

TALLINNA TERVISHOIU KÕRGKOO



Õenduse õppetool

Õe õppekava

Pille Pärtelpoeg

**ÕENDUSABI PSÜHHIAATRILISEL STATSIONAARSEL RAVIL VIIBIVALE  
SUITSIIDIRISKIGA TÄISKASVANUD PATSIENDILE NNN TAKSONOOMIA  
ALUSEL**

Lõputöö

Tallinn 2026

Olen koostanud lõputöö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite töödest, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud. Luban Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolil avalikustada oma lõputöö PDF-versiooni raamatukoguprogrammis.

Lõputöö autori allkiri

Pille Pärtelpoeg

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Lubatud kaitsmisele.

Juhendaja: Elis Tenso RM, RN, MSc  
*/nimi ja akadeemiline kraad/*

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

## KOKKUVÕTE

Pille Pärtelpoeg (2026). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, õe õppekava. Õendusabi psühhiaatrilisel statsionaarsel ravil viibivale suitsiidiriskiga täiskasvanud patsiendile NNN taksonoomia alusel. Lõputöö maht on 32 lehekülge ja üks lisa. Lõputöös on kasutatud kokku 62 kirjandusallikat, neist 19 on õendusteaduslikud.

Lõputöö on kirjanduse ülevaade, mille eesmärk on kirjeldada õendusabi psühhiaatrilisel statsionaarsel ravil olevale suitsiidiriskiga täiskasvanud patsiendile NNN taksonoomia alusel. Õendusdiagnooside valikul lähtus töö autor kirjanduses enim kirjeldatud määravate tunnuste ja seonduvate tegurite põhjal. Lõputöö koostamiseks kasutati erinevaid teemakohaseid eesti- ja ingliskeelseid tõendusmateriale kirjandusallikaid. Kirjandusallikate valimisel tugines töö autor kindlast ajavahemikust (2016-2026), eelretsenseeritusest, teemakohasusest ja artiklite täisteksti kättesaadavusest. Allikate kogumisel kasutas töö autor erinevaid elektroonilisi andmebaase nagu: ScienceDirect, PubMed, Scopus, EBSCO, Wiley.

Tuginedes NANDA-I taksonoomiale, sobivad psühhiaatrilisel statsionaarsel ravil viibivale täiskasvanud suitsiidiriskiga patsiendile riskikesksed õendusdiagnoosid: suitsiidse enesevigastusliku käitumise risk, mittesuitsiidse enesevigastusliku käitumise risk ja põgenemiskatse risk. Probleemikesksed õendusdiagnoosid: mittesuitsiidne enesevigastuslik käitumine, liigne ärevus ja ebatõhus impulsside kontroll. Tervisedendlik õendusdiagnoos valmisolek tõhusamaks toimetulekuks. Suitsiidiriskiga patsiendi tervisetulemused NOC klassifikatsiooni alusel on: eneseohjeldamine enesetapu vältimiseks, riskijuhtimine, põgenemiskalduvus, enesevigastamise talitsemine, oma ärevuse juhtimine, oma impulsside kontrollimine ja elutahe.

Tuginedes NIC klassifikatsioonile saab õde kasutada õendussekkumisi riskikesksete õendusdiagnooside puhul suitsiidi ennetus, riskide määratlemine ja põgenemise takistamise ettevaatusabinõud. Probleemikesksete õendusdiagnooside puhul käitumise juhtimine: enesevigastamine, ärevuse vähendamine ja impulsside juhtimise treening. Tervisedendlik õendusdiagnoosi puhul toimetuleku tõhustamine.

**Võtmesõnad:** õendusabi, suitsiidirisk, statsionaarne ravi, psühhiaatriline ravi, täiskasvanud patsient, NNN taksonoomia.

## SUMMARY

Pille Pärtelpoeg (2026). Tallinn Health University of Applied Sciences. Nursing care for an adult patient with suicide risk under psychiatric inpatient treatment based on the NNN taxonomy. The thesis comprises 32 pages and one appendix. A total of 60 literature sources have been used, 19 of which are nursing science publications.

The thesis is a literature review aimed at describing nursing care for adult inpatients at risk of suicide in psychiatric settings, based on the NNN taxonomy. In selecting the nursing diagnoses, the author relied on the defining characteristics and related factors most frequently described in the literature. The thesis draws on a range of evidence-based Estonian and English-language sources relevant to the topic. The selection of literature was guided by a defined time frame (2016–2026), peer-review status, thematic relevance, and the availability of full-text articles. To gather the sources, the author used several electronic databases, including ScienceDirect, PubMed, Scopus, EBSCO and Wiley.

Based on the NANDA-I taxonomy, the risk-focused nursing diagnoses appropriate for an adult psychiatric inpatient at risk of suicide are: risk for suicide, risk for non-suicidal self-injury, and risk for elopement. The problem-focused nursing diagnoses include: non-suicidal self-injury, anxiety, and ineffective impulse control. The health-promotion nursing diagnosis is readiness for enhanced coping. According to the NOC classification, the relevant patient outcomes for a patient at suicide risk are: suicide self-restraint, risk control, elopement prevention, self-injury control, anxiety self-management, impulse control, and will to live.

Based on the NIC classification, the nurse may use the following interventions for risk-focused nursing diagnoses: suicide prevention, risk identification, and elopement precautions. For problem-focused nursing diagnoses, appropriate interventions include: self-harm prevention, anxiety reduction, and impulse control training. For the health-promotion diagnosis, the relevant intervention is coping enhancement.

**Keywords:** nursing care, suicide risk, inpatient treatment, psychiatric care, adult patient, NNN taxonomy.

## SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	3
SUMMARY .....	4
SISSEJUHATUS.....	6
1. METOODIKA .....	10
2. ÕENDUSABI PSÜHHIAATRILISEL STATSIOONAARSEL RAVIL VIIBIVALE SUITSIIDIRISKIGA TÄISKASVANUD PATSIENDILE NANDA-I TAKSONOOMIA JA NOC KLASSIFIKATSIOONI ALUSEL.....	12
2.1. Riskikesksed õendusdiagnoosid.....	12
2.2. Probleemikesksed õendusdiagnoosid.....	14
2.3. Tervisedenduslikud õendusdiagnoosid .....	17
3. ÕENDUSSEKKUMISED PSÜHHIAATRILISEL STATSIOONAARSEL RAVIL VIIBIVALE SUITSIIDIRISKIGA TÄISKASVANUD PATSIENDILE NIC KLASSIFIKATSIOONI ALUSEL .....	18
3.1. Õendussekkumised riskidiagnoosidele .....	18
3.2. Õendussekkumised probleemikesksetele diagnoosidele.....	20
3.3. Õendussekkumised tervisedendlikele diagnoosidele .....	22
4. ARUTELU .....	23
JÄRELDUSED.....	26
KASUTATUD KIRJANDUS .....	27

LISAD:

LISA 1. Ask suicide-screening questions (ASQ)

## SISSEJUHATUS

Suitsiid on tõsine ja keeruline probleem, mis mõjutab inimesi ülemaailmselt (Stanley et al., 2018). *World Health Organization (WHO)* andmetel sooritab iga aasta maailmas üle 720 000 inimese suitsiidi. 2021. aastal oli see maailmas kolmas peamine surmapõhjus just 15-29 aastaste seas. Suitsiidkatseid on aga palju rohkem. See on tõsine rahvatervise probleem, mille pikaajalised tagajärjed võivad mõjutada mahajäänud inimesi. Selline olukord mõjub raskelt nii perele, kogukonnale kui ka tervele riigile. Suitsiid on ennetatav ja sageli madalate kuludega sekkumistega. Eeltoodu rõhutab vajadust tegeleda suitsiidide ennetamisega ja pakkuda tuge neile, kes võitlevad suitsiidmõtetega. (World Health Organization, 2025).

Tervise Arengu Instituudi andmetel on Eestis 2020. aastaga võrreldes 2024. aastaks suitsiidisurmade arv langenud 35. juhtumi võrra ehk ligi 17%. Siiski 2021. aasta madalamale tasemele järgnes aastal 2022-2023 kerge tõus, mis viitab, et trend ei ole ühtlane. (Tervise Arengu Instituut, 2026). Aastal 2022. oli Eesti suitsiidikordaja järgi Euroopa Liidu riikidega võrreldes viiendal kohal. Eesti suitsiidikordaja ületab Euroopa Liidu keskmist 3,9 võrra, olles vastavalt 14,5 Eestis ja 10,6 Euroopa Liidus. Euroopa võrdluses kõrge positsioon rõhutab vajadust tõsta teadlikkust suitsiidikäitumise riskiteguritest ja sekkumisvõimalustest. (Usberg et al., 2025).

Enda või teiste kahjustamise oht on üks statsionaarse psühhiaatrilise ravi patsiendiohutuse olulisemaid aspekte (Marcus et al., 2021). Olukorras, kus inimesel esineb tõsine ja vahetu risk suitsiidi sooritamiseks, kasutatakse paljudes riikides sundhospitaliseerimist psühhiaatriaiglasse. See meede on oluline nii inimese enda tervise ja ohutuse huvides, kui ka teiste inimeste kaitseks. (Wang & Colucci, 2017). Eestis reguleerib psühhiaatrilist sundhospitaliseerimist psühhiaatrilise abi seadus. Selle seaduse kohaselt on inimese tahtest sõltumatu haiglaravi lubatud ainult siis, kui täidetud on kõik järgmised tingimused: inimesel esineb raske psüühikahäire, mis piirab tema suutlikkust oma käitumisest aru saada või seda juhtida; haiglaravita jätmine toob kaasa olukorra, kus inimene ohustab psüühikahäire tõttu iseenda või teiste elu, tervist või julgeolekut; ning muud psühhiaatrilise abi vormid ei ole piisavad. Selline õiguslik raamistik tagab, et sundhospitaliseerimist rakendatakse üksnes vältimatutel juhtudel, kaitstes nii patsienti kui ka laiemat ühiskonda võimalike ohtude eest. (Psühhiaatrilise abi..., 2025: §11). Sellistel juhtudel paigutatakse patsient esmalt akuutravi osakonda, kus viibimine on lühiajaline, tavaliselt mõnest päevast kuni nelja nädalani. Seega on

suitsiidiriskiga patsientide hindamine ja sekkumine vaja teostada kiiresti ning tõhusalt. Oluline on rakendada intensiivseid jälgimis- ja toetamisviise, tagamaks patsiendi turvalisus ning vältimaks kriitiliste olukordade tekkimist. (Bullock et al., 2021). Autori töökogemuse põhjal suunatakse patsient tervises seisundi stabiliseerumisel edasisieks raviks teise psühhiaatriaoskonda. Edasine statsionaarne psühhiaatriline ravi hõlmab patsiendi täpsemat raviplaani koostamist, ravimravi määramist, psühhoharidust, erinevaid teraapiaid, igapäevast õendusabi ja väljakirjutamise planeerimist (Kearns et al., 2025).

Statsionaarne psühhiaatriline ravi loob kriitilise ja sageli esimese tõhusa võimaluse kaasata suitsidaalne patsient süstemaatilisse raviprotsessi. Haiglaravi tagab turvalise ja struktureeritud keskkonna, kus patsiendil on võimalik professionaalse juhendamise toel mõtestada enda suitsiidmõtete ja -käitumise kujunemist. Kuna suitsidaalne patsient ei saa ega tohiks seda üksi analüüsida, on haiglaravi keskkond oluline terapeutiline süsteem, mis võimaldab alustada taastumist toetavaid sekkumisi. (Ghahramanlou-Holloway et al., 2015).

Lõputöö teema valis töö autor isikliku huvi ning töötamise põhjal Põhja-Eesti Regionaalhaigla Psühhiaatrikliiniku akuutravi osakonnas, sooviga panustada õendusabi kvaliteedi tõstmisele. Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia kohaselt on NNN terminoloogia üleriigilise kasutuselevõtu eesmärk aastaks 2030 (Eesti õenduse..., 2020: 14). Sellest lähtuvalt oli autori hinnangul töö koostamine vajalik. Lõputöö käsitleb vaimse tervise valdkonda. E. M. Sentifoli-Saluveer ja E. Untera on kaitsnud 2022. aastal Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis uurimistööd „Õendusdiagnoosid ja õendussekkumised suitsiidiriskiga täiskasvanud meespatsiendile esmatasandi tervishoius“ (Sentifoli-Saluveer & Untera, 2022). E. Andresson on 2025. aastal Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli lõputööna kirjeldanud õendusdiagnoose ja õendussekkumisi psühhiaatrilisel statsionaarsel sundravil viibivale patsiendile, keskendudes kohtupsühhiaatrilisele õendusabile (Andresson, 2025). Autorile teadaolevalt ei ole õendusabi psühhiaatrilisel statsionaarsel ravil viibivale suitsiidiriskiga täiskasvanud patsiendile NNN taksonoomia alusel varem Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis käsitletud. Lõputöö kuulub Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli õe õppekava tervise ja heaoluteenuse kvaliteedi uurimissuunda ning käsitleb NNN terminoloogia rakendamist (Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, 2021).

**Uurimisprobleem:** Suitsiidi sooritamine on üks peamisi haiglapatsientide ohutusega seotud probleeme, selle vältimiseks on vajalik tagada asjakohased hinnangud ja sekkumised (Park et al., 2018). Õdedel puudub selge arusaam olemasolevate suitsiidiriski hindamise vahendite ja tegevuste praktilisest kasutamisest. Suitsiidiriski hinnatakse rutiinselt haiglasse vastuvõtmisel,

kuid patsiendiohutuse tagamiseks on vajalik hindamine sagedamini ja erinevates hooldusega seotud situatsioonides. (Wärdig et al., 2024).

**Uurimistöö eesmärk** on kirjeldada õendusabi psühhiaatrilisel statsionaarsel ravil viibivale suitsiidiriskiga täiskasvanud patsiendile NNN taksonoomia alusel.

Eesmärgist lähtuvalt on püstitatud järgmised uurimistöö ülesanded:

1. Kirjeldada psühhiaatrilisel statsionaarsel ravil viibivale suitsiidiriskiga täiskasvanud patsiendile õendusdiagnoose NANDA-I taksonoomia ja tervisetulemusi NOC klassifikatsiooni alusel.
2. Kirjeldada õendussekkumisi psühhiaatrilisel statsionaarsel ravil viibivale suitsiidiriskiga täiskasvanud patsiendile NIC klassifikatsiooni alusel.

**Kesksed mõisted:**

**Suitsiidirisk** (*risk for suicide*) – võimalik enesevigastuslik tegevus eesmärgiga enda elu lõpetamine (Herdman et al., 2021: 528).

**Täiskasvanud** (*adult*) – täisealine isik, kes on vähemalt 18. aastane (Tsiviilseadustiku üldosa..., 2025: §8).

**Patsient** (*patient*) – füüsiline isik, grupp, perekond või kogukond, kellele on õendussekkumine suunatud (Butcher et al., 2018).

**Psühhiaatriline ravi** (*psychiatric treatment*) – isiku uurimine, diagnoosimine, ravi ja taastusabi mis hõlmab nii patsiendi ja arsti vahelist suhet, kui ka teiste raviprotsessis osalevate isikute, raviasutuste ja Tervisekassa kaasamist (Psühhiaatrilise abi..., 2023: §2).

**Statsionaarne ravi** (*stationary treatment*) – tervishoiuteenus, mille puhul patsient peab viibima haiglas ööpäevaringselt (Tervishoiuteenuste korraldamise ..., 2025: §2).

**NANDA-I õendusdiagnooside taksonoomia** (*NANDA-I nursing diagnosis taxonomy*) – õenduse teadusliku ja professionaalse terminoloogia süsteem, mis toetab kliinilist otsustamist, dokumenteerimist ning rahvusvahelist koostööd. See võimaldab õdedel kirjeldada patsiendi vajadusi täpselt, süsteemselt ja tõendus põhisedelt. (Aleandri et al., 2022).

**NIC õendussekumiste klassifikatsioon** (*nursing interventions classifications*) – õendustegevused, mis keskenduvad patsiendi tervise parandamisele tuginedes kliinilisele otsusele ja asjakohasele teabele eesmärgiga lahendada õendusdiagnoos. (Butcher et al., 2018: xii).

**NOC õendustulemuste klassifikatsioon** (*nursing outcomes classifications*) – õendustulemus, kui mõõdetav seisund, käitumine või taju, mis iseloomustab patsiendi, perekonna või kogukonna terviseseisundit enne ja pärast õendussekumist (Moorhead et al., 2018: 3).

## 1. METOODIKA

Lõputöö on teoreetiline kirjanduse ülevaade, mille eesmärk on kirjeldada õendusabi psühhiaatrilisel statsionaarsel ravil viibivale suitsiidiriskiga täiskasvanud patsiendile NNN taksonoomia alusel. Kirjanduse ülevaade on järjepidev protsess, mis koosneb mitmest etapist: allikate kokkuvõtmisest, nende analüüsimisest ja tõlgendamisest, tulemuste sünteesist ning olemasoleva teaduskirjanduse hindamisest (Õunapuu, 2014: 94).

Töö koostamisel kasutati tõenduspõhiseid usaldusväärseid õendus- ja meditsiinalaseid teadusartikleid. Kokku on töös kasutatud 62 allikat, millest 15 on eestikeelsed ja 47 ingliskeelsed. Teabe ajakohasuse ning vastavuse tagamiseks kaasaegsetele tervishoiusuundumustele lähtuti viimase kümne aasta jooksul avaldatud eesti- ja ingliskeelsetest täistekstidega artiklitest. Kirjanduse leidmiseks kasutas töö autor elektroonilisi teadusandmebaase: ScienceDirect, PubMed, EBSCO, Scopus, Wiley. Lisaks andmebaasipõhisele otsingule kasutas töö autor lumepallimeetodit, mille abil leiti 28 täiendavat artiklit. Tehisintellekti ChatGPT ja Copilot rakendust kasutati ainult teksti keelelises toimetuses. Kirjanduse loetelu koostamisel ja tekstisisese viitamisel on kasutatud Mendeley viitamistarkvara. Info otsingul kasutati järgmisi otsingusõnu: suitsiid JA riskitegur (*suicide AND risk factors*), suitsiidirisk JA täiskasvanud patsient (*suicide risk AND adult patient*), suitsiidirisk JA täiskasvanud patsient JA psühhiaatriline ravi (*suicide risk AND adult patient AND psychiatric hospital*), suitsiid JA enesevigastamine (*suicide AND self harm*), suitsiid JA ennetus (*suicide AND prevention*), õendusabi JA suitsiidirisk (*nursing care AND suicide risk*), suitsiidirisk JA psühhiaatriaigla (*suicide risk AND psychiatric hospital*), suitsiidirisk JA psühhiaatriaigla JA õendusabi (*suicide risk AND psychiatric hospital AND nursing care*), suitsiidirisk JA õendussekkumine (*suicide risk AND nursing intervention*), suitsiidirisk JA õendussekkumine JA psühhiaatriline ravi (*suicide risk AND nursing intervention AND psychiatric treatment*), suitsiidirisk JA õendussekkumine JA psühhiaatriline ravi JA täiskasvanud patsient (*suicide risk AND nursing intervention AND psychiatric treatment AND adult patient*), õendusabi JA suitsiidirisk JA patsient (*nursing care AND suicide risk AND patient*). Uurimistöös on kasutatud 62 allikat, millest 19 on õendusosalased ja 1 lisa (suitsiidiriski hindamise küsimustik ASQ).

Lõputöö on koostatud vastavalt Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli 2023. aastal kinnitatud ning 2025. aastal täiendatud kirjalike tööde koostamise ja vormistamise juhendile. Lõputöö tekst on korrektselt refereeritud ja viidatud ning kõik töös kasutatud kirjandusallikad on välja toodud

tähestikulises järjekorras kasutatud kirjanduse loetelus. Lõputöö usaldusväärsus ja eetiline korrektsus lähtub tõenduspõhise kirjanduse analüüsil ning kogutud andmete korrektsel viitamisel. Töö koostamisel on järgitud akadeemilise aususe põhimõtteid ning Hea Teadustava põhiväärtusi: ausus, objektiivsus, austus, hoolivus, vastutus, õiglus, vabadus, avatus ja koostöö (Hea Teadustava, 2023). Lõputöö aluseks on Soosaar (2016) kirjeldatud T. Beauchampi ja J. Childressi loodud neli meditsiinieetika põhiprintsiipi. Nendeks printsiipideks on isikuautonoomia austamine, mittekahjustamise, heategemise, ja õigluse printsiip. (Soosaar, 2016). Lõputöö on koostatud headel eesmärkidel, ei sisalda plagiaati ning seda on võimalik kasutada tervishoiutöötajate, eelkõige õdede teadlikkuse tõstmiseks.

## 2. ÕENDUSABI PSÜHHIAATRILISEL STATSIONAARSEL RAVIL VIIBIVALE SUITSIIDIRISKIGA TÄISKASVANUD PATSIENDILE NANDA-I TAKSONOOMIA JA NOC KLASSIFIKATSIOONI ALUSEL

### 2.1. Riskikesksed õendusdiagnoosid

Riskikesksed õendusdiagnoosi defineerib NANDA-I, kui kliinilist otsust, millega käsitletakse üksikisiku, perekonna või kogukonna vastuvõtlikkust soovimatu tervises seisundi või kahjuliku reaktsiooni tekkeks tulevikus. Riskidiagnoos ei kirjelda olemasolevat probleemi, vaid potentsiaalset ohtu, mis tugineb tuvastatud riskiteguritele ja millel puuduvad määravad tunnused, kuna terviseprobleem ei ole veel tekkinud. Õendusdiagnooside tähtsusjärjestamisel on prioriteediks kiireloomulised ja otsest ohtu kujutavad diagnoosid, kuna need on patsiendiohutuse tagamisel kriitilise tähtsusega. (Herdman et al., 2024: 33-81).

Õendusdiagnoos **suitsiidse enesevigastusliku käitumise risk (00466)** defineerib NANDA-I kui võimalikku enesevastast kahjustavat tegevust kavatsusega surra. Riskiteguritena on välja toodud varem suitsiidkatse teinud isikud, igapäevased suitsiidmõtted, mittesuitsiidsete enesevigastamise meetodite suur kasutamine, depressiooni sümptomid, ärevus, lootusetus, mõnuainete kuritarvitamine. (Herdman et al., 2024: 598-600).

Üks olulisemaid suitsiidiriski ennustav tegur on varasem suitsiidkatse. Koos depressiooni, lootusetuse, suitsiidmõtete, tajutud koormatuse ja häiritud kuuluvustundega võib varasem suitsiidkatse viidata suurenenud suitsiidiohule. (Forkmann et al., 2020). Kavaliauskas jt (2024) on välja toonud, et kõrge suitsiidiriskiga on seotud kõige enam depressioon, ärevus, lootusetus, tööstress ja suhete puudumine (Kavaliauskas et al., 2024). Ka sagedased suitsiidmõtted on tugevalt seotud suitsiidkäitumisega (Simon et al., 2016). Opioidide kuritarvitamine, lähisuhtevägivalla kogemine ning üleskasvamise peres, kus esineb vaimuhaigust või suitsiidi soodustab suitsiidmõtete tekkimist (Wen et al., 2025). Alkoholi ja narkootikumide tarvitamine on seotud psühhoosi, impulsiivsuse ja suitsiidikäitumise sagenemisega. Nende ainete tarvitamine võib suurendada enesevigastamise ja ootamatu suitsidaalse käitumise riski. (Chiappini et al., 2021).

Tervisetulemus **eneseohjeldamine enesetapu vältimiseks (1408)** käsitleb inimese teadlikku tegevust suitsiidkatse ja suitsidaalse käitumise ennetamiseks. Hindamine hõlmab patsiendil rääkimist suitsiidmõtetest ja -plaanist, vältimaks suitsiidi sooritamist kasutades selleks tunnete väljendamist ja sotsiaalset tuge. Tulemusi hinnatakse skaalal 1-5, kus 1 tähendab ei esine/tee

mitte kunagi ja 5 tähendab esineb/teeb alati. (Moorhead et al., 2018: 147-148). Õe tegevus patsiendi suitsiidi ennetuses sõltub otseselt suhtlemisoskusest – inimlik, avatud ja toetav suhtlus on suitsiidiennetuses kriitilise tähtsusega. Professionaalne riskihindamine toimib koos empaatilise ja usaldusliku õe-patsiendi vahelise suhtlusega. (Vandewalle et al., 2019).

Õendusdiagnoos **mittesuitsiidse enesevigastusliku käitumise risk (00468)**, defineerib NANDA-I kui võimalikku tahtlikku enesevigastamist, mille eesmärgiks ei ole suitsiid või seksuaalhälve ning see ei ole ühiskonnas vastuvõetav. Käitumuslike riskiteguritena on välja toodud sõltuvuskäitumine, mõnuainete kuritarvitamine, ravimite tahtlik väärkasutamine. Psühholoogiliste teguritena on välja toodud depressiooni sümptomid, raskused negatiivsete emotsioonide leevendamisel, tunnete väljendamisel ja emotsioonide valitsemisega, liigne ärevus, lootusetus, üksildus, madal enesehinnang, puudulik enesekontroll ja ebatõhus impulsside kontroll. Füsioloogilisteks teguriteks on unetus ja ebatõhus unemuster. Olukorraga seotud tegur raskus abi saamisel vaimse tervise alal. Sotsiaalseteks teguriteks kiusamine, puudulik sotsiaalne tugi, häiritud isikutevahelised suhted, raskus luua sotsiaalseid kontakte. Riskigruppi kuuluvad isikud, kellel on varem olnud mittesuitsiidset enesevigastuslikku käitumist ning tarvitanud enese vastu vägivalda. Kaasnevaks seisundiks on ärevushäire ja depressioon. (Herdman et al., 2024: 604-606).

Enesevigastamisel on mitmeid põhjuseid, sealhulgas vaimse tervise häired, stress, varasem trauma, rahalised või sotsiaalsed raskused. Alkoholi ja mõnuainete kuritarvitamine on sageli seotud enesevigastamisega, kuna neid kasutatakse madala tujuga toimetulekuks. Inimesel tekib negatiivne muster, kus depressioon süveneb ja tarbimine suureneb. Enesevigastamise episoodi ajal võib tekkida oluliselt tugevam soov ennast tappa, kuna kriisihetkel võivad emotsioonid, impulsiivsus ja psüühiline tugev pinge kiiresti süveneda. (Butler, 2016).

Tervisetulemus **riskijuhtimine (1902)** defineerib NOC eesmärgiga mõista, ennetada, kõrvaldada või vähendada inimese tegevusest tulenevaid riske. Hindamine hõlmab patsiendi isiklike riskitegurite tunnustamist ja käitumise muutmist, jälgides isiklike riskitegureid ja on valmis riskijuhtimise meetodeid järgima, tundes ära enda terviseseisundi muutused. Tervisetulemuste mõõtmine on skaalal 1-5, kus 1 tähendab ei esine/tee mitte kunagi ja 5 tähendab esineb/teeb alati. (Moorhead et al., 2018: 363). Patsiendi ravitulemus sõltub usalduslikust õe-patsiendi suhtlusest. Kuna õega on igapäevane kontakt, siis professionaalsed suhtlemisoskused toetavad turvatunde kujunemist, vähendavad impulsiivset enesevigastamist ning soodustavad ravijärgimist mõjutades patsiendi taastumisprotsessi. (Zhang et al., 2023).

Õendusdiagnoos **põgenemiskatse risk (00290)**, defineerib NANDA-I kui olukorda, kus inimene ei ole võimeline end piisavalt kaitsma ning võib loata või järelevalveta lahkuda ettenähtud viibimiskohast, seades ohtu iseenda või teised. Riskiteguritena on välja toodud enesekahjustamise kavatsus, psühhomotoorne erutusseisund. Riskigruppi kuuluvad varem ennast kahjustanud või põgenemiskatse teinud isikud. (Herdman et al., 2024: 594). Suitsiidiriskiga patsiendil võib esineda suurenenud põgenemiskatse risk, kuna psühholoogilised tegurid nagu tugev sisemine pinge, ärevus, talumatu psüühiline distress, impulsiivsus ja varasem riskikäitumine soodustab nii enesevigastamise, kui haiglast lahkumise soovi. Suitsidaalsed mõtted võivad tekitada impulsse põgenemiseks, eriti tahtest olenemata hospitaliseerimise tagajärjel või kontrolli kaotuse kogemisel. (Lockhart, 2021).

Tervisetulemus **põgenemiskalduvus (1920)** käsitleb tunnetushäirega inimese soodumust turvalisest paigast põgenemiseks. Hindamine hõlmab patsiendi ärrituvust, ähvardust lahkuda, ringi ekslemist, üritamist koos külalistega haiglast lahkuda või paludes teistelt abi lahkumiseks. Tulemust mõõdetakse skaalal arvude 1-5 abil, kus 1 tähendab esineb/teeb alati ja 5 tähendab ei esine/tee mitte kunagi. (Moorhead et al., 2018). Põgenemiskatse riski hindamine ja juhtimine psühhiaatria statsionaarses ravis tugineb peamiselt patsiendi anamneesile ja hetkelisele kliinilisele seisundile (Grotto et al., 2015).

## 2.2. Probleemikesksed õendusdiagnoosid

Probleemikeskset õendusdiagnoosi käsitletakse kui kliinilist otsust, millega tuvastatakse üksikisiku, pere või terve elanikkonna soovimatu reaktsioon tervise seisundile või eluprotsessidele. Selle diagnoosi põhjal saavad õendusspetsialistid määratleda konkreetsed terviseprobleemid, mille puhul on vaja õenduslikku sekkumist, ning kavandada asjakohased hooldusmeetmed patsiendi tervise seisundi parandamiseks. (Herdman et al., 2024: 32).

Õendusdiagnoos **mittesuitsiidne enesevigastuslik käitumine (00467)**, defineerib NANDA-I kui tahtlikku enesevigastamist, mille eesmärgiks ei ole suitsiid või seksuaalhälve ning tegevus ei ole sotsiaalselt vastuvõetav. Mittesuitsiidne enesevigastuslik käitumine on seotud liigse ärevuse, lootusetuse, üksilduse, depressiooni sümptomitega, raskusega tunnete väljendamisel, negatiivsete emotsioonide leevendamisel ja emotsioonide valitsemisel, puuduliku enesekontrolli ning madala enesehinnanguga. Seda tõendavad naha marrastamine, kriimustamine või põletamine, lõikamine terava esemega, hammustamine, juuste sikutamine,

löömine, vihakäitumine. (Herdman et al., 2024: 601). Enesevigastamine on tahtlik enda keha vigastamine või kahjustamine suitsiidi eesmärgita. Tegemist on üsna levinud, kuid sageli varjatud käitumisviisiga, mis hõlmab naha kriimustamist, löikumist, põletamist, enese hammustamist või juuste väljatõmbamist. (Poudel et al., 2022). Noortel täiskasvanutel tekib sageli emotsionaalse düsregulatsiooni ja identiteediga seotud stressorite tõttu (Shah et al., 2025).

Tervisetulemus **enesevigastamise talitsemine (1406)**, defineerib NOC inimese tegevust endale tahtlikult (mittesurmavate) vigastuste ennetamiseks. Hindamine hõlmab patsiendiga sõlmitud kokkuleppes vigastamise hoidumiseks ja seda võimaldavate esemete kogumisest, hoidub enesevigastamisest, pöördub vajadusel abi saamiseks, osaleb tugirühmas, kasutab tõhusaid toimetulekuväideteid. Tulemusi hinnatakse skaalal 1-5, kus 1 tähendab ei esine/tee mitte kunagi ja 5 tähendab esineb/teeb alati. (Moorhead et al., 2018: 150). Õe töö peamiseks prioriteetideks on ohutuse tagamine ja enesevigastamise ennetamine, kasutades selleks ohtlike esemete eemaldamist ja patsiendi jälgimist. Enesevigastamise ennetamiseks saab rakendada koostöös patsiendiga turvalisuskokkuleppeid ning individuaalseid psühhosotsiaalseid sekkumisi. (Bjärehed et al., 2021).

Õendusdiagnoos **liigne ärevus (00400)** defineerib NANDA-I kui ebaproportsionaalselt püsivat muretsemist olukordade või situatsioonide pärast, mida patsient tajub ohtlikuna. Seonduvateks teguriteks on rahuldamata vajadused, võõras olukord, mõnuainete kuritarvitamine ja stressorid, mida tõendavad psühhomotoorne erutus seisund, närvilisus, ärritunud meeleolu, tugev hirm, unetus, nutt, mure elusündmuste muutuste pärast. Kaasnevaks seisundiks on vaimsed häired. (Herdman et al., 2024: 509-510).

Mitmetes uuringutes tuuakse välja, et liigne ärevus võib oluliselt suurendada suitsiidi riski, kuna ärevushäired mõjutavad inimese võimet toime tulla igapäevaste stressoritega ja süvendada lootusetuse tunnet (Allan et al., 2023; Bailey et al., 2025). Ärevus on laialt levinud, kuid sageli tähelepanuta jäänud emotsionaalne väljendus, mis võib avalduda erinevates olukordades ja väga mitmel moel. Sageli jäävad selle varjatud sümptomid märkamata, mis võib kaasa tuua raskusi nii diagnoosimisel kui ka tõhusa abi pakkumisel. (Khairudin et al., 2025). Ärevus avaldab märkimisväärset mõju nii füüsilise kui ka vaimse tervise tasandil, selle tekkimisele ja kulgemisele võivad kaasa aidata erinevad tegurid, nagu rahuldamata vajadused, muutuv keskkond, stressorid ning kaasnevad vaimsed häired. Ärevuse korral tuleb rakendada

paindlikku ja individuaalset lähenemist, võttes arvesse iga patsiendi vaimseid ja füüsilisi sümptomeid, kuna need mõjutavad oluliselt heaolu. (Nechita et al., 2018).

Tervisetulemus **oma ärevuse juhtimine (1402)**, defineerib NOC kui inimese tegevust, mille eesmärk on leevendada või vähendada sisemist kartlikkust, pinget või murelikkust. Hindamine hõlmab patsiendil jälgida oma ärevuse intensiivsust, tuvastada ärevust esile kutsuvad tegurid, märgata ärevuse füüsilisi ja käitumuslikke ilminguid ning rääkida oma murest. Tulemusi hinnatakse skaalal 1-5, kus 1 tähendab ei esine/tee mitte kunagi ja 5 tähendab esineb/teeb alati. (Moorhead et al., 2018: 327). Ärevuse vähendamine on oluline eesmärk, õde hindab süstemaatiliselt ärevuse intensiivsust, tuvastab selle vallandajad ning jälgib käitumuslikke ilminguid, et rakendada sobivaid sekkumisi. Usalduslik õe-patsiendi suhe ja toimetulekuoskuste õpetamine aitavad patsiendil ärevust paremini juhtida nii ägedas faasis kui taastumisel. (Gallego, 2020).

Õendusdiagnoos **ebatõhus impulsside kontroll (00222)**, defineerib NANDA-I kui mitterahuldavaid, kiireid, plaanimata ja kontrollimatuid reaktsioone sisemistele või välistele ärritajatele, olenemata negatiivsetest tagajärgedest. Seonduvad tegurid on meeleoluhäired, lootusetus ja mõnuainete kuritarvitamine, mida tõendavad ärritunud meeleolu, ohtlik käitumine ja eraelu detailide kohatu avaldamine. (Herdman et al., 2024: 408). Impulsiivsus, agressiivsus ja emotsionaalne tundlikkus on olulised suitsiidi riskifaktorid. Nende omavahelised seosed on keerukad ja sõltuvad mitmetest teguritest nagu vanus, sugu, ärrituvus ja liigne erutus seisund. (Lee et al., 2025). Depressioon ja lootusetus on olulised psühholoogilised tegurid, mis suurendavad suitsiidmõtete, -katsete ja suitsiidsurma riski. Lootusetus tekitab tunde, et olukord ei parane ja väljapääsu ei ole, süvenevad suitsidaalsed mõtted ning inimene muutub kriisiolukorras haavatavamaks. (Ribeiro et al., 2018).

Tervisetulemus **oma impulsside kontrollimine (1405)**, defineerib NOC, kui inimese kompulsiiivse või impulsiivse käitumise reguleerimist. Hindamine hõlmab patsiendi võimekust tunda ära enda kahjulikud impulsiivsed käitumismustrid ja neid käivitavad emotsioonid ning mõista impulsiivsete tegude tagajärgi. Kontrollida impulsse, otsida vajadusel abi ja pidada kinni kokkuleppes enda käitumist reguleerida. Tulemusi hinnatakse skaalal 1-5, kus 1 tähendab ei esine/tee mitte kunagi ja 5 tähendab esineb/teeb alati. (Moorhead et al., 2018: 319-320). Patsiendid on sageli ise kõige tundlikumad enda meelolumuutuste ja ebatavalise käitumise osas. Kui patsiendil on säilinud adekvaatne eneseteadlikkus ja arusaamine enda seisundist, on võimalik õel järk-järgult korrigeerida tema ebasoodsaid kognitiivseid ja käitumuslikke

mustreid, toetades negatiivsete emotsioonide reguleerimise tervislikumaid viise. Selline tegevus võib oluliselt vähendada mittesuitsiidse enesevigastamise sagedust. (Zhang et al., 2023).

### 2.3. Tervisedenduslikud õendusdiagnoosid

Tervisedenlikku õendusdiagnoosi defineerib NANDA-I kui kliinilist otsust, mis käsitleb isiku motivatsiooni ja parandada tema heaolu ning rakendada tervise potentsiaali ehk saavutada võimalik paranemine. Sellised reaktsioonid väljenduvad valmisolekus edendada tervisekäitumist ning neid võib kasutada erinevate terviseseisundite puhul. Kui isik ei ole võimeline enda valmisolekut tervisekäitumise parandamiseks väljendama, tuvastab õde tervisedendusliku seisundi olemasolu ning tegutseb isiku huvides. (Herdman et al., 2024: 33).

**Valmisolek tõhusamaks toimetulekuks (00158)**, defineerib NANDA-I kui kognitiivse ja/või käitumusliku pingutuse mustrit stressirohke ja ebameeldiva olukorra juhtimisel, mida on võimalik tugevdada. Seda tõendab isiku soov omandada paremaid teadmisi stressi juhtimise meetodite osas ning tahe parandada nii emotsioonidele kui probleemile suunatud võtete kasutamist. (Herdman et al., 2024).

Pärast suitsiidikriisi möödumist ja emotsionaalse seisundi stabiliseerumist tekib inimesel psühholoogiline valmisolek taastumiseks, sealhulgas motivatsioon õppida tõhusamaid toimetulekuoskusi. Kujuneb teadlik otsus elada, kasvab lootus ja huvi elu vastu, see aitab taastada valmisolekut tuleviku planeerimisel. Taastumise protsess on järk-järguline, mida iseloomustab liikumine paranemise suunas, koos aegajalt esinevate tagasilöökidega. (Sokol et al., 2022).

Tervisetulemus **elutahe (1206)**, defineerib NOC kui inimese soovi ja kindlat kavatsust elus olla ja teha selleks jõupingutusi. Hindamine hõlmab patsiendi väljendatud kindlat kavatsust elule, lootusele, optimismile, huvi tundmist enda haiguse ja selle ravi võimaluste kohta koos depressiooni, suitsiid -ja negatiivsete mõtete olemasolu kohta. Tulemusi hinnatakse skaalal 1-5, kus 1 tähendab tugev ja 5 tähendab puudub. (Moorhead et al., 2018: 93-94). Suitsiidmõtete ja -käitumisega patsienti saab mitmel tasandil toetada. Kuigi sotsiaalne ja professionaalne tugi on kriitilise tähtsusega, on taastumisprotsessis oluline ka patsiendi enda panus: tähenduse leidmine, lootuse taastamine, toimetulekuoskuste arendamine ja teadlik otsus eluga jätkata. (Ropaj et al., 2023).

### 3. ÕENDUSSEKKUMISED PSÜHHIAATRILISEL STATIONAARSEL RAVIL VIIBIVALE SUITSIIDIRISKIGA TÄISKASVANUD PATSIENDILE NIC KLASSIFIKATSIOONI ALUSEL

#### 3.1. Õendussekkumised riskidiagnoosidele

Suitsiidse enesevigastusliku käitumise riski diagnoosi puhul saab õde kasutada õendussekkumist **suitsiidi ennetus (6340)**, mis käsitleb patsiendi ennastkahjustava käitumise riski vähendamist eesmärgiga elu lõpetada. Õde hindab suitsiidiriski olemasolu ja suurust, arutades sellest koos patsiendiga otsekoheselt ja erapooletul viisil. Suitsiidiriski tuleb hinnata igapäevaselt ning vajadusel paigutada patsient turvalisuse ja ohutuse tagamiseks kohta, kus teda saab jälgida. Vajadusel manustada ravimeid, mis leevendavad ärevust ja erutus seisundit ning kontrollida ravimite võtmist. Patsiendiga suhelda regulaarselt avatuse ja hoolivuse näitamiseks ning julgustada teda vigastamise soovi korral pöörduma personali poole. (Butcher et al., 2018: 103-104).

Suitsiidi ennetusel psühhiaatrias on õel oluline märgata varakult riske ja võtta tarvitusele vastavad sekkumised. Riedel jt (2025) uuringus on välja toodud suitsiidiennetuse õenduse aspekt, mis hõlmab patsiendi järjepidavat riskihindamist, kasutades nii kliinilist jälgimist kui ka valideeritud hindamisvahendit. (Riedel et al., 2025). ASQ (*Ask Suicide-Screening Questions*) on valideeritud hindamisvahend, mis on efektiivne, tõhus ja usaldusväärne täiskasvanud statsionaarsete patsientide seas. Küsimused hõlmavad suitsiidiriski olulisemaid faktoreid nagu passiivsed ja aktiivsed suitsiidimõtted, koormustunde olemasolu ja varasemad suitsiikatsed. (vt lisa 1) (Horowitz et al., 2020). Bolton jt (2015) toovad välja, et kuigi maailmas on kasutusel mitmeid riskihindamise skaalasisid, ei suuda ükski neist suitsiidkatset usaldusväärselt ennustada. Õel on oluline jälgida muutuseid käitumises ja verbaalsetes vihjetes ning suhelda patsiendiga suitsiidimõtetest otse ja avatult. (Bolton et al., 2015). Õe patsiendi usalduslik suhe võimaldab patsiendil avada oma mõtteid, vähendab häbitunnet ning võimaldab varakult õel märgata riskikäitumist. Turvalise keskkonna loomisel on oluline eemaldada ohtlikud esemed, paigutada patsient jälgimiseks nähtavasse kohta ning jälgimist kohandada vastavalt riski tasemele. Uuringus tuuakse välja psühhosotsiaalsed sekkumised nagu kriisiplaneerimine, emotsioonide reguleerimise toetamine ja toimetulekuoskuste arendamine, need on kooskõlas taastumispõhise õenduse põhimõtetega, mis rõhutavad patsiendi tugevuste ja autonoomia toetamist. Uuring rõhutab ka meeskonnatöö tähtsust, mis on patsiendikeskse ja turvalise ravi eeltingimus – õde koordineerib infot, dokumenteerib riskitaseme muutusi ja

tagab, et meeskond reageerib ühtselt ja tõenduspõhiselt. (Riedel et al., 2025). Patsiendi usaldus õe vastu on oluline terviseseisundi taastumisel ning stabiilse statsionaarse keskkonna säilitamisel. Ohutuse ja turvalisuse tagamiseks tuleb õel leevendada patsiendi terviseriske, sellele aitab kaasa aktiivne suhtlus, millega kindlustatakse õendusabi kvaliteet. (Tang et al., 2022).

Mittesuitsiidse enesevigastusliku käitumise risk õendusdiagnoosi puhul saab õde kasutada õendussekkumist **riskide määratlemine (6610)**, mis keskendub patsiendi riskitegurite analüüsile, terviseriskide määratlemisele ja riskivähendusmeetodite esikohale seadmisega. Õe tegevused riskide määratlemisel on vaadata üle patsiendi varasem tervise anamnees ning riskihindamise käigus saadud andmed. Teha kindlaks patsiendi tavaline toimetulekuviis, selgitada välja võimalikud riskitegurid ja planeerida nende jälgimine ning leida riskide vähendamise võimalusi. (Butcher et al., 2018: 285-286).

Haiglaravil viibiva patsiendi õendusabi keskendub enesevigastamise korral kiirele sekkumisele, et ennetada selle kujunemist suitsiidmõtteks või suitsiidkäitumiseks. Oluline on esile tõsta enesevigastamisriskiga patsiendi toimetulekuviis, kuna tema ise tunneb kõige paremini oma muutusi. Adekvaatse eneseteadvuse korral saab negatiivseid mõtte- ja käitumismustreid järkjärgult muuta ning seega vähendada enesevigastamise käitumise sagedust. (Zhang et al., 2023). Õde saab igapäevaselt hinnata, kas patsiendil on oht iseendale või teistele, see sisaldab patsiendi seisundi pidevat jälgimist, varasema riskikäitumise arvestamist ja terviseseisundi muutuste märkamist. Kuna õde on sageli esimene, kes märkab patsiendi terviseseisundis toimuvaid muutusi, on ta riskijuhtimises oluline isik, nii sekkumiste valikul kui ohutusmeetmete rakendamisel. (Darren Conlon et al., 2024).

Põgenemiskatse risk õendusdiagnoosi puhul saab õde kasutada õendussekkumist **põgenemise takistamise ettevaatusabinõud (6470)**, mis käsitleb patsiendi haiglast loata lahkumise takistamist, kui see on patsiendile või teistele inimestele ohtlik. Põgenemisriskiga patsiendi käsitlemine eeldab õelt järjepidavat hindamist – jälgides patsiendi vaimset seisundit ning pöörates tähelepanu võimalikele põgenemiskavatsustele, mis võivad viidata kavatsusele raviasutusest lahkuda. Sellisteks indikaatoriteks on verbaalsed vihjed lahkumissoovi kohta, aja veetmine väljapääsude läheduses ning suitsidaalsed mõtted. Selgitada välja patsiendi õiguslik staatus – kas ta viibib ravil vabatahtlikult või kohtuotsuse alusel. Tugevdada järelevalvet eriti siis, kui patsient on väljaspool turvalist keskkonda, näiteks suurendades patsiendi kohta määratud töötajate arvu. Vajadusel selgitada patsiendile ravilt lahkumise negatiivseid ja

positiivseid tagajärgi ning arutada koos, mida võiks muuta selleks, et patsiendil oleks haiglas parem olla. (Butcher et al., 2018).

Psühhiaatria haiglas viibiva patsiendi loata lahkumine kujutab endast olulist patsiendiohutuse probleemi, kuna sellises olukorras võib patsient olla ohtlik nii endale kui teistele. Sellisel juhul suureneb patsiendi suitsiidi- ja enesevigastamise risk, personal kogeb tööga seotud stressi ning lisaks võib sündmus mõjuda haigla mainele negatiivselt. (Lockhart, 2021). Psühhiaatria haiglas ei ole õe tegevused ainult kliinilised, vaid ka sotsiaalsed ja emotsionaalsed. Igapäevased vestlused, kuulamisoskus ja emotsionaalne kohalolu mõjutab otseselt patsiendi heaolu, seega on psühhiaatriaõenduses patsiendikeskne lähenemine põhiline. Selgitamine ja juhendamine vähendab ärevust ja parandab ravisoostumust. Oluline on kaasata patsienti otsustesse ja toetada tema autonoomiat. (Molin et al., 2016).

### 3.2. Õendussekkumised probleemikesksetele diagnoosidele

Õendusdiagnoosi mittersuitsiidne enesevigastuslik käitumine korral saab õde kasutada õendussekkumist **käitumise juhtimine: enesevigastamine (4354)**, mis keskendub patsiendi toetamisele enesevigastamise või enesele suunatud vägivaldse käitumise vähendamisel või lõpetamisel. Õel on võimalik kindlaks teha patsiendi varasemad enesevigastamise episoodid ning selgitada välja sellisele käitumisele eelnenud põhjused, tunded ja olukorrad. Võimalusel sõlmida kokkulepe enesevigastamise käitumise hoidumiseks, julgustada patsienti rääkima, kui vigastamise soov on tekkinud, selgitada tõhusaid toimetuleku ja tunnete väljendamise viise. Oluline on teavitada enesevigastamise riskiga patsiendist teisi tervishoiutöötajaid, tuvastada eelnenud tunnused ning püüda ennetada olukordi, mis seda soodustada võiks. (Butcher et al., 2018: 190).

Üks suurimaid suitsiidi riskitegureid on enesevigastamine, mistõttu on see oluline nii ennetamisel kui sekkumistel (Lin et al., 2019). Iga enesevigastamise juhtumit tuleb hinnata individuaalselt, kuna riskifaktor ja kavatsus võib olla erinev ning mõjutada sekkumise vajadust. Riskihindamine on pidev protsess, mida tuleb teostada uue teabe või seisundi muutumise korral. See hõlmab riskitegurite kindlakstegemist, riskide haldamise plaani ja ajakava koostamist. (Butler, 2016).

Õendusdiagnoosi liigne ärevus korral saab õde kasutada õendussekkumist **ärevuse vähendamine (5820)**, mis keskendub hirmu, halbade eelaimuste, ohutundest tekkinud

kartlikkuse ja rahutuse leevendamisele, mille põhjus on teadmata. Õel on oluline esmalt luua patsiendi jaoks toetav ja usaldusväärne keskkond ning tagada tähelepanelik kuulamine, tagades sellega turvatunne ja hirmu vähenemine. Võimalusel kohandada välised mõjurid vastavalt patsiendi vajadustele ja juhtida tähelepanu ärevust tekitavatest mõtetest eemale. Julgustada patsiendil oma tundeid, hirme ja aistinguid väljendada, püüdes mõista antud olukorda tema vaatenurgast, jälgides seejuures ärevustaseme muutusi. (Butcher et al., 2018).

Kuigi ärevust on seni vähem käsitletud võrreldes depressiooniga, on selle seos suitsiidse käitumisega järjest enam esile tõusmas. Seetõttu on õel oluline sekkumiste planeerimisel pöörata ärevusele erilist tähelepanu. (Allan et al., 2023). Patsiendi emotsionaalsele ja psühholoogilisele heaolule on oluline usalduslik suhe, pakkudes turvalist ja toetavat keskkonda (Ventosa-Ruiz et al., 2024). Õe tegevus ärevuse käsitlemisel hõlmab selle varajast märkamist ja jälgimist ning vajadusel kasutada terapeutilisi sekkumisi (Zweers et al., 2016). Patsiendi ärevuse sümptomite leevendamiseks võib õde rakendada erinevaid meetodeid, sealhulgas füüsilisele tegevusele suunamist, jääkottide kasutamist ning hingamisharjutuste õpetamist (Mokadem & Ibraheem, 2017).

Õendusdiagnoosi ebatõhus impulsside kontroll puhul saab õde kasutada õendussekkumist **impulsside juhtimise treening (4370)**, mis käsitleb patsiendi toetamist impulsiivse käitumise juhtimisel ning probleemilahendusoskuste rakendamisel sotsiaalsetes ja isikutevahelistes situatsioonides. Õendussekkumised impulsiivse käitumise vähendamiseks ja probleemilahendusoskuste tugevdamiseks hõlmab patsiendi toetamist olukordade teadlikumal hindamisel ning läbimõeldud tegutsemisel. Patsiendi toetamiseks saab õde aidata tal tuvastada probleem või olukord, mis nõuab läbimõeldud lahendust. Enne impulsiivse käitumise ilmnemist tuleks patsiendile õpetada end peatama ja olukorda analüüsima. Oluline on suunata patsienti võimalike tegutsemisviiside ning nende kulude ja kasude selgitamisel, toetada teda kõige sobivama käitumisviisi valikul ning pakkuda positiivset tagasisidet edukate tulemuste korral, näiteks kiituse või preemiaga. (Butcher et al., 2018: 145).

Patsiendid püüavad haiglas viibides leida viise enda emotsionaalse pingega toimetulekuks, mistõttu on oluline pakkuda vajadusel toetust ja õpetada emotsioonide reguleerimist. Kui patsient ei saa vajalikku toetust, võib ta hakata otsima muid võimalusi, mis võivad viia enesekahjustamiseni. Õde saab patsienti toetada tunnete sõnastamisel, rahunemisoskuste õpetamisel ja emotsioonide reguleerimisel. Õendussekkumised võivad muuta oluliselt patsiendi

enesetaju ja toimetulekut, kui need on järjepidavad ja lähtuvad patsiendi vajadustest. (Thomas & Haslam, 2017).

### 3.3. Õendussekkumised tervisedendlikele diagnoosidele

Õendusdiagnoosi valmisolek tõhusamaks toimetulekuks korral saab õde kasutada õendussekkumist **toimetuleku tõhustamine (5230)**, mis käsitleb patsiendi kognitiivsete ja käitumuslike strateegiate toetamist stressiallikate, muutuste või ohtudega toimetulekul, halvendades elukvaliteeti ja takistades tegevuste täitmist. Õde saab analüüsida koos patsiendiga varasemaid toimetulekuviise murede korral, toetada patsienti lühi- ja pikaajaliste eesmärkide sõnastamisel ning jagada need väikesteks, realistlikeks ja saavutatavateks etappideks. Soovitav on olukorraga järkjärguline kohanemine ning selgitada välja olemasolevad tugisüsteemid, julgustades kaasata perekonnaliikmeid. (Butcher et al., 2018: 344).

Negatiivne toimetulekuviis on seotud suitsidaalse käitumisega, kuna inimesel puuduvad tõhusad emotsioonide reguleerimise oskused (Lew et al., 2019). Näiteks Lamis jt (2016) uuringus selgus, et üliõpilastel kellel oli tugevam sotsiaalne tugi, esines depressiivsete sümptomite, lootusetuse ja suitsiidmõtete (nii esinemise kui raskuse) vahel nõrgem seos kui vähese toetusega üliõpilastel (Lamis et al., 2016). Õde võib rakendada psühhosotsiaalseid sekkumisi, mis hõlmavad patsiendi suunamist tugigruppidesse, see on osa taastumis põhisest hooldusest (Rafi et al., 2026). Gøtzsche & Gøtzsche (2017) uuringus toodi välja, et kognitiivne käitumisteraapia võib vähendada kuni poole võrra suitsiidiriski patsientidel, kellel on olnud varem suitsiidkatse (Gøtzsche & Gøtzsche, 2017).

#### 4. ARUTELU

Lõputöö eesmärgiks oli kirjanduse ülevaatenä kirjeldada õendusabi psühhiaatrilisel statsionaarsel ravil viibiva suitsiidiriskiga täiskasvanud patsiendile tuginedes NNN taksonoomiale. NNN taksonoomia valimisel lähtus töö autor tähtsusjärjestamisest, mis on psühhiaatrilisel statsionaarsel ravil viibiva patsiendi käsitlemisel kõige olulisemad ja kiireloomulisemad ning võivad kujutada patsiendile otsest ohtu ja mida on tõenduspõhises kirjanduses enim kirjeldatud.

Töö autor nõustub NANDA-I õendusdiagnooside taksonoomias välja toodud seisukohtadega, et riskikesksed õendusdiagnoosid on statsionaarses psühhiaatrias esmase tähtsusega, kuna need kujutavad otsest ohtu patsiendi elule ja tervisele. Lisaks võimaldab õendusdiagnooside tähtsusjärjestamine õel keskenduda esmalt eluohtlikele riskidele ning rakendada vastavaid sekkumisi. Autori arvates riskikesksed diagnoosid eeldavad õelt kiiret reageerimist, järjepidavat jälgimist ja ohutusmeetmete rakendamist. Kirjanduse ülevaatenä selgus, et suitsiidiriskiga patsiendi õendusabi peab olema kiire, süsteemne, järjepidav ja tõenduspõhine, hõlmates nii riskihindamist, patsiendi emotsionaalset toetust kui ka turvalise keskkonna loomist.

Suitsiidiriski hindamisel on oluline pöörata tähelepanu mitmetele erinevatele teguritele, kuid kõige tugevam faktor on varasem suitsiidkatse. Forkmann jt (2020) leidsid, et varasem suitsiidkatse koos depressiooni, lootusetuse, suitsiidmõtete, tajutud koormatuse ja sotsiaalse eraldatusega suurendavad oluliselt suitsiidikäitumist. Kavaliauskas jt (2024) toovad välja, et kõrge suitsiidiriskiga patsientidel esineb sageli depressioon, ärevus, lootusetus, tööstress ja sotsiaalsete suhete puudumine. Simon jt (2016) leidsid, et sagedased suitsiidmõtted on tugevalt seotud suitsiidkäitumisega. Töökogemuse põhjal on autori hinnangul varasem suitsiidkatse tugevaim riskitegur ning selle mõju suureneb, kui samaaegselt esinevad lisaks sagedased suitsiidmõtted, depressioon, lootusetus, ärevus või sotsiaalne eraldatus. Lamis jt (2016) uuring kinnitab väidet, et sotsiaalne tugi mõjutab depressiivsete sümptomite ja lootusetuse vahelist seost ning on suitsiidmõtete tekkimise oluline faktor.

Riedel jt (2025) toovad välja, et tõhus suitsiidienetus eeldab järjepidavat riskihindamist, mis koosneb nii kliinilisest jälgimisest kui valideeritud hindamisvahendist. Bolton jt (2015) toetvad seda arusaama, et ükski hindamiskaala ei suuda suitsiidkatset täielikult ennustada ja riskihindamine ei tohiks piirduda ainult küsimustiku täitmisega vaid patsiendiga tuleb suhelda

suitsiidmõtetest otse ja avatult. Töö autor nõustub, et õel on oluline hinnata mitte üksnes suitsiidimõtete olemasolu, vaid ka nende intensiivsust, sagedust ja muutumist ajas, kuna selline lähenemine aitab tagada patsiendiohutuse. Vandewalle jt (2019) ja Zhang jt (2023) uuringu kohaselt on õe-patsiendi avatud ja otsene suhtlus suitsiidimõtetest olulisel kohal ning usaldusliku kontakti loomine. Psühhiaatriaõenduses on terapeutilise suhte loomine oluline element. Töö autor nõustub, et suitsiidimõtete olemasolu fikseerimisest üksi ei piisa, oluline on hinnata ka nende intensiivsust ja sagedust ajas. Akuutravi osakonnas on sageli näha, et patsiendi riskikäitumine võib muutuda tundide või isegi minutite jooksul, seega on oluline suitsiidimõtteid hinnata järjepidavalt – patsiendi kõneviis, kehakeel, ärevuse tase ja impulsiivsus annavad rohkem teavet, kui ükski struktureeritud küsimustik.

Probleemikesksed õendusdiagnoosid võimaldavad hinnata patsiendi tervisekäitumist, mis vajavad aktiivset õenduslikku sekkumist. Nende diagnooside puhul on oluline hinnata patsiendi individuaalseid vajadusi ja rakendada sobivad sekkumised. Poudel jt (2022) ja Lee jt (2025) leidsid, et kõrge suitsiidiriskiga patsiendid tunnevad tugevaid emotsionaalseid kriise, agressiivsust, impulsiivsust või raskusi emotsioonide reguleerimisel. Zhang jt (2023) toob välja, et õel on võimalik suunata sekkumised õpetades ärevuse vähendamiseks, impulsiivsuse leevendamiseks, toimetulekuoskuste arendamiseks ning enesevigastamise alternatiivsete toimetulekustrateegiate õpetamiseks. Töö autori arvates on see oluline osa õendusabist.

Tervisedenduslik õendusdiagnoos aitab tuvastada patsiendi valmisolekut ja motivatsiooni tervisekäitumise parandamiseks. Sokol jt (2022) ja Ropaj jt (2023) leidsid, et pärast suitsiidikriisi möödumist tekib inimesel psühholoogiline valmisolek taastumiseks ja tahe elada, mis suurendab valmisolekut tuleviku planeerimisel. Tuginedes töökogemusele autor nõustub, et pärast ägeda kriisifaasi möödumist tekib patsientidel sisemine valmisolek oma seisundit paremini mõista ning kasvab motivatsioon omandada tõhusamaid toimetulekuoskusi. Rafi jt (2026) leiavad, et selleks saab õde rakendada psühhosotsiaalseid sekkumisi, suunates patsient tugigruppidesse. Seda toetab ka Gøtzsche & Gøtzsche (2017) uuring, kus toodi välja, et kognitiivne käitumisteraapia võib vähendada kuni poole võrra suitsiidiriski patsientidel, kellel on olnud varem suitsiidkatse. Töö autori arvates kinnitavad need tulemused, et psühhosotsiaalsed sekkumised – nii grupipõhised kui individuaalsed – peaksid olema õendusabi lahutamatu osa suitsiidikäitumise ennetamisel.

**Ettepanekud:**

- Autor tutvustab lõputööd enda töökohas, SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla Psühhiaatrikliiniku akuutravi osakonna õdedele.
- Autor tutvustab töö tulemusi SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla Psühhiaatrikliiniku õendusjuhtidele, rõhutades NNN põhist lähenemist suitsiidiriskiga patsiendile statsionaarses osakonnas.

## JÄRELDUSED

Tuginedes NANDA-I taksonoomiale, sobivad psühhiaatrilisel statsionaarsel ravil viibivale täiskasvanud suitsiidiriskiga patsiendile riskikesksed õendusdiagnoosid: suitsiidse enesevigastusliku käitumise risk (00466), mittersuitsiidse enesevigastusliku käitumise risk (00468) ja põgenemiskatse risk (00290). Probleemikesksed õendusdiagnoosid: mittersuitsiidne enesevigastuslik käitumine (00467), liigne ärevus (00400) ja ebatõhus impulsside kontroll (00222). Tervisedendlik õendusdiagnoos valmisolek tõhusamaks toimetulekuks (00158). Tervisetulemused NOC klassifikatsiooni alusel on: eneseohjeldamine enesetapu vältimiseks (1408), riskijuhtimine (1902), põgenemiskaldumus (1920), enesevigastamise talitsemine (1406), oma ärevuse juhtimine (1402), oma impulsside kontrollimine (1405) ja elutahe (1206).

Tuginedes NIC klassifikatsioonile saab õde kasutada õendussekkumisi riskikesksete õendusdiagnooside suitsiidse enesevigastusliku käitumise risk puhul suitsiidi ennetus (6340), mittersuitsiidse enesevigastusliku käitumise riski puhul riskide määratlemine (6610) ja põgenemiskatse riski puhul põgenemise takistamise ettevaatusabinõud (6470). Probleemikesksete õendusdiagnooside mittersuitsiidne enesevigastuslik käitumine puhul käitumise juhtimine: enesevigastamine (4354), liigse ärevuse korral ärevuse vähendamine (5820) ja ebatõhus impulsside kontroll puhul impulsside juhtimise treening (4370). Tervisedendlik õendusdiagnoosi valmisolek tõhusamaks toimetulekuks puhul toimetuleku tõhustamine (5230).

Uurimistöö ülesanded täideti ja uurimistöö eesmärk saavutati.

## KASUTATUD KIRJANDUS

- Aleandri, M., Scalorbi, S., & Pirazzini, M. C. (2022). Electronic nursing care plans through the use of NANDA, NOC, and NIC taxonomies in community setting: A descriptive study in northern Italy. *International Journal of Nursing Knowledge*, 33(1), 72–80. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12326>
- Allan, N. P., Gorke, S. M., Saulnier, K. G., & Bryan, C. J. (2023). Anxiety Sensitivity and Intolerance of Uncertainty: Transdiagnostic Risk Factors for Anxiety as Targets to Reduce Risk of Suicide. *Current Psychiatry Reports*, 25(4), 139. <https://doi.org/10.1007/S11920-023-01413-Z>
- Andresson, E. (2025). Õendusdiagnoosid ja õendussekkumised psühhiaatrilisel statsionaarsel sundravil viibivale patsiendile. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. <https://dspace.ttk.ee/bitstream/handle/123456789/262/EneANDRESSON.pdf?sequence=19&isAllowed=y> (08.02.2026)
- Bailey, J., Schartau, P., Fazel, S., Nazareth, I., & Petersen, I. (2025). Incidence of suicide within two years of a first diagnosis of depression, anxiety, or mixed anxiety and depression: an exploratory cohort study in primary care using the Clinical Practice Research Datalink. *EClinicalMedicine*, 87(707), 103441. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103441>
- Bjärehed, J., Ingelsson Lindell, E., & Westling, S. (2021). A thematic analysis of care provider experiences of using self-harm abstinence agreements in psychiatric inpatient care. *Nursing Open*, 8(4), 1660. <https://doi.org/10.1002/NOP2.795>
- Bolton, J. M., Gunnell, D., & Turecki, G. (2015). Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. In *BMJ (Online)* (Vol. 351). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmj.h4978>
- Bullock, J., Whiteley, C., Moakes, K., Clarke, I., & Riches, S. (2021). Single-session Comprehend, Cope, and Connect intervention in acute and crisis psychology: A feasibility and acceptability study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(1), 219–225. <https://doi.org/10.1002/cpp.2505>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Õendussekkumiste klassifikatsioon (NIC)*. Krisostomus.
- Butler, J. A. (2016). Self-harm. *Medicine*, 44(12), 715–719. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2016.09.003>
- Chiappini, S., Mosca, A., Miuli, A., Santovito, M. C., Orsolini, L., Corkery, J. M., Guirguis, A., Pettorusso, M., Martinotti, G., Di Giannantonio, M., & Schifano, F. (2021). New Psychoactive Substances and Suicidality: A Systematic Review of the Current Literature. *Medicina*, 57(6), 580. <https://doi.org/10.3390/medicina57060580>
- Darren Conlon, B. B. L. Grad. Cert. U. T. Grad. Dip. L. P. P. candidate (U. S., Toby Raeburn, N. R. M. P. F., & Timothy Wand, N. R. M. P. (2024). Mental Health Risk Assessments of Patients, by Nurses Working in Mental Health Settings: A Qualitative Study Using Cognitive Continuum Theory. *Issues in Mental Health Nursing*, 45(5), 488–497. <https://doi.org/10.1080/01612840.2024.2320731>

- Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2021-2030. Ühised sammud terviseni. (2020). Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing, Eesti Õendusjuhtide Ühing. [https://tervis.ut.ee/sites/default/files/2024-05/Eesti\\_oenduse\\_ammaemanduse\\_arengustrateegia\\_2021\\_2030-27.pdf](https://tervis.ut.ee/sites/default/files/2024-05/Eesti_oenduse_ammaemanduse_arengustrateegia_2021_2030-27.pdf) (23.04.2026)
- Forkmann, T., Glaesmer, H., Paashaus, L., Rath, D., Schönfelder, A., Stengler, K., Juckel, G., Assion, H.-J., & Teismann, T. (2020). Interpersonal theory of suicide: prospective examination. *BJPsych Open*, 6(5), e113. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.93>
- Gallego, R. I. F. (2020). *View of Culturally-sensitive psychiatric nursing care: an important preliminary intervention in community-based acute care settings*. College of Health Sciences - Mindanao State University, Main. <https://e-journal.unair.ac.id/IJPH/article/view/15074/pdf> (13.03.2026)
- Ghahramanlou-Holloway, M., Neely, L. L., Tucker, J., Caffery, K., Colborn, V., & Koltko, V. (2015). Inpatient Cognitive Behavior Therapy Approaches for Suicide Prevention. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 2(4), 371–382. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40501-015-0063-4> (22.02.2026)
- Götzsche, P. C., & Götzsche, P. K. (2017). Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 110(10), 404–410. <https://doi.org/10.1177/0141076817731904>
- Grotto, J., Gerace, A., O’Kane, D., Simpson, A., Oster, C., & Muir-Cochrane, E. (2015). Risk assessment and absconding: Perceptions, understandings and responses of mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 24(5–6), 855–865. <https://doi.org/10.1111/jocn.12671>
- Hea Teadustava. (2023). Tartu Ülikool eetikaveeb. [https://eetika.ee/sites/default/files/2023-06/HEA%20TEADUSTAVA\\_2023.pdf](https://eetika.ee/sites/default/files/2023-06/HEA%20TEADUSTAVA_2023.pdf) (01.05.2026)
- Herdman, H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (2024). *Õendusdiagnoosid: Definiitsioonid ja klassifikatsioon 2024-2026*. Thieme Publishers.
- Horowitz, L. M., Snyder, D. J., Boudreaux, E. D., He, J. P., Harrington, C. J., Cai, J., Claassen, C. A., Salhany, J. E., Dao, T., Chaves, J. F., Jobes, D. A., Merikangas, K. R., Bridge, J. A., & Pao, M. (2020). Validation of the Ask Suicide-Screening Questions for Adult Medical Inpatients: A Brief Tool for All Ages. *Psychosomatics*, 61(6), 713–722. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2020.04.008>
- Kavaliauskas, P., Kazlauskas, E., & Smailyte, G. (2024). Suicide risk factors among Lithuanian medical doctors and residents. *Archives of Public Health* 2024 82:1, 82(1), 243-. <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01478-z>
- Kearns, J. C., Stanley, I. H., Sloan, D. M., Young-McCaughan, S., Tyler, H. C., Hein, J. M., Straud, C. L., Joiner, T. E., Pennebaker, J. W., Rudd, M. D., Peterson, A. L., & Marx, B. P. (2025). Written Exposure Therapy for Suicide Prevention (WET-SP): Design and methodology of a randomized controlled trial among military service members psychiatrically hospitalized for suicide risk. *Contemporary Clinical Trials*, 155(7). <https://doi.org/10.1016/j.cct.2025.108001>

- Khairudin, K. B., Nor, N. S. N. M., Childs, J. F., Yi, E. L. S., Ghani, N. A. A., Shah, S. A., Daud, T. I. M., & Zainuddin, A. A. (2025). Prevalence of Anxiety and Depression in Women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) Syndrome in Malaysia. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. <https://doi.org/10.1016/J.JPAG.2025.11.005>
- Lamis, D. A., Ballard, E. D., May, A. M., & Dvorak, R. D. (2016). Depressive Symptoms and Suicidal Ideation in College Students: The Mediating and Moderating Roles of Hopelessness, Alcohol Problems, and Social Support. *Journal of Clinical Psychology*, 72(9), 919–932. <https://doi.org/10.1002/jclp.22295>
- Lee, Y., Gilbert, J. R., Waldman, L. R., Zarate, C. A., & Ballard, E. D. (2025). Review: Suicide and its relationship to aggression and impulsivity. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, 25(5), 1237. <https://doi.org/10.3758/s13415-025-01321-0>
- Lew, B., Huen, J., Yu, P., Yuan, L., Wang, D. F., Ping, F., Talib, M. A., Lester, D., & Jia, C. X. (2019). Associations between depression, anxiety, stress, hopelessness, subjective well-being, coping styles and suicide in Chinese university students. *PLOS ONE*, 14(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217372>
- Lin, C. Y., Bickley, H., Clements, C., Webb, R. T., Gunnell, D., Hsu, C. Y., Chang, S. Sen, & Kapur, N. (2019). Spatial patterning and correlates of self-harm in Manchester, England. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000696>
- Lockhart, B. (2021). Evaluation of an Elopement Risk Assessment Tool in an Acute Inpatient Psychiatric Hospital. *University of Missouri-St.Louis. Institutional Library*. <https://irl.umsl.edu/dissertation/1035> (09.02.2026)
- Marcus, S. C., Hermann, R. C., & Cullen, S. W. (2021). Defining Patient Safety Events in Inpatient Psychiatry. *Journal of Patient Safety*, 17(8). <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000520>
- Mokadem, N. M. EL, & Ibraheem, S. E.-S. (2017). Cold Application and Breathing Exercises to Reduce Pain and Anxiety During Chest Tube Removal. *American Journal of Nursing Science* 2017, Volume 6, Page 285, 6(4), 285–292. <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20170604.12>
- Molin, J., Graneheim, U. H., & Lindgren, B. M. (2016). Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care—patients’ perspectives. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.29897>
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, Meridean. L. (2018). *Õendustulemuste klassifikatsioon (NOC): Tervisetulemuste mõõtmise*. Krisostomus.
- Nechita, D., Nechita, F., & Motorga, R. (2018). A review of the influence the anxiety exerts on human life. *Rom J Morphol Embryol*, 59(4), 1045–1051. <https://rjme.ro/RJME/resources/files/59041810451051.pdf> (09.02.2026)
- Park, S. W., Lee, J. H., Lee, E. K., Song, J. J., Park, H. S., Hwang, S. Y., & Lee, M. S. (2018). Development of the Suicide Risk Scale for Medical Inpatients. *Journal of Korean Medical Science*, 33(3). <https://doi.org/10.3346/JKMS.2018.33.E18>

- Poudel, A., Lamichhane, A., Magar, K. R., & Khanal, G. P. (2022). Non suicidal self injury and suicidal behavior among adolescents: co-occurrence and associated risk factors. *BMC Psychiatry* 2022 22:1, 22(1), 96-. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03763-z>
- Psühhiaatrilise abi seadus–Riigi Teataja. (2025). Retrieved February 18, 2026. <https://www.riigiteataja.ee/akt/131122024024?leiaKehtiv> (18.02.2026)
- Rafi, A., Neshati, A., Falahi, B., & Naeimi, S. (2026). “It’s more than just physical care”: a systematic review and qualitative meta-synthesis of nurses’ evolving role in providing mental health care within primary health care systems. *BMC Primary Care* 2026 27:1, 27(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s12875-026-03210-y>
- Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R., & Franklin, J. C. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *The British Journal of Psychiatry*, 212(5), 279–286. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.27>
- Riedel, A., Feinauer, S., Jacob, E., Haug, P. M., Klotz, K., & Heidenreich, T. (2025). Nurses’ roles and responsibilities in suicide prevention: a scoping review. *BMC Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-04009-5>
- Ropaj, E., Haddock, G., & Pratt, D. (2023). Developing a consensus of recovery from suicidal ideations and behaviours: A Delphi study with experts by experience. *PLOS ONE*, 18(9). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0291377>
- Sentifoli-Saluveer, E.-M., & Untera, E. (2022). *Õendusdiagnoosid ja õendussekkumised suitsiidiriskiga täiskasvanud meespatsiendile esmatasandi tervishoius*. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. [https://dspace.ttk.ee/bitstream/handle/123456789/197/%C3%9549\\_Sentifoli-Saluveer\\_Untera.pdf?sequence=35&isAllowed=y](https://dspace.ttk.ee/bitstream/handle/123456789/197/%C3%9549_Sentifoli-Saluveer_Untera.pdf?sequence=35&isAllowed=y) (09.02.2026)
- Shah, K., Mathur, R., Mishra, S., Dua, S., & Mudgal, V. (2025). Non-suicidal Self-Injury and Suicide Attempts: A Secondary Analysis Describing the Patterns and Clinical Characteristics of Patients Presenting With Self-Harm to a Tertiary Care Hospital. *Cureus*, 17(3). <https://doi.org/10.7759/cureus.80715>
- Simon, G. E., Coleman, K. J., Rossom, R. C., Beck, A., Oliver, M., Johnson, E., Whiteside, U., Operskalski, B., Penfold, R. B., Shortreed, S. M., & Rutter, C. (2016). Risk of suicide attempt and suicide death following completion of the Patient Health Questionnaire depression module in community practice. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(2), 221. <https://doi.org/10.4088/JCP.15m09776>
- Sokol, Y., Levin, C., Linzer, M., Rosensweig, C., Hubner, S., Gromatsky, M., Walsh, S., Dixon, L., & Goodman, M. (2022). Theoretical model of recovery following a suicidal episode (COURAGE): scoping review and narrative synthesis. *BJPsych Open*, 8(6), e200. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.599>
- Soosaar, A. (2016). *Meditiinieetika*. Tartu Ülikooli Kirjastus. <https://andressoosaar.planet.ee/meditiinieetika/> (05.05.2026)
- Stanley, I. H., Boffa, J. W., Rogers, M. L., Hom, M. A., Albanese, B. J., Chu, C., Capron, D. W., Schmidt, N. B., & Joiner, T. E. (2018). Anxiety Sensitivity and Suicidal

- Ideation/Suicide Risk: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(11), 946. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30335426/> (10.03.2026)
- Tang, X., Lu, J., Chen, Z., Liu, C., Jiang, X., & Ning, M. (2022). Influencing Factors of Patients' Trust in Nurses During the COVID-19 Pandemic: A Mixed-Methods Study. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 17(5). <https://doi.org/10.1017/dmp.2022.262>
- Tervise Arengu Instituut. (2026). Surmad põhjuse, soo ja vanuserühma järgi. Tervise Arengu Instituut. [https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas\\_01Rahvastik\\_04Surmad/SD21.px/table/tableViewLayout2/](https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_01Rahvastik_04Surmad/SD21.px/table/tableViewLayout2/) (09.02.2026)
- Tervishoiuteenuste korraldamise seadus–Riigi Teataja. (2025). Retrieved February 24, 2026. <https://www.riigiteataja.ee/akt/130122025026?leiaKehtiv> (24.02.2026)
- Thomas, J. B., & Haslam, C. O. (2017). How people who self-harm negotiate the inpatient environment: the mental healthcare workers perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(7), 480–490. <https://doi.org/10.1111/jpm.12384>
- Tsiviilseadustiku üldosa seadus–Riigi Teataja. (2025). Retrieved March 18, 2026. <https://www.riigiteataja.ee/akt/131122024048> (18.03.2026)
- Usberg, K., Laido, Z., Värnik, P., & Lepnurm, M. (2025). Suitsiidide statistika Eestis: 2024. aasta ülevaade. Tervise Arengu Instituut, Eesti-Rootsi Vaimse Tervise Ja Suitsidoloogia Instituut. [https://www.tai.ee/sites/default/files/2025-12/suitsiidide\\_statistika\\_2024.pdf](https://www.tai.ee/sites/default/files/2025-12/suitsiidide_statistika_2024.pdf) (09.02.2026)
- Uurimissuunad ja rakendusuuringud Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis. (2021). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. <https://www.ttk.ee/et/uurimissuunad-ja-rakendusuuringud-tallinna-tervishoiu-korgkoolis> (03.05.2026)
- Vandewalle, J., Beeckman, D., Van Hecke, A., Debyser, B., Deproost, E., & Verhaeghe, S. (2019). Contact and communication with patients experiencing suicidal ideation: A qualitative study of nurses' perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2867–2877. <https://doi.org/10.1111/jan.14113>
- Ventosa-Ruiz, A., Moreno-Poyato, A. R., Cañete-Massé, C., Rolduà-Ros, J., Feria-Raposo, I., Campoverde, K., & Puig Llobet, M. (2024). Impact of Collaborative Nursing Care on Health Outcomes of Mental Health Day Hospital Users: A Mixed Methods Study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 32(3), 575. <https://doi.org/10.1111/jpm.13133>
- Wang, D. W. L., & Colucci, E. (2017). Should compulsory admission to hospital be part of suicide prevention strategies? *BJPsych Bulletin*, 41(3), 169. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.055699>
- Wärdig, R., Wallerstedt, I., Nyström, A. M., & Hultsjö, S. (2024). How, Why and When: Nursing Staff's Experiences of Working With Suicide Risk Assessment Instruments. *Nursing Open*, 11(11). <https://doi.org/10.1002/nop2.70068>
- Wen, Y. P., Choi, S. E., Brauer, E., & Choi, K. R. (2025). Suicide Risk and Protective Factors Among Asian American Adults and Older Adults in the California Health Interview

- Survey (CHIS). *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities* 2025, 1–13.  
<https://doi.org/10.1007/s40615-025-02779-x>
- World Health Organization. (2025). *Suicide*. World Health Organization.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> 09.02.2026
- Zhang, R., Lai, J., & Wang, H. (2023). An Integrative Model of In-Hospital and Out-of-Hospital Nursing Care for Non-Suicidal Self-Injury: A Narrative Review. *Brain Sciences*, 13(3).  
<https://doi.org/10.3390/brainsci13030466>
- Zweers, D., de Graaf, E., & Teunissen, S. C. C. M. (2016). Non-pharmacological nurse-led interventions to manage anxiety in patients with advanced cancer: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 102–113.  
<https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2015.10.022>
- Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteaduses*. Tartu Ülikool.  
<http://hdl.handle.net/10062/36419> (10.04.2026)

## ASK SUICIDE-SCREENING QUESTIONS (ASQ)



NIMH TOOLKIT: ESTONIAN

## Suitsiidiriski skriinimise abivahend

Ask Suicide-Screening Questions

## Küsi patsiendilt:

1. Kas oled viimaste nädalate jooksul soovinud olla surnud?  Jah  Ei  
In the past few weeks, have you wished you were dead?  Yes  No
2. Kas oled viimaste nädalate jooksul tundnud, et sinul või sinu perel oleks parem, kui sa oleksid surnud?  Jah  Ei  
In the past few weeks, have you felt that you or your family would be better off if you were dead?  Yes  No
3. Kas sul on viimase nädala jooksul olnud mõte end tappa?  Jah  Ei  
In the past week, have you been having thoughts about killing yourself?  Yes  No
4. Kas sa oled kunagi üritanud end tappa?  Jah  Ei  
Have you ever tried to kill yourself?  Yes  No

Kui jah, siis kuidas? If yes, how? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Millal? When? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kui patsient vastab ükskõik, millisele eelpool olevale küsimusele JAATAVALT, esitage järgnev täpsustav küsimus:

5. Kas sul on praegu mõte end tappa?  Jah  Ei  
Are you having thoughts of killing yourself right now?  Yes  No

Kui jah, siis palun kirjelda oma mõtteid: If yes, please describe: \_\_\_\_\_

## Järgnevad sammud:

- Kui patsient vastab kõikidele küsimustele nr. 1 kuni 4 seas eitavalt, on skriining lõppenud (pole vajalik esitada küsimust nr 5). Sekkumine ei ole vajalik (\*Märkus: Kliiniline hinnang kaalub alati üle negatiivse skriiningu).
- Kui patsient vastab **jaatavalt** mõnele küsimusele nr. 1 kuni 4 seas või keeldub vastamast, on tegemist **positiivse skriiningu** tulemusega. Sel juhul esitage täpsustuseks küsimus nr 5:
  - „Jah” küsimusele nr 5 = **äge positiivne skriiningu tulemus** (kohene risk tuvastatud).
    - Patsient vajab põhjalikku psühhiaatrilist ja tema ohutuse hindamist
    - Patsient ei tohi lahkuda enne, kui tema ohutusele on antud hinnang.**
    - Hoidke patsienti vaateväljas. Eemaldage ruumist kõik ohtlikud objektid. Teavitage vastutavat arsti.
  - „Ei” küsimusele nr 5 = **alaäge positiivne skriining** (potentsiaalne risk tuvastatud).
    - Patsient vajab suitsiidi ohutuse lühihindamist, et kindlaks teha, kas põhjalik psühhiaatriline hindamine on vajalik. **Patsient ei tohi lahkuda enne, kui on antud hinnang tema ohutusele.**
    - Teavitage vastutavat arsti.

## Teavitage kõiki patsiente tugiteenustest:

- Eluliin.ee, eesti keeles 6558088, vene keeles 655 5688
- Lasteabi.ee, 116 111
- Erakorraline meditsiiniline abi: 112