

Eesti-Rootsi Suitsidologia Instituut

ENESETAPPUDE ENNETAMINE:

ABIKS ESMATASANDI

TERVISHOIUTÖÖTAJATELE

MTO väljaande Eestile kohandatud ja täiendatud tõlge

Tartu 2000

Originaali tiitel:

WHO/MNH/MBD/00.4
Original: English
Distr.: General

**PREVENTING SUICIDE:
A RESOURCE FOR
PRIMARY HEALTH CARE WORKERS**

This document is one of a series of resources addressed to specific social and professional groups particularly relevant to the prevention of suicide. It has been prepared as a part of SUPRE, the WHO worldwide initiative for the prevention of suicide.

Keywords: suicide / prevention / resources / primary health care workers.

Mental and Behavioural Disorders
Department of Mental Health
World health Organisation
Geneva 2000

@ World Health organisation, 2000

This document is not a formal publication of the WHO, and all rights are reserved by the Organisation. The document may, however, be freely reviewed, abstracted, reproduced or translated, in part or in whole, but not for sale in conjunction with commercial purposes.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Eestikeelse teksti toimetanud ja Eestile kohandanud Airi Värnik

Konsultant: Andres Lehtmets

Finantseeritud ravikindlustuse eelarvest. Tasuta.

Sii haigekassa ja Sotsmini logod

ISBN

Sisukord:

Originaali eessõna

Sissejuhatus

Enesetapp - probleemi ulatus

Miks on esmaasandi tervishoiutöötaja roll tähtis?

Enesetapp ja psüühikahäired

Kehalised haigused ja enesetapp

Sotsiodemograafilised ja keskkonnast tulenevad tegurid

Suitsidaalse inimese meeleseisund

Kuidas enesetapuohtliku inimesega kontakti saada?

Enesetapp – müüdid ja faktid

Kuidas suitsiidiriski ära tunda?

Kuidas hinnata suitsiidiriski suurust?

Kuidas enesetapumõtetega inimest käsitleda?

Enesetapuohus oleva inimese edasisuunamine

Abi allikad

Mida teha ja mida mitte teha?

Kokkuvõte

Tabel. Meeste ja naiste enesetapud 1965-1999

Originaali eessõna

Enesetapp e. suitsiid on paljutahuline fenomen, mis on sajandeid köitnud filosoofide, teoloogide, arstide, sotsioloogide ja loomeinimeste tähelepanu. Prantsuse filosoof Albert Camus' avaldab oma teoses *Sisyphose müüt* arvamust, et enesetapp on ainus tõsiseltvõetav filosoofiline probleem.

Tõsise tervishoiuprobleemina nõuavad enesetapud meie täit tähelepanu, kuid nende ärahoidmine pole paraku kerge ülesanne. Uuringud näitavad, et enesetappude ennetamine, kui see osutub võimalikuks, tähendab mitmesuguste meetmete kasutusele võtmist, alates parimate tingimuste loomisest laste ja noorte kasvatamiseks ning lõpetades psüühikahäirete tõhusa ravi ja sotsiaalsete riskitegurite kontrolli alla saamisega. Asjakohase informatsiooni levitamine ja inimeste teadlikkuse suurendamine on suitsiidipreventsiooni programmide olulised elemendid.

1999. aastal algatas Maailma Tervishoiuorganisatsioon ülemaailmse projekti SUPRE suitsiidide ärahoidmiseks. Käesolev brošüür on üks mitmest SUPRE abivahendist nendele ühiskondlikele rühmitistele ja spetsialistidele, kes suitsiidide ärahoidmisega eriti kokku puutuvad nagu tervishoiutöötajad, haridustegelased, ühiskondlikud organisatsioonid, valitsusasutused, seaduseandjad, sotsiaaltöötajad, kohtud ja politsei, perekonnad ja kogukonnad.

Eriti palju tänu võlgneme dr. Lakshmi Vijayakumarile Indiast, kes valmistas ette käesoleva brošüüri esialgse variandi. Teksti korrigeerisid allpoolnimetatud MTO suitsiidipreventsiooni rahvusvahelise töörühma liikmed, kellele siinkohal samuti tänu avaldame:

Dr. Øivind Ekeberg, Ullevåli haigla, Oslo Ülikool, Norra.
Professor Jouko Lønnqvist, Soome Tervishoiuinstituut, Helsingi, Soome.
Professor Lourens Schlebusch, Natali Ülikool, Durban, Lõuna-Aafrika.
Professor Airi Värnik, Tartu Ülikool, Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituut, Tallinn, Eesti.
Dr. Shutao Zhai, Nanjingi meditsiiniülikooli ajuhaigla, Nanjing, Hiina.

Abimaterjali on ulatuslikult levitatud, lootes, et see tõlgitakse ja kohandatakse kohalikele oludele, mis peaks tagama selle maksimaalse tulemuslikkuse. Ootame kommentaare ning taotlusi tõlkimis- ja kohandamisloa saamiseks.

ABIKS ESMATASANDI TERVISHOIUTÖÖTAJATELE

ENESETAPP – PROBLEEMI ULATUS

- Tõenäoliselt sooritab 2000. aastal kogu maailmas enesetapu miljon inimest.
- Eestis on enesetapu sooritanuid enam kui liiklusõnnetustes hukkunuid.
- Möödunud sajandi suurima suitsiidisurmaga aasta oli 1994. - 614 suitsiidi, s.o. 40 surmajuhtu 100 000 elaniku kohta.
- Enesetapp on 15...29-aastaste noorte suurim surmapõhjus Eestis.
- Iga enesetapp puudutab väga lähedalt umbes 5-8 inimest.
- Enesetapukatsete arv on üle 10 korra suurem enesetappude arvust.
- Enesetapu psühholoogiline, sotsiaalne ja majanduslik mõju perekonnale ja ühiskonnale on mõõtmalt suur.

Enesetapp kujutab enesest keerukat probleemi, sest sellel ei ole ühtainust põhjust, vaid see on terve hulga bioloogiliste, geneetiliste, psühholoogiliste, sotsiaalsete, kultuuriliste ja keskkonnategurite koosmõju tulemus.

On väga raske seletada, mispärast keegi otsustab sooritada enesetapu, samal ajal kui teised samasuguses või isegi raskemas olukorras seda ei tee. Sellegipoolest on enamikku enesetappudest võimalik ära hoida.

Enesetapud on praegu üks suuremaid tervishoiualaseid probleeme kõikides riikides. Õpetada esmase astme meditsiinipersonali enesetapule kalduvat inimest kindlaks tegema, kohtlema ja ühiskonda tagasi juhtima on enesetappude ennetamisel tähtsamaid ülesandeid.

MIKS ON ESMATASANDI MEDITSIINITÖÖTAJA ROLL TÄHTIS?

- Esmatasandi meditsiinitöötajatel on palju ja tihedaid sotsiaalseid kontakte nii patsientide kui kohalike elanike hulgas.
- Esmatasandi meditsiinitöötaja on oluline ühenduslüli ühiskonna ning tervishoiusüsteemi vahel.
- Kuna esmatasandi meditsiinitöötaja tunneb patsiendi lähikondlasi, võimaldab see otsida tuge omastelt, sõpradelt ja organisatsioonidelt.
- Esmatasandi meditsiinitöötaja tagab ravi järjepidevuse.
- Esmatasandi meditsiinitöötaja on tihti see, kes suunab depressiooniga patsiendi spetsialiseeritud arstiabi etappi.

Kokkuvõttes: esmatasandi meditsiinitöötaja on alati kohal ja asjatundlik ning kohustatud abi andma.

ENESETAPP JA PSÜÜHIKAHÄIRED

Uurimused kinnitavad, et suuremal osal enesetapu sooritanutest on diagnoositav psüühikahäire.

Allpool on ära toodud suitsiidiriski kandvad diagnoosirühmad.

- depressioon (kõik vormid);
- isiksusehäired (asotsiaalne isiksus ja ebastabiilset tüüpi isiksusehäired, eriti kui haiguspildis domineerivad impulsivsus, agressioon ja sagedased meeleolukõikumised);
- alkoholism (eriti noorukitel, eriti joomaperioodi järgselt);
- skisofreenia;
- orgaanilised psüühikahäired;
- muud psüühikahäired.

Kuigi suuremal osal enesetapu sooritanutest on mingi psüühikahäire, ei satu enamuse neist püshhiaatri vaatevälja ning seda isegi arenenud arstiabiga riikides. Just seetõttu on esmase meditsiinipersonali osa eluliselt tähtis.

Depressioon

Depressioon on lõpule viidud enesetappude puhul kõige sagedasem diagnoos. Igaüks on aeg-ajalt masenduses, kurb ja ebakindel või tunneb end üksildasena, aga tavaliselt need nähud mööduvad. Kui need tunded aga ei kao ja hakkavad inimese igapäevaelu segama, pole enam tegemist depressiivsete tunnete vaid haigusliku depressiooniga.

Mõned kõige tavalisemad depressiooni sümptomid on:

- kurb või ängistav meeleolu suurem osa päevast ja nii iga päev;
- huvi igapäevategevuse vastu on kadunud;
- kehakaalu langus (kui pole tegemist dieediga) või suurenemine;
- liiga pikk või liiga lühike uneaeg või liiga varane ärkamine;
- püsiv väsimus- ja nõrkustunne;
- väärtusetuse-, süü- või lootusetusetunne;
- püsiv suurenenud ärrituvus ja rahutustunne;
- raskused mõtete koondamisel, otsuste langetamisel või millegi meenutamisel;
- korduvad surma- ja enesetapumõtted.

Mispärast jääb depressioon avastamata?

Kuigi depressiooni puhuks on suur valik ravimeetodeid, on ka mitmeid põhjusi, miks see haigus jääb sageli diagnoosimata:

- Inimene häbeneb tihti tunnistada, et tal on depressioon, sest ta näeb selle sümptomites iseloomu nõrkuse märke.
- Inimene on depressiooniga kaasnevate tunnetega harjunud ja ei suuda nende taga näha haigust.
- Depressiooni on raskem diagnoosida, kui inimene samal ajal põeb mingit kehalist haigust.

- Depressiooniga patsientidel võib esineda suur hulk erinevaid ebamääraseid valusid, mis viivad mõtte kehalisele haigusele.

Depressioon on ravitav
Enesetapp on välditav

Alkoholism

- Ligikaudu kolmandik enesetapujuhtumitest on seotud alkoholiga;
- 5 – 10% inimestest, kes on alkoholisõltlased, lõpetavad oma elu enesetapuga;
- Enesetapu sooritamise ajal on paljud olnud alkoholi mõju all.

Enesetapu sooritanud alkoholiprobleemidega inimesed on tõenäoliselt:

- hakanud jooma väga noorelt;
- tarvitanud alkoholi pikka aega;
- joovad palju;
- on halva kehalise tervisega;
- korratu ja kaootilise eluviisiga;
- hiljuti kaotanud väga lähedase inimese(d), näiteks lahku läinud abikaasast või perekonnast või kaotanud lähedase inimese surma läbi;
- alanenud töövõimega

Alkoholisõltlased, kes sooritavad enesetapu, pärinevad tihti ka alkohoolikute perekonnast.

On tõdetud, et suitsidaalselt käituvate noorukite puhul on tihtipeale tegemist ka uimastite kuritarvitamisega (toksikomaania, narkomaania).

Alkoholism ja depressioon ühel inimesel üheaegselt suurendavad märgatavalt suitsiidiriski.

Skisofreenia

Ligikaudu 10% skisofreeniahaigetest lõpetab elu enesetapuga. Skisofreeniat iseloomustavad kõne- ja mõttekäiguhäired, luulumõtted, kuulmis- ja/või nägemishallutsinatsioonid, probleemid isikliku hügieeni pidamises ning sotsiaalses käitumises; lühidalt öeldes: drastilised muutused käitumises ja/või tunnetes või kummalised mõtted.

Skisofreeniahaige puhul on suitsiidirisk suurenenud, kui:

- ta on noor töötu mees;
- haigus on varases staadiumis;
- ta on depressiivne;
- haigus ägeneb sageli;
- ta on hea haridusega;
- ta on paranoiline (kahtlustav).

Kõige tõenäolisemalt võivad skisofreeniahaiged sooritada enesetapu järgmistel puhkudel:

- haiguse varases staadiumis, kui nad on segaduses ja hämmingus;
- paranemise alguses, kui haigussümptomid on väliselt kadumas, aga sisimas tunnevad nad end haavatavana ja mõistavad, et põevad rasket vaimuhaigust;
- haiguse retsidiivi alguses, kui neile tundus, et nad on haigusest võitu saanud, aga sümptomid ilmuvad uuesti;
- varsti pärast haiglast väljakirjutamist, silmitsi igapäevaeluga.

KEHALISED HAIGUSED JA ENESETAPP

Suuremat suitsiidimäära täheldatakse ka mõningate kehaliste haiguste puhul.

Neuroloogilised haigused

Epilepsia e. langetõbi

Suurenenud impulsiivsus, agressiivsus ja püsiv töövõimetus, mida epilepsiahaigete puhul tihti täheldatakse, on samuti suitsidaalse käitumise üheks tõenäoliseks põhjuseks. Sõltuvus alkoholist või narkootikumidest suurendab seda veelgi.

Selja- ja peatraumad ning insult e. ajurabandus.

Mida raskem on kahjustus, seda suurem on suitsiidirisk.

Vähk

Parandamatu haigus on samuti seotud suitsiidiriski kasvuga. Risk on suurem:

- meestel;
- varsti pärast diagnoosi kinnitumist;
- kui patsient saab keemiaravi.

HIV/AIDS

Häbitunne, halb prognoos ja haiguse iseloom suurendavad HIV nakkusega inimeste puhul enesetapuriski. Diagnoosimise ajal, kui haiguskahtlusega inimene pole veel saanud abi nõustajalt, on suitsiidirisk suur.

Kroonilised haigused

Järgmised kroonilised haigused on samuti tõenäoliselt seostatavad suurenenud suitsiidiriskiga:

- diabeet;
- polüskleroos;
- kroonilised neeru- ja maksahaigused ning muud seedeelundite haigused;
- luu- ja liigesehaigused, mis põhjustavad valu ja liikumisvaegust;
- südame- ja veresoonkonna haigused;
- seksuaalhäired.

Enesetapurisk on suurem ka liikumis-, nägemis- ja kuulmisvaeguse puhul.

SOTSIODEMOGRAAFILISED JA KESKKONNAST TULENEVAD TEGURID

Sugu

Mehed teevad sagedamini enesetappe kui naised. Eestis tuleb ühe naise enesetapu kohta 4-5 mehe enesetappu. Naised aga teevad rohkem enesetapukatseid.

Vanus

Eestis on enesetappe on kõige rohkem keskealiste meeste ja eakate naiste hulgas.

Perekonnaseis

Lahutatud, lehestunud või vallaliste inimeste puhul on suitsiidirisk suurem kui abieluinimeste puhul. Need, kes elavad üksi või lahus, on samuti suuremas ohus. Lastega peredes on suitsiidioht väiksem.

Elukutse

Arstide, loomaarstide, farmatseutide, keemikute, politseikike, sõjaväelaste ja põlluharijate puhul on enesetapurisk suurem. Tõenäoliselt on see seotud enesetapu vahendite kergema kättesaadavusega, aga ka töö iseloomuga.

Töötus

On leitud, et töö kaotus on rohkem seotud enesetappudega kui töötu staatus.

Migratsioon

Inimesed, kes on kolinud maalt linna või teise piirkonda või teise riiki, on enesetapualtimad kui muud.

Keskkonnategurid

Eluraskused

Suurem osa enesetapu sooritanutest on kolme enesetapule eelnenud kuu jooksul üle elanud mitmesuguseid stressitegureid nagu:

- Inimsuhete probleemid – näit. tüli abikaasa, perekonna, sõprade, armukesega;
- Hülgamine – näit. lahkuminek perekonnast ja sõpradest;
- Rasked kaotused – näit. rahaline kaotus või lähedase inimese kaotus surma läbi;
- Töö- ja rahanduslikud probleemid – näit. töö kaotus, pensionile jäämine, rahalised raskused;
- Muutused ühiskonnas – näiteks kiired muutused poliitilises või majanduslikus elus;
- Mitmesugused muud stressi põhjustajad nagu hirm, häbi- või süütunne.

Vahendite kerge kättesaadavus

Enesetapu sooritamise vahendi kerge kättesaadavus on tähtis tegur, kui tuleb otsustada, kas on või ei ole tõenäoline, et keegi sooritab enesetapu. Piirata juurdepääsu enesetapu sooritamise vahenditele on tõhus enesetappude ärahoidmise

strateegia. Eestis on sellel ennetusabinõul vähem tulemuslikkust, kuna 80% suitsiididest sooritatakse poomise teel.

Õhutamise enesetapule

Mõningal määral sooritavad enesetappe noorukid, keda õhutavad enesetappu sooritama tegelik elu või ajakirjandus, kuna nad lasevad end suitsidaalsest käitumisest reklaamist mõjutada.

SUITSIDAALSE INIMESE MEELESEISUND

Suitsidaalse patsiendi meeleseisundit iseloomustab:

1. Kahestunud tunded: Enamikul inimestest on enesetapu suhtes kaheksa tunded. Enesetapule kalduva inimese hinges võitlevad elutahe ja soov surra. Soov elu vaevadest ja valudest vabaneda on suur, aga samas pole kadunud soov edasi elada. Paljud suitsidaalsed isikud ei taha tegelikult surra, nad ei saa eluga lihtsalt hästi hakkama. Kui nad saavad abi ja elusoov tugevneb, väheneb ka soov end tappa.
2. Impulsiivsus: Enesetapp on ka impulsiivne tegu. Nagu iga teinegi siseaeg, on ka impulss end tappa mõeldud ning kestab vaid mõne minuti või tunni. Tavaliselt vallandavad sellekohase soovi igapäevaelu negatiivsed sündmused. Niisugust kriisi leevendades ja püüdes aega võita saab tervishoiutöötaja aidata enesetapusoovi vähendada.
3. Mõtteviisi jäikus: Kui inimene hakkab mõtlema enesetapule, aheneb tema mõtte-, tunde- ja tegevusmaailm. Ta mõtleb kogu aeg enesetapust ja pole suuteline märkama probleemidest teisi väljapääse.

Suurem osa suitsidaalseid inimesi teeb oma enesetapumõtted ja -kavatsused ka teatavaks. Nad annavad seda tihti mitmeti mõista ja räägivad, et tahavad surra, tunnevad end kasutuna jne. Niisuguseid abipalveid ei tohi tähelepanuta jätta.

Ükskõik, missuguste probleemidega ka tegemist pole, enesetapule kalduva inimese tunded ja mõtted on kõikjal üle maailma samasugused.

Tunded	Mõtted
Kurbus, depressioon	“Soovin, et oleksin surnud.”
Üksildus	“Mul ei ole kedagi, kes aitaks.”
Abitus	“Ma ei suuda seda enam taluda.”
Lootusetus	“Olen hädavares ja teistele koormaks.”
Tühisus	“Teistel on ilma minuta parem.”

KUIDAS ENESETAPUOHTLIKU INIMESEGA KONTAKTI SAADA

Kui keegi ütleb: “Olen elust tüdinud” või “Elul pole mingit mõtet”, siis väga tihti ei pöörata sellele tähelepanu või tuuakse näiteks keegi teine, kes on pidanud üle elama

veelgi suuremaid raskusi. Ükski niisugust laadi vastus ei aita kuidagi enesetapuohus olevat inimest.

Esimene kontakt võimaliku enesetapjaga on äärmiselt tähtis. Tihtipeale leiab see aset rahvarohkes haiglas, kodus või mõnes avalikus kohas, kus võib osutada raskeks juttu ajada.

1. Esimene samm on leida sobiv paik, kus on võimalik omaette vestelda.
2. Järgmine samm on võtta kõneluseks küllalt aega. Suitsidaalsed inimesed vajavad harilikult oma koormast vabanemiseks palju aega ja nende kuulaja peab olema selleks valmis.
3. Kõige tähtsam on inimest hoolega kuulata – see vähendab oluliselt enesetapule viivat meeleheidet.

Jutuajamise eesmärk on ehitada sild üle umbusust, meeleheitest ja lootusetusest põhjustatud kuristiku ning anda inimesele lootust, et elu võib pöörduda paremusele.

Suhtlemine peab olema taktitundeline

- Kuula tähelepanelikult, ole rahulik.
- Püüa mõista vestluspartneri tundeid (ole kaastundlik).
- Näita oma poolehoidu ja lugupidamist mitte üksnes sõnades vaid ka välises käitumises, nn. kehakeeles.
- Austa partneri arvamusi ja väärtushinnanguid.
- Räägi ausalt ja siiralt.
- Ole muretsev, hoolitsev ja sõbralik.
- Pööra erilist tähelepanu vestluspartneri tunnetele.

Suheldes ei tohi:

- Teist liiga sageli katkestada.
- Ilmutada jahmatust või erutust.
- Näidata, et sul pole aega.
- Käituda üleolevalt.
- Teha pealetükkivaid või ebaselgeid märkusi.
- Esitada raskeid liiga sügavale tungivaid küsimusi.

Rahulik, avameelne, hoolitsev ja tunnustav ning hinnanguteta lähenemine on kontakti saavutamiseks hädavajalik.

Kuula sõbralikult Kohtle lugupidavalt Ole kaastundlik Käitu usalduslikult
--

ENESETAPP – MÜÜDID JA FAKTID

Müüt	Fakt
1. Inimene, kes räägib enesetapust, seda ei tee.	1. Enamik inimesi, kes enesetapu sooritavad, annavad oma kavatsusest eelnevalt märku.
2. Suitsidaalne inimene on kindlalt otsustanud surra.	2. Enamik enesetapjad kõhkleb.
3. Enesetapp pannakse toime ette hoiatamata.	3. Enesetapjad annavad oma kavatsusest korduvalt märku.
4. Kriisi möödumine tähendab, et enesetapuot on möödas.	4. Palju enesetappe sooritatakse just paranemise ajal, kui inimesel on jõudu ja tahtmist teha enesehävituslik mõte teoks.
5. Kõiki enesetappe ei ole võimalik ära hoida.	5. Tõsi. Aga suurem osa on ärahoitav.
6. Kuigi keegi käitub suitsidaalselt, jääb ta niisuguseks alati.	6. Enesetapumõtted võivad tagasi tulla, aga nad pole püsivad ja mõnegi inimese puhul ei tarvitse need kunagi korduda.

KUIDAS SUITSIIDIRISKI ÄRA TUNDA

Mida inimese käitumises või lähiminekis tähele panna:

- Kapseldunud olek, suutmatus omaste ja sõpradega lävida
- Psüühikahäire
- Alkoholism
- Hirm või paanika
- Isiksuse muutused, ilmne ärrituvus, pessimism, depressioon või apaatia
- Muutused söömis- ja magamisharjumustes
- Varasem enesetapukatse
- Enesepõlgus, süü-, alaväärsuse- või häbitunne
- Hiljutine raske kaotus – surm, abielulahutus, lahkuminek jms.
- Suguvõsas on olnud enesetapp
- Ootamatu püüd oma isiklikud asjad korda ajada, testamendi koostamine jms.
- Üksildus-, abitus- ja lootusetusetunne
- Lahkumiskirjad
- Kehaline haigus
- Korduv surma või enesetapu mainimine

KUIDAS HINNATA SUITSIIDRISKI SUURUST

Kui esmatasandi meditsiinipersonal kahtlustab, et tegemist võib olla suitsidaalse käitumisega, tuleb tähele panna järgmisi asjaolusid:

- Psüühiline hetkeseisund ja surma- ning enesetapumõtted;
- Enesetapu kava – kuidas inimene on selleks valmis ja kui kiiresti seda kavatsetakse teha;
- Saadaolev võimalik abi ja toetus (omaksed, sõbrad jne.).

Parim viis teada saada, kas kellelgi on enesetapumõtteid, on seda küsida. Vastupidiselt üldlevinud arvamusele ei anna enesetapust rääkimine inimesele ideed sooritada enesetapp. Tegelikult on nad väga tänulikud ja tunnevad kergendust, et saavad kellegagi vabalt rääkida oma probleemidest ja küsimustest, millega nad on silmitsi. Tavaliselt inimesed tõrjuvad selleteemalisi vestlusi, kohmetuvad ja taanduvad.

Kuidas küsida?

Pole sugugi kerge esitada kellelegi küsimus tema enesetapumõtete kohta. Lihtsam on juhtida jutuaajamine sellele teemale järkjärgult. Mõningad sobilikud küsimused on näiteks:

- Kas tunnete end kurvana?
- Kas tundub, et mitte keegi ei hooli teist?
- Kas tundub, et elu pole elamist väärt?
- Kas tundub, et parem oleks elu lõpetada?

Millal küsida?

- Kui inimene tunneb, et teda mõistetakse;
- Kui patsiendil pole enam raske oma tundeid väljendada;
- Kui patsient räägib oma ebaseeldivatest tunnetest (üksildus, abitus jms.).

Mida küsida?

1. Et saada teada, kas kellelgi on kindel plaan end tappa:
 - Kas teil on kavas oma elu lõpetada?
 - Kas olete mõelnud, kuidas seda teha?
2. Et saada teada, kas kellelgi on selleks vahendeid (meetod):
 - Kas teil on tablette, relv, putukamürki või midagi muud?
 - Kas need vahendid on kergesti kättesaadavad?
3. Et saada teada, kas inimesel on määratud mingi ajapiir:
 - Kas olete otsustanud, millal oma elu lõpetada?
 - Millal te mõtlete seda teha?

Kõiki neid küsimusi tuleb esitada taktitudelisel ja osavõtlikult
--

KUIDAS ENESETAPUMÕTETEGA INIMEST KÄSITLEDA

Väike risk

Inimesel on olnud enesetapumõtteid nagu näiteks: “Ma ei suuda enam edasi elada”, või “Tahaksin olla surnud”, aga tal pole mingit plaani enesetapu sooritamiseks.

Mida teha

- Pakkuda emotsionaalset tuge.
- Saada selgust suitsidaalsetes tunnetes. Mida avameelsemalt inimene oma kaotusest, üksildusest ja alaväärsustundest räägib, seda enam tema emotsionaalne segadus vaibub. Kui inimene on rahunenud, hakkab ta

tõenäoliselt kainemalt mõtlema. See on aga väga oluline, sest mitte keegi peale inimese enda ei saa surmamõtteid kõrvale heita ja teha otsust edasi elada.

- Pöörata erilist tähelepanu inimese positiivsetele tegudele, suunates teda rääkima sellest, kuidas lahenesid varasemad probleemid ilma, et oleks vaja olnud abi otsida enesetapust.
- Suunata inimene psühhiaatri või arsti juurde.
- Kohtuda regulaarsete ajavahemike järel, et kontakt jätkuks.

Keskmine risk

Inimesel on enesetapumõtteid ja -plaan, kuid tal pole kavas kohe enesetappu sooritada.

Mida teha?

- Pakkuda emotsionaalset tuge, rääkida inimese suitsidaalsetest tunnetest ja pöörata tähelepanu positiivsetele jõududele. Lisaks jätkata alltoodud sammudega.
- Kasutada ära kõhklusid. Tervishoiutöötaja peaks juhtima tähelepanu suitsidaalse inimese sisemistele vastuoludele ja kõhklustele, nii et järkjärgult tugevneks tema elusoov.
- Leida enesetapule alternatiive. Tervishoiutöötaja peaks püüdma juhtida enesetapuohtlikku inimest teisi lahendusvariante leidma ehk äärmisel juhul pakkuma ise välja mõned võimalused lootuses, et vestluskaaslane võtab kaalumisele neist vähemalt ühe.
- Sõlmida kokkulepe. Saada suitsiidi plaanivalt inimeselt lubadus, et ta ei tee enesetappu
 - enne kui ta on taas võtnud kontakti tervishoiutöötajatega;
 - või teatud perioodiks.
- Suunata inimene psühhiaatri, nõustaja või arsti juurde ning leppida temale kokku vastuvõtuaeg võimalikult lähitulevikus.
- Võtta ühendust patsiendi omaste, sõprade ja töökaaslastega ning püüda nendelt abi saada.

Suur risk

Inimesel on kindel plaan, vajalikud vahendid ja ta kavatseb seda kohe teha.

Mida teha

- Jääda inimese juurde. Mitte mingil juhul jätta teda üksi.
- Rääkida temaga delikaatselt, võtta ära tabletid, nuga, relv, putukamürk jms.
- Sõlmida temaga kokkulepe.
- Võtta otsekohe ühendust psühhiaatri või arstiga ning aidata korraldada, et inimene viidaks kiirabiautoga haiglasse.
- Teatada juhtunust arstiga kooskõlastatult omastele.

ENESETAPUOHUS OLEVA INIMESE EDASISUUNAMINE

Võib tekkida olukordi, kui arsti pole käepärast ning edasi suunamise vajadus tuleb otsustada ise.

Inimene tuleb edasi suunata, kui

- ta on psüühiliselt haige;
- on varem teinud enesetapukatse;
- tema omaste hulgas on olnud enesetapp, esineb alkoholismi või psüühikahäireid;
- ta on kehaliselt haige;
- tal pole sotsiaalset tuge.

Kuidas edasi suunata

- Esmatasandi tervishoiutöötaja peab varuma aega, et seletada inimesele edasi suunamise põhjust.
- Leppida kokku vastuvõtt arsti või psühhiaatri juures.
- Selgitada inimesele, et edasi suunamine ei tähenda, et tervishoiutöötaja tahab sel moel vabaneda tema probleemist.
- Kohtuda arstiga kooskõlastatult inimesega pärast konsultatsiooni.
- Kohtuda temaga perioodiliselt, kui see kuulub raviplaani.

ABI ALLIKAD

Tavaliselt on kõige käepärasemad järgmised abiallikad:

- pere ja omaksed
- sõbrad
- töökaaslased
- vaimulikud
- kriisiabi keskused
- tervishoiuspetsialistid

Kuidas abi paluda?

- Arsti puudumisel püüdke saada suures enesetapuohus olevalt inimeselt luba koostada võimalikest abistajatest nimekiri ning seejärel võtta nimetatutega ühendust.
- Isegi siis, kui inimene oma lähedasi ei nimeta ja ei luba nende poole pöörduda, püüdke leida keegi, kes tunneks enesetapuohus olijale eriti kaasa.
- Rääkige eelnevalt suitsidaalselt käituva inimesega ise ja selgitage, et mõnikord on kergem rääkida võõra kui lähedase inimesega, nii et ta ei tunneks end hüljatuna või solvatuna.
- Rääkige appi kutsututega ilma neid süüdistamata või äratamata neis süütunnet.
- Märkige üles, kuidas keegi lähedastest võiks inimest aidata.
- Ärge unustage ka abistajate endi vajadusi.

MIDA TEHA JA MIDA MITTE TEHA

Mida teha:

- Kuulata, ilmutada kaastunnet, olla rahulik;
- Näidata, et tahate aidata ja hoolite temast;

- Võtta olukorda tõsiselt ja püüda hinnata riski suurust;
- Küsida, kas on olnud varasemaid enesetapukatseid;
- Pakkuda välja muid võimalusi peale enesetapu;
- Küsida enesetapukava kohta;
- Püüda võita aega ja sõlmida kokkulepe;
- Teha kindlaks teised abistajad;
- Kui võimalik, kõrvaldada enesetapuvahendid;
- Tegutsege, püüdke saada ühendus arstiga, otsige abi;
- Kui enesetapurisk on suur, jääge inimese juurde.

Mida mitte teha

- Olukorda ignoreerida;
- Sattuda segadusse või kimbatusse ja paanikasse;
- Öelda, et kõik läheb hästi;
- Soovitada inimesel lihtsalt jätkata;
- Anda mõista, et probleem on tühine
- Anda tühje lubadusi;
- Lubada hoida saladust;
- Jätta inimest üksi.

KOKKUVÕTE

Pühendumus, tähelepanelikkus, teadmised ja mure teise inimese pärast ning usk, et elu on elamist väärt – need on esmatasnadi tervishoiutöötaja käsutuses olevad peamised ressursid, mida peaks toetama teadmine ja veendumus, et nad saavad aidata kaasa enesetapu ärahoidmisele.

Tabel. Meeste ja naiste enesetapud Eestis 1965-1999.

Aasta	<i>Absoluutarvud</i>			<i>Kordaja 100 000 kohta</i>		
	Mehed	Naised	Kokku	Mehed	Naised	Kokku
1965	272	107	379	-	-	-
1966	297	104	401	-	-	-
1967	282	96	378	-	-	-
1968	330	93	423	-	-	-
1969	344	87	431	-	-	-
1970	325	104	429	52,2	14,1	31,5
1971	349	101	450	55,3	13,5	32,6
1972	370	92	462	57,8	12,2	33,2
1973	327	105	432	50,5	13,8	30,7
1974	355	112	467	54,3	14,6	32,9
1975	429	103	532	65,0	13,4	37,2
1976	376	116	492	56,5	15,0	34,2
1977	399	108	507	59,5	13,9	35,0

1978	381	114	495	56,4	14,5	33,9
1979	380	121	501	55,9	15,3	34,1
1980	378	120	498	55,3	15,1	33,7
1981	402	142	544	58,3	17,8	36,6
1982	361	120	481	51,9	14,9	32,1
1983	367	117	484	52,4	14,5	32,1
1984	381	118	499	54,0	14,5	32,9
1985	371	99	470	52,2	12,1	30,7
1986	312	113	425	43,5	13,7	27,6
1987	304	92	396	42,0	11,1	25,5
1988	271	111	382	37,2	13,3	24,5
1989	284	117	401	38,7	14,0	25,6
1990	307	118	425	41,8	14,1	27,1
1991	314	109	423	42,8	13,1	27,0
1992	375	121	496	51,9	14,7	32,1
1993	457	122	579	64,5	15,1	38,2
1994	495	119	614	70,7	14,9	41,0
1995	468	127	595	67,6	16,0	40,1
1996	440	111	551	64,3	14,1	37,5
1997	434	91	525	63,9	11,7	36,0
1998	401	81	482	59,4	10,5	33,2
1999	376	93	469	56,0	12,1	32,5