology*, 8(1), 1-10.

Puumets, A. 1987. *Eesti Nõukogude Entsüklopeedia. 2. köide*. Tallinn: Valgus.

Puumets, A. 1995. *Eesti Entsüklopeedia. 8. köide*. Tallinn: Eesti Entsüklopeediakirjastus.

Radeloff, D., Stoeber, F., Lempp, T., Kettner, M. ja Bennefeld-Kersten, K. (2019). Murderers or thieves at risk? Offence-related suicide rates in adolescent and adult prison populations. *PLOS ONE*, 14(4).

Saint John the Evangelist Orthodox Church. (2022). *The Sin of Suicide*. Kasutatud 19.05.2022, <https://www.saintjohnchurch.org/suicide>

SD15: Surmade esialgsed registreerimisandmed põhjuse, soo, maakonna ja kuu järgi (02.03.2022). *Surma põhjuste register. Tervise Arengu Instituut*. Kasutatud 14.03.2022, https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__01Rahvastik__04Surmad/SD15.px/

Sharma, B., Nam, E. W., Kim, H. Y., ja Kim, J. K. (2015). Factors associated with suicidal ideation and suicide attempt among school-going urban adolescents in Peru. *International journal of environmental research and public health*, 12(11), 14842-14856.

Sheenan, S. I. (2014). Are Suicide Terrorists Suicidal? A Critical Assessment of the Evidence. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 11(9-10), 81-92.

Sisask, M. (2005). *Suitsidaalsus ühiskonnas ning suitsiidikatse sotsiaal-demograafilised, meditsiinilised ja psüühilised mõjurid*. Magistritöö. Tartu Ülikool, rahvatervishoiu õppekava.

Sisask, M. ja Värnik, A. (2005). *Enesetappude ennetamine: abiks vanglaametnikele*. Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituut (ERSI). Maailma Terviseorganisatsioon. Tallinn.

Stengel, E. (1964). *Suicide and attempted suicide*. London: Penguin Books.

Strenze, T. (2014). *Metaanalüüs*. Sotsiaalse analüüsi meetodite ja metodoloogia õpibaas. Kasutatud 18.03.2022, <https://samm.ut.ee/metaanalyyis>

Zhong, S., Senior, M., Yu, R., Perry, A., Hawton, K., Shaw, J. ja Fazel, S. (2021). Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 6(3), 164-174.

Ühise rattasõiduga pööratakse tähelepanu enesetappude ennetamise võimalusele. (2022). Tartu linn. Kasutatud 19.05.2021, <https://tartu.ee/en/node/8341>.

UnitedGMH. (2021). *Decriminalising suicide: Saving lives, reducing stigma*. United for Global Mental Health (UnitedGMH), International Association for Suicide Prevention (IASP), and Thompson Reuters Foundation. <https://unitedgmh.org/sites/default/files/2021-09/UNITEDGMH%20Suicide%20Report%20021%C6%92.pdf>.

van Ginneken, E., Sutherland, A. ja Molleman, T. (2017). An ecological analysis of prison overcrowding and suicide rates in England and Wales, 2000–2014. *International Journal of Law and Psychiatry*, 50, 76-82.

Vanglateenistuse 2021. aasta ülevaade. (2022). Vanglateenistus. Justiitsministeerium. Kasutatud 24.02.2022, <https://www.vangla.ee/et/uudised-ja-arvud/vanglateenistuse-2021-aasta-ulevaade>.

Vanhaesebrouck, A., Tostivint, A., Lefèvre, T., Melchior, M., Khireddine-Medouni, I. ja Chee, C. (2022). Characteristics of persons who died by suicide in prison in France: 2017–2018. *BMC Psychiatry*, 22(1).

Värnik, A. (i.a). *Ajalugu. ERSI 20 aastat ajalugu: Tõrjutusest tunnustuseni*. Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut. Kasutatud 20.02.2022. <https://suicidology.ee/ajalugu/>

Värnik, P., Sisask, M., ja Värnik, A. (2021). *Enesetappude ja enesetapukatsete epidemioloogiline ülevaade Eestis. Uuringu raport*. WHO Euroopa Regionaalbüroo. Kopenhaagen.

Värnik, A., Kolves, K., van der Feltz-Cornelis, C., Marusic, A., Oskarsson, H., Palmer, A., Reisch, T., Scheerder, G., Arensman, E., Aromaa, E., Giupponi, G., Gusmao, R., Maxwell, M., Pull, C., Szekely, A., Sola, V. ja Hegerl, U. (2008). Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression." *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(6), 545-551.

Vääri, E., Kleis, R., Paet, T., Rehema, T. ja Silvet, J. (2012). *Võõrsõnade leksikon. 8. trükk*. Tallinn: Valgus.

Way, B., Miraglia, R., Sawyer, D., Beer, R. ja Eddy, J. (2005). Factors related to suicide in New York state prisons. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28(3), 207-221.

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Marion Demus,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose: Suitsiid kinnipidamisasutustes - metaanalüüs Euroopa ja Ameerika Ühendriikide uuringute põhjal, mille juhendaja on Simone Eelmaa, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Marion Demus

16.05.2022