

**Tartu Ülikool**  
**Tervishoiu instituut**

**PSÜÜHIKA- JA KÄITUMISHÄIRETE SAGEDUS NING  
ENESEVIGASTUSTE RISKITEGURID NOORTE  
VANGISTATUTE SEAS VIRU VANGLAS  
AASTATEL 2011–2013**

**Magistritöö rahvatervishoius**

**Kai Ird**

**Juhendajad:**

**Katrin Lang, PhD, TÜ tervishoiu instituut, dotsent**

**Kristel Ojala, MSc, Justiitsministeerium, nõunik**

**Tartu 2015**

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu kaitsmiskomisjon otsustas 28. 05. 2015 lubada väitekiri terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Kadri Suija, PhD, Tartu Ülikooli peremeditsiini õppetool, teadur

Kaitsmine: 10.06.2015

# SISUKORD

<b>LÜHIKOKKUVÕTE .....</b>	<b>4</b>
<b>1. SISSEJUHATUS .....</b>	<b>5</b>
<b>2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE .....</b>	<b>7</b>
2.1 VANGLAD JA KINNIPEETAVAD EESTIS .....	7
2.1.1 <i>Vanglad Eestis</i> .....	7
2.1.2 <i>Kinnipeetavad Eestis</i> .....	8
2.1.3 <i>Vangistuse kulud Eestis</i> .....	9
2.2 VANGISTUSE SEOS VAIMSE TERVISEGA .....	10
2.2.1 <i>Psüühikahäirete levimus vangistatutel</i> .....	10
2.2.2 <i>Enesevigastused vangistuses</i> .....	12
2.2.3 <i>Vangistatud noorte vaimne tervis ja enesevigastused</i> .....	14
<b>3. EESMÄRGID .....</b>	<b>16</b>
<b>4. METOODIKA .....</b>	<b>17</b>
4.1 VALIM.....	17
4.2 ANDMETE TÖÖTLEMINE .....	17
4.3 UURITAVAD TUNNUSED .....	17
4.4 ANDMEANALÜÜS .....	18
<b>5.TULEMUSED .....</b>	<b>19</b>
5.1 VANGISTATUD NOORTE SOTSIAALDEMOGRAAFILISED TUNNUSED.....	19
5.2 VANGISTUSE KESTVUS JA KORDUVUS .....	20
5.3 PSÜÜHIKA- JA KÄITUMISHÄIRED.....	21
5.4 ENESEVIGASTUSED.....	24
5.5 ENESEVIGASTUSTE RISKITEGURID .....	24
<b>6. ARUTELU .....</b>	<b>25</b>
<b>7. JÄRELDUSED .....</b>	<b>29</b>
<b>8. ETTEPANEKUD .....</b>	<b>30</b>
<b>9. KASUTATUD KIRJANDUS.....</b>	<b>31</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>34</b>
<b>TÄNUAVALDUS .....</b>	<b>35</b>
<b>CURRICULUM VITAE.....</b>	<b>36</b>

## LÜHIKOKKUVÕTE

Käesolevas magistritöös uuriti noorte vangistatute psüühika- ja käitumishäirete sagedust ning enesevigastuste riskitegureid Viru vanglas aastatel 2011–2013.

Valimi moodustasid kõik ajavahemikul 2011–2013 Viru vanglas viibinud vangistatud alaealised ja noored isikud. Valimi suuruseks oli 631 kinnipeetavat. Andmed saadi kinnipeetavate andmeregistrist *VANGIS* ning vangla meditsiiniandmete elektroonilisest andmebaasist *VanglaArst*.

Noorim vangistatu oli 14-aastane. Alla 16 aasta vanune oli iga kümnes uuritav. Haridustasemelt olid uuritavad enamasti põhiharidusega. Kodakondsuselt olid uuritavad 95,4% Eesti kodakondsusega ning 2/3 eesti rahvusest. Perekonnaseisult oli enamik uuritavaid vallalised.

Kõige suurem osa (56,6 %), kandis vanglakaristust esimest korda. Kolmandik oli vangistuses teist korda, ligikaudu kümme protsenti kolmandat korda ning iga kahekümnes noor vangistatu viibis vanglas neljandat või enam korda.

Kaks kolmandikku uuritavatest omab ühte või mitut psüühika- ning käitumishäirete diagnoosi, viiendikul on kolm ja rohkem vastavat diagnoosi. Uuringuperioodil sooritati 43 enesevigastust. Kolme aasta enesevigastuste levimus antud valimis oli 6,8%. Uuritavate levinumaks enesevigastamise laadiks oli lõikamine (37 juhtu, 86,0%).

Enesevigastuse šansid olid kõrgemad psüühika- ning käitumishäireid omavate vangistatute puhul. Iga lisanduv psüühika- ning käitumishäirete diagnoos tõstis kohandatud regressioonanalüüsis vigastuse šanssi 1,83 korda (95% CI 1,47 – 2,28). Skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häirete puhul oli enesevigastuse šanss 60,2 (95% CI 6,1–597,8) korda kõrgem; meeleoluhäirete puhul 4,2 (95% CI 1,9–9,1); neurootiliste, stressiga seotud ja somatoformsete häirete puhul 4,8 (95% CI 2,5–9,2); vaimse alaarengu puhul 8,9 (95% CI 3,6–21,9); ning psühholoogilise arengu häirete korral 5,4 (95% CI 1,8 – 15,9) korda kõrgem.

Uurimistöö tulemusena on olemas ülevaade vanglas viibivate alaealiste ja noorte kinnipeetavate psüühika- ja käitumishäirete ning enesevigastuste sagedusest ja riskiteguritest. Uuringuandmetele tuginedes on võimalik tõhustada suitsidaalse käitumise ennetustegevust vanglas.

„Ükski laps ei sünni kurjategijana; ükski laps ei sünni ka inglina. Ta lihtsalt sünnib.“

Sir Sydney Alfred Smith (1883-1969)

## 1. SISSEJUHATUS

Laste ja noorte tervis ning heaolu on seotud riigi sotsiaal-, haridus-, tervishoiu- ja majanduspoliitikaga täiskasvanute otsuste, tegevuste ja toimetuleku kaudu. Tervise Arengu Instituudi poolt Eestis läbi viidud uurimused kinnitavad, et iga laps ja noor ning tema tervise ja heaolu tagamine on olulised tegevused ühiskonna arengus (1). Justiitsministeeriumi Vanglateenistuse andmetel on Eesti vanglates 13. aprilli 2015 seisuga kokku 2803 vangi, kellest on süüdimõistetuid 2242 ja vahistatuid 561.

Viru vanglasse on loodud spetsiaalne üksus noortele süüdimõistetutele ja vahistatutele (250 kohta), kus hetkeseisuga kannab karistust 100 kuni 21-aastast kinnipeetavat, sealhulgas 32 alaealist, kes on vanuses 14–18 a. Arvestades noorte vangide suhteliselt lühikesi karistusaegu ning vanglakohtade suurt täituvust võib järeldada, et nende populatsioon on märkimisväärne.

Meditšiinosakonna personali ülesanne on tagada vangistatutele erakorralise, esmatasandi ja eriarstiabi kättesaadavus sarnaselt vanglavälise keskkonnaga. Meditsiinitöötaja on esmane tervisealane nõustaja, kelle tegevus aitab ennetada haigusi ja vähendada riskikäitumist. Igasuguse vangidega tehtava töö eesmärk on taasühiskonnastamine. Sellega tegeleb väiksemal või suuremal määral kogu vangla (2). Teistes riikides läbiviidud uuringud näitavad, et vangide psüühika ning käitumishäirete levimus ja enesevigastuste tase on kõrged (3–7).

Magistritöö teema on aktuaalne, kuna vangistatud alaealiste ja noorte tervisenäitajate kohta puuduvad Eestis põhjalikud uuringu- ja analüüsiandmed, mis oleksid aluseks sekkumiste planeerimisel. Andmete kogumine on piiratud, sest tegemist on suletud populatsiooniga.

Magistritöö tulemusel on saadud andmed, mis annavad ülevaate alaealiste ja noorte vangistatute vaimse tervise probleemidest ja tervisega seotud riskikäitumisest. Nende alusel on tervishoiutöötajatel võimalus varakult sekkuda, et kindlustada vangistatud

alaealistele ja noortele planeeritud tervisedenduslik tegevus. Tervishoiutöötajate koostöös teiste vanglaametnikega võimaldab välja töötada tõhusamaid sekkumisprogramme, mis aitavad eeldatavalt kaasa antud riskirühma riskikäitumise vähendamisele vanglas ja ka hiljem, vanglast vabanemise järgselt.

## 2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

### 2.1 Vanglad ja kinnipeetavad Eestis

#### 2.1.1 Vanglad Eestis

Ülevaade Eesti vanglatest on toodud Tabelis 1. Eestis on neli vanglat. Vanglates (sh. avavanglad) on kokku 3310 kohta. Üldjuhul kannavad isikud karistust elukohajärgses piirkondlikus vanglas.

Tabel 1. Ülevaade Eesti vanglatest (2).

Tunnus	Tallinna vangla	Harku-Murru vangla	Tartu vangla	Viru vangla
<b>Asutamisaasta</b>	1919	1920	2000	2006
<b>Vanglatüüp</b>	Kinnine kambervangla (eelvangistusseksioonis) Kinnine ühiselamutüüpi (vangistusseksioonis)	Kinnine ühiselamu- ja kambertüüpi vangla	Kinnine kambertüüpi vangla	Kinnine kambertüüpi vangla
<b>Kinnipeetavad</b>	Mees- ja naissoost täiskasvanud vahistatud; meessoost täiskasvanud süüdimõistetud	Naissoost süüdimõistetud (sh. kuni 4 a. lapsed koos emaga); meessoost süüdimõistetud (vanemaealised); noored naissoost süüdimõistetud	Mees- ja naissoost täiskasvanud vahistatud; meessoost täiskasvanud süüdimõistetud (sh. seksuaalkurjategijad)	Mees- ja naissoost täiskasvanud vahistatud; meessoost täiskasvanud süüdimõistetud; alaealised ja noored vahistatud ja süüdimõistetud (mehed).
<b>Vanglakohtade arv</b>	1020 (sh. avavanglas 116 kohta)	192	998 (sh. 60 avavangla kohta)	1100 (sh. avavanglas 100 kohta)
<b>Taasühiskonnatamisega seotud tegevused</b>	Üldharidus (põhikool, gümnaasium), kutseharidus (abiaednik, elektrik, puidupingi-tööline, kivi- ja betoonehitus)	Kutseharidus (abiaednik, õmbleja)	Üldharidus (põhikool, gümnaasium); kutseharidus	Üldharidus (põhikool, gümnaasium); kutseharidus
<b>Vangide tööhõive vangistuse ajal</b>	Majandustööd (koristamine); köök, pesumaja, garaaž, metalli- ja puidutöökoda, ehitustööd.	Majandustööd (koristamine); õmblemine, toodete pakendamine (koordineerib Eesti Vanglatööstus)	Vanglavälised ettevõtted	Majandustööd (koristamine); köök, pesumaja, metalli- ja puidutöökoda; vanglavälised ettevõtted (koordineerib Eesti Vanglatööstus)
<b>Meditstiiniteenus</b>	Vangla meditsiini osakond; vanglate statsionaarne tuberkuloosiravi osakond (Maardu üksuses)	Vangla meditsiini osakond; Sõltuvusrehabilitatsiooni osakond (8 kohta)	Vangla meditsiini osakond; vanglate stats. psühhiaatria osakond. Sõltuvusrehabilitatsiooni keskus	Vangla meditsiini osakond (16 kohta)

Naissoost vangistatud ( sh. koos kuni 4-a. lapsega) ja eakad mehed kannavad karistust Harku-Murru vanglas, alaealised ja noored meessoost isikud ning kõrgendatud järelevalvet vajavad meessoost isikud Viru vanglas ning seksuaalkurjategijad Tartu vanglas.

Vanglas viibimise ajal on kohustus omandada põhiharidus, võimaldatakse ka gümnaasiumihariduse või kutsehariduse omandamist. Kõikides vanglates on meditsiiniosakond. Tervishoiuteenuse osutamine vanglas on riigi tervishoiusüsteemi osa, mida rahastatakse Justiitsministeeriumi eelarvest.

Vangistatutele on tagatud ööpäevaringne erakorralise abi teenus. Vastavalt vangla võimalustele ja ressurssidele on tagatud ambulatoorne esmatasandi arstiabi ning eriarstiabi teenus (sh. hambaraviteenus). Statsionaarset ravi osutatakse Tallinna vangla Maardu üksuses (tuberkuloosiravi osakond) ja Tartu vanglas (psühhiaatria osakond), Viru vangla meditsiiniosakonnas on 10 meditsinikambrit, milles on kohti 16 vangile. Meditsiiniosakonna kambrisse paigutatakse vangistatud isikud, kui nende terviseseisund vajab intensiivsemat jälgimist või statsionaarset õendushooldusabi. Puudusena võib lisada, et vanglates on probleeme tervishoiutöötajate leidmisega (suur puudus on erialaarstidest, nt. psühhiaatritest). Olulist tulemust ei ole andnud ka vanglavälise teenuse pakkujate otsimine, sest Eesti erialaarstidel ei ole soovi töötada lisakoormusega. Selline olukord, kus on puudus erialaspetsialistidest, takistab uute efektiivsete sekkumiste planeerimist ja läbiviimist.

### **2.1.2 Kinnipeetavad Eestis**

Vangide, süüdimõistetute ja kriminaalhooldusaluste arvust Eestis annab ülevaate Tabel 2. Eesti vanglates kannab 13. aprilli 2015 seisuga karistust 2803 isikut. Eluaegset vanglakaristust kannab 40 isikut. Süüdimõistetut on isik, kelle suhtes on langetatud süüdimõiste kohtuotsus. Vahistatud isikud on need, kellele on tõkendina kohaldatud vahistamist ning kes kannavad eelvangistust kinnise vangla eelvangistusosakonnas või arestimajas.

Avavanglas kannavad karistust kergemaid kuritegusid toime pannud ja need vangid, keda pole otstarbekas pidada kinnises vanglas, kes on karistuse kandmise ajal kinnises vanglas üles näidanud usaldatavust ja õiguskuulekat käitumist ning kelle suhtes on piisavalt alust oletada, et ta ei pane toime uusi õiguserikkumisi. Kriminaalhoolduse

põhieesmärk on muuta ühiskond turvalisemaks, rakendades alternatiive vangistusele. Selline eesmärk tugineb eeldusele, et kuriteo sooritanud inimene võib jätta vabadusse, kui lisaks järelevalvele tema üle tehakse ka tööd tema kriminogeense käitumise muutmiseks (üldkasulikule tööle ja elektroonilise valve alla määratud isikud).

Tabel 2. Vangide, süüdimõistetute ja kriminaalhooldusaluste arv Eestis (2).\*

<b>Kinnipeetavad</b>	<b>Harku ja Murru vangla</b>	<b>Tallinna vangla</b>	<b>Viru vangla</b>	<b>Tartu vangla</b>	<b>Kokku</b>
Süüdimõistetud	170	586	744	742	2242
Vahistatud		348	142	80	576
Vange kokku	170	934	886	813	2803
sealhulgas:					
alaealisi	1		29	2	32
naisi	94	41	11	4	150
eluaegseid			19	21	40
avavangla vange		110	99	12	221
Kriminaalhooldusalused		2700	1309	1348	5357
sealhulgas:					
vanglast enne tähtaega vabastatuid		357	120	103	580
üldkasulikule tööle määratud		650	334	271	1235
elektroonilise valve alla määratud		61	32	13	106

\*Seisuga: 13.aprill 2015

### 2.1.3 Vangistuse kulud Eestis

Vangistuse kulude ülevaade Eestis on toodud Tabelis 3. Sellest ilmneb, et tööjõukulud moodustava üle poole vangistuse kuludest ning meditsiini ja hügieeniga seonduvad kulud umbes kuuendiku. Vanglateenistuse ametikohtade arv kokku on 1604, 25. Ühe vangiga ülalpidamiskulu kuus on 1313 eurot, sh toidukulu 1,3 eurot päevas. Iga kriminaalhooldusaluse kohta kulub keskmiselt 52,5 eurot kuus (2).

Tabel 3. Vangistuse kulud Eestis (2015 a) (2).

<b>Kulu liik</b>	<b>Summa (eurodes)</b>
Tööjõukulu	28 872 333
Kinnistute ülalpidamine	9 661 297
Toitlustamine	1 466 205
Meditsiin ja hügieen	816 701
Muud (majandus) kulud	2 677 066
Ehitiste kapitaliliising	5 182 611
<b>Kokku</b>	<b>48 676 213</b>

## 2.2 Vangistuse seos vaimse tervisega

### 2.2.1 Psüühikahäirete levimus vangistatutel

Psüühikahäirete esinemist vangistatutel on uuritud erinevates riikides. Kokkuvõtte nendest uuringutest on toodud Tabelis 4. Meetodid ja tulemimõõdikud on nendes uuringutes erinevad ja seetõttu on tulemusi raske võrrelda. Psüühikahäirete levimuseks vangide hulgas on saadud 33–60%. Ühes uuringus on kasutatud juhtkontrolluuringu kavandit (5) ja seal on võrdlusgrupil psüühikahäirete levimus 15,7%. Hiljutises kirjanduse ülevaates (6), kus on kokku võetud 155 psüühikahäirete levimuse uuringu tulemused 63 riigist, on saadud psüühikahäirete viimase 12 kuu levimuseks 17,6 % (95% CI 16,3–18,9). Võib öelda, et vangide psüühikahäirete levimus on üldrahvastiku omast tunduvalt kõrgem.

Kumulatiivseks levimuseks mõõdetuna psüühikahäirete esinemisega elu jooksul on erinevad uuringud andnud 83–88,7% (5, 7). Andreoli jt. uuringus (8) on psüühikahäirete eluaegne levimus naistel 68,9% ja meestel 56,1%. Selles uuringus tuuakse välja, et psüühikahäirete levimuse erinevused eri maades on pigem omistatavad vanglasüsteemide erinevusele, kui diagnoosimise erinevusele. Leiti ka, et psüühikahäirete diagnoosimine ja ravi vangistuse ajal on oluline (7, 9, 10).

Tabel 4. Psüühikahäirete esinemine vangistatutel: ülevaade avaldatud artiklitest.

Aasta, autor	Teema ja meetod	Uuritavad, riik	Põhileid/ Järeldused
2002 Teplin, LA jt. (11)	Noorte vangistatute psühhiaatrilised häired, diagnostilise intervjuu meetod.	1829, USA, vanus 10-18 aastat	Ligi 60% meesvangidest ja üle 2/3 naisvangidest omas üht või mitut psühhiaatrilist haigust. Väljakutse noorte õigussüsteemi kujundamiseks ja psühhiaatrilise ravi tagamiseks.
2004 Andersen, HS (12)	Vaimne tervis vanglates. Kirjanduse ülevaade.	Taani	Psühhiaatriline haigestumus k.a. skisofreeniasse on vangidel kõrgem kui üldrahvastikus. Vangistuse alguses esineb rohkem kohanemishäireid. Paljud psühhiaatrilised haigused vangidel on diagnoosimata.
2009 Dudeck, M jt.(10)	Psühhiaatriliste häirete levik vangide hulgas (lühiajaline vangistus). Struktureeritud kliiniline intervjuu.	102, Saksamaa	Psüühikahäirete eluaegne levimus 83%. Vangidel kõrge psüühikahäirete sagedus. Nimetatud haigusi on vaja vangistuse ajal ravida.
2013 Kumar, V jt. (13)	Vangide psühhiaatriline haigestumus. Küsitlusuuring ja diagnostilised testid.	118, India, keskmine vanus 33,7 aastat	Psüühikahäirete levimus vangide seas oli 33 %. Uimastisõltuvus 58,8 % vangidel. Vangidel kõrge psüühikahäirete sagedus. Ravivajadused katmata. Vanglates vaja reforme.
2014 Sepehrmanesh, Zjt.(7)	Psüühikahäirete ja nendega seotud tegurite levimus meesvangide hulgas. Läbilõikeuuring.	180, Iraan, keskmine vanus 31,9±SD*8,96 aastat	Psüühikahäirete levimus vangide hulgas 43,4 %. Vangidel on psüühikahäirete tekkeks kõrge risk. Psüühikahäirete ravi vanglas on tähtis, et ennetada suitsiide.
2014 Andreoli, SB jt.(8)	Vaimsete häirete levimus vangide hulgas. Struktureeritud kliiniline intervjuu.	1192 meesvangi, 617 naisvangi, Brasiilia, enamus vanuses 28-47 aastat	Eluaegne ja 12 kuu psüühikahäire levimus oli 68,9% ja 39,2% naistel ning 56,1% ja 22,1% meestel. Saadi sarnased tulemused teiste maade uuringutega, mõningased erinevused omistati vanglasüsteemide erinevusele.
2015 Maccio, A jt. (5)	Psüühikahäirete levimus kinnipeetavatel. Küsitlusuuring ja diagnostilised testid.	300 vangi ja 300 sama vanusega kontrolli, Itaalia, vanus 18–55 aastat	Uuringu ajal psüühikahäired 58,7% vangidel ja 8,7 % võrdlusgrupil. Elu jooksul olnud psüühikahäired 88,7% vangidel ja 15,7 % võrdlusgrupil. Ärevus- ja stressihäired kinnipeetavatel seotud esmakordse vangistusega. Osad psühhopatoloogiad diagnoosimata või ravimata. Ravimine võiks omada mõju rahvatervishoiule.
2012 Fazel, S ja Seewald, K (14)	Psüühikahäirete levimus kinnipeetavatel. Kirjanduse ülevaade.	Uuringud aastatest 1966-2010, 109 valimit 24 riigist, 33 588 vangi	Psüühikahäirete levimus 3,6% (95% CI 3,1-4,2) meesvangidel ja 3,9% (95% CI 2,7-5,0) naisvangidel. Depressiooni levimus 10,2% (95% CI 8,8-11,7) meesvangidel ja 14,1% (95% CI 10,2-18,1) naisvangidel. Psüühikahäirete levimus ajas ei muutunud.

\*SD – standardhälve

### 2.2.2 Enesevigastused vangistuses

Enesevigastamist e. autoagressiooni defineeritakse kui vabatahtlikku ja teadlikku oma keha otsest vigastamist, mille eesmärgiks ei ole enesetapp (15, 16). Enesevigastamine on ebaterve viis toime tulla emotsionaalse valu, intensiivse viha ja frustratsiooniga (16). Enesevigastamise viisidest kirjeldatakse enda põletamist, haavade paranemise takistamist, õhu või vere juurdepääsu piiramist teatud kehaosadesse, asjade naha alla torkamist, enda peksmist või hammustamist. Kõige sagedasem on siiski noorte eneselõikumine, psühhiaatriliste patsientide hulgas 40–60% lõigub ennast (15).

Psühhiaatrilise diagnoosiga haigete enesevigastuse korral ei saa alati kindlalt väita, et see oleks märk haiguse süvenemisest. Enesevigastuse motiivid on vanglas tihti manipulatiivse iseloomuga (protest valvurite või teiste vanglatöötajate tegevuse suhtes; rahulolematuse olmetingimustega, toiduga, tervishoiuteenuse osutamisega; igavus, võimatus saada kambrist välja meditsiinosakonda / vanglavälisesse raviasutusse). Enesevigastuste piirkonnaks on peamiselt küünarvarte sisepind, millel tekitatakse pindmisi (mitte eriti sügavaid) lõikehaavu ja kriimustusi. Võimaliku enesevigastuse kahtluse korral on psühhiaatri ülesanne see välja selgitada, ravi korrigeerida, isik kõrgendatud järelevalve alla jätta jne. Enesevigastamine võib kergelt kujuneda ka suitsiidikatseks, kui vigastusi tekitatakse elutähtsate organite piirkonnas. Oluliselt tähtis on enesevigastaja vaimne seisund.

Ülevaade maailmas läbiviidud vanglas toimunud enesevigastamiste ja suitsiididega seotud uuringutest on toodud Tabelis 5. On näidatud enesevigastuste sagedused ja seosed erinevate teguritega nagu noor iga, uimastite kuritarvitamine, vaimne häire, isiksusehäire, psühhopaatia, asotsiaalne eluviis, negatiivsed elusündmused, kriminaalne taust ja vanglakiusamine (3, 17, 18).

Tabel 5. Ülevaade maailmas läbiviidud vanglas toimunud enesevigastamiste ja suitsiididega seotud uuringutest.

Aasta, autor	Teema ja meetod	Uuritavad/riik	Põhileid/järeldused
2000 Dear,G, jt.(19)	Enesevigastused vanglas: ka manipuleerija võib tekitada enesevigastuse. Küsitlusuuring.	74 enesevigastuse tekitanud vangid, Austraalia.	6 isikul 18 küsitlusest, kes kinnitasid manipuleerimist, avaldus madal suitsidaalsuse tahtlus. 3 isikul 18-st tõstus vähemalt mõõdukas risk elule. Seega ei saa eeldada, et vangid, kes manipuleerivad, ei ole enesevigastusi tekitades suitsidaalsed.
2002 Owens, D jt. (4)	Fataalsete ja mittefataalsete enesevigastamiste kordamise vältimine. Kirjanduse ülevaade.	4 elektroonilise andmebaasi ja 90 teostatud uuringu andmed, peamiselt Euroopa uuringud.	Tulemused: 80% uuringutest olid läbi viidud Euroopas, sh. üle 1/3 Suurbritannias. Keskmiselt lõppes enesevigastamine 1 a. pärast mittefataalselt 16 % juhtudest ja fataalselt 2% juhtudest. Enam kui 9 aasta pärast olid ca 7 % surnud suitsiidi tõttu. Suurbritannias läbi viidud uuringutes oli enesetappude määr väga madal. Järeldused: ühe aasta pärast on mittefataalse enesevigastamise kordamismäär 15 %.
2006 Young, MH jt(3)	Ülevaateuuring Kahjustamise risk: kinnipeetavad vanglas, kes kahjustavad ennast psühhiaatrilise ravi ajal. Võrdlusuuring	242 vangla haiglas psühhiaatrilisel ravil viibinud meesvangi, Ameerika Ühendriigid.	Võrreldi ravi ajal enesevigastusi tekitanud isikuid ja enesevigastusi mittetekitanud isikuid. 18% isikutest, kes tekitas enesevigastusi, vajasis meditsiinilist sekkumist. Enesevigastajaid iseloomustab: noor eluiga, uimastite kuritarvitamine, vaimne häire, isiksusehäire, psühhopaatia või asotsiaalne eluviis. Oluline on kindlaks teha enesevigastamise ohutegurid keskkonna kontekstist lähtuvalt ning soovitatavalt tegeleda raviga.
2013 Hawton, K., jt. (17)	Enesevigastuste tekitamine. Juhtkontrolluuring.	26 510 nais- ja meesvangi, Suurbritannia.	26 510 vangil registreeriti 139 395 enesevigastamise juhtu.. 5–6 % meesvangidest ja 20–24 % naisvangidest tekitasid enesevigastusi igal aastal. Enesevigastamise määr oli naisvangidel enam kui 10 korda kõrgem. Enesevigastamise korduvus oli suurem naistel ja tüdrukutel. Mõlemast soost enesevigastajaid iseloomustas noorem eluiga, etniliselt valge päritolu. Oluline faktor oli karistusaja pikkus (eluaegne vanglakaristus). 109 juhul järgnes enesevigastamisele suitsiid. Suitsiidirisk oli kõrgem eelnevalt enesevigastuse tekitanud. Ligi pool surmajuhtumitest leidis aset kuu pärast enesevigastamist. Kõrgem suitsiidirisk enesevigastamise järgselt oli vanemaalistel meesvangidel, kelle eelnevad enesevigastused olid tõsisemad.
2013 Rivlin A, jt. (18)	Suitsidaalsete vangide psühholoogilised omadused ja sotsiaalne võrgustik. Suurbritannia. Juhtkontrolluuring	60 meesvangi (vanuses 18-21 aastat), kes olid teinud surmalähedase suitsiidikatse (juhud) ja 60 meessoost vangid, kes ei teinud suitsiidikatset.	Vangide suitsidaalse käitumise mudelit toetavad haavatavuse tegurite, kliiniliste tegurite ja vanglakogemuse koostoime. Võrreldes kontrollrühmaga oli depressiooni, lootusetuse, impulsiivsuse, agressiivsuse näitajad kõrgemad ning enesehinnangu ja sotsiaalse võrgustiku näitajad madalamad. Enesevigastamiste tekitamises oli osa ka negatiivsetel elusündmustel, kriminaalsel taustal ja vanglakiusamisel.

### 2.2.3 Vangistatud noorte vaimne tervis ja enesevigastused

Peamiseks tervise probleemvaldkonnaks vangistatud alaealiste ja noorte puhul on vaimne tervis. Olulisel kohal on enne vanglakaristuse kandmist toiminud trendid suitsetamises, alkoholi ning narkootikumide tarbimises. Vanglakaristust kandvate alaealiste ja noorte puhul on vanglasse sattumisel tegemist olulise keskkonnamuutusega. Stressisituatsioon võib kutsuda esile suitsidaalse käitumise, mis hõlmab isiku enesevigastamist, suitsiidikatset või plaani enesevigastuse tekitamiseks või suitsiidi sooritamiseks. Suitsidaalne käitumine ja selle kujunemine on dünaamiline protsess, mis tuleneb psühholoogilistest, sotsiaalsetest ja bioloogilistest teguritest ning nende koosmõjust.(20)

Ühiskonnas tervikuna on üheks suurimaks riskitegurite grupiks enesevigastuste suhtes vaimse tervise probleemidega, eriti depressiooni käes vaevlevad isikud. Vangla subkultuuri normid ja must-valgest maailmanägemisest põhjustatud ebakõlad on ebastabiilsust ennustatavateks ilminguteks. Paljud isikud on eelneva meditsiinilise diagnoosiga ning on tarvitanud ravimeid. Järsk elumuutus – vangistus – põhjustab haiguse ägenemist. Kuigi paljud kinnipeetavad käituvad lihtsalt manipuleerivalt, kannatab suur osa neist siiski ka vaimse tervise häirete all (21). Ka vähesed võimalused kontaktideks oma perekonnaga halvendavad kinnipeetavate vaimset tervist. Kinnipidamisasutuses võivad rasked ja kroonilised vaimse tervise häired süveneda. Paljud inimesed muutuvad vanglas depressiivseteks ja suitsidaalseteks. Kinnipidamisasutus võib mitte ainult halvendada vaimset seisundit, vaid kutsuda esile seni vaimselt terve inimese kokkuvarisemise (21).

Suitsidaalsete kinnipeetavate puhul on välja toodud neli ühisjoont (22):

- 1) Moraalne šokk – kinnipeetav muutub suitsidaalseks vahetult peale kinnipidamisasutusse saabumist, olles jõudnud selgusele oma kuriteo olemuses ja järgneda võivas karistuses.
- 2) Krooniline meeleheide – kinnipeetav on oma karistusajast kandnud ära mõned kuud ja oma tuleviku suhtes on välja kujunenud sügav lootusetus ja teadmine kasutu olemisest.
- 3) Manipuleeriv – kinnipeetav on antisotsiaalne isiksus, kes võib teha mitteletaalselt lõppevaid suitsiidikatseid manipuleerimiseks vangla personaliga. Selline

kinnipeetav tavaliselt lõikab ennast ja kasutab suitsiidikatseid oma elu edendamiseks, mitte selle lõpetamiseks.

- 4) Enese karistamine – kinnipeetav vigastab ennast karistamise ja alandamise eesmärgil, et teha oma elu nii haletsusväärseks kui võimalik.

Eestis on seni toimunud ainult üks uuring, kus hinnati alaealiste ja noorte vanglakaristust kandvate isikute vaimseid ja füüsilisi tervisenäitajaid. See toimus aastatel 2012–2013 ja seda viidi läbi erinevates Euroopa riikides (23). Küsitleti nii vangla personali kui vangistatud. Meetodiks oli osalusvaatlus ja fookusgrupid. Seoses vangide terviseprobleemidega nähti vajadust vanglates tervisedenduslikuks sekkumiseks. Eestis on suur vajadus noorte vanglakaristust kandvate isikute terviseuuringuteks.

### **3. EESMÄRGID**

Uurimistöö eesmärgiks oli analüüsida psüühiliste haiguste sagedust ja enesevigastuste tekitamise riskitegureid Viru vanglas viibivatel noortel vangistatutel ajavahemikus 2011-2013.

#### **Alaesmärgid:**

1. Anda ülevaade noortel vangistatutel esinevatest psüühika- ja käitumishäirete diagnoosidest.
2. Kirjeldada noorte vangistatute poolt tekitatud enesevigastusi.
3. Analüüsida enesevigastuste riskitegureid noortel vangistatutel.

## 4. METOODIKA

### 4.1 Valim

Valimi moodustasid kõik ajavahemikul 2011–2013.a. Viru vanglas viibinud vangistatud alaealised ja noored meessoost isikud. Valimi suuruseks oli 631 kinnipeetavat. Andmed saadi kinnipeetavate andmeregistrist *VANGIS* (sotsiaaldemograafilised, suitsetamise ja vangistuse andmed) ning vangla meditsiiniandmete elektroonilisest andmebaasist *VanglaArst*. Mittevabanenutel on vangistuse lõpuks märgitud 31.12.2013.

### 4.2 Andmete töötlemine

Tegemist on delikaatsete isiku- ja terviseandmetega, mida töödeldi umbisikuliselt. Uurimistulemused esitatakse üldistatult ning uurimuses osalemine oli vangistatud isikute osas anonüümne. Kogutud andmed hoitakse ja säilitatakse järgides isikuandmete kaitseks kehtestatud nõudeid.

### 4.3 Uuritavad tunnused

**Vanus** jagati kolme vanusegruppi: alla 16-aastased, 16–18 aastased ja 19–21 aastased.

**Haridus** jagati algharidus, põhiharidus ja keskharidus.

**Kodakondsus** jagati kahte kategooriasse: Eesti ja muu.

**Rahvus** jagati samuti kahte kategooriasse: eesti ja muu.

**Pereseis** jagati nelja kategooriasse: abielus, lahutatud, vabaabielus ja vallaline.

**Suitsetamine** jagati vastavalt sellele, kas tegemist oli suitsetaja või mittedsuitsetajaga.

**Vangistuse kestvus** esitati kuudes: miinimum, maksimum, keskmine ja standardhälve.

**Vangistuse korduvus** esitati vangistuse viibimise korra järgi: 1, 2, 3 ja 4+ enam korda.

**Psüühika- ja käitumishäired** – vastavalt Rahvusvahelise haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide statistilise klassifikatsiooni (24) (RHK-10) V peatükile (Psüühika- ja käitumishäired) esitati esinemise ja arvu järgi: 0, 1, 2 ja 3 ning enam vastavat diagnoosi.

Uuritavad jagati ka vastavalt sellele, kas neil esines üks või mitu diagnoosi RHK-10 V peatüki alaosades: F00–09 Orgaanilised k.a sümptomaatilised psüühikahäired; F10–19 Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired; F20–29 Skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired; F30–39 Meeleoluhäired; F40–49

Neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired; F50–59 Füsioloogiliste funktsioonide häirete ja füüsiliste e somaatiliste teguritega seotud käitumissündroomid; F60–69 Täiskasvanu isiksus- ja käitumishäired; F70–79 Vaimne alaareng; F80–89 Psühholoogilise arengu häired e psüühilise arengu spetsiifilised häired; F90–99 Täpsustamata psüühikahäire. Diagnoosi aeg võis uuritavatel olla ka varasem kui 2011. Arvesse võeti kõik vanglas viibimise ajal diagnoositud psüühika- ja käitumishäired.

#### **4.4 Andmeanalüüs**

Andmetabeli koostamiseks kasutati programmi Excel. Andmeanalüüsiks kasutati analüüsiprogrammi Stata. Kategooriliste tunnuste puhul esitati tulemused arvude ja protsentidena. Pidevate tunnuste puhul toodi ära miinimum (min), maksimum (max), keskväärtus ja standardhälve (SD).

Levimus arvutati kolme aasta perioodlevimusena jagades vastavate juhtude (enesevigastused, psüühikahäired) arvud uuritavate arvuga (valim). Psüühikahäirete puhul näidati inimeste osakaalud, kes omasid üht, kahte, ning kolme ja enamast vastavat diagnoosi.

Riskitegurite analüüsis kasutati logistilist regressiooni. Vangistuse pikkus kuudes oli analüüsitud pideva tunnuseks. Tulemused esitati šansisuhete (OR) ja 95% usaldusvahemikega (95% CI).

## 5.TULEMUSED

Järgnevates alapeatükkides on toodud sotsiaaldemograafiliste tunnuste, vangistuse kestvuse ja korduvuse ning psüühika- ja käitumishäirete kirjeldused uuritavatel. Nimetatud tunnused on esitatud vastavalt enesevigastuse olemasolule ning kogu valimil.

### 5.1 Vangistatud noorte sotsiaaldemograafilised tunnused

Vangistatud noorte sotsiaaldemograafilised tunnused nii kogu valimis kui enesevigastuse ilmnemise järgi on toodud Tabelis 6.

Tabel 6. Uuritavate jaotus sotsiaaldemograafiliste tunnuste järgi, kogu valim ja vastavalt enesevigastuse olemasolule.

Tunnus	Enesevigastus				p- väärtus	kokku	%
	jah		ei				
	arv	%	arv	%			
<b>Vanus</b>					0,192		
< 16	4	9,3	58	9,8		62	9,9
16–18	28	65,1	302	51,4		330	52,2
19–21	11	25,6	228	38,8		239	37,9
<b>Haridus</b>					0,305		
algharidus	4	9,3	78	13,3		82	13,0
põhiharidus	39	90,7	488	83,0		527	83,5
keskharidus	0	0	22	3,7		22	3,5
<b>Kodakondsus</b>					0,958		
eesti	41	95,4	561	95,4		602	95,4
muu	2	4,6	27	4,6		29	4,6
<b>Rahvus</b>					0,115		
eesti	32	74,4	367	62,4		399	63,2
muu	11	25,6	221	37,6		232	36,8
<b>Pereseis</b>					0,338		
abielus	0	0	13	2,2		13	2,0
lahutatud	0	0	8	1,4		8	1,3
vabaabielus	2	4,6	10	1,7		12	1,9
vallaline	41	95,4	557	94,7		598	94,8

Noorim vangistatu oli 14-aastane. Alla 16 aasta vanuseid oli ligikaudu iga kümnes uuritav. Haridustasemelt olid uuritavad enamasti põhiharidusega. Kodakondsuselt olid uuritavad 95,4% Eesti kodakondsusega ning 2/3 eesti rahvusest. Enesevigastajate seas oli eesti rahvusest inimesi pisut rohkem, kuid erinevus ei olnud statistiliselt oluline. Perekonnaseisult oli enamus uuritavaid vallalised.

Suitsetamise levimus oli enesevigastuse sooritajatel 73,8% ja mittesooritajatel 71,0%, gruppide vahel statistiliselt oluline erinevus puudus ( $p=0,702$ ).

## 5.2 Vangistuse kestvus ja korduvus

Järgnevalt on toodud uuritavate jaotus enesevigastuse olemasolu ja käesoleva vangistuse kestvuse lõikes (Tabel 7). On näha, et keskmine vangistus kestis umbes 18 kuud ehk poolteist aastat nii enesevigastajatel kui mittevigastajatel. Ka muud kirjeldavad statistikud on võrreldavate gruppide vahel sarnased.

Tabel 7. Uuritavate vangistuse kestvuse iseloomustus enesevigastuse olemasolu järgi.

Tunnus	Enesevigastus			Kokku
	jah N=43	ei N=588	p- väärtus	
<b>Vangistuse kestvus kuudes</b>				
<b>min</b>	1,8	0,3		0,3
<b>max</b>	80,1	80,2		80,1
<b>keskm</b>	18,9	17,4	0,547	17,5
<b>SD</b>	17,2	16,1		16,2

Tabelis 8 on toodud uuritavate jaotus enesevigastuse olemasolu ja vangistuse kordade lõikes. Kui vaadata kõiki uuritavaid kokku, siis kõige suurem osa (56,6 %), kandis vanglakaristust esimest korda. Kolmandik oli vangistuses teist korda, ligi kümme protsenti kolmandat korda ning ligikaudu iga kahekümnes noor vangistatu viibis vanglas neljandat või enam korda. On näha, et enesevigastajaid oli pisut rohkem esmasvangistuses ja mitte-enesevigastajaid oli pisut enam teistkordses vangistuses. Üldiselt ei olnud nende gruppide erinevused statistiliselt olulised ( $p=0,100$ ).

Tabel 8. Uuritavate jaotus enesevigastuse olemasolu ja vangistuse kordade lõikes.

Tunnus	Enesevigastus				Kokku	%
	jah		ei			
	arv	%	arv	%		
<b>Vangistuse kord</b>					0,100	
<b>1</b>	28	65,0	329	56,0	357	56,6
<b>2</b>	7	16,3	179	30,4	186	29,5
<b>3</b>	6	14,0	49	8,3	55	8,7
<b>4 ja enam</b>	2	4,6	31	5,3	33	5,2

### 5.3 Psüühika- ja käitumishäired

Kokku oli psüühika- ja käitumishäirete diagnoose valimis 902. Tabelis 9 on esitatud uuritavate jaotus enesevigastuse olemasolu ja psüühika ning käitumishäirete diagnooside arvu lõikes. Ligikaudu 2/3 (65%) uuritavatest omab ühte või mitut psüühika ning käitumishäirete diagnoosi. On näha, et enesevigastuse sooritanutel on rohkem psüühika- ning käitumishäireid. Väga suur erinevus on psüühika- ning käitumishäirete diagnoosi mitteomavate vangistatute proportsioonis vastavalt sellele, kas tegemist on enesevigastusega (4,7 ja 37,2%). Teine suur erinevus puudutab isikuid, kellel on kolm ja rohkem psüühika- ning käitumishäirete diagnoosi: neid on enesevigastajate seas 55,8% ja mittevigastajate seas 20,2%.

Tabel 9. Uuritavate jaotus enesevigastuse olemasolu ja psüühika- ning käitumishäirete diagnooside arvu lõikes.

Tunnus	Enesevigastus				Kokku	%
	jah		ei			
	arv	%	arv	%		
Dgn arv					0,000	
0	2	4,7	219	37,2	221	35,0
1	9	20,9	116	19,7	125	19,8
2	8	18,6	134	22,8	142	22,5
3 ja enam	24	55,8	119	20,2	143	22,7

Tabelis 10 on toodud uuritavate arvud, kes omasid üht kuni mitut diagnoosi RHK-10 peatüki „Psüühika- ja käitumishäired“ alaosades. Nende koguarv oli 806. Kõige rohkem, umbes kahel viiest uuritavast, esineb psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäireid. Ka füsioloogiliste funktsioonide häirete ja füüsiliste e. somaatiliste teguritega seotud käitumissündroome (29,8%) ning neurootilisi, stressiga seotud ja somatoformseid häireid (24,9%) on uuritavate seas suhteliselt sageli.

Tulemused on toodud ka võrdlevalt enesevigastuse sooritanud ja mittesooritanud isikute lõikes. Ilmneb, et viie alapeatüki osas on statistiliselt oluliselt suurema sagedusega vastavaid diagnoose isikutel, kes on vanglas viibimise ajal end vigastanud.

Tabel 10. Uuritavate jaotus enesevigastuse olemasolu ja psüühiliste häirete diagnooside tüübi lõikes.

Diagnoosi tüüp	Enesevigastus					Kokku	%
	jah		ei		p- väärt us		
	arv	%	arv	%			
F00–09 Orgaanilised k.a sümptomaatilised psüühikahäired	2	4,7	10	1,7	0,172	12	1,9
F10–19 Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired	23	53,5	243	41,3	0,119	266	42,2
F20–29 Skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired	4	9,3	1	0,2	0,000	5	0,8
F30–39 Meeleoluhäired	10	23,3	40	6,8	0,000	50	7,92
F40–49 Neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired	25	58,1	132	22,5	0,000	157	24,9
F50–59 Füsioloogiliste funktsioonide häirete ja füüsiliste e somaatiliste teguritega seotud käitumissündroomid	12	27,9	176	29,9	0,779	188	29,8
F60–69 Täiskasvanu isiksus- ja käitumishäired	1	2,3	15	2,6	1,000	16	2,5
F70–79 Vaimne alaareng	9	20,9	17	2,9	0,000	26	4,1
F80–89 Psühholoogilise arengu häired e psüühilise arengu spetsiifilised häired	5	11,6	14	2,4	0,007	19	3,0
F90–99 Täpsustamata psüühikahäire	7	16,3	60	10,2	0,212	67	10,6

Skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häirete puhul oli enesevigastuse šanss 60,2 (95% CI 6,1–597,8) korda kõrgem kui vastava häire mitteesinemisel, meeleoluhäirete puhul 4,2 (95% CI 1,9–9,1), neurootiliste, stressiga seotud ja somatoformsete häirete puhul 4,8 (95% CI 2,5–9,2), vaimse alaarengu puhul 8,9 (95% CI 3,6–21,9), ning psühholoogilise arengu häirete korral 5,4 (95% CI 1,8 – 15,9) korda kõrgem kui vastavate häirete mitteesinemisel.

## 5.4 Enesevigastused

Enesevigastusi tekitas 43 vangistatut. Seega enesevigastuste kolme aasta levimus antud valimis oli 6,8%. 31 (74,4%) inimest vigastas end ühe korra, ülejäänutel esines enesevigastamist 2-14 korral.

Uuritavate levinumaks enesevigastamise laadiks oli lõikamine (37 juhtu, 86,0%). Peamiselt tekitati lõikevigastusi jäsemetele (küünarvarte sisemisele piirkonnale). Enamikul juhtudel on vigastused tekitatud vasakule käele. Teistest enesevigastuse laadidest oli naha pindmisi marrastusi ja kriimustusi (4 juhtu, 9,3%), ning ühel juhul oli tegemist enesepõletusega.

## 5.5 Enesevigastuste riskitegurid

Järgnevalt on toodud enesevigastamist mõjutavate tegurite šansisuhted (Tabel 11). On näha, et kohandatud analüüsis on enesevigastuse riskiteguriks psühhiaatrilise diagnoosi olemasolu: iga lisanduv diagnoos tõstab enesevigastuse šanssi 1,83 korda (95% CI 1,47–2,28).

Tabel 11. Enesevigastamist mõjutavate tegurite šansisuhted (kohandatud kõikidele tabelis toodud tunnustele).

<b>Tunnus</b>	<b>Kohandatud OR</b>	<b>95% usaldusvahemik</b>
Vangistus		
esimene	1	
korduv	0,91	0,63–1,30
Rahvus		
muu	1	
eestlane	0,53	0,25–1,13
Vangistuse pikkus		
kuudes	0,99	0,99–1,00
Vanus		
<16	1	
16–18	1,7	0,51–5,77
19–21	0,94	0,25–3,59
Suitsetamine		
ei	1	
jah	1,23	0,57–2,67
Psühhiaatriline diagnoos		
ei ole	1	
iga lisanduv diagnoos	<b>1,83</b>	<b>1,47–2,28</b>

## 6. ARUTELU

Käesolevas magistritöös uuriti noorte vangistatute psüühika- ja käitumishäirete sagedust ning enesevigastamise riskitegureid Viru vanglas aastatel 2011-2013.

Ilmnes, et ligikaudu 2/3 uuritavatest omas ühte või mitut psüühika ning käitumishäirete diagnoosi, viiendikul on kolm ja rohkem vastavat diagnoosi. Enesevigastuste kolme aasta levimus antud valimis oli 6,8%. Suurel enamusel juhtudest oli tegemist lõikevigastustega. Enesevigastuse šansid olid kõrgemad psüühika- ning käitumishäirega vangistatute puhul. Iga lisanduv psüühika- ning käitumishäirete diagnoos tõstis vigastuse šanssi 1,83 korda (95% CI 1,47–2,28). Enesevigastuse šansid olid kõrgemad skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häirete; meeleoluhäirete; neurootiliste, stressiga seotud ja somatoformsete häirete puhul; vaimse alaarengu; ning psühholoogilise arengu häirete korral.

Uuring tugines tavapraktikas vanglas registreeritavatele andmetele. See seadis uuringule oma piirangud. Sai piirduda ainult nende andmetega, mille kohta oli informatsioon rutiinselt kogutud ja ei saanud lisada uuringu eesmärgist lähtuvaid olulisi tunnuseid, nagu näiteks uuritavate enda perekondlik taust, iseloomuomadused või muud taolised tunnused.

Uuringu piiranguks võib pidada ka selle läbilõikelist iseloomu. Kuna uuritavaid ei jälgitud aja jooksul ning olemasolevatest andmetest ei olnud võimalik kvaliteetselt tekitada jälgimisaegu tulemi (enesevigastus) tekke osas, siis tuli piirduda levimuse arvutamisega.

Uuringu tugevaks küljeks võib pidada kõikset ja suhteliselt suurt valimit. Kõikse valimi võimalus tekkis seetõttu, et kasutati igapäevaselt vangla praktikas registreeritavaid andmeid ning vangidega ühendust ei võetud. Samas, arvestades enesevigastuste väikest arvu valimis, oleks valim võinud olla suurem. Praktilistel kaalutlustel seda ei saanud teha, kuna meditsiiniandmete läbitöötamine oli aeganõudev.

Demograafiliste ning vanglas viibimise korduvuse ja aja andmete osas olid algandmed üsna kvaliteetsed. Suuremaid probleeme tekitas diagnooside kokkuviimine uuritavate subjektidega, mis oli aeganõudev. Samas võimaldasid andmed uuritavate subjektidega siduda ka nende varasemaid diagnoose ning seega saada võimalikult täieliku hinnangu nende psüühika- ja käitumishäirete levimusele. Kuigi osadel vangistatutel võis puududa

informatsioon vanglaväliselt diagnoositud psüühika- ja käitumishäirete kohta, saab öelda, et oli võimalik hinnata uuritavate eluaegset ehk kumulatiivset psüühika- ja käitumishäirete levimust. Seda väidet toetab ka asjaolu, et tegemist on suhteliselt noorte subjektidega.

Vangistus on kõige raskem füüsilisele isikule kuriteo eest kohaldatav karistus. Samuti on tegemist kõige kahjulikuma karistusega, kuna süüdlasel katkevad olulised sotsiaalsed kontaktid ühiskonnaga, kohanetakse passiivse vanglaelu stiiliga, vähenevad erialased oskused (kui need olid üldse omandatud). Ka käesolevas uuringus oli näha, et kuigi üle kolmandiku uuritavatest olid üle 18 aasta vanad, oli keskharidus omandatud vaid 3,5 % uuritavatest. Psühholoogiline mõju, mille tekitab arreteerimine ja vangistus kui psühhotrauma, ning vanglaelust tulenev stress võib vähendada isikute vaimset ja kehalist vastupanuvõimet. Tagajärgedeks võivad olla nii psüühika- ja käitumishäired kui ka enesevigastused.

Vabadusekaotus võib olla eriti ränk alaealistele kurjategijatele, kes on lahutatud perekonnast ja sõpradest. Antud uuringus oli iga kümnes uuritav alaealine. Alaealisi tuleb käsitleda kui eriti kõrge suitsiidiriskiga kinnipeetavaid (25). Noortel kinnipeetavatel on erivajadused. Nad on sageli ebasoodsamas olukorras kui teised eakaaslased väljaspool vanglat ja see võib avaldada negatiivset mõju nende tervisele (25).

Enesevigastuste kolme aasta levimus antud valimis oli 6,8%. On leitud, et enesevigastuste määrad suurenevad aja jooksul, näiteks Inglismaa ja Wales'i vanglates läbi viidud uuringute põhjal (26, 27). Hiljuti on avaldatud Inglismaa uuringu tulemustest artikkel (17), kus leiti, et 20-24% naistest ja 5-6% meestest teostavad enesevigastusi igal aastal. Need protsendid on käesoleva uuringuga võrreldes kõrgemad. Ülaltoodud Hawtoni jt. uuringus leiti, et naistel on enesevigastuste määr umbes kümme korda suurem kui meestel. Leiti ka, et peale enesevigastust võib toimuda suitsiid. Risk selleks leiti olevat kõrgem vanemaealistel meesvangidel ning juhtudel, kus enesevigastus oli raskema astmega. Ka Humber jt (28) näitasid oma uuringus, mis kasutas juhtkontrolluuringu kavandit (võrreldi suitsiidi toimepannud kinnipeetavate andmeid suitsiidi mittesooritanud kinnipeetavate andmetega), et suitsiidirisk oli üheksa korda kõrgem neil, kellel vangistuse ajal oli enesevigastuse ja/või suitsiidi risk. Suurel enamusel juhtudest oli käesolevas uuringus tegemist löikevigastustega. Seda leidu kinnitavad ka teised, mujal maailmas tehtud uuringud – löikevigastuste määr on olnud isegi 93% (27,29).

Uuring vangla personaliga, mis kasutas temaatilist analüüsi ja poolstruktureeritud intervjuud näitas, et vanglapersonal ei oska enesevigastajatega toime tulla (26). Samas

tehadse teadusgruppide ja praktikute poolt pingutusi, et leida võimalusi ennetuseks. Nii toimus Inglismaa kolmes vanglas tervisetehnoloogiauring, mis soovis tuvastada sõelumismeetodeid enesevigastuse riski suhtes (27). Uuringus osales 450 vangi, kellest ligi pooled olid ennast vigastanud. Uuritavatel testiti viit küsimustikku (*Prison Screening Questionnaire (PriSnQuest)*, *Revised Borderline Symptom List-23 (frequency-based responses) (BSL-23-F)*, *Self-Harm Inventory (SHI)*, *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)* and *the Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM)*) ning analüüsis kasutati ka uuritavate sotsiaaldemograafilisi ning vangistuse andmeid. Peale küsimustike läbiviimist jälgiti kinnipeetavaid uuringus kuus kuud. Leiti, et ühegi nimetatud küsimustiku ennustusvõime enesevigastuse suhtes ei olnud piisavalt hea ning et selles suunas tuleb uuringuid jätkata.

Mitmed uuringud on leidnud, et kinnipeetavatel on kõrge psühhiaatriliste haiguste levimus (14, 30). Hetkelevimuseks on saadud 33-50% (7, 12, 13). Eluaegseks levimuseks on saadud 83% (10), vaadeldes sugusid eraldi on saadud tulemuseks naistel psühhiaatriliste haiguste eluaegne levimus 68,9 ja meestel 56,1% (8). Teplin jt uuringus vaadeldi juhuvalimit noortest kinnipeetavatest vanuses 10-18 aastat (11). Leiti, et psühhiaatriliste häirete kuue kuu levimus (üks kuni mitu häiret) oli meesvangidel 60% ning naisvangidel umbes kolmandikul. Ka antud uuringus leiti, et ligikaudu kahel kolmandikul kinnipeetavatest esines üks kuni mitu psüühika- ja käitumishäirete diagnoosi. Nagu arutelu alguses välja toodud, on käesolevas uuringus tegemist eluaegse levimusega, seega on tulemused teiste uuringutega sarnased. Kirjanduse süstemaatilises ülevaates antud teemal (14) on leitud, et riigiti võib psüühika- ja käitumishäirete levimus vanglapopulatsioonides olla erinev.

Kui vaadata psüühika- ja käitumishäirete alarubriike, siis kõige rohkem esines psüühikoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäireid; füsioloogiliste funktsioonide häirete ja kehaliste e. somaatiliste teguritega seotud käitumissündroome ning neurootilisi, stressiga seotud ja somatoformseid häireid oli uuritavate seas suhteliselt sageli. Ka Teplin jt uuringus (11) leiti, et kõige sagedasem psüühikahäire noortel vangidel on tingitud psüühikoaktiivsete ainete tarvitamisest. Ka muude teguritega seotud käitumishäireid oli nimetatud uuringu tulemusena leitud sageli nagu ka käesolevas uuringus.

Imnes ka psüühika- ja käitumishäirete suurem levimus nende uuritavate seas, kes olid toime pannud enesevigastuse. Morales ja Guarnero uuringus (29) leiti, et enesevigastust

kutsusid esile suhtlemishäired, meeleolu- ja sõltuvushäired. Teises uuringus leiti seos enesevigastamise ja isiksusehäirete vahel (31).

Vanglatervishoiu senine rõhuasetus Eestis on olnud pigem tagajärgede likvideerimisel ja olemasoleva tervise seisundi stabiilsena hoidmisel, kui tervisevaldkonna edendamisel ja ennetamisel. Vanglas on oluline efektiivse toetusmeeskonna olemasolu ( tervishoiutöötaja, kontaktisik, psühholoog, sotsiaaltöötaja, vanglaväline kriminaalhooldaja). Knowles jt on uurinud vanglatöötajate suhtumist vaimsete probleemide ja suitsidaalse käitumise avastamiseks vangidel (32). Leiti, et töötajad ei pea seda piisavalt tähtsaks ja neil ei ole ka vastavaid oskusi. Takistusi tegevuseks Viru vanglas seab erialaspetsialistide vähesus ja olemasolevate spetsialistide väga suur töökoormus.

Noored kinnipeetavad on tihti enne vangistust olnud sotsiaalselt tõrjutud ja kaitsetus olukorras, nende noorte vanglas viibimise aeg on väärtuslik võimalus sekkumiseks, pakkumaks neile tervistedendavaid teenuseid (25). Alaealised on impulsiivsed, kuid preventsooniks soodne kontingent (33).

Noorte vangistatute puhul on tähtis isikupõhisemalt tegeleda olemasolevate terviseprobleemidega ja läbi viia noorte vaimse tervise põhjalikum monitooring. Selleks on vajalik vangistuseelsete oluliste terviseandmete teadasaamine, koostöö vanematega, perearstidega, koolide tervishoiutöötajatega. Inglismaal näiteks on alustatud vanglates vaimse tervise meeskondade aktsiooniga (34, 35). Nende eesmärgiks on tagada vanglates multiprofessionaalsete vaimse tervise probleemidega tegelevate meeskondade töö, mis tegeleksid selle valdkonnaga samamoodi nagu väljaspool vanglat toimivas meditsiinisüsteemis.

Vangistatud alaealiste ja noorte tervisenäitajate uurimine ja analüüs on aluseks, et töötada välja tõhusamad sekkumisprogrammid, mis aitavad vähendada antud riskirühma riskikäitumist.

## 7. JÄRELDUSED

1. Psüühika- ja käitumishäirete levimus noortel vangistatutel on kõrge ning ühel isikul võib esineda mitu diagnoosi. Levinumad on psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäireid; füsioloogiliste funktsioonide häirete ja füüsiliste e somaatiliste teguritega seotud käitumissündroomid ning neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired.
2. Kolme aasta jooksul tegi vähemalt ühe enesevigastuse üks vang neljateistkümnest. Domineerivaks vigastuse tüübiks oli eneselõikamine.
3. Enesevigastuse šansse suurendas kohandatud analüüsis psüühika- ja käitumishäirete esinemine, iga taolise diagnoosi lisandumine tõstab šanssi ligi kaks korda.

## 8. ETTEPANEKUD

Vanglasse sattumisel ennetustegevuse tõhustamine ja alaealiste ning noorte vaimsele ja füüsilisele tervises seisundile suurema tähelepanu pööramine võimaldab vältida psüühika- ning käitumishäirete teket ja enesevigastuste tekitamist. Seeläbi paraneb alaealiste ja noorte elukvaliteet ning suure tõenäosusega vähenevad enesevigastuste raviga seotud otsesed ja kaudsed tervishoiukulutused. Ennetustegevuse tõhustamine võib kaasa aidata ka retsidiivsuse vähendamisele.

Viru vanglas on olnud projektipõhiselt võimalus psühhiaatrite erialase supervisiooni läbiviimiseks. Sellise tegevuse jätkumine aitaks oluliselt kaasa täpsemate diagnooside püstitamisele ja ravivajaduse hindamisele. Tähtis on uurida ka seoseid noorte vangistusele eelnenud käitumisharjumuste, sotsiaalse võrgustiku (peremudeli) ja terviseprobleemide vahel. Saadud tulemused annaksid hea ülevaate, mille põhjal on võimalik rakendada erinevaid sekkumismeetmeid, et parendada tulevikus laste ja noorte elukvaliteeti.

Oluline on vangistatud noorte varasemate terviseandmete kohta käiva info päringud vanglavälistest tervishoiuasutustest. Võimalikult rohke teabe omamine aitab vangla meditsiinipersonalil osutada veelgi kvaliteetsemat tervishoiuteenust.

Võtmetegevuseks noorte vangistatute tervises seisundi ja elukvaliteedi säilitamisel ja parendamisel on erinevate spetsialistide (tervishoiutöötaja, vangla kontaktisik, psühholoog, vanglaväline kriminaalhooldusametnik) koostöö alates noore vangistatu vanglasse saabumise hetkest.

## 9. KASUTATUD KIRJANDUS

1. Tervise Arengu Instituut. (<http://www.tai.ee/tegevused/tervise-edendamine/laste-ja-noorte-tervise-edendamine>)
2. Justiitsministeerium. Vanglateenistuse koduleht. ([www.vangla.ee](http://www.vangla.ee))
3. Young MH, Justice J V, Erdberg P. Risk of harm: inmates who harm themselves while in prison psychiatric treatment. *J Forensic Sci* 2006;51(1):156–62.
4. Andreoli SB, Dos Santos MM, Quintana MI, Ribeiro WS, Blay SL, Tabora JGV, et al. Prevalence of mental disorders among prisoners in the state of Sao Paulo, Brazil. *PLoS One* 2014;9(2):e88836.
5. Teplin LA, Abram KM, McClelland GM et al. Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59(12):1133–43.
6. Macciò A, Meloni FR, Sisti D, Rocchi MBL, Petretto DR, Masala C, et al. Mental disorders in Italian prisoners: results of the REDiMe study. *Psychiatry Res* 2015 225(3):522–30.
7. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 2002;181:193–9.
8. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol* 2014 43(2):476–93.
9. Sepehrmanesh Z, Ahmadvand A, Akasheh G, Saei R. Prevalence of psychiatric disorders and related factors in male prisoners. *Iran Red Crescent Med J* 2014 16(1):e15205.
10. Kumar V, Daria U. Psychiatric morbidity in prisoners. *Indian J Psychiatry* 2013 55(4):366–70.
11. Dudeck M, Kopp D, Kuwert P et al. Prevalence of psychiatric disorders in prisoners with a short imprisonment: results from a prison in north Germany. *Psychiatr Prax* 2009;36(5):219–24.
12. Andersen HS. Mental health in prison populations. A review--with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;(424):5–59.
13. Goyal SK, Singh P, Gargi PD et al. Psychiatric morbidity in prisoners. *Indian J Psychiatry* 2011;53(3):253–7.

14. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry* 2012;200(5):364–73.
15. Oja M. Autoagressiivne käitumine noorukieas. ([http://www.lastehaigla.ee/public/vaimse\\_tervise\\_keskus/24.04.15\\_Autoagressioon\\_2015\\_M.Oja.pdf](http://www.lastehaigla.ee/public/vaimse_tervise_keskus/24.04.15_Autoagressioon_2015_M.Oja.pdf))
16. Mayo Clinic. Diseases and Conditions. Self injury/cutting. (<http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/self-injury/basics/definition/con-20025897>)
17. Hawton K, Linsell L, Adeniji T, Sariaslan A, Fazel S. Self-harm in prisons in England and Wales: An epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. *Lancet* 2014;383(9923):1147–54.
18. Rivlin A, Hawton K, Marzano L et al. Psychosocial characteristics and social networks of suicidal prisoners: towards a model of suicidal behaviour in detention. *PLoS One* 2013;8(7):e68944.
19. Daigle MS, Daniel AE, Dear GE et al. Preventing suicide in prisons, part II. International comparisons of suicide prevention services in correctional facilities. *Crisis* 2007;28(3):122–30.
20. Tall K. Sissejuhatus suitsidoloogiasse. Tartu: Tartu Ülikool; 2009.
21. Kupers T. Prison madness: The mental health Crisis behind bars and what we must do about it. San Francisco: Jossey-Bass; 1999.
22. Danto BL LD. Suicide behind bars: Prediction and Prevention. Pennsylvania: The Charles Press; 1993.
23. Health Promotion for Young Prisoners (HPYP). (<http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/hiv-cluster-meeting-material/hpyp.pdf>)
24. Rahvusvaheline haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide statistiline klassifikatsioon. Kümnes väljaanne. WHO, 1996.
25. Terviseedendus noortele kinnipeetavatele: käsiraamat vangla töötajatele. *Health Promotion for Young Prisoners*. 2007. ([http://philipus.de/hpyp.eu/DOCS/Toolkits/HPYP\\_toolkit\\_compl\\_estland.pdf/\(1\)](http://philipus.de/hpyp.eu/DOCS/Toolkits/HPYP_toolkit_compl_estland.pdf/(1)))
26. Ramluggun P. A critical exploration of the management of self-harm in a male custodial setting: qualitative findings of a comparative analysis of prison staff views on self-harm. *J Forensic Nurs* 2015;9(1):23–34.

27. Horton M, Wright N, Dyer W et al. Assessing the risk of self-harm in an adult offender population: an incidence cohort study. *Health Technol Assess* 2014; 18(64):1–151, vii – viii.
28. Humber N, Webb R, Piper M, Appleby L, Shaw J. A national case–control study of risk factors for suicide among prisoners in England and Wales [corrected]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013 Jul 48(7):1177–85.
29. Morales YM, Guarnero PA. Non-suicidal self-injury among adult males in a correctional setting. *Issues Ment Health Nurs* 2014 Aug 35(8):628–34.
30. Jarrett M, Valmaggia L, Parrott J, Forrester A, Winton-Brown T, Maguire H, et al. Prisoners at ultra-high-risk for psychosis: a cross-sectional study. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2015 30];1–10.
31. Lohner J, Konrad N. Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: distinguishing features in male inmates' self-injurious behavior. *Int J Law Psychiatry* 2015 29(5):370–85.
32. Knowles SE, Townsend E, Anderson MP. Youth Justice staff attitudes towards screening for self-harm. *Health Soc Care Community* 2012 20(5):506–15.
33. WHO. Preventing suicide: a resource for prison officers. Enesetappude ennetamine: abiks vangla ametnikele. MTO väljaande Eestile kohandatud ja täiendatud tõlge Tallinn; 2000. ([http://www.who.int/mental\\_health/media/en/648.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/648.pdf))
34. Forrester A, Singh J, Slade K, Exworthy T, Sen P. Mental health in-reach in an urban UK remand prison. *Int J Prison Health* 2014 10(3):155–63.
35. Steel J, Thornicroft G, Birmingham L, Brooker C, Mills A, Harty M, et al. Prison mental health inreach services. *Br J Psychiatry* 2007 May 190(5):373–4.

## **Psychiatric and behavioural disorders and risk factors of self-injuries among young prisoners in Viru prison in 2011-2013.**

**Kai Ird**

### **SUMMARY**

In the current master thesis prevalence of psychiatric and behavioural disorders as well as self-injuries and factors related to them among young prisoners in Viru prison in 2011-2013 were studied. Sample consisted of all young inmates of the Viru prison in 2011-2013 (N=631). Data were obtained from the database of the detainees called *VANGIS* and from the medical database *VanglaArst*.

The youngest detainee was 14 years of age. Every tenth study subject was younger than 16 years. As for the educational level, most subjects had basic level of schooling. Regarding citizenship, 95.4% had Estonian citizenship. About 2/3 were of Estonian nationality. Majority were single.

The biggest proportion (56.6 %), was serving the sentence for the first time. About one third was serving the second sentence, about one in ten third sentence and about one in twenty was serving the fourth or more sentence.

About two thirds of the subjects had one or multiple diagnoses of psychiatric and behavioural disturbances, one fifth had three and more diagnoses of the kind. There were 43 self-injuries committed during the study period, majority of which were cutting injuries (37 cases, 86.0%). The three years prevalence of self-injuries in the sample was 6.8%.

The odds of self-injuries were higher in detainees who had psychiatric and behavioural disturbances. Every diagnose of psychiatric and behavioural disturbances increased the odds of self-injury in adjusted logistic regression analysis 1.83 times (95% CI 1.47-2.28). Having schizophrenia increased the chances of self-injury 60.2 (95% CI 6.1- 597.8) times; mood disturbances 4.2 (95% CI 1.9- 9.1); neurotic, stress related and somatophorm disturbances 4.8 (95% CI 2.5- 9.2); mental retardation 8.9 (95% CI 3.6- 21.9); and disturbances of psychologic development 5.4 (95% CI 1.8 – 15.9).

As a result of this study there is an overview of the prevalence of psychiatric and behavioural disorders, as well as the frequency of self-injuries and their risk factors among young prisoners in Viru prison in 2011-2013. Based on these data suicide prevention in prisons can be enhanced.

## TÄNUAVALDUS

*Maailmas ei ole midagi, mis oleks saavutatud ainuisikuliselt. Kõige taga on veel keegi või kellegi mõju. Enamasti on see terve hulk inimesi, kellest on sõltunud, et see midagi on võimalikuks saanud.*

Eriline tänu kuulub:

- Katrin Langile magistritöö juhendamisel hindamatu abi ja pühendumise eest.
- Kristel Ojalale asjakohaste ja abistavate kommentaaride eest.
- Inge Ringmetsale abi eest andmete korrastamisel ja analüüsi tegemisel.
- Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi töötajatele kogu minu magistriõpingute aja jooksul jagatud teadmiste, abivalmiduse ning heatahtliku suhtumise eest.
- Parimale sõbrale ja perele, kes järjekindlalt innustades ja emotsionaalselt toetades ei lasknud mul kaotada usku püstitatud eesmärgi saavutamise võimalikkusesse.

## CURRICULUM VITAE

**Nimi:** Kai Ird  
**Sünniaeg ja koht:** 05.12.1964, Kohtla-Järve  
**Elukoht:** Maja-3, Pilka küla, Luunja vald, Tartumaa  
**E-mail:** [kai.ird0512@gmail.com](mailto:kai.ird0512@gmail.com)

### Hariduskäik:

2006– ... Tartu Ülikool, rahvatervishoiu magistriõpe  
1992–1995 Tartu Ülikool, Arstiteaduskond – õeteadus  
1983–1985 Tartu Meditsiinikool – meditsiiniõde  
1976–1982 Nõo Keskkool – keskharidus  
1971–1976 Kohtla-Järve I Keskkool  
1970–1971 Tartu 7. Keskkool

### Töökogemus:

02.2011– ... Viru Vangla – Meditsiinosakonna juhataja  
03.2008–12.2010 Otepää Tervisekeskus – juhatuse esimees  
09.2007– 03.2008 Tartu Ülikool, Geenivaramu – klienditeeninduse juht  
07.1996–08.2007 SA Tartu Ülikooli Kliinikum – Klienditeeniduse teenistuse  
direktor  
08.1995–07.1996 Maarjamõisa Polikliinik – Klienditeeninduse osakonna  
juhataja  
06.1995–08.1995 Maarjamõisa Polikliinik – tervishoiuspetsialist  
07.1985–08.1992 Tartumaa Polikliinik – meditsiiniõde  
08.1982–08.1983 Tartu Ülikooli Raamatukogu – raamatukoguhoidja

**Huvialad:** Kirjandus, muusika, laulutekstide kirjutamine, mälumäng,  
keraamika.

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Kai Ird (sündinud 5. detsembril 1964.a.),

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa lihtlitsentsi näol enda loodud teosena magistritöö pealkirjaga „**Psüühika-ja käitumishäirete sagedus ning enesevigastuste riskitegurid noorte vangistatute seas Viru vanglas aastatel 2011-2013**“.

(„*Psychiatric and behavioural disorders and risk factors of self-injuries among young prisoners in Viru prison in 2011-2013*“),

mille juhendajateks olid

Katrin Lang, PhD, TÜ tervishoiu instituut, dotsent

Kristel Ojala, MSc, MScHS, Justiitsministeerium, nõunik

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 28. mai 2015