

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

Õenduse õppetool

Jolanta Põld

**SÜSTITAVA DEPOO-ANTIPSÜHHOOTILISE RAVI RAKENDAMINE JA ÕE ROLL
SELLE RAVI TOETAMISEL SKISOFREENIAGA PATSIENTIDEL**

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

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Lubatud kaitsmisele.

Juhendaja Pirge Toms, MA

/nimi ja akadeemiline kraad/

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

KOKKUVÕTE

Jolanta Põld (2026). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, õenduse õppetool, õe õppekava. Süstitava depoo-antipsühhootilise ravi rakendamine ja õe roll selle ravi toetamisel skisofreeniaga patsientidel. Lõputöö maht on 39 lehekülge, kasutatud on 62 kirjandusallikat. Töö sisaldab kolme lisa neljal leheküljel. Lisades on esitatud kaks tabelit ja üks joonis.

Lõputöö eesmärk on kirjeldada süstitava depoo-antipsühhootilise ravi rakendamist ja õe rolli selle toetamisel skisofreeniaga patsientidel. Metoodikana kasutati kirjanduse ülevaadet. Allikad koguti andmebaasidest PubMed ja EBSCOhost, otsingumootoritest Google Scholar ja Google ning ajakirjade veebiplatvormidelt SAGE Journals ja SLACK Journals. Lisaks kasutati Tervise Arengu Instituudi ametlikke allikaid. Valikukriteeriumiteks olid avaldamisaasta (2015–2025), täisteksti kättesaadavus, tõenduspõhisus, teemakohasus ja usaldusväärsus.

Süstitav depoo-antipsühhootiline ravi on oluline ravivõimalus skisofreenia käsitluses, kuna see on seotud ravisoostumuse paranemisega, ägenemiste ja hospitaliseerimise riski vähenemisega ning võimaldab varajast sekkumist ravi katkestamise korral. Samas ei taga ravimi manustamisviis iseenesest ravi edukust, kuna ravisoostumus sõltub ka patsiendi teadlikkusest, hoiakutest ja psühhosotsiaalsetest teguritest. Õel on keskne roll süstitava depooravi toetamisel, vastutades ravimi ohutu manustamise, patsiendi seisundi ja kõrvaltoimete jälgimise, dokumenteerimise ning raviprotsessi järjepidevuse tagamise eest. Lisaks pakub õde psühhoharidust, nõustab patsienti ja loob terapeutilise suhte, mis toevad ravisoostumust ning ravi aktsepteerimist. Õe regulaarne kontakt patsiendiga võimaldab ka somaatilise tervise järjepidevat jälgimist, mis on skisofreeniaga patsientidel kriitilise tähtsusega. Lõputöö olulisemad järeldused on, et depoo-antipsühhootilise ravi efektiivne rakendamine eeldab lisaks farmakoloogilisele ravile ka süsteemseid toetavaid sekkumisi, milles õdedel on oluline roll. Samas on õdede teadmised ja praktilised oskused ebaühtlased ning vajavad sihipärast arendamist. Süstitava depooravi toetamisega seotud õendussekkumised on vähe uuritud ning nende mõju ei ole piisavalt hinnatud. Õe rolli selgem määratlemine, väljaõppe täiustamine ja organisatsiooniline toetus võivad parandada süstitava depooravil oleva skisofreeniaga patsiendi jälgimist, ravi kvaliteeti ja tulemuslikkust.

Võtmesõnad: skisofreenia, süstitavad depoo-antipsühhootikumid, ravisoostumus, õe roll, psühhoharidus

SUMMARY

Jolanta Põld (2026). Tallinn Health University of Applied Sciences, Chair of Nursing, Nursing Curriculum. Implementation of Long-Acting Injectable Antipsychotic Treatment and the Nurse's Role in Supporting This Treatment in Patients with Schizophrenia. The thesis comprises 39 pages and references 62 sources. It includes three appendices spanning four pages. The appendices contain two tables and one figure.

The thesis aims to describe the implementation of long-acting injectable antipsychotic treatment and the nurse's role in supporting this treatment in patients with schizophrenia. The methodology of the thesis is a literature review. Sources were collected from the PubMed and EBSCOhost databases, the Google Scholar and Google search engines, and journal platforms such as SAGE Journals and SLACK Journals. In addition, official sources from the National Institute for Health Development were used. The selection criteria for the literature sources included publication year (2015–2025), full-text availability, evidence-based nature, relevance to the topic, and reliability.

Long-acting injectable antipsychotic treatment is an important option in schizophrenia management, as it improves adherence, reduces relapse and hospitalization risk, and allows early intervention if treatment is discontinued. However, administration alone does not ensure success, as adherence is also influenced by patient awareness, attitudes, and psychosocial factors. Nurses play a central role by ensuring safe medication administration, monitoring patient condition and side effects, and maintaining continuity of care. They also provide psychoeducation, counsel patients, and establish therapeutic relationships that support adherence. Regular nurse–patient contact enables continuous monitoring of somatic health, which is critical in schizophrenia. The findings indicate that effective implementation of this treatment requires, alongside pharmacological therapy, systematic supportive interventions in which nurses play an essential role. However, nurses' knowledge and skills are uneven and require targeted development. Nursing interventions in this area remain under-researched and insufficiently evaluated. Clearer role definition, improved training, and organizational support may enhance patient monitoring, treatment quality, and outcomes.

Keywords: schizophrenia, long-acting injectable antipsychotics, adherence, nurse's role, psychoeducation

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	3
SUMMARY	4
SISSEJUHATUS.....	6
1. METOODIKA.....	10
2. SKISOFREENIA JA SÜSTITAVAD DEPOO-ANTIPSÜHHOOTIKUMID	13
2.1 Skisofreenia ja ravisoostumus	13
2.2 Süstitavad depoo-antipsühhootikumid.....	15
3. ÕE ROLL DEPOO-ANTIPSÜHHOOTILISE RAVI TOETAMISEL SKISOFREENIAGA PATSIENTIDEL	18
3.1 Süstitavate depoo-antipsühhootikumide manustamine, ohutus ja õe vastutus	18
3.2 Skisofreeniaga patsiendi tervise jälgimine ja hindamine.....	20
3.3 Psühhoharidus, nõustamine ja terapeutiline suhe	23
3.4 Õdede teadmised ja koolitusvajadus.....	24
4. ARUTELU	26
JÄRELDUSED.....	30
KASUTATUD KIRJANDUS	31

LISAD:

Lisa 1. Kirjandusallikate otsinguraport

Lisa 2. Otsingufiltrite kirjeldus Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasis

Lisa 3. Dorsogluteaalne ja ventrogluteaalne süstekoht

SISSEJUHATUS

Skisofreenia on raske krooniline vaimse tervise häire, mis mõjutab mõtlemist, tajumist, emotsioone ja käitumist. Haigus mõjutab hinnanguliselt ligikaudu 23 miljonit inimest, mis moodustab umbes 0,29% maailma kogupopulatsioonist. Kuigi skisofreenia ei ole levinud vaimse tervise häire, on selle mõju üksikisikutele, nende lähedastele ja tervishoiusüsteemile märkimisväärne, arvestades haiguse kroonilist kulgu, funktsioneerimist piiravat sümptomaatikat ning pikaajalist ravi- ja jälgimisvajadust. (Schizophrenia, 2025).

Skisofreenia kulgeb sageli ägenemistega, mille ajal sümptomid süvenevad ja sellest tulenevalt võib suurenda hospitaliseerimise vajadus (Leucht jt, 2024). Ägenemised võivad pidurdada taastumist, halvendada igapäevast toimetulekut ja olla seotud ebasoodsama haiguse prognoosiga (Kane jt, 2025). Vaimsete häirete haiguskoormus tuleneb peamiselt puudega elatud aastatest (*Years Lived with Disability*), mis peegeldavad haigusega seotud funktsioneerimise ja elukvaliteedi langust. Skisofreeniat esineb võrreldes depressiooni- ja ärevushäiretega harvem, kuid selle mõju inimese toimetulekule ja elukvaliteedile on märkimisväärne. Ägeda psühhoosi korral on haigusega seotud puude raskus üks suurimaid kõigi terviseseisundite seas. Skisofreenia oli 2019. aastal puudega elatud aastate järgi 20. kohal peamiste puuet põhjustavate haiguste hulgas maailmas. Samal aastal moodustas skisofreenia 12,2% kõigist vaimsete häiretega seotud tervena kaotatud eluaastatest (*Disability-Adjusted Life Years*). (Global, regional ..., 2022). Pikaajaline ravivajadus eeldab regulaarseid tervishoiukontakte ning haigusega seotud koormus võib ulatuda ka lähedasteni, väljendudes suurenenud hoolduskoormuses ja psühhosotsiaalses stressis (Schizophrenia, 2025). Skisofreeniaga seotud majanduslik koormus on märkimisväärne ning varieerub riigiti suurel määral. Hinnanguline kogukulu eri riikides ulatub ligikaudu 94 miljonist kuni 102 miljardi USA dollarini aastas, kusjuures kaudsed kulud moodustavad sageli 50–85% kogukulust ning on seotud eeskätt töövõime kaotuse, töötuse ja hoolduskoormusega. Kuluhinnangud sõltuvad oluliselt meetodikast ning perspektiivist ja võivad olla alahinnatud, kuna mittemateriaalsed kulud, nagu elukvaliteedi langus, jäävad sageli arvestamata. (Chaiyakunapruk jt, 2016). Haiguskoormuse vähendamiseks on oluline toetada ravisoostumust ja vähendada ägenemiste riski, kuna ravisoostumatus on seotud suurema ägenemiste ja rehospitalseerimise riskiga ning halvemate ravitulemustega (Kane jt, 2025).

Skisofreenia on seotud kõrgeenenud suremusriskiga, mida väljendavad nii lühenenud oodatav eluiga kui ka üldrahvastikuga võrreldes umbes kolm korda kõrgem standardiseeritud suremuskordaja, kusjuures suremus ei ole ajas vähenenud (Oakley jt, 2018). Suremuse riski suurendavad mitmed tegurid, sh somaatiliste haiguste aladiagnoosimine, kardiometaboolsed riskitegurid, piiratud ligipääs tervishoiuteenustele, stigma ning suitsidaalsus (Schizophrenia, 2025). Antipsühhootikumide mittekasutatavatel patsientidel on täheldatud suuremat pikaajalist suremusriski võrreldes ravi saavate patsientidega (Vermeulen jt, 2017). Samas seostatakse antipsühhootikumide kasutamist metaboolsete kõrvaltoimete riskiga, sh diabeedi, düslipideemia ja kehakaalu suurenemisega (Oakley jt, 2018).

Skisofreenia ravi on kesksel kohal ägenemiste ennetamine ja funktsionaalse toimetuleku toetamine (Keepers jt, 2020). Uuringud näitavad, et suukaudsete antipsühhootikumide kasutamisel on ravisoostumus sageli ebapiisav, mis suurendab ägenemiste ja hospitaliseerimiste riski ning võib halvendada pikaajalist funktsioneerimist. Süstitavad depoo-antipsühhootikumid on seetõttu kujunenud oluliseks ravivõimaluseks, kuna need võimaldavad stabiilsemat ravimi kontsentratsiooni, vähendavad annuste vahelejätmist ning võivad parandada ravisoostumust võrreldes suukaudse raviga. (Kane jt, 2025). Süstitavat depoo-antipsühhootilist ravi seostatakse parema ravisoostumusega ning pikemaajalised uuringud on näidanud, et selle kasutamine on seotud nii hospitaliseerimiste sageduse kui ka kestuse märkimisväärse vähenemisega (Barnett ja Pappa, 2025; Boyer jt, 2023). Erinevalt suukaudsetest antipsühhootikumidest on süstitava depoo-antipsühhootilise ravi katkestamine kliinilises praktikas varakult tuvastatav, kuna ravikatkestus ilmneb juhul, kui patsient ei ilmu kokkulepitud ajal süstimistele. See võimaldab tervishoiutöötajatel õigeaegselt sekkuda, hinnata ravi katkestamise põhjuseid ja toetada ravi jätkamist enne ägenemise kujunemist. (Correll ja Lauriello, 2020).

Süstitava depoo-antipsühhootilise ravi rakendamise edukus ei sõltu üksnes manustamisviisist. Olulist rolli mängivad ka toetavad sekkumised, nagu patsiendikeskne raviplaan, regulaarne kontakt, kõrvaltoimete jälgimine ja psühhosotsiaalsed sekkumised. (Keepers jt, 2020). Õe roll on seejuures keskne, kuna õed manustavad depoo-antipsühhootikumide ning jälgivad patsiendi seisundit ja ravi ohutust (Guiguet-Auclair jt, 2023; Lin jt, 2023). Tõendus põhised õenduslikud sekkumised peaksid olema struktureeritud, mitmekomponentsed ja patsiendikesksed, integreerides psühhoosotsiaalsed, sotsiaalsete oskuste arendamise, pere kaasamise ning ravi järjepidevuse toetamise (Wen jt, 2025).

Käesolev töö vastab Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli õe õppekava uurimissuuna „Tervise ja heaolu edendamine” valdkonnale „Tervishoiuteenuste praktika vaimse tervise valdkonnas” (Uurimissuunad, 2025). Varasemates õe õppekava lõputöodes on skisofreeniaga patsientide õendusabi käsitletud peamiselt koduõenduse, agressiivse käitumisega patsientide hoolduse, haiguse varajase staadiumi ning NNN-taksonoomial põhinevate õendusdiagnooside ja -sekkumiste kontekstis. Õe rolli süstitava depoo-antipsühhootilise ravi toetamisel skisofreeniaga patsientidel ei ole aga varasemates töodes käsitletud, mistõttu keskendub käesolev lõputöö selle kirjeldamisele.

Uurimisprobleem: Kuigi õdede rolli skisofreenia ravis peetakse kliinilises praktikas oluliseks, on selle mõju käsitlev teaduskirjandus piiratud (Emsley jt, 2015). Uuringud viitavad õdede teadmiste ja praktiliste oskuste ebaühtlasele tasemele süstitava depoo-antipsühhootilise ravi toetamisel (Lin jt, 2023) ning vaid väga vähesel osal õdedest on kõrge pädevus skisofreeniaga patsientide toetamisel (Basfr ja El-Bilsha, 2025). Olemasolevad juhised keskenduvad peamiselt depooravi tehnilistele aspektidele ega käsitle piisavalt õe laiemat rolli patsiendiga töötamisel, mis võib viia ebaühtlase praktikani ja ohustada kliinilise ravi kvaliteeti (Guiguet-Auclair jt, 2023).

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada süstitava depoo-antipsühhootilise ravi rakendamist ning õe rolli selle ravi toetamisel skisofreeniaga patsientidel.

Uurimisülesanded:

1. Kirjeldada süstitava depoo-antipsühhootilise ravi rakendamist skisofreenia ravis;
2. Kirjeldada õe rolli süstitava depoo-antipsühhootilise ravi toetamisel skisofreeniaga patsientidel.

Mõisted:

Depoo-antipsühhootikum (ka süstitav depooravi, pikatoimeline süstitav antipsühhootikum; *long-acting injectable antipsychotic*) – pika toimeajaga süstitav antipsühhootiline ravim, mida manustatakse regulaarsete intervallidega, et tagada ravimi stabiilne toime ja vähendada ravikatkestusi. Depooravi eesmärk on toetada ravil püsimist ning vähendada haiguse ägenemise ja hospitaliseerimise riski skisofreeniaga patsientidel. (Leucht jt, 2024).

Ravil püsimine (*treatment persistence*) – ajavahemik ravi alustamisest kuni ravi katkestamiseni ehk kui kaua patsient jätkab määratud ravi. Ravil püsimine on tihedalt seotud ravisoostumusega, sest hea ravisoostumus suurendab tõenäosust, et patsient jätkab ravi järjepidevalt ja ei katkesta seda enneaegselt. (Cramer jt, 2008).

Ravisoostumus (*adherence*) – patsiendi aktiivne ja teadlik osalus raviprotsessis, mille käigus ta võtab vastutuse oma tervise eest ning järgib ravisoovitusi vabatahtlikult ja ilma sunnita. Ravisoostumus tähendab patsiendi autonoomiat, koostööd ja käitumise teadlikku muutmist tervise parandamise eesmärgil. (Mir, 2023).

Skisofreenia ägenemine (*schizophrenia relapse*) – sümptomite süvenemine või uute psühhootiliste sümptomite ilmnemine pärast remissiooniperioodi, millega sageli kaasneb funktsioneerimise halvenemine ning vajadus ravi muutmiseks või hospitaliseerimiseks (Leucht jt, 2024).

1. METOODIKA

Lõputöö on kirjanduse ülevaade. Metoodika põhineb erinevate teadusallikate analüüsil, võrdlusel ja seoste leidmisel, mille kaudu antakse ülevaade uurimisprobleemi käsitlemise senisest tasemest, üldistatakse olemasolevad teadmised ning tuuakse esile edasise uurimise võimalused (Tallinna Tervishoiu ..., 2023, muudetud 2025). Kirjandusallikaid kogutakse ja valitakse läbipaistvate kriteeriumide alusel, kuid ilma süstemaatilise ülevaate rangete protokollide ja standardiseeritud kvaliteedihindamise nõueteta (Snyder, 2019).

Lõputöö koostamisel kasutati kokku 62 allikat, millest 55 olid ingliskeelsed ja 7 eestikeelsed. Neist 35 allikat leiti andmebaasiotsinguga, 12 Google'i ja Google Scholari otsingumootorite kaudu ning 8 lumepallimeetodi abil. Lisaks pärines kaks allikat Tervise Arengu Instituudi andmebaasidest ning ülejäänud viis allikat (Snyder, 2019; Soosaar, 2016; Tallinna Tervishoiu ..., 2023, muudetud 2025; Uurimissuunad, 2025; Vasileiou jt, 2018) kasutati uurimismetoodika kirjeldamiseks ja töö vormistamiseks. Õendustõendus põhiseid allikaid kasutati kokku 13. Inglisekeelsete allikate hulgas oli 51 teadusartiklit, 3 veebilehte ja 1 ravijuhend. Eestikeelsete allikate hulgas oli 2 statistikaallikat, 2 dokumenti, 1 veebileht, 1 juhend ning 1 raamat.

Lõputöös kasutatud allikate otsingut alustati 2025. aasta suvel. Allikate kogumiseks kasutati elektroonilisi andmebaase PubMed ja EBSCOhost (MEDLINE; CINAHL Ultimate; Health Source: Nursing/Academic Edition) ning lisaks otsingumootoreid Google Scholar ja Google. Google otsingumootorit kasutati veebilehtede, juhendite, käsiraamatute ja dokumentide otsinguks ning kesksete mõistete defineerimiseks. Lisaks kasutati erialaste teadusajakirjade veebiplatvorme SAGE Journals ja SLACK Journals, kus otsingud piirati õenduslaste ajakirjadega. Otsingutes kasutati eesti- ja ingliskeelseid märksõnu ja nende kombinatsioone: skisofreenia (*schizophrenia*), süstitavad depoo-antipsühhootikumid (*long-acting injectable antipsychotics*), ravisoostumus (*adherence*), õde (*nurs**), psühhoharidus (*psychoeducation*), ravil püsimine (*treatment persistence*), skisofreenia JA õde (*schizophrenia AND nurs**), süstitavad depoo-antipsühhootikumid JA ravisoostumus (*long-acting injectable antipsychotics AND adherence*), skisofreenia JA ravisoostumus JA õde (*schizophrenia AND adherence AND nurs**) ning süstitavad depoo-antipsühhootikumid JA õde (*long-acting injectable antipsychotics AND nurs**). Märksõnana kasutatud *nurs** võimaldas hõlmata erinevaid sõnavorme (nt *nurse, nursing, nurses*).

Otsingutulemusi filtreeriti järgmiste kriteeriumide alusel: avaldamisaasta 2015–2025, inglise keel, teemakohasus ning täisteksti kättesaadavus. Erandina kaasati üks 2008. aastal, kaks 2013. aastal ja kaks 2014. aastal avaldatud allikat, kuna need olid uurimisteema käsitlemisel jätkuvalt asjakohased. Kirjandusallikate otsinguraport on esitatud lisas 1.

Eesti konteksti kirjeldamiseks kasutati täiendavalt Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasi andmeid, millest kaasati kaks statistikaallikat. Nende alusel kirjeldati uute skisofreeniaspektri häirete juhtumite esinemist ambulatoorses ravis ning hinnati skisofreenia diagnoosi osakaalu psühhiaatrilise haiglaravi näitajates. Kasutatud otsingufiltrite detailne kirjeldus on esitatud lisas 2.

Allikate valik toimus mitmeastmeliselt. Esmalt koondati otsingutulemustest potentsiaalselt sobivad allikad kokkuvõtete (*abstract*) alusel, hinnates nende vastavust lõputöö uurimisprobleemile ja -eesmärgile. Seejärel eemaldati korduvad kirjed ning süveneti valitud allikate täistekstidesse ning hinnati nende teaduslikku kvaliteeti, meetodilist usaldusväarsust ja seotust uuritava temaga. Eelistati eelretsenseeritud teadusartikleid, metaanalüüse, süstemaatilisi ülevaateid, empiirilisi uuringuid ning rahvusvahelisi ravijuhendeid. Allikate haldamiseks ja viidete korrastamiseks kasutati viitehaldustarkvara Zotero, mis võimaldas allikate süstemaatilist talletamist, temaatilist kategoriseerimist ja märksõnade lisamist. Tarkvara toetas viidete lisamist töösse ning kirjanduse loetelu koostamist, vähendades vigade riski ja lihtsustades allikate kasutamist töö erinevates peatükkides.

Allikate usaldusväarsuse hindamisel arvestati väljaande eelretsenseeritust, teaduslikku kvaliteeti, viidatavust, valimi suurust ning kasutatud meetodika sobivust. Väiksema valimiga uuringuid kasutati eelkõige toetava materjalina. Väiksema valimiga allikad on väärtuslikud teemakäsitluse mitmekesistamiseks ja detailide esiletoomiseks, võimaldades süvitsi mõista osalejate kogemusi ja konteksti, mida suuremad uuringud ei pruugi alati hõlmata (Vasileiou jt, 2018).

Allikate töötlemiseks kasutati Microsoft Excel programmi. Koostati tabel, kuhu kanti iga valitud allika põhiaandmed: autor, pealkiri, ilmumisaasta, allika liik, meetodika, valim, peamised tulemused, järeldused, märksõnad ning lõputöö kontekstis kasutamise võimalused. Õendustõenduspõhised allikad jaotati omakorda kahte suuremasse gruppi: depoo-antipsühhootilise ravi spetsiifilised; skisofreenia ravi toetamise õenduslikud sekkumised, kus manustamisvormi ei täpsustatud. Selline lähenemine võimaldas allikaid süstemaatiliselt

sorteerida ja võrrelda, et tuvastada korduvaid teemasid, peamisi järeldusi ning uuringutulemuste kattuvusi ja erinevusi. Süstemaatiline analüüs toetas kirjanduse ülevaate usaldusväärsust ning võimaldas esitada põhjendatud ja tõendus põhiseid järeldusi.

Tekst on täielikult lõputöö autori koostatud ning töös ei esine plagiaati. Töö koostamisel järgiti Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli akadeemilise eetika, plagiaadi vältimise ja hea teadustava nõudeid. Kõik esitatud seisukohad ja andmed pärinevad korrektselt viidatud allikatest, mis on leitavad kasutatud kirjanduse loetelust. Kogu töö on vormistatud lähtudes Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli kirjalike tööde vormistamise juhendis (2023, muudetud 2025) sätestatud nõuetest.

Lõputöö koostamisel kasutati OpenAI mudelit Chat GPT. Tehisaru kasutati tähenduste selgitamiseks, ideede genereerimiseks, keelelise sõnastuse täpsustamiseks ja tekstide stiililiseks korrastamiseks. Selline kasutusviis vastab sätestatud nõudele, et tehisaru ei tohi asendada töö autori iseseisvat mõtlemist ega teaduslikku analüüsi, tehisaru kasutamine peab olema lahti selgitatud, et tagada läbipaistvus ja akadeemiline ausus (Tallinna Tervishoiu ..., 2023, muudetud 2025).

Lõputöö eetilise raamistik tugineb Tom Beauchampi ja James Childressi neljale meditsiinieetika põhiprintsiibile Andres Soosaare (2016) käsitluses. Lõputöö järgib isikuautonoomia printsiipi sellega, et analüüsi on kaasatud teadusartiklid, kus uuritavad on osalenud vabatahtliku ja teadliku nõusoleku alusel ning kus on kirjeldatud eetikakomitee heakskiitu; autor ei kogu ega töötle ise ühegi patsiendi andmeid. Mittekahjustamise printsiipi toetab asjaolu, et töö ei sisalda sekkumist patsientide ellu, kõik kasutatud uuringud on eetiliselt läbi viidud ning tulemuste tõlgendamisel on teadlikult rõhutatud nende piiranguid, vältides eksitavaid või põhjendamatult kaugeleulatavaid järeldusi. Heategemise printsiip on tagatud, kuna töö eesmärk on tõsta teadlikkust õdede rollist depoo-antipsühhootilise ravi toetamisel, algatada arutelu ning tugevdada õe positsiooni kliinilises praktikas, panustades ravisoostumuse, patsiendiohutuse ja patsiendikeskse lähenemise edendamisse. Õigluse printsiipi järgitakse sellega, et kirjanduse valik põhineb läbipaistvatel kvaliteedikriteeriumidel (eelretsenseeritus, meetodiline tugevus, aja- ja asjakohasus), kaasates erinevate riikide ja uurimisrühmade töid ning vältides ühe ravimitootja või huvirühma ebaproportsionaalset esiletõstmist. Seega järgis autor nelja meditsiinieetika põhiprintsiipi kogu uurimisprotsessi ulatuses, alates allikate valimisest kuni tulemuste analüüsi ja järelduste tegemiseni.

2. SKISOFREENIA JA SÜSTITAVAD DEPOO-ANTIPSÜHHOOTIKUMID

2.1 Skisofreenia ja ravisoostumus

Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. versiooni (RHK-10) järgi jaotatakse skisofreenia alatüüpideks, milleks on paranoiline, hebefreenne (disorganiseerunud), katatoonne, diferentseerumata ja residuaalne skisofreenia (ICD-10 Version: ..., 2019). Uemas RHK-11 käsitluses on loobutud traditsioonilisest alatüüpide jaotusest, kuna neil puudub piisav prognostiline väärtus ning kasulikkus ravi valiku seisukohast (Reed jt, 2019). Seetõttu käsitletakse skisofreeniat spektrilaadse psüühikahäirena, mida iseloomustavad häired mitmes vaimse funktsioneerimise valdkonnas, sh mõtlemises, tajus, emotsioonides ja käitumises (ICD-11 for ..., 2025).

Tervise Arengu Instituudi andmetel diagnoositi Eestis aastatel 2015–2024 igal aastal 414–655 uut skisofreenia, skisotüüpse ja luululise häire juhtu. Skisofreenia statsionaarse ravi näitajad Eestis on perioodil 2015–2024 olnud muutlikud, kuid võrreldes perioodi algusega on ravijuhtude arv vähenenud: 2015. aastal oli haiglast väljakirjutatud ravijuhtude arv 1430, 2024. aastaks 976 juhtu. Voodipäevade koguarv saavutas kõrgeima taseme 2016. aastal (58 404 voodipäeva), kuid on seejärel stabiliseerunud ligikaudu 28 000–33 000 voodipäeva juurde. Keskmise statsionaarse ravi kestus on alates 2017. aastast püsinud suhteliselt stabiilsena vahemikus 29–33 päeva. Vaatamata ravijuhtude ja voodipäevade koguarvu vähenemisele on skisofreenia jätkuvalt seotud suure ravikoormusega psühhiaatrilises statsionaarses ravis. Haigust iseloomustab pikk hospitaliseerimise kestus ning suur voodipäevade osakaal võrreldes teiste psüühikahäiretega. 2024. aastal moodustasid skisofreeniaga seotud ravijuhtude voodipäevade koguarv 19% kõigist psüühikahäiretega seotud voodipäevade koguarvust. (Tervise Arengu ..., 2025).

Etioloogiliselt on skisofreenia multifaktoriaalne häire, mille kujunemises osalevad geneetilised ja keskkonnategurid ning nende koostoime neurobioloogiliste protsessidega (Luvsannyam jt, 2022). Tegemist on neurobioloogilise taustaga haigusega, mitte patsiendi isikuomadustest tuleneva probleemiga (McCutcheon jt, 2020). Haiguse sümptomite kujunemist seostatakse eeskätt dopamiinergilise neurotransmissiooni regulatsiooni häiretega (Leucht jt, 2024), kuid olulist rolli võivad mängida ka glutamatergilise neurotransmissiooni muutused, mis on seotud skisofreenia sümptomite mitmekesisusega (McCutcheon jt, 2020). Skisofreenia kulg on

heterogeenne – osal patsientidest esinevad üksikud episoodid suhteliselt hea taastumisega, samas kui paljudel kujuneb krooniline või korduvate ägenemistega kulg, mis mõjutab pikaajaliselt elukvaliteeti ja sotsiaalset toimetulekut (Leucht jt, 2024). Prognoosi mõjutavad muuhulgas ravi varajane alustamine ja ravisoostumus, mis on ägenemiste ennetamisel keskse tähtsusega (Kane jt, 2025).

RHK-11 alusel peetakse skisofreenia diagnoosimisel keskseteks püsivaid psühhootilisi sümptomeid; diagnoosi püstitamiseks peab esinema vähemalt kaks sümptomit kestusega vähemalt üks kuu ning välistada tuleb sümptomite seos somaatiliste seisundite või psühhoaktiivsete ainete ja ravimite toimega. Skisofreenia kliiniline pilt hõlmab positiivseid sümptomeid, nagu luulumõtted, hallutsinatsioonid, mõtlemise desorganiseeritus ning mõjutatuse või kontrollituse kogemused, samuti negatiivseid sümptomeid, sh motivatsioonilangus ja emotsionaalse väljenduse vaesumine, ning käitumuslikke ja psühhomotoorseid muutusi, sh katatooniat. (ICD-11 for ..., 2025). Olulisel kohal on kognitiivsed häired, mis mõjutavad tähelepanu, töömälu ja täidesaatvaid funktsioone, võivad püsida ka remissiooniperioodil ning piirata toimetulekut ja taastumist isegi siis, kui psühhootilised sümptomid on kontrolli all; need võivad avalduda juba enne esimest psühhooosi ning kujunevad haiguse käigus koos keskkondlike riskiteguritega (McCutcheon jt, 2023).

Kuigi antipsühhootiline ravi vähendab sageli tõhusalt positiivseid sümptomeid, võivad negatiivsed ja kognitiivsed sümptomid püsida ning piirata patsiendi pikaajalist toimetulekut ja funktsioneerimist (Luvsannyam jt, 2022). Nende sümptomite tagasihoidlikum ravivastus on seotud erinevate neurobioloogiliste mehhanismidega, sh neurotransmitterite düsregulatsiooniga (McCutcheon jt, 2020). Seetõttu on lisaks farmakoteraapiale vajalik rakendada ka tõenduspõhiseid psühhosotsiaalseid ja rehabilitatsioonilisi sekkumisi (Kane jt, 2025).

Ravisoostumuse puudumine on skisofreenia ravis üheks suurimaks probleemiks, mis mõjutab otseselt ravi tulemuslikkust ning haiguse kulgu (Keepers jt, 2020). Ravisoostumatus on peamine muudetav ägenemiste riskitegur. Kuni 77% ravisoostumatutest patsientidest ägenevad esimese ravivaasta jooksul, võrreldes ligikaudu 3% ravisoostunutega. (Correll ja Lauriello, 2020). Skisofreenia korral esineb sageli anosognoosia ehk häirunud haigusteadlikkus, mille puhul on inimesel raskusi sümptomite ja ravi vajalikkuse adekvaatse hindamisega, mida seostatakse madalama ravisoostumuse ja suurema ravi katkestamise riskiga (Rose ja Harvey, 2025). Ravisoostumuse vähenemist soodustavad ka ainete kuritarvitamine, negatiivsed hoiakud ravimite suhtes ning antipsühhootikumide kõrvaltoimed, mis võivad vähendada patsiendi

motivatsiooni ja valmisolekut raviskeemi järjepidevalt järgida (Velligan jt, 2017). Ravisoostumatus ja ravi katkestamine suurendavad ägenemiste riski (Correll ja Lauriello, 2020; Kane jt, 2025), mis võib omakorda kaasa tuua funktsioneerimise halvenemise, elukvaliteedi languse ning suurema tervishoiukoormuse (Kappi jt, 2024). Seetõttu on ravisoostumuse toetamine skisofreenia käsitluses keskse tähtsusega ning ravikatkestamise riski vähendamiseks kasutatakse ka süstitavaid depoo-antipsühhootikume (Kane jt, 2025).

2.2 Süstitavad depoo-antipsühhootikumid

Süstitavad depoo-antipsühhootikumid töötati välja 1960. aastatel eesmärgiga parandada ravisoostumust ning tagada stabiilsem ravimikontsentratsioon veres. Depooravi võimaldab vähendada igapäevase ravimi võtmise vajadust ning teeb ravisoostumuse tervishoiutöötajatele nähtavaks, luues võimaluse varajaseks sekkumiseks ravi katkestamise korral. Samuti tagab depooravi regulaarse kontakti patsiendi ja tervishoiusüsteemi vahel, mis loob eeldused patsiendi seisundi jälgimiseks, kõrvaltoimete hindamiseks ning ravisoostumust toetavate sekkumiste rakendamiseks. Samas ei sõltu ravi edukas rakendamine üksnes ravimi manustamisviisist, vaid ka patsiendi hoiakutest, teadlikkusest ja kaasatusest raviprotsessi, kuna depooravi võib olla tajutud kontrolliva või stigmatiseerivana. (Brissos jt, 2014). Ravisoostumuse parandamine ja varjatud ravikatkestamise vähendamine aitavad vähendada ägenemiste ja hospitaliseerimise riski (Correll ja Lauriello, 2020). Eestis on depoo-antipsühhootilise ravi rakendamist seostatud statsionaarse ravi vajaduse vähenemise ning patsientide toimetuleku paranemisega haiglavälistes tingimustes; seejuures hinnati, et 2014. aastal vajas vastavat ravi ligikaudu 400–480 patsienti (Meditšiinilise tõenduspõhisuse ..., 2015).

Eristatakse kahte tüüpi antipsühhootikume: tüüpilised ehk esimese põlvkonna (nt haloperidool) ning atüüpilised ehk teise põlvkonna (nt aripiprasool, paliperidoon, risperidoon) antipsühhootikumid. Antipsühhootikumide toime põhineb peamiselt dopamiini D₂-retseptori mõjutamisel, kuid ravimitevahelised erinevused tulenevad nende toimemehhanismide eripärast. Tüüpilised antipsühhootikumid on sagedamini seotud ekstrapüramidaalsete kõrvaltoimetelega, mis võivad suurendada ravi katkestamise riski, eriti pikaajalise ravi korral. (Leucht jt, 2013). Atüüpilised antipsühhootikumid mõjutavad lisaks dopamiini retseptoritele ka serotoniini retseptoreid, mis on seotud väiksema ekstrapüramidaalsete kõrvaltoimete riskiga (McCutcheon jt, 2020). Samas on atüüpilised antipsühhootikumid sagedamini seotud kehakaalu

tõusu ja metaboolsete häiretega, mistõttu on vajalik regulaarne somaatiline jälgimine (Leucht jt, 2013).

Süstitavat depoo-antipsühhootilist ravi seostatakse parema ravisoostumuse ja väiksema ravi katkestamise riskiga võrreldes suukaudse raviga (Greene jt, 2018), madalama rehospitaliseerimise riskiga (Tiihonen jt, 2017) ning väiksema erakorralise psühhiaatrilise abi kasutamisega (Boyer jt, 2023). Samuti seostatakse depooravi kasutamist elukvaliteedi ja sotsiaalse toimetuleku paranemisega ning üldiste tervishoiukulude vähenemisega, kuigi ravimikulud võivad olla suuremad (Kappi jt, 2024). Depooravi tõhususe hindamine sõltub ravifaasist; ägeda faasi ajal manustatud teise põlvkonna depoopreparaadid on näidanud suuremat farmakoloogilist tõhusust võrreldes platseeboga, kuid sümptomite vähenemises ei ilmne järjekindlat üleolekut sama ravimi suukaudse vormi ees (Wang jt, 2024). Varajases haiguse faasis võib depooravi vähendada hospitaliseerimise riski ja pikendada aega esimese hospitaliseerimiseni (Kane jt, 2020).

Süstitavat depoo-antipsühhootilist ravi rakendatakse eeskätt patsientidel, kelle ravisoostumus suukaudse raviga on ebapiisav (Greene jt, 2018), ning samuti neil, kelle käitumine on ohtlik, haiguskriitika puudulik või kes on sotsiaalselt isoleeritud (Llorca jt, 2013). Kuigi süstitav depooravi võib parandada ravisoostumust, ei taga see alati ravi järjepidevust, kuna ravisoostumus sõltub mitmetest teguritest, sh patsiendi teadlikkusest haigusest ja ravist, ravisse suhtumisest, kõrvaltoimetest ning ravisuhtest tervishoiutöötajatega (Kane jt, 2025). Reaalelu andmetel põhinevad uuringud on samuti näidanud, et ligi pooled patsiendid katkestavad depooravi. Seetõttu sõltub depooravi kliiniline kasu otseselt ravil püsimisest; ravi katkestamine on seotud halvemate kliiniliste tulemustega. (Barnett ja Pappa, 2025). Süstitavaid depoo-antipsühhootikume võivad patsiendid eelistada juhul, kui neid pakutakse ravivõimalusena ning patsient saab ravivalikus aktiivselt osaleda, mitte olukorras, kus ravi tajutakse kohustusliku või pealesurutuna (Citrome, 2022). Ravi määramisel on kohustuslik patsiendi informeeritud nõusoleku fikseerimine ravilepingus (Ravi süstitava ..., 2015). Depooravi edukas rakendamine eeldab raviprotsessi toetavaid sekkumisi ja ravibarjäärade ületamist (Kane jt, 2025). Kui patsient eelistab süstitavat depooravimit suukaudsele ravile, tuleks seda võimaldada (Psychosis and ..., 2014: 26).

Depoo-antipsühhootilise ravi käigus manustatakse ravimit regulaarselt planeeritud süstimisintervallidega, mille järgimine toetab ravijärjepidevust ning võimaldab hinnata ravisoostumust, kuna vahelejäädud süstid viitavad ravikatkestusele (Correll ja Lauriello, 2020).

Tegemist on sügava intramuskulaarse süstiga, mida teostab vastava väljaõppega meditsiinitöötaja tervishoiuasutuses. Depooravi rakendamisel on oluline tervishoiutöötaja pädevus kõrvaltoimete äratundmisel ja käsitlemisel, kuna nende ebapiisav hindamine võib halvendada ravisoostumust ja ravitulemusi. (Ravi süstitava ..., 2015). Ravi eeldab patsiendi seisundi järjepidevat ja süsteemset jälgimist, hõlmates psüühilise ja somaatilise seisundi hindamist (Leucht jt, 2013). Lisaks on oluline raviprotsessi dokumenteerimine, mis võimaldab hinnata ravi kulgu ning toetab ravi järjepidevust (Guiguet-Auclair jt, 2023). Depooravi efektiivne rakendamine hõlmab ka tervishoiutöötajate aktiivseid toetavaid sekkumisi, sh patsiendi raviteadlikkuse suurendamist ja motiveerimist, mis on olulised tegurid ravisoostumuse ja ravil püsimise parandamisel (Velligan jt, 2017).

3. ÕE ROLL DEPOO-ANTIPSÜHHOOTILISE RAVI TOETAMISEL SKISOFREENIAGA PATSIENTIDEL

3.1 Süstitavate depoo-antipsühhootikumide manustamine, ohutus ja õe vastutus

Süstitavate depoo-antipsühhootikumide manustamine ei ole üksnes tehniline protseduur, vaid kompleksne õendussekkumine, mis hõlmab juriidilisi, eetilisi ja kliinilisi vastutusi, sh informeeritud nõusoleku tagamist, dokumenteerimist ning kõrvaltoimete süsteemset jälgimist. Depoosüstide kliinilised soovitusel käsitlevad süstetehnikat, hügieeni, farmakoloogilisi aspekte ning õe ja patsiendi vahelist ravisuhet, mis on olulised ohutu ja kvaliteetse õendusabi tagamisel. (Guiguet-Auclair jt, 2023). Uuringud näitavad, et õdede teadmised ja tegelik tööpraktika süstitava depooravi manustamisel ei ole alati kooskõlas, mis võib mõjutada ravi kvaliteeti ja patsiendi ohutust (Lin jt, 2023).

Ravimi manustamise ohutus hõlmab aseptiliste võtete järgimist, sobiva süstekoha ja süstetehnika valikut ning ravimi annustamise ja manustamisintervallide täpset järgimist (Lin jt, 2023). Oluline on ka tootjapoolsete juhiste rakendamine ning õendusabi kvaliteedi tagamine kliinilises praktikas, et vähendada ravimimanustamisega seotud riske ja toetada patsiendi ohutust. Süstitava depoo-antipsühhootilise ravi puhul on süstetehnika oluline kvaliteedinäitaja, mis mõjutab nii ravi ohutust, patsiendi süstimiskogemust kui ka ravisooatumuse püsimist. (Guiguet-Auclair jt, 2023). Intramuskulaarse süstimise eesmärk on tagada ravimi jõudmine lihaskoesse, kuid uuringud näitavad, et vaid 32–52% süstidest jõuab tegelikult lihasesse, mis viitab tehniliste puudujääkide esinemisele kliinilises praktikas. Madalam õnnestumise määr on sagedasem antipsühhootilist ravi saavate patsientide puhul, kus patsiendi mittekoostöö võib soodustada kiirustatud ja tehniliselt ebapiisavat süstimist. (Soliman jt, 2018). Õenduskesksed soovitusel rõhutavad, et süstimisega seotud otsused peavad arvestama nii ravimi farmakoloogiliste eripärade kui ka patsiendi subjektiivse kogemusega, sh valu, ebamugavuse ja turvatundega, mis mõjutavad ravi järjepidevust (Lin jt, 2023).

Süstekoha valik (vt lisa 2) on üks olulisemaid tehnilisi otsuseid depoo-antipsühhootikumide manustamisel. Kuigi ventrogluteaalset piirkonda peetakse anatoomiliselt ohutumaks süstekohaks, kasutatakse kliinilises praktikas sagedamini dorsogluteaalset piirkonda. (Lin jt, 2023). Ventrogluteaalne piirkond asub eemal istmikunärvist ja suurtest veresoontest ning sisaldab vähem nahaalust rasvkude. Dorsogluteaalses piirkonnas on suurem nahaaluse koe

paksus, mis suurendab riski, et süst ei jõua lihasesse. (Soliman jt, 2018). Samas tuleb süstekoha valikul arvestada patsiendi individuaalsete omadustega; näiteks väiksema kehamassiindeksiga patsientidel võib kasutada ka dorsogluteaalset piirkonda (Guiguet-Auclair jt, 2023).

Oluline tehniline aspekt on nõela pikkuse valik, mis peab vastama patsiendi individuaalsetele anatoomilistele omadustele. Ebapiisava nõelapikkuse korral ei pruugi nõel läbida nahaalust rasvkudet, mistõttu ravim manustatakse ekslikult subkutaanselt. (Soliman jt, 2018). Kliinilised soovitused rõhutavad vajadust kohandada nõela pikkust patsiendi kehamassiindeksi (KMI) ja morfoloogia järgi ning kasutada vajadusel pikemaid nõelu suurema kehamassiindeksiga patsientidel. Patsientidel, kelle KMI on alla 30 kg/m², soovitatakse kasutada standardset 21G/38 mm nõela, samas kui KMI üle 30 kg/m² korral soovitatakse kasutada pikemat 21G/50 mm nõela. (Guiguet-Auclair jt, 2023).

Süstimise tehnika hõlmab nõela sisestamist 90° nurga all, mis suurendab intramuskulaarse manustamise tõenäosust, eriti patsientidel, kellel on suurenenud rasvkoe hulk (Lin jt, 2023; Soliman jt, 2018). Samuti soovitatakse kasutada Z-tehnikat, mille puhul nahka nihutatakse enne süstimist lateraalselt, et vähendada ravimi lekkimist süstekanalist ning piirata lokaalseid kõrvaltoimeid (Guiguet-Auclair jt, 2023; Lin jt, 2023). Nahaga manipuleerimise viis mõjutab süstimise tulemust – naha kokkukogumine (*bunching*) võib suurendada subkutaanse manustamise riski, samas kui naha allasurumine võib parandada intramuskulaarse süsti edukust (Soliman jt, 2018).

Lisaks mõjutab süstimise edukust nõela sisestamise kiirus ja ravimi manustamise tempo. Nõela kiire sisestamine võib vähendada valu, kuid ravimi manustamine peab toimuma aeglaselt ja kontrollitult, et vähendada koekahjustuse ja valu riski. Soovitatakse süstida kiirusega 1 ml 10 sekundi jooksul, kuna liiga kiire manustamine suurendab lokaalsete kõrvaltoimete riski. Samuti tuleb arvestada ravimi omadustega, näiteks õlipõhiste preparaatide puhul on vajalik aeglasem manustamine. Tehniliselt oluline on ka süstekohtade rotatsioon pikaajalise ravi korral, et vähendada kudede korduvast traumast tingitud kahjustusi, nagu induratsioon, granuloomide teke või lihaskoe kahjustus. (Guiguet-Auclair jt, 2023). Vale süstetehnika, sh ebaõige süstekoht, sobimatu nõelapikkus või ebatäpne süstimisnurk, võib viia ravimi ebaõige manustamiseni, vähendada ravi efektiivsust ning suurendada tüsistuste riski (Lin jt, 2023; Soliman jt, 2018). Seetõttu ei piirdu süstitavate depoo-antipsühhootikumide manustamine üksnes tehnilise protseduuriga, vaid eeldab õelt põhjalikke teadmisi ravimi omadustest, patsiendi

individuaalsetest eripäradest ning raviprotsessi terviklikust toetamisest (Guiguet-Auclair jt, 2023).

Kaasaegne skisofreenia ravi põhineb multidistsiplinaarsel koostööl, kus õed töötavad koos arstide ja teiste spetsialistidega, et toetada patsienti informeeritud otsuste tegemisel ja raviprotsessis osalemisel. Õel on oluline roll patsiendi informeerimisel ja ravialase info selgitamisel arusaadavas vormis, sh süstitavate depoo-antipsühhootikumide vajaduse ja kasutamise põhjendamisel. Õde aitab patsiendil mõista ravi eesmärke, kasu ning võimalikke riske, toetades seeläbi teadlikku ja koostööl põhinevat raviotsust. Lisaks on õel oluline roll patsientide ja nende perede harimisel ning stigma vähendamisel seoses süstitava raviga, mis võib mõjutada ravi vastuvõtmist ja järjepidevust. (Rediger, 2025). Õe vastutus ravimi manustamisel ja patsiendi tervise jälgimisel on tihedalt seotud meeskonnatöö ning organisatsiooniliste tingimustega. Organisatsioonilisel tasandil mõjutavad õe vastutuse tegelikku ulatust töökorraldus, rollijaotus ning interdistsiplinaarse koostöö struktuurid ja protsessid. (Vonderhaar ja Snyder, 2020).

Dokumenteerimine on oluline osa õe professionaalsest vastutusest, kuna see tagab raviprotsessi jälgitavuse, järjepidevuse ning toetab patsiendiohutust. Ravimi manustamisega seotud andmete, sh süstekoha, manustamise aja, annuse ning patsiendi reaktsioonide süstemaatiline dokumenteerimine võimaldab ravimeeskonnal hinnata nii kõrvaltoimete kujunemist kui ka raviskeemi tõhusust ja järjepidevust. (Guiguet-Auclair jt, 2023). Õe kliinilised tähelepanekud saavad toetada ravimeeskonna otsustusprotsesse vaid siis, kui need on korrektselt dokumenteeritud ja teistele meeskonnaliikmetele kättesaadavad. Dokumenteerimine on seega oluline vahend interdistsiplinaarse koostöö ja õendusliku eestkoste toetamisel, võimaldades õel panustada aktiivselt raviotsuste kujundamisse ning patsiendi parimate huvide esindamisse. (Vonderhaar ja Snyder, 2020). Puudulik või ebatäpne dokumenteerimine võib viia infokadudeni, mõjutada ravi järjepidevust ning suurendada patsiendiohutusega seotud riske (Guiguet-Auclair jt, 2023).

3.2 Skisofreeniaga patsiendi tervise jälgimine ja hindamine

Õe vastutus süstitava depoo-antipsühhootilise ravi toetamisel hõlmab lisaks ravimi manustamisele patsiendi kliinilise seisundi hindamist. Enne ravimi manustamist tuleb hinnata kõrvaltoimete esinemist, patsiendi ravivalmidust ning arusaamist ravist. (Guiguet-Auclair jt,

2023). Depooravi on seotud somaatilise ja vaimse tervise järjepideva jälgimisega ning nõuab õelt võimet seostada subjektiivseid kaebusi ja käitumuslikke muutusi ravimiga (Lin jt, 2023).

Skisofreeniaga patsientide füüsiline tervis on võrreldes üldpopulatsiooniga oluliselt kehvem ning nende eluiga on lühenenud keskmiselt 20–25 aastat (Vermeulen jt, 2017). Enneaegne suremus on ligikaudu 2–3 korda kõrgem ning umbes 60% liigsuremusest on seotud füüsiliste haigustega, eeskätt kardiovaskulaarsete häiretega (Vancampfort jt, 2015). Kardiovaskulaarne risk on tihedalt seotud metaboolsete häiretega, mis on selles populatsioonis sagedased ja suurendavad haigestumust ning suremust. Metaboolne sündroom, mis hõlmab rasvumist, düslipideemiat, hüpertensiooni ja glükoosiainevahetuse häireid, on oluline kardiovaskulaarse haigestumuse ja suremuse ennustaja. (Manta jt, 2025).

Metaboolne risk ei ole seotud üksnes elustiiliteguritega, vaid ka haiguse patofüsioloogiliste mehhanismidega (Vancampfort jt, 2015), sh neuroendokriinsete häiretega, nagu dopaminergilise regulatsiooni ja insuliini metabolismi muutused (McCutcheon jt, 2020). Lisaks soodustab antipsühhootikumide pikaajaline kasutamine metaboolse riski kumuleerumist ajas, sõltumata manustamisviisist (Manta jt, 2025). Ka kliiniliselt efektiivse depooravi korral võivad esineda metaboolsed, biokeemilised ja hormonaalsed kõrvalekalded, sealhulgas prolaktiinitaseme tõus ja sellega seotud seksuaalfunktsiooni häired (Fernández-Miranda jt, 2024).

Metaboolsed häired võivad avalduda juba haiguse varases faasis ning süveneda haiguse kestuse ja vanusega, mis rõhutab vajadust järjepidevaks füüsilise tervise jälgimiseks kogu raviperioodi vältel (Manta jt, 2025), sh kehakaalu ning glükoosi- ja lipiiditaseme regulaarseks hindamiseks (Psychosis and ..., 2014: 16). Metaboolse seire integreerimine tavapärasesse raviprotsessi on oluline, kuid vaatamata juhistele olemasolule on selle rakendamine kliinilises praktikas jätkuvalt ebapiisav (Ward jt, 2017). Eelkõige jäävad ebaregulaarselt hindamata vööümbermõõt, lipiidid ja elektrokardiogramm (Keenan jt, 2020).

Süstitava depoo-antipsühhootilise ravi manustamine loob regulaarse kliinilise kontakti (Brissos jt, 2014), mis võimaldab õdedel teostada metaboolset seiret, jälgida füüsilist tervist ning tuvastada varajasi riskitegureid (Ward jt, 2017). Psühhiaatrilises ravis töötavad õed võivad siiski kogeda ebakindlust seoses vastutusega patsientide füüsilise tervise jälgimisel, mis viitab vajadusele täiendkoolituste ja selgema rollijaotuse järele (Wynaden jt, 2016). Õe juhitud antipsühhootilise ravi metaboolse sõeluuringu protokoll (*Antipsychotic Metabolic Screening*

Protocol) rakendamine võib parandada metaboolse seire järjepidevust ja süsteemsust psühhiaatrilises ravis. Protokoll hõlmab vererõhu, kehakaalu, vööümbermõõdu, kehamassiindeksi ning lipiidide ja glükoosi ainevahetuse näitajate regulaarset hindamist. Lisaks võimaldab see õdedel metaboolsete kõrvalekallete tuvastamisel suunata patsiente sisearsti konsultatsioonile või järelkontrolli ilma arsti otsese korralduseta. (DeMarco ja Iennaco, 2024).

Füüsilise tervise näitajate dokumenteerimine kipub ravi kestuse jooksul vähenema, eriti pikaajalise antipsühhootilise ravi korral (Ward jt, 2017). Kuigi üksikuid näitajaid mõõdetakse, ei vasta terviklik jälgimine sageli ravijuhenditele ning patsiendid ei ole nõuetekohaselt jälgitud. Ravi alustamisel on metaboolne seire kriitilise tähtsusega, kuna see võimaldab varakult tuvastada metaboolset riski ning loob aluse järjepidevaks jälgimiseks kogu ravi vältel. (Keenan jt, 2020). Õdede juhitud standardiseeritud protokollide rakendamine võib parandada metaboolsete näitajate jälgimist ja dokumenteerimist antipsühhootilist ravi saavatel patsientidel (DeMarco ja Iennaco, 2024). Samas võib õdede vastutuse ebaselgus füüsilise tervise jälgimisel piirata sõeluuringute ja seire järjepidevust (Wynaden jt, 2016) ning isegi protokollide olemasolu ei pruugi iseenesest tagada nende järjepidevat rakendamist, kuna õed võivad pidada metaboolset sõeluuringut eelkõige arsti vastutuselaks (DeMarco ja Iennaco, 2024).

Skisofreeniaga patsientide käsitluses on lisaks füüsilise tervise jälgimisele oluline regulaarselt hinnata ka vaimset seisundit, psühhopatoloogilisi sümptomeid ja ravivastust kliinilise kontakti käigus (Psychosis and ..., 2014). Õed saavad hinnata psühhopatoloogilisi sümptomeid süstemaatiliselt, kasutades standardiseeritud hindamisskaalasid (Wen jt, 2025). Sümptomite raskusastme ning funktsionaalse toimetuleku hindamiseks kasutatakse positiivsete ja negatiivsete sümptomite skaalat (*Positive and Negative Syndrome Scale; PANSS*), positiivsete sümptomite hindamise skaalat (*Scale for the Assessment of Positive Symptoms; SAPS*) ja negatiivsete sümptomite hindamise skaalat (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms; SANS*). Samas sõltub nende skaalade praktiline väärtus suuresti hindaja kompetentsist ning kliinilise konteksti arvestamisest. (Kumari jt, 2017). Skisofreenia kognitiivsete häirete hindamiseks kasutatakse *MATRICES Consensus Cognitive Battery* hindamisvahendit, millega hinnatakse tähelepanu, mälu ja infotöötluse kiirust. Neurokognitiivne hindamine täiendab traditsioonilisi sümptomiskaalasid ning aitab paremini prognoosida patsiendi funktsionaalset taastumist. (Bezdicke jt, 2020).

3.3 Psühhoharidus, nõustamine ja terapeutiline suhe

Teadlikkus haiguse olemusest, ravi eesmärkidest ja võimalikest kõrvaltoimetest võib toetada patsiendi aktiivset osalemist ravis, mis on seotud parema ravisoostumuse ja ravi järjepidevusega (Kane jt, 2025). See on eriti oluline skisofreeniaga patsientide puhul, kuna haigusega kaasneb sageli piiratud haigusteadlikkus (Rose ja Harvey, 2025) ning negatiivne suhtumine ravisse (Velligan jt, 2017). Õe pakutav psühhoharidus, sh teadmiste suurendamine haiguse olemusest, ravi eesmärkidest ja võimalikest kõrvaltoimetest, toetab ravisoostumust ning aitab parandada ravitulemusi. Psühhoharidust ja nõustamist rakendatakse sageli osana mitmekomponentsetest sekkumisprogrammidest, mitte eraldiseisvate sekkumistena. (Wen jt, 2025).

Õe roll skisofreenia ravis hõlmab lisaks informatsiooni edastamisele patsiendi arusaamise kujundamist haiguse ja ravi kohta, arvestades individuaalseid vajadusi (Lin jt, 2022). Patsientide teadlikkus süstitava depoo-antipsühhootilise ravi kohta on sageli piiratud, kuna märkimisväärne osa patsientidest ei ole sellest ravivõimalusest teadlik (Emsley jt, 2015), mistõttu võib süstitav ravi tekitada patsientides ebamugavust ning küsimusi autonoomia ja kontrolli osas (Kane jt, 2025). Seetõttu peab õe roll olema suunatud psühhohariduse pakkumisele, depooravi normaliseerimisele ning patsiendi ja tema lähedaste toetamisele teadlike raviotsuste tegemisel (Rediger, 2025). Süstitava depoo-antipsühhootilise ravi korral võib psühhoharidus olla integreeritud ravimi manustamise protsessi, kus õde saab süsti ettevalmistamise ja läbiviimise ajal toetada patsiendi kaasamist, vähendada ärevust ning soodustada ravi aktsepteerimist (Guiguet-Auclair jt, 2023).

Õde saab käsitleda patsiendi hoiakuid ja võimalikke väärarusaamu ravi suhtes, sh ka süstitava depooravi suhtes, kuna negatiivsed uskumused ja vähene haigusteadlikkus võivad vähendada ravisoostumust (Emsley jt, 2015). Süstitava depoo-antipsühhootilise ravi vastuvõtmise ja jätkamise toetamiseks saab õde rakendada traumateadlikku lähenemist, arvestades patsiendi varasemaid kogemusi, toetades autonoomiat ning luues turvalise ravikeskkonna, mis võib aidata vähendada ravi suhtes tekkivat vastupanu. Õde on keskne usaldusliku terapeutilise suhte kujundamisel, mis võimaldab paremini mõista patsiendi vajadusi ja muresid ning toetada ravisoostumust. (Rediger, 2025).

Õe juhitud psühhohariduslikud sekkumised ja järjepidev nõustamine on seotud patsientide teadmiste suurenemisega haiguse ja ravi kohta, toetavad ravisoostumust ning on omakorda seotud parema sotsiaalse funktsioneerimisega (Wen jt, 2025) ja elukvaliteediga (Vonderhaar ja Snyder, 2019). Kuigi olemasolevad uuringud viitavad õe juhitud psühhohariduslike sekkumiste positiivsele mõjule, on nende sekkumiste tõenduspõhisus ebaühtlane ning vajab süstemaatilist hindamist. Samuti on piiratud andmed sekkumiste pikaajalise mõju kohta, mis raskendab nende rakendamise hindamist kliinilises praktikas. (Gramaglia, 2025).

3.4 Õdede teadmised ja koolitusvajadus

Õed on sageli need spetsialistid, kellega psühhiaatrilisel patsiendil kujuneb kõige sagedasem ja pikaajalisem kontakt, mis seab nad kesksele positsioonile haiguse ja ravi käsitlemisel (Mahone jt, 2016). Skisofreeniaga patsientide toetamine eeldab õdedelt põhjalikke teadmisi haiguse sümptomitest, ravivõimalustest ja psühhosotsiaalsetest teguritest, samuti oskusi terapeutilises suhtluses, riskihindamises ning antipsühhootilise ravi jälgimises. Õdede pädevus mõjutab otseselt ravikvaliteeti ja patsiendi taastumisprotsessi. Uuringud näitavad, et vaid vähesed õed omavad kõrget pädevust skisofreenia käsitlemisel. Seetõttu on vajalikud spetsiifilised koolitusprogrammid ja pidev erialane täiendkoolitus, et parandada õdede teadmisi ja kliinilisi oskusi ning tagada kvaliteetne psühhiaatriline õendusabi. (Basfr ja El-Bilsha, 2025).

Psühhiaatria valdkonnas töötavate õdede teadmistes ja kliinilises praktikas esineb puudujääke pika toimeajaga süstitavate depoo-antipsühhootikumide käsitlemisel, mis võib vähendada õdede enesekindlust depooravimite manustamisel ja nende tõenduspõhisel kasutamisel kliinilises praktikas (Lin jt, 2023). Intramuskulaarsete süstide manustamisega seotud praktilised aspektid, nagu süstetehnika, süstekoha valik ja protseduuriline ohutus, eeldavad ühtseid kliinilisi praktikaid ja selgeid juhiseid (Guiguet-Auclair jt, 2023). Samas võivad juhised olla ebapiisavad või ebaselged ning õdede otsused põhinevad sageli individuaalsel kogemusel, mitte standardiseeritud tõenduspõhistel lähenemistel. Uuringud näitavad, et intramuskulaarsed süstid ei jõua alati lihasesse, mis viitab vajadusele paremate teadmiste ja oskuste järele anatoomia, süstetehnika ning nõelapikkuse valiku osas. On leitud, et süstimise täpsust parandavad eelkõige spetsiifiline väljaõpe ja praktiline kogemus protseduuri teostamisel. (Soliman jt, 2018).

Psühhiaatria valdkonnas töötavad õed kasutavad kliinilises praktikas erinevaid strateegiaid ravisoostumuse toetamiseks, kuid need teadmised põhinevad sageli kogemuslikul teadmisel

ning võivad olla olukorrast sõltuvad ega ole alati süsteemselt kirjeldatud või standardiseeritud. Kui teadmised tuginevad peamiselt kogemustele, võib nende süstemaatiline edasiandmine vähem kogenud õdedele olla piiratud. Õdede pädevuse arendamine skisofreenia ja depoo-antipsühhootilise ravi toetamisel eeldab nii teoreetilisi teadmisi kui ka praktilist väljaõpet, mis aitab suurendada kindlustunnet ravimite käsitlemisel kliinilises praktikas. Lisaks toetavad teadmiste rakendamist kliinilises praktikas töökohapõhine juhendamine ja kolleegide toetus. (Lin jt, 2023).

Tervishoiutöötajate piiratud kogemus süstitavate depoo-antipsühhootikumide kasutamisel võib tekitada ebamugavust nende käsitlemisel ning on kirjeldatud olulise barjäärina nende rakendamisel kliinilises praktikas. On leitud, et spetsialistid võivad eeldada patsientide negatiivset suhtumist, kuigi uuringud viitavad, et patsiendid võivad eelistada depooravi selle mugavuse ja parema funktsionaalse toimetuleku tõttu. See rõhutab vajadust lisaks farmakoloogilistele teadmistele arendada ka tõhusaid kommunikatsiooni- ja psühhoharidusoskusi, et toetada jagatud otsustamist. Samas on tervishoiutöötajate hoiakuid käsitlev uurimistöö piiratud. (Kverno ja Rozenberg, 2021).

4. ARUTELU

Lõputöö teema valikut mõjutas autori töökogemus psühhiaatriakliinikus, kus süstitava depoo-antipsühhootilise ravi toetamine ei ole ühtselt standardiseeritud ning õe roll ei ole selgelt määratletud. Praktika tugineb sageli individuaalsetele teadmistele ja kogemustele, mis võib viia ebahühtlase õendusabi osutamiseni. Lõputöö eesmärk oli kirjeldada süstitava depoo-antipsühhootilise ravi rakendamist ning õe rolli selle ravi toetamisel skisofreeniaga patsientidel, tuginedes olemasoleva teaduskirjanduse sünteesile. Lõputöö autor leidis, et kuigi õe roll on kliinilises praktikas oluline, ei ole seda teaduskirjanduses piisavalt selgelt ja süsteemselt määratletud. Uuringud keskenduvad peamiselt süstitava depooravi farmakoloogilisele efektiivsusele, samas kui ravi edukus ei sõltu üksnes ravimi toimest, vaid ka toetavatest sekkumistest, mis aitavad tagada ravil püsimise.

Kane jt (2025) ja Keepers jt (2020) sõnul seisneb depooravi peamine väärtus ravisoostumuse parandamises ja ägenemiste vähendamises, mistõttu sobib see eriti patsientidele, kellel esineb raskusi raviskeemi järgimisega. Boyer jt (2023), Barnett ja Pappa (2025) ning Tiihonen jt (2017) reaalelu andmetel põhinevad uuringud viitavad depooravi positiivsele mõjule ravisoostumusele ning hospitaliseerimise ja haiglaravi kestuse vähenemisele, kuid need tulemused ei ole üheselt kooskõlas randomiseeritud kontrollitud uuringutega. Correll ja Lauriello (2020) tõdevad, et randomiseeritud uuringud ei näita alati selget eelist suukaudse ravi ees, samas kui kliinilise praktika andmed toetavad depooravi efektiivsust ägenemiste ennetamisel. Lõputöö autori arvates võib see vastuolu tuleneda uuringute metodoloogilistest erinevustest, sealhulgas patsientide valikust ja kaasnevatest sekkumistest. Depooravi kasutatakse sagedamini ravisoostumatutel patsientidel, kellel on suurem ägenemiste ja hospitaliseerimise risk ning sageli ka ebasoodsam raviprognos (Boyer jt, 2023). Seetõttu võib ravi mõju sellises populatsioonis näida tegelikust väiksem. Randomiseeritud kontrollitud uuringutes osalevad seevastu sagedamini stabiilsemas seisundis patsiendid, mistõttu võib depooravi tegelik mõju kliinilises praktikas jääda alahinnatuks.

Kane jt (2025) järgi võivad depooravi paremad ravitulemused olla seotud raviskeemi lihtsustamise ja patsiendi ravikoormuse vähenemisega, kuna puudub vajadus igapäevaseks tableti manustamiseks. Samas näitas Barnett ja Pappa (2025) vaatlusuuring, et ligi pool patsientidest katkestas depooravi, mis viitab lõputöö autori hinnangul sellele, et ravisoostumuse probleemi lahendamiseks ei pruugi üksnes ravimi manustamisviisi muutmisest piisata.

Depooravi tõhusus sõltub tõenäoliselt ka patsiendi ravivalmidusest, haigusteadlikkusest, motivatsioonist ning toetavatest mittefarmakoloogilistest sekkumistest.

Õe rolli käsitletakse teaduskirjanduses sageli kitsalt tehnilise protseduurina, keskendudes süstimise teostamisele (Guiguet-Auclair jt, 2023; Lin jt, 2023). Selline käsitlus ei pruugi lõputöö autori hinnangul täielikult hõlmata kõiki õe rolli aspekte kliinilises praktikas, kus lisaks süstimise teostamisele on oluline ka patsiendi psühhoharidus, nõustamine ning raviprotsessi järjepidevuse toetamine. Lõputöö autor nõustub Guiguet-Auclair jt (2023) ja Lin jt (2023) arvamusega, et lisaks tehnilistele oskustele eeldab õe roll depooravi toetamisel ka arenenud suhtlemisoskust ja kliinilist otsustusvõimet, kus ta peab suutma hinnata patsiendi valmisolekut raviks, tuvastada ravibarjääre ning kohandada lähenemist vastavalt patsiendi vajadustele.

Õel on oluline roll patsiendi võimestamisel ja jagatud otsustamise toetamisel (Mahone jt, 2016) ning infovahendajana ja raviotsustes osalejana (Vonderhaar ja Snyder, 2020). Citrome (2022) märgib, et patsiendid eelistavad süstitavat depooravi sagedamini siis, kui neid kaasatakse aktiivselt ravivalikusse. Seda toetavad Kane jt (2025), kelle sõnul võib depooravi tõstatada autonoomia ja kontrolliga seotud küsimusi. Lõputöö autori hinnangul on patsiendi aktiivne kaasamine ja põhjalik informeerimine oluline õendussekkumine, mis aitab vähendada väärarusaamu ja ravivastumeelsust ning toetab ravisoostumust. Õe keskne roll tuleneb sellest, et ta on sageli patsiendiga kõige tihedamas ja järjepidevamas kontaktis, mis võimaldab kujundada usalduslikku ravisuhet ning toetada patsiendi teadlikku osalemist raviprotsessis.

Emsley jt (2015) leidsid, et õdede hinnangul on patsientidel puudulikud teadmised depooravi kohta. Lõputöö autori arvates võib selline hinnang tuleneda sellest, et patsiendid pöörduvad oma küsimuste ja muredega sageli just õdede poole, mistõttu puutuvad õed vahetult kokku patsientide teadmiste puudujääkide ja väärarusaamadega. See rõhutab õe kesket rolli psühhohariduse pakkujana. Lõputöö autori arvamus ühtib Redigeri (2025) seisukohaga, et õe ülesanne on selgitada ravi olemust, normaliseerida depooravi ning toetada patsienti ja tema lähedasi teadlike raviotsuste tegemisel, ning vajaduse korral tuleb rakendada ka traumateadlikku lähenemist patsientidele, kellel on varasemad negatiivsed kogemused depooraviga. Lõputöö autori hinnangul peab depooravi käsitlev psühhoharidus olema individuaalselt kohandatud, kuna ravi võib tõstatada nii varasemate negatiivsete kogemustega seotud reaktsioone (Rediger, 2025) kui ka autonoomia ja kontrolliga seotud küsimusi (Kane jt, 2025), mis võivad mõjutada ravi aktsepteerimist ja ravisoostumust. Samas on depooravi-

spetsiifilisi psühhohariduslikke sekkumisi seni vähe uuritud, mistõttu nende tõhusus ei ole piisavalt selgelt tõendatud.

DeMarco ja Iennaco (2024) ning Wynaden jt (2017) rõhutavad õe rolli somaatilise tervise jälgimisel, kuid uuringud näitavad, et metaboolne seire on praktikas sageli ebapiisav ega vasta ravijuhendite soovitudele (Keenan jt, 2020). Selle peamiseks põhjusteks peetakse rollide ebaselgust ja süsteemseid barjääre (Wynaden jt, 2016; Ward jt, 2017). DeMarco ja Iennaco (2024) leidsid, et kuigi standardiseeritud õe juhitud protokoll võib parandada metaboolsete näitajate jälgimist, peavad paljud õed seda endiselt arsti vastutusalaaks. Lõputöö autori hinnangul viitab see sellele, et probleem ei seisne üksnes teadmistes, vaid eelkõige rollitaju ja vastutuse jaotuses. See võib vähendada õdede valmisolekut somaatilist tervist järjepidevalt jälgida, mistõttu võib depooravi visiitide potentsiaal patsiendi terviklikuks hindamiseks jääda kasutamata.

Kverno ja Rozenberg (2021) järgi takistavad tervishoiutöötajate ebakindlus ja piiratud kogemus süstitava depoo-antipsühhootilise ravi rakendamisel selle laiemat kasutuselevõttu. Kuigi autorid ei käsitle eraldi õdede hoiakuid, võimaldavad teiste uuringute tulemused seda laiendada ka õdedele. Basfr ja El-Bilsha (2025) ning Lin jt (2023) viitavad puudujääkidele õdede teadmistes, oskustes, rolli selguses ning standardiseeritud juhiste puudumises, mis võib soodustada ebaühtlast kliinilist praktikat, vähendada ravi järjepidevust ja õendusabi kvaliteeti ning piirata õdede aktiivset rolli patsiendi jälgimisel ja toetamisel. Seetõttu on vajalik selgemate juhiste ja sihipärase koolituse arendamine.

Lõputöö käigus ilmnes, et õendussekkumisi ei käsitleta süstitava depoo-antipsühhootilise ravi kontekstis piisavalt spetsiifiliselt, vaid need sulanduvad üldiste skisofreenia ravi käsitlustega. Seetõttu jääb õe roll sageli kaudseks ning puudub selge tõenduspõhine raamistik, mis kirjeldaks õe konkreetseid sekkumisi depooravi toetamisel. Probleemi süvendab terminoloogiline ebaselgus (nt „tervishoiutöötaja“ või „vaimse tervise spetsialist“) teaduskirjanduses, mis varjab õe autonoomset panust ja raskendab selle mõju hindamist.

Käesoleva lõputöö piiranguteks võib pidada seda, et tegemist ei ole süstemaatilise kirjanduse ülevaatega ning kasutatud allikad on heterogeensed, mistõttu on järelduste üldistatavus piiratud. Rahvusvaheliste allikate ülekaal piirab tulemuste ülekantavust Eesti tervishoiu konteksti.

Lõputöö autori töökogemuse põhjal psühhiaatriakliinikus on süstitava depoo-antipsühhootilise ravi toetamine sageli ebaühtlane ja sõltub suurel määral õe isiklikest teadmistest ja kogemustest. Lõputöö autori hinnangul viitab see vajadusele selgemalt määratleda õe roll, vastutus ja konkreetsed õendussekkumised depooravi toetamisel. Selleks on vaja uuringuid, mis käsitleksid õdede hoiakuid ja teadmisi ning hindaksid õendussekkumiste mõju. Ilma selleta jääb praktika kogemuslikuks ega ole piisavalt tõenduspõhine ja võrreldav.

Lõputöö autori ettepanekud:

- Lõputöö autor tutvustab oma tööd SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla Psühhiaatriakliiniku polikliinikus, eesmärgiga tõsta õdede teadlikkust ja rolliselgust, tutvustada tõenduspõhiseid sekkumisi ning algatada arutelu õe rolli mõjust süstitava depoo-antipsühhootilise ravi toetamisel.
- Lõputöö autor koostab juhendi „Süstitavat depoo-antipsühhootilist ravi toetavad õendussekkumised“ SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla Psühhiaatriakliiniku polikliiniku õdedele.
- Lõputöö autor plaanib teemat edasi arendada magistritöös, viies läbi kvalitatiivse uurimuse õdede teadmiste, hoiakute ja rollitaju kohta süstitava depoo-antipsühhootilise ravi toetamisel skisofreeniaga patsientide käsitlemisel SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla Psühhiaatriakliiniku polikliinikus.
- Lõputöö autor plaanib avaldada lõputööd tutvustava artikli ajakirjas Eesti Õde.

JÄRELDUSED

Süstitavat depoo-antipsühhootilist ravi rakendatakse eelkõige ravijärjepidevust toetava strateegiana, mille farmakoloogiline eesmärk on võrreldav suukaudse raviga. Selle peamine eelis seisneb ravisoostumuse paremas tagamises ning võimaluses patsienti regulaarselt jälgida. Depooravi võib olla eriti tõhus patsientidel, kelle ravisoostumus on ebapiisav, aidates vähendada hospitaliseerimiste riski ja ennetada ägenemisi. Ravi edukas rakendamine eeldab regulaarset ravimi manustamist, ohutut ning standardiseeritud süstimistehnikat ja kõrvaltoimete järjepidevat jälgimist. Regulaarne kontakt tervishoiutöötajaga võimaldab hinnata patsiendi vaimset seisundit, tuvastada varakult probleemid ning kujundada terapeutilist suhet. Samas katkestab ligikaudu pool patsientidest depooravi, mis näitab, et ka tõenduspõhine ja efektiivne ravimeetod ei taga soovitud ravitulemusi, kui patsient ravil ei püsi. Tuginedes teaduskirjandusele võib järeldada, et süstitava depooravi rakendamist ja kvaliteeti mõjutavad tervishoiutöötajate teadmised, oskused, hoiakud ja varasemad kogemused, patsiendi varasemad ravikogemused, valmisolek ja kaasamine raviprotsessi, samuti toetavate sekkumiste olemasolu ning teenuse korralduslikud tegurid, sealhulgas rollijaotus ravimeeskonnas. Positiivne ravikogemus võib soodustada ravil püsimist, mis on depooravi efektiivsuse seisukohalt kriitilise tähtsusega.

Õe roll süstitava depoo-antipsühhootilise ravi toetamisel skisofreeniaga patsientidel hõlmab ravimi ohutut manustamist, patsiendi seisundi jälgimist ja hindamist ning ravisoostumuse kujundamist ja säilitamist. Õde jälgib kõrvaltoimeid, on sageli patsiendi peamine kontaktisik ning toetab psühhohariduse, nõustamise ja terapeutilise suhte kaudu patsiendi valmisolekut raviga jätkata, märgates varakult ravikatkestuse riski ja vahendades infot patsiendi ning ravimeeskonna vahel. Tuginedes teaduskirjandusele võib järeldada, et süstitava depoo-antipsühhootilise ravi efektiivsus sõltub ka õe juhitud sekkumistest; õe pädevus on depooravi kvaliteedi ja ravil püsimise seisukohalt määrava tähtsusega. Samas on õe roll tõenduspõhises kirjanduses ebapiisavalt kirjeldatud; depooravi toetavaid õendussekkumisi ja nende mõju ravitulemustele ei käsitleta selgelt. Lisaks võib rollide ebaselgus ravimeeskonnas piirata õdede professionaalset autonoomiat ja vähendada nende valmisolekut võtta vastutust. Selle tulemusena võivad jääda rakendamata sekkumised, mis toetavad depooravil püsimist. Vajalikud sihipärased uuringud, mis keskenduvad õe rollile ja õendussekkumiste mõjule skisofreeniaga patsientide toetamisel süstitava depooravi kontekstis.

Lõputöös püstitatud uurimisülesanded täideti ning töö eesmärk saavutati.

KASUTATUD KIRJANDUS

- Barnett, J., & Pappa, S. (2025). Long-term outcomes of Aripiprazole long-acting injectable: A 10-year mirror image study of patient acceptability and treatment effectiveness. *Schizophrenia* 2025 11:1, 11(1), 92-
<https://doi.org/10.1038/s41537-025-00637-7>
- Basfir, W. A., & El-Bilsha, M. (2025). Nurses' Knowledge And Skills About Of Caring Of Patients' Schizophrenia At Jeddah General Hospitals. *The Review Of Diabetic Studies*, 21. <https://doi.org/10.70082/zp80m87>
- Bezdicsek, O., Michalec, J., Kališová, L., Kufa, T., Děchtěrenko, F., Chlebovcová, M., Havlík, F., Green, M. F., & Nuechterlein, K. H. (2020). Profile of cognitive deficits in schizophrenia and factor structure of the Czech MATRICS Consensus Cognitive Battery. *Schizophrenia Research*, 218, 85–92.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.02.004>
- Boyer, L., Falissard, B., Nuss, P., Collin, C., Duret, S., Rabbani, M., Chefdebien, I. D., Tonelli, I., Llorca, P. M., & Fond, G. (2023). Real-world effectiveness of long-acting injectable antipsychotic treatments in a nationwide cohort of 12,373 patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Molecular Psychiatry* 2023 28:9, 28(9), 3709–3716. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02175-z>
- Brissos, S., Veguilla, M. R., Taylor, D., & Balanzá-Martinez, V. (2014). The role of long-acting injectable antipsychotics in schizophrenia: A critical appraisal. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 4(5), 198–219. <https://doi.org/10.1177/2045125314540297>
- Chaiyakunapruk, N., Chong, H. Y., Teoh, S. L., Wu, D. B.-C., Kotirum, S., & Chiou, C.-F. (2016). Global economic burden of schizophrenia: A systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 357. <https://doi.org/10.2147/NDT.S96649>
- Citrome, L. (2022). Long-acting injectable antipsychotics: What, when, and how – CORRIGENDUM. *CNS Spectrums*, 27(6), 764–764. <https://doi.org/10.1017/S1092852921000778>
- Correll, C. U., & Lauriello, J. (2020). Using long-acting injectable antipsychotics to enhance the potential for recovery in schizophrenia. *J. Clin. Psychiatry*, 81(4). <https://doi.org/10.4088/jcp.ms19053ah5c>
- Cramer, J. A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C. J., Fuldeore, M. J., Ollendorf, D. A., & Wong, P. K. (2008). Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 11(1), 44–47. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00213.x>
- DeMarco, J. T., & Iennaco, J. D. S. (2024). AMPLifying metabolic screening for inpatients on antipsychotic medications with a nurse-driven protocol. *Archives of Psychiatric Nursing*, 49, 113–117. <https://doi.org/10.1016/J.APNU.2024.02.007>
- Emsley, R., Alptekin, K., Azorin, J. M., Cañas, F., Dubois, V., Gorwood, P., Haddad, P. M., Naber, D., Olivares, J. M., Papageorgiou, G., Roca, M., Thomas, P., Hargarter, L., & Schreiner, A. (2015). Nurses' perceptions of medication adherence in schizophrenia: Results of the ADHES cross-sectional questionnaire survey. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 5(6), 339. <https://doi.org/10.1177/2045125315612013>
- Fernández-Miranda, J. J., Díaz-Fernández, S., Cepeda-Piorno, F. J., & López-Muñoz, F. (2024). Long-Acting Injectable Second-Generation Antipsychotics in Seriously Ill Patients with Schizophrenia: Doses, Plasma Levels, and Treatment Outcomes. *Biomedicines* 2024, Vol. 12, 12(1). <https://doi.org/10.3390/BIOMEDICINES12010165>
- Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. (2022). *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137–150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Gramaglia, C., Gambaro, E., Bestagini, L., Bassi, E., Molin, A. D., & Zeppegno, P. (2025). Nurse-led psychoeducational interventions in patients suffering from schizophrenia or other psychotic disorders and their families: A scoping review protocol. *PloS One*, 20(7), e0327486. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0327486>

Greene, M., Yan, T., Chang, E., Hartry, A., Touya, M., & Broder, M. S. (2018). Medication adherence and discontinuation of long-acting injectable versus oral antipsychotics in patients with schizophrenia or bipolar disorder. *Journal of Medical Economics*, 21(2), 127–134. <https://doi.org/10.1080/13696998.2017.1379412;WGROU:STRING:PUBLICATION>

Guiguet-Auclair, C., Bernard, L., Boisgard, S., Cardinaud, Z., Fernandes, J., Debost-Légrand, A., Gregoire, E., Lanquetin, J. P., Morin, N., Lopes, E., Noel, T., Guillot, B., Viennet, H., Reynaud, D., Traore, O., & Légrand, G. (2023). Clinical practice recommendations for nurse-administered intramuscular injections in mental health: A modified Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*, 79(10), 3956–3980. <https://doi.org/10.1111/jan.15709>

ICD-10 Version: 2019: F20–F29 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders. (2019). World Health Organization. <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F20-F29> (04.03.2026).

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: 6A20 Schizophrenia. (2025). World Health Organisation. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1683919430> (06.03.2026).

Kane, J. M., Agid, O., Castle, D. J., Citrome, L., Fagiolini, A., Kishimoto, T., Larrauri, C. A., Leucht, S., Rubio, J. M., Sajatovic, M., Schooler, N., & Correll, C. U. (2025). The Use of Long-Acting Injectables for People with Schizophrenia: Consensus Panel Recommendations for Overcoming Barriers and Implementing Treatment. *Neurology and Therapy* 2025 14:6, 14(6), 2551–2581. <https://doi.org/10.1007/S40120-025-00838-3>

Kane, J. M., Schooler, N. R., Marcy, P., Correll, C. U., Achtyes, E. D., Gibbons, R. D., & Robinson, D. G. (2020). Effect of Long-Acting Injectable Antipsychotics vs Usual Care on Time to First Hospitalization in Early-Phase Schizophrenia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 77(12), 1217–1224. <https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2020.2076>

Kappi, A., Wang, T., Farsakh, B. A., & Okoli, C. T. C. (2025). Clinical, Quality of Life, and Health Care Utilization Outcomes of Switching the Administration Route of Antipsychotic Medications Among People With Schizophrenia Spectrum Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 31(2), 138–164. <https://doi.org/10.1177/10783903241279605;ISSUE:ISSUE:DOI>

Keenan, R., Chepulis, L., Ly, J., Carter, S., Lao, C., Asim, M., Bhat, A., Deo, S., Lim, K. P., Mohammed, R., Scarlet, S., & Lawrenson, R. (2020). Metabolic screening in primary care for patients with schizophrenia or schizoaffective disorder and taking antipsychotic medication. *Journal of Primary Health Care*, 12(1), 29–34. <https://doi.org/10.1071/HC19023>

Keepers, G. A., Fochtmann, L. J., Anzia, J. M., Benjamin, S., Lyness, J. M., Mojtabai, R., Servis, M., Walaszek, A., Buckley, P., Lenzenweger, M. F., Young, A. S., Degenhardt, A., Hong, S.-H., & Review), (Systematic. (2020). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. (Washington, DC). <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.177901>

Kumari, S., Mph, M., Malik, M., Florival, M. C., Manalai, M. P., Md, & Md, S. S. (2017). An Assessment of Five (PANSS, SAPS, SANS, NSA-16, CGI-SCH) commonly used Symptoms Rating Scales in Schizophrenia and Comparison to Newer Scales (CAINS, BNSS). *Journal of Addiction Research & Therapy*, 08(03). <https://doi.org/10.4172/2155-6105.1000324>

Leucht, S., Cipriani, A., Spineli, L., Mavridis, D., Örey, D., Richter, F., Samara, M., Barbui, C., Engel, R. R., Geddes, J. R., Kissling, W., Stapf, M. P., Lässig, B., Salanti, G., & Davis, J. M. (2013). Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: A multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*, 382(9896), 951–962. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60733-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60733-3)

Leucht, S., Priller, J., & Davis, J. M. (2024). Antipsychotic Drugs: A Concise Review of History, Classification, Indications, Mechanism, Efficacy, Side Effects, Dosing, and Clinical Application. *The American journal of psychiatry*, 181(10), 865–878. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.20240738>

Lin, Y. Y., Hou, W. L., & Lin, M. L. (2023). Psychiatric Nurses' Knowledge and Practice Barriers to Administering Long-Acting Injectable (LAI) Antipsychotics in Taiwan: A Mixed-Methods Study. *Healthcare*, 11(12), 1670. <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE11121670>

- Lin, Y.-Y., Yen, W.-J., Hou, W.-L., Liao, W.-C., Lin, M.-L., Lin, Y.-Y., Yen, W.-J., Hou, W.-L., Liao, W.-C., & Lin, M.-L. (2022). Mental Health Nurses' Tacit Knowledge of Strategies for Improving Medication Adherence for Schizophrenia: A Qualitative Study. *Healthcare* 2022, Vol. 10, 10(3). <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE10030492>
- Llorca, P. M., Abbar, M., Courtet, P., Guillaume, S., Lancrenon, S., & Samalin, L. (2013). Guidelines for the use and management of long-acting injectable antipsychotics in serious mental illness. *BMC Psychiatry*, 13(1), 340. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-340>
- Livsannyam, E., Jain, M. S., Pormento, M. K. L., Siddiqui, H., Balagtas, A. R. A., Emuze, B. O., & Poprawski, T. (2022). Neurobiology of Schizophrenia: A Comprehensive Review. *Cureus*, 14(4), e23959. <https://doi.org/10.7759/cureus.23959>
- Mahone, I. H., Maphis, C. F., & Snow, D. E. (2016). Effective Strategies for Nurses Empowering Clients With Schizophrenia: Medication Use as a Tool in Recovery. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(5), 372–379. <https://doi.org/10.3109/01612840.2016.1157228;JOURNAL:JOURNAL:IMHN20;WGROU:STRING:PUBLICATION>
- Manta, A., Georganta, A., Roumpou, A., Zoumpourlis, V., Spandidos, D., Rizos, E., & Peppas, M. (2025). Metabolic syndrome in patients with schizophrenia: Underlying mechanisms and therapeutic approaches (Review). *Molecular Medicine Reports*, 31(5), 1–16. <https://doi.org/10.3892/mmr.2025.13479>
- McCutcheon, R. A., Keefe, R. S. E., & McGuire, P. K. (2023). Cognitive impairment in schizophrenia: Aetiology, pathophysiology, and treatment. *Molecular Psychiatry*, 28(5), 1902–1918. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-01949-9>
- McCutcheon, R. A., Krystal, J. H., & Howes, O. D. (2020). Dopamine and glutamate in schizophrenia: Biology, symptoms and treatment. *World Psychiatry*, 19(1), 15–33. <https://doi.org/10.1002/wps.20693>
- Meditsiinilise tõendus põhise hinnang: Ravi süstitava atüüpilise antipsühhootikumi depooormiga. (2015). Tervisekassa. https://tervisekassa.ee/sites/default/files/TTL/register_2015/hinnangud/1113_mth_2015.pdf
- Mir, T. H. (2023). Adherence Versus Compliance. *HCA Healthcare Journal of Medicine*, 4(2). <https://doi.org/10.36518/2689-0216.1513>
- Oakley, P., Kisely, S., Baxter, A., Harris, M., Desoe, J., Dziouba, A., & Siskind, D. (2018). Increased mortality among people with schizophrenia and other non-affective psychotic disorders in the community: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 102, 245–253. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHIRES.2018.04.019>
- Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management. (2014). National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178> (02.09.2025).
- Ravi süstitava atüüpilise antipsühhootikumi depooormiga: Teenuse taotlus nr 1068 (2015). Tervisekassa. https://tervisekassa.ee/sites/default/files/TTL/2016/1068_taotlus.pdf
- Rediger, K. (2025). Improving Schizophrenia Treatment Through Collaborative Care: Use of Long-Acting Injectable Antipsychotics. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 63(11), 10–13. <https://doi.org/10.3928/02793695-20251014-01>
- Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D. J., Maercker, A., Tyrer, P., Claudino, A., Garralda, E., Salvador-Carulla, L., Ray, R., Saunders, J. B., Dua, T., Poznyak, V., Medina-Mora, M. E., Pike, K. M., ... Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1), 3–19. <https://doi.org/10.1002/wps.20611>
- Rose, B., & Harvey, P. D. (2025). Anosognosia in schizophrenia. *CNS Spectrums*, 30(1), e24. <https://doi.org/10.1017/S1092852924002323>

Sarkhel, S., Singh, O., & Arora, M. (2020). Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(8), 319. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_780_19

Schizophrenia. (2025). World Health Organisation. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/schizophrenia> (29.10.2025).

Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 104, 333–339. <https://doi.org/10.1016/J.JBUSRES.2019.07.039>

Soliman, E., Ranjan, S., Xu, T., Gee, C., Harker, A., Barrera, A., & Geddes, J. (2018). A narrative review of the success of intramuscular gluteal injections and its impact in psychiatry. *Bio-Design and Manufacturing*, 1(3), 161–170. <https://doi.org/10.1007/s42242-018-0018-x>

Soosaar, A. (2016). *Meditsiinieetika*. Tartu Ülikooli Kirjastus. <http://www.digar.ee/id/et/nlib-digar:294891>

Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli kirjalike tööde vormistamise juhend. (2023, muudetud 2025). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. <https://www.ttk.ee/sites/default/files/2026-02/TTK%20kirjalike%20%C3%B6%C3%B6de%20juhend%2011%202025%20veebi.pdf> (08.05.2026).

Tervise Arengu Instituut. (2025). *PKH2: Uued ambulatoorsed psühhiaatrilised haigusjuhud soo ja vanuserühma järgi*. http://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_02Haigestumus_05Psyhikahaired/PKH2.px (14.12.2025).

Tervise Arengu Instituut. (2025). *PKH4: Psühhiaatria haiglaravilt väljakirjutatud, voodipäevad ja ravikestus põhidiagnoosi ja vanuserühma järgi*. (2025). http://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_02Haigestumus_05Psyhikahaired/PKH4.px (14.12.2025).

Tiihonen, J., Mittendorfer-Rutz, E., Majak, M., Mehtälä, J., Hoti, F., Jedenius, E., Enksson, D., Leval, A., Sermon, J., Tanskanen, A., & Taipale, H. (2017). Real-World Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29 823 Patients With Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, 74(7), 686–693. <https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2017.1322>

Uurimissuunad. (2025). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. <https://www.ttk.ee/et/oenduse-oppetool-uurimissuunad> (08.05.2026).

Vancampfort, D., Stubbs, B., Mitchell, A. J., De Hert, M., Wampers, M., Ward, P. B., Rosenbaum, S., & Correll, C. U. (2015). Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 14(3), 339–347. <https://doi.org/10.1002/wps.20252>

Vasileiou, K., Barnett, J., Thorpe, S., & Young, T. (2018). Characterising and justifying sample size sufficiency in interview-based studies: Systematic analysis of qualitative health research over a 15-year period. *BMC Medical Research Methodology* 2018 18:1, 18(1), 148-. <https://doi.org/10.1186/S12874-018-0594-7>

Velligan, D. I., Sajatovic, M., Hatch, A., Kramata, P., & Docherty, J. P. (2017). Patient Preference and Adherence Dovepress why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Preference and Adherence*, 11–449. <https://doi.org/10.2147/PPA.S124658>

Vermeulen, J., Rooijen, G. V., Doedens, P., Numminen, E., Tricht, M. V., & Haan, L. D. (2017). Antipsychotic medication and long-term mortality risk in patients with schizophrenia; A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(13), 2217–2228. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000873>

Vonderhaar, B., & Snyder, M. (2020). Nursing Advocacy and Long Acting Injectables to Reduce High Readmission Rates: Quality Initiative. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(4), 389–393. <https://doi.org/10.1177/1078390319865333;WGROU:STRING:PUBLICATION>

Wang, D., Schneider-Thoma, J., Siafis, S., Burschinski, A., Dong, S., Wu, H., Zhu, Y., Davis, J. M., Priller, J., & Leucht, S. (2024). Long-Acting Injectable Second-Generation Antipsychotics vs Placebo and Their Oral Formulations in Acute Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized-Controlled-Trials. *Schizophrenia bulletin*, 50(1), 132–144. <https://doi.org/10.1093/SCHBUL/SBAD089>

Ward, T., Wynaden, D., & Heslop, K. (2018). Who is responsible for metabolic screening for mental health clients taking antipsychotic medications? *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 196–203. <https://doi.org/10.1111/inm.12309>

Wen, J., Li, M. Y., Song, P. P., & Teng, F. (2025). Effectiveness of evidence-based nursing interventions in the management of patients with schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1610260. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1610260>

Wynaden, D., Heslop, B., Heslop, K., Barr, L., Lim, E., Chee, G., Porter, J., & Murdock, J. (2016). The chasm of care: Where does the mental health nursing responsibility lie for the physical health care of people with severe mental illness? *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(6), 516–525. <https://doi.org/10.1111/inm.12242>

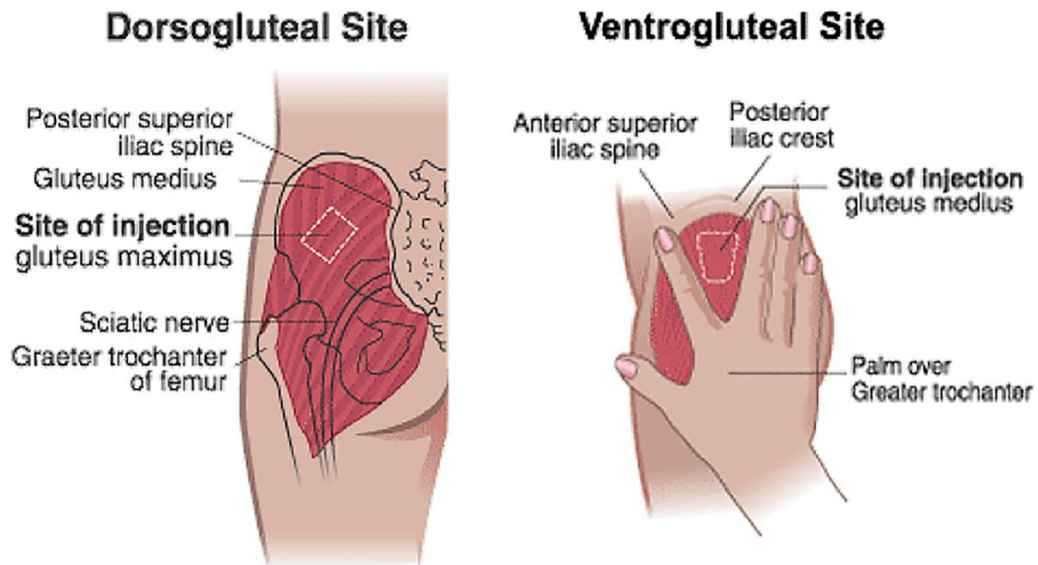
Tabel 1. Kirjadusallikate otsinguraport

Andmebaas	Otsingusõnad	Piirangud	Leitud allikate arv	Läbi töötatud allikate arv	Kasutatud allikate arv
PubMed	<i>schizophrenia AND nurs*</i>	2015–2025, inglise keel, täistekst	2686	14	3
PubMed	<i>long-acting injectable antipsychotics AND adherence</i>	2015–2025, inglise keel, täistekst	578	11	5
PubMed	<i>schizophrenia AND adherence AND nurs*</i>	2015–2025, inglise keel, täistekst	63	7	2
PubMed	<i>long-acting injectable antipsychotics AND nurs*</i>	2015–2025, inglise keel, täistekst	70	4	2
EBSCOhost (MEDLINE; CINAHL Ultimate; Health Source: Nursing/Academic Edition)	<i>long-acting injectable antipsychotics AND nurs*</i>	2015–2025, inglise keel, täistekst	62	3	2
EBSCOhost (MEDLINE; CINAHL Ultimate; Health Source: Nursing/Academic Edition)	<i>schizophrenia AND nurs*</i>	2015–2025, inglise keel, täistekst	4075	13	3
SAGE Journals	<i>long-acting injectable antipsychotics AND adherence</i>	2015–2025, inglise keel, <i>nursing</i> , täistekst	10	2	1
SAGE Journals	<i>schizophrenia</i>	2015–2025, inglise keel, <i>nursing</i> , täistekst	626	9	2
SLACK Journals	<i>schizophrenia</i>	2015–2025, inglise keel, täistekst	20	4	2
Google Scholar	<i>nurs* AND long-acting injectable antipsychotics</i>	2015–2025, inglise keel	6 900	6	1
Google Scholar	<i>long-acting injectable antipsychotics AND adherence</i>	2015–2025, inglise keel	12 800	11	1
Google Scholar	<i>schizophrenia AND adherence AND nurs*</i>	2015–2025, inglise keel	16 800	6	1
Google	<i>schizophrenia</i>	2015–2025, inglise keel	26 200 000	13	3

Google	<i>long-acting injectable antipsychotics</i>	2015–2025, inglise keel	39 200	10	1
Google	<i>psychoeducation definition</i>	2015–2025, inglise keel	108 000	3	1
Google	<i>adherence definition</i>	2015–2025, inglise keel	43 000 000	4	1
Google	süstitavad depoo-antipsühoetikumid	2015-2025	75	4	2
Google	<i>medical persistence</i>	-	73 400 000	3	1

Tabel 2. Otsingufiltrite kirjeldus Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasis (vaadatud 23.04.2026)

Allikas	Aja- vahemik	Diagnoosi- koodid	Vanuserühm, lisafiltrid	Päringu eesmärk
Haigestumus: Psüühika- ja käitumishäired: PKH2: Uued ambulatoorsed psühhiaatrilised haigusjuhud soo ja vanuserühma järgi	2015–2024	Skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired (F20-F29)	Vanuserühmad kokku, mehed ja naised kokku	Uute ambulatoorsete skisofreeniaspektri häirete (F20-F29) juhtude esinemise kirjeldamine
Haigestumus: Psüühika- ja käitumishäired: PKH4: Psühhiaatria haiglaravilt väljakirjutatud, voodipäevad ja ravikestus põhidiagnoosi ja vanuserühma järgi	2015–2024	Skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired (F20-F20.9)	Vanuserühmad kokku, haiglast välja kirjutatud, voodipäevad, keskmine ravikestus	Skisofreenia diagnoosi (F20–F20.9) haiglaravi kirjeldamine haiglast väljakirjutamiste arvu, voodipäevade ning keskmise ravikestuse alusel
Haigestumus: Psüühika- ja käitumishäired: PKH4: Psühhiaatria haiglaravilt väljakirjutatud, voodipäevad ja ravikestus põhidiagnoosi ja vanuserühma järgi	2015–2024	Kõik	Vanuserühmad kokku, voodipäevad	Skisofreenia diagnoosi (F20-F20.9) ravikoormuse osakaalu arvutamine võrreldes kõigi psüühika- ja käitumishäiretega



Joonis 1. Dorsogluteaalne ja ventrogluteaalne süstekohad (Soliman jt, 2018: 164).