

Suitsidaalsus ühiskonnas ja suitsiidikate sooritamist prognoosivad tegurid

Merike Sisask¹, Kairi Kõlves^{1, 2}, Airi Värnik^{1, 2, 3} – ¹Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituut (ERSI), Eesti Käitumis- ja Terviseteaduste Keskus, ²TÜ sotsiaalteaduskond, ³Rootsi rahvuslik suitsiidide uurimise ja vaimsete häirete preventiooni keskus, rahvuslik psühhosotsiaalse meditsiini instituut ja rahvatervise osakond, Karolinska Instituut, Stockholm, Rootsi

SUPRE-MISS uuring, suitsidaalsus ühiskonnas, suitsiidikate, riskitegurid

Artikli eesmärgiks on selgitada välja suitsidaalsuse levik ühiskonnas ning analüüsida suitsiidikate sooritamise riskitegureid. Töös kasutati WHO ülemaailmse uuringu SUPRE-MISS raames kogutud andmeid. Uuring koosnes kahest osast: vähemalt 15aastaste suitsiidikate sooritanute uuring Põhja-Eesti Regionaalhaigla Mustamäe korpusel ja Tallinna psühhiaatrikliinikus ning ühiskonna uuring (kontrollrühm) Tallinna piirkonnas juhuvaliku põhjal erinevate perearstide nimistutesse kantud isikutest. Tallinna ühiskonna uuringust selgus, et rohkem kui iga kümnes uuritav oli oma senise elu jooksul mõelnud enesetapu sooritamisele ning suitsiidikateid on suurema tõenäosusega sooritanud need, kes on varem suitsiidile mõelnud ja/või seda planeerinud. Suitsiidikate sooritamist prognoosivate teguritena tulid esile naissugu, vanus alla 30 eluaasta, kooselu puudumine, töö puudumine ning varasemad suitsiidikatsed.

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) andmetel (105 riigi kokkuvõtte) kuulub Eesti koos teiste Baltimaade, Venemaa, Soome, Ungari ja Sri Lankaga suurima suitsiidiriskiga maade hulka. Suitsiidikordaja on maailmas keskmiselt 16 suitsiidi 100 000 inimese kohta (1). Keskmise suitsiidikordaja Eestis on viimase 10 aasta jooksul (1993–2002) olnud 35 suitsiidi 100 000 inimese kohta.

Olemasolev teadmine suitsiidisurmade levikust ja suitsiidi riskiteguritest ei anna siiski terviklikku ülevaadet suitsidaalsusest laiemalt, mis hõlmab lisaks lõpuleviidud suitsiididele ka suitsiidikateid ning suitsidaalset mõtlemist. Suitsiidikatsete leviku kohta tõenduspõhised andmed puuduvad, kuid on indikaatoreid, mille alusel antud eksperthinnangu kohaselt võib suitsiidikateid esineda 10–40 korda sagedamini kui suitsiide (2).

Uuringu **eesmärk** on selgitada välja suitsidaalsuse (suitsiidimõtted, -plaanid ja -katsed) levik ühiskonnas ning analüüsida suitsiidikate sooritamise riskitegureid, eelkõige sotsiaalseid riskitegureid.

Uurimismaterjal ja -meetodid Andmete kogumine ja valim

SUPRE-MISS (*Suicide Prevention – Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours*) on WHO uuring, mille korraldajaks Eestis oli Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituut (ERSI). Uuring korraldati viiel maailma kontinendil, WHO valis konkursi korras välja keskused, mis asusid lisaks Eestile veel Brasiilias, Hiinas, Indias, Lõuna-Aafrikas, Sri Lankas ja Vietnamis. SUPRE-MISS uuringu meetoodika on välja töötanud WHO (3) ning kohalikele oludele kohandatuna rakendati sama meetoodikat kõigis keskustes.

Uuring koosnes mitmest alaprojektist:

A. Suitsiidikate sooritanute uuring, mille baashaiglaks oli Põhja-Eesti Regionaalhaigla (Mustamäe korpus ja Tallinna psühhiaatrikliinik). Uuringu käigus korraldati struktureeritud süva-intervjuu nende vähemalt 15aastaste isikutega, kes toodi või kes tulid ise suitsiidikate järel haiglasse meditsiinilise abi saamiseks. Intervjueerijateks olid kliinilise töö kogemusega spetsialistid (psühhiaatrid, psühholoogid). Ajavahemikul detsembrist 2001

kuni jaanuarini 2004 sattus suitsiidikatse järel Põhja-Eesti Regionaalhaiglasse 884 inimest, kellest 469 intervjueeriti. Intervjueeritud suitsiidikatse sooritanute sooline ja vanuseline jaotus oli representatiivne suitsiidikatse sooritanute kogupopulatsiooni suhtes sel perioodil.

B. Ühiskonna uuring, mille käigus moodustati Tallinna piirkonnas juhuvaliku põhjal erinevate perearstide nimistutesse kantud isikutest kontrollrühm. Ühiskonna uuringu raames korraldati 2002. a struktureeritud intervjuud 500 isikuga, keda intervjuerisid perearstid. Küsitletute sooline ja vanuseline jaotus oli representatiivne Tallinna rahvastiku suhtes. Suitsidaalsuse leviku hindamiseks ühiskonnas esitati kontrollrühma kuuluvatele uuritavatele järgmised küsimused:

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

Statistiline analüüs

Soo- ja vanusjaotuse puhul on täpsuse huvides kasutatud andmeid kõigi SUPRE-MISS uuringu perioodi jooksul Põhja-Eesti Regionaalhaiglasse sattunud suitsiidikatse sooritanute kohta ja Tallinna rahvastiku andmeid 1. jaanuari 2003. a seisuga (www.stat.ee). Muude sotsiaaldemograafiliste andmete (pereseis, tööstaatus) analüüs on tehtud ainult SUPRE-MISS uuringu intervjuude käigus kogutud andmete põhjal.

Riskitegurite väljaselgitamiseks on nii suitsiidikatse sooritanute kui ka kontrollrühm jagatud kolmeks vanuserühmaks: alla 35aastased (noorem vanuserühm), 35–59aastased (keskmine vanuserühm) ja 60aastased ning vanemad (vanem vanuserühm). Vanusest tuleneva suitsiidikatse sooritamise riski hindamisel on kasutatud järgmisi vanuserühmi: 15–20, 20–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60–69 ja 70 ning vanemad.

Suitsiidikatse riskitegurite väljaselgitamiseks on statistilises analüüsis kasutatud suhtelist riski (RR) ja

riskisuhet (OR), tunnustevahelise seose arvutamisel on kasutatud ka χ^2 -kordajat.

Tulemused

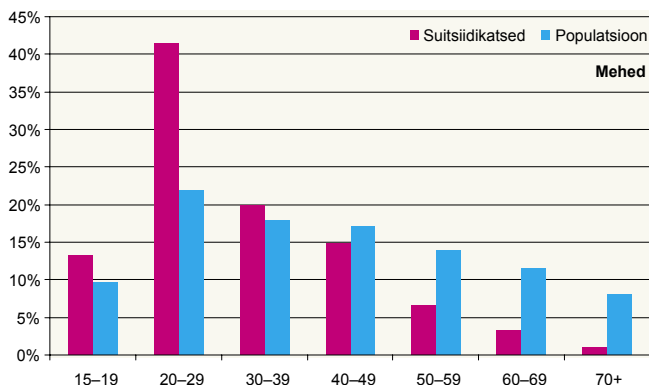
Suitsidaalsus ühiskonnas

12,4% uuritavatest oli oma elu jooksul mõelnud enesetapu sooritamisele, seejuures naised mõnevõrra sagedamini kui mehed (M 10%, N 15%; $p > 0,05$) ning eestlased enam kui mitte-eestlased (E 15%, ME 9%; $p > 0,05$). Vanuserühmiti olid nooremaste ja keskmisesse vanuserühma kuuluvad isikud mõelnud enesetapu sooritamisele oluliselt sagedamini kui vanemaste vanuserühma kuuluvad isikud (15–34 a 15%, 35–59 a 15%, 60+ a 3%; $\chi^2 = 11,5$; $p = 0,003$). Tõsiseid plaane enesetapu sooritamiseks oli pidanud 5% ja enesetapukatse oli elu jooksul sooritanud 4% uuritud Tallinna elanikkonnast, kujuures sugude ja rahvuste vahel olulisi erinevusi ei esinenud. Vanuserühmade analüüs näitas, et kõige sagedamini oli pidanud plaani enesetapu sooritamiseks noorem vanuserühm ($\chi^2 = 6,6$; $p = 0,04$), nende hulgas oli samuti enam neid isikuid, kes olid tegelikult enesetapukatse sooritanud ($\chi^2 = 11,6$; $p = 0,0003$). Enesetapukatse sooritanud uuritavate hulgast sai 39% pärast suitsiidikatset meditsiinilist abi ning 33% neist vajas hospitaliseerimist. Oma suitsiidikatset hindas tõsiseks katseks end tappa 56% uuritavatest. Korrelatsioonanalüüs näitas tugevat statistilist seost ($p < 0,0001$) kõikide suitsidaalsusega seotud tunnuste vahel.

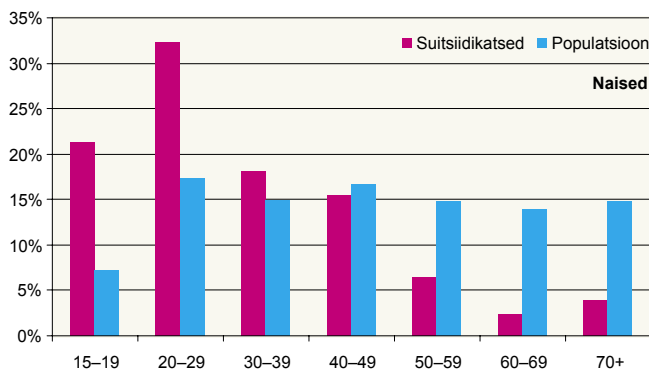
Suitsiidikatse sooritanute sugu ja vanus

Uuritud perioodi jooksul suitsiidikatse järel haiglasse sattunud üle 15aastastest isikutest oli 61% naised ning 39% mehi. Tallinna rahvastikus oli samavannuste isikute hulgas 56% naised ja 44% mehi. Naistel oli suurem risk sooritada suitsiidikatse (RR = 1,2; 95% CI = 1,1–1,4) kui meestel.

Mees- ja naissoost suitsiidikatsetajate vanuselise jaotusest ilmes, et suitsiidikatsetajad kuuluvad kõige sagedamini vanuserühma 20–29 eluaastast, meestel järgnes sellele vanuserühm 30–39, naistel aga noorim vanuserühm 15–19. Suitsiidikatsete



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



Joonis 2. Naised vanuserühmiti (%), suitsiidikatse sooritanud ja kontrollrühm (Tallinna elanikkond).

sooritamine vähenes vanusega alates vanuserühmast üle 30 eluaasta. Võrdlus suitsiidikatsetajate ja elanikkonna vahel näitab, et nooremates vanuserühmades on suurem suitsiidikatse sooritamise risk (vt jn 1 ja 2). Naiste puhul oli suitsiidikatse sooritamise risk suurim vanuserühmas 15-19 (RR = 3,5; 95% CI = 2,8-4,3) ja meeste puhul vanuserühmas 20-29 (RR = 2,5; 95% CI = 2,0-3,1).

Pereseis

Nooremasse vanuserühma (alla 35aastased) kuuluvad suitsiidikatse sooritanud ei erinenud pereseisu põhjal oluliselt nende kontrollrühmast (vt tabel 1). Keskmises vanuserühmas (35-59aastased) oli suitsiidikatse sooritanutel võrreldes kontrollrühmaga suurem risk olla lahutatud või lahus elav (OR = 2,1;

95% CI = 1,2-3,5) ja väiksem risk olla abielus või vabaabielus (OR = 0,6; 95% CI = 0,4-0,9). Vanemas vanuserühmas oli suitsiidikatse sooritanutel väiksem risk olla abielus või vabaabielus (OR = 0,3; 95% CI = 0,1-0,7), kuid suurem risk olla vallaline (OR = 6,8; 95% CI = 1,4-32,7). Suitsiidikatse sooritanute hulgas oli leskesid sagedamini kui kontrollrühmas.

Tööstaatus

Alla 35aastate puhul oli suitsiidikatse sooritanutel võrreldes nende kontrollrühmaga suurem risk olla õpilane (OR = 3,1; 95% CI = 1,7-5,9) ja töötu (OR = 3,4; 95% CI = 1,7-7,3) ning väiksem risk olla üliõpilane (OR = 0,3; 95% CI = 0,2-0,6) ja töötav (OR = 0,5; 95% CI = 0,3-0,7). Keskmises vanuserühmas

Tabel 1. Suitsiidikitse sooritanute ja kontrollrühma pereseis vanuserühmiti (%)

Pereseis	< 34		35–59		60+	
	SK	KR	SK	KR	SK	KR
Vallaline	56,2	54,0	5,9	7,3	16,7	2,9
Abielus/vabaabielus	36,6	41,6	58,8	71	33,3	63,8
Lesk	0,7	0	5,9	5,2	41,7	27,6
Lahutatud/lahus elav	6,5	4,5	29,4	16,6	8,3	5,7
Kokku	100	100	100	100	100	100

SK - suitsiidikitse sooritanud

KR - kontrollrühm

Tabel 2. Suitsiidikitse sooritanute ja kontrollrühma tööalane staatus vanuserühmiti (%)

Tööstaatus	< 34		35–59		60+	
	SK	KR	SK	KR	SK	KR
Töötav	51,0	69,7	67,3	77,2	12,5	39,1
Töötu	14,0	4,5	17,6	18,1	0	0
Töövõimetu	7,5	1,5	13,1	0,5	12,5	0
Pensionär	0	0	0	2,6	75,0	61,0
Üliõpilane	5,1	14,9	0,7	0	0	0
Õpilane	17,8	6,5	0	0	0	0
Muu	4,5	3,0	1,3	1,6	0	0
Kokku	100	100	100	100	100	100

SK - suitsiidikitse sooritanud

KR - kontrollrühm

(35–59aastased) oli suitsiidikitse sooritanute hulgas oluliselt suurem risk olla töövõimetu (OR = 29,2; 95% CI = 3,9–220,0) ja väiksem risk olla töötav (OR = 0,6; 95% CI = 0,4–1,0) võrreldes kontrollrühmaga. Samuti oli vanimas earühmas väiksem risk olla töötav (OR = 0,2; 95% CI = 0,1–0,8) (vt tabel 2).

Suitsiidikitse meetod ja eelnevad suitsiidikatsed

Suitsiidikitse meetoditest oli domineerivaks meetodiks enese mürgitamine (81%), millele järgnesid enese vigastamine teravate esemetega (11%) ja poomine (5%). Mürgitamine oli kõige enam kasutatud meetod nii meestel kui naistel, kuid naiste puhul esines seda siiski sagedamini (M 69%, N 88%). Meestel esines selle arvelt rohkem enesevigastamist teravate esemetega (M 20%, N 6%).

Suitsiidikitse sooritanutest oli 30% juba varemgi üritanud endalt elu võtta, sugude ja vanuserühmade vahel olulisi erinevusi ei ilmnenud. Korduva suitsiidikitse sooritanutest oli ligi 2/3 varem teinud ühe suitsiidikitse ning kolmandik 2 või enam katset.

Arutelu

Uuritud Tallinna elanikkonna hulgast oli 12,4% oma senise elu jooksul mõelnud enesetapu sooritamisele. See on keskmine tulemus võrrelduna teiste SUPRE-MISS keskustega, kus suitsiidimõtteid esines kõige sagedamini (25,4%) Lõuna-Aafrikas Durbanis ja kõige harvem (2,6%) Indias Chennais (4).

Suitsidaalsuse kujunemist on kirjeldatud kui protsessi, mis algab suitsiidimõtetest ja -plaanidest ning kulmineerub suitsiidikitse või suitsiidiga (5). Statistiline analüüs näitas, et need uuritud Tallinna elanikud, kes suitsiidile mõtlevad ja seda planeerivad, on suurema tõenäosusega ka suitsiidikitse(id) sooritanud. Mitte kõigi SUPRE-MISS keskuste tulemused ei kinnitanud seda mudelit, näiteks Sri Lankas Colombos esines suitsiidikatsed sagedamini kui peeti suitsiidiplaane (4). Seega, suitsidaalne mõtlemine ja suitsiidiplaani pidamine on Eestis ohumärgiks, mille järgi suitsiidiriski hinnata.

Soolise ja vanuselise jaotuse poolest erineb suitsiidikitse sooritajate populatsioon suitsiidi sooritajate populatsioonist. Suitsiidide puhul on kogu

maailmas riskirühmaks mehed (v.a Hiina) ning suitsiidirik suureneb koos vanusega (1). Eesti puhul on enim ohustatud just keskealised mehed (6). Suitsiidikatse sooritamise risk on naistel suurem kui meestel ning suitsiidikatse sooritamine on sagedasem nooremas eas, meeste puhul on kõige enam ohustatud vanuserühm 20–29 ning naiste puhul 15–19 eluaastat. Ka ühiskonna uuringu tulemused näitasid, et kalduvus suitsidaalsele mõtlemisele ja käitumisele on suurem noorematel inimestel.

Paljud uurijad alates Durkheimist (7) on rõhutanud sotsiaalse integratsiooni suitsiidiriski vähendavat toimet, seejuures just abielulisuse rolli. Sarnaselt suitsiididega on suitsiidikatsetegi puhul kooselul (nii registreeritud kui vabaabielul) preventiivne mõju, seda nii keskmises (35–59) kui ka vanemas eärühmas (60+). Ka töötamine tagab inimesele kindla sotsiaalse keskkonna, kuuluvustunde ja toe ning vähendab kõikides eärühmades suitsiidikatse sooritamise riski. Töö puudumine – töötus, töövõimetus, pensionil olemine – suurendab seda riski.

Kui suitsiidimeetodina kasutakse Eestis 80% ulatuses poomist (8), siis suitsiidikatse meetodina kasutatakse valdavalt enesemürgitamis, millele järgneb enesevīgastamine terava esemega (lõikamine), sarnane on meetodite valik ka teistes Euroopa linnades (2, 9). Mürgitamis ja vīgastamis terava esemega on kirjanduses nimetatud "pehmeks meetodiks", mille kasutamise tagajärg on väiksema tõenäosusega fataalne ning kiire meditsiinilise sekkumise korral on inimest veel võimalik päästa. See viitab suitsiidikatsele kui käitumisaktile, mis võib olla toime pandud ilma tegeliku soovita selle tagajärjel surra. Ühiskonna uuringu andmetest selgus, et vaid pisut üle poole elu jooksul enesetapakatse sooritanutest hindas oma käitumisakti tõsiseks sooviks elust lahkuda ning vaid pisut üle kolmandiku oli pärast suitsiidikatset kokkupuutes meditsiinilise abiga.

Suur hulk korduvaids suitsiidikatseids viitab eelnevatele suitsiidikatsetele kui ühele suitsiidikatse sooritamise riski suurendavale käitumismustrile. Tekib nn pöördukse fenomen, kus inimese jaoks kinnistub suitsiidikatse sooritamine ühe võimaliku toimetulekumehhanismina, mida korratakse eluraskuste ettetulemisel ikka ja jälle.

Kokkuvõte

Tallinna ühiskonna uuringust selgus, et rohkem kui iga kümnes uuritav oli oma senise elu jooksul mõelnud enesetapakatse sooritamisele ning suitsiidikatseids on suurema tõenäosusega sooritanud need, kes on varem suitsiidile mõelnud ja/või seda planeerinud.

Suitsiidikatse sooritamist prognoosivate teguritena tulid esile naissugu, vanus alla 30 eluaasta, kooselu ja töö puudumine (töötus, töövõimetus, pensionil olemine) ning varasemad suitsiidikatseids.

Tänuavaldus

Artikkel põhineb andmetel ja kogemustel, mille autorid on saanud, osaledes WHO SUPRE-MISS uuringus (*Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours*). Uuringut rahastasid WHO ja osalevad uurimiskeskused. Koostööpartnerid teaduritena on selles uuringus olnud (tähestikulises järjekorras): dr J. Bolhari, Tehran; prof N. Botega, Campinas; dr D. De Silva, Colombo; prof V. T. Nguyen, Hanoi; dr M. Phillips, Beijing; prof L. Schlebusch, Durban; dr A. Värnik, Tallinn; dr L. Vijayakumar, Chennai. Dr J. M. Bertolote ja dr A. Fleischmann on koordineerinud uuringut WHO peakorteris Genfis. Prof D. De Leo Brisbane'ist ja prof D. Wasserman Stockholmist on osalenud teadusnõunikuna. Teiste uuringus osalenud inimeste nimekirja võib saada WHO-lt Genfist. Täname kõiki, kes on andnud oma panuse uuringu korraldamiseks nii selle rahastamisel (Eesti Haigekassa tervist edendava projekti rahastamise 22.01.2004. a leping nr 68 ja Stockholmii Psühhosotsiaalse Meditsiini Instituut) kui ka algandmete kogumisel (Põhja-Eesti Regionaalhaigla juhtkond ja personal, Tallinna perearstid ning lepingulised intervjuueerijad).

Kirjandus

1. Bertolote JM. Suicide in the world: an epidemiological overview. In: Wasserman D, ed. *Suicide: an unnecessary death*. London: Martin Dunitz Publishers; 2001. p. 2–10.
2. Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:327–38.
3. World Health Organization. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS. Geneva: WHO; 2002.
4. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D, Bolhari J, Botega N, et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. Manuscript.
5. Wasserman D. A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In: Wasserman D, ed. *Suicide: an unnecessary death*. London: Martin Dunitz Publishers; 2001. p. 13–27.
6. Värnik A, Wasserman D, Dankowicz M, Eklund G. Age-specific suicide rates in Slavic and Baltic regions of the former USSR during perestroika, in comparison with 22 European countries. *Acta Psychiatr Scand* 1998(Suppl);394:20–5.
7. Durkheim E. *Suicide: a study in sociology*. London: Routledge; 2002.
8. Kõlves K, Värnik A, Wasserman D. Suitsiidimeetodid Eestis. Värnik A (toimetaja). Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituudi 10. aastapäeva artiklite kogumik "Suitsiidivuringud". Tallinn; 2003. lk. 30–1.
9. Kerkhof A. Attempted suicide: patterns and trends. In: Hawton K, van Heeringen K, eds. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: John Wiley & Sons; 2000. p. 49–64.

Summary

Suicidality in society and the factors predicting suicide attempt

The aim of the current study was to identify suicidality (suicidal thoughts, plans and attempts) in the community and to analyse the risk factors for suicide attempts, with emphasis on social factors. The paper is based on the data collected during the WHO worldwide SUPRE-MISS study (Suicide Prevention – Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours). The study consists of two parts: a study of suicide attempters older than 15 years ($n = 469$) carried out in the North-Estonian Regional Hospital (Mustamäe Hospital and Tallinn Psychiatric Clinic) and a community survey (control group) among persons selected at random from general practitioners'

lists ($n = 500$) in the Tallinn region. The community survey revealed that more than every tenth respondent has during his/her lifetime thought about suicide and that those who have previously thought about committing suicide or made a plan for committing suicide have more probably committed suicide attempts. The following factors were found to predict suicide attempt: female sex (61% of suicide attempters were females), age below 30 years, absence of cohabitation, absence of work (unemployment, disability, retired status) and previous suicide attempts (30% were repeated attempts).

merike.sisask@neti.ee