

TALLINNA TERVISHOIU KÕRGKOO



Õenduse õppetool

Õe õppekava

Terje Mei

ÕDEDE SUITSIIDI PÕHJUSED JA ENNETAMINE

Lõputöö

Tallinn 2021

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

/Irma Nool, RN, MSc/

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

KOKKUVÕTE

Terje Mei (2021). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, Õenduse õppetool. Õdede suitsiidi põhjused ja ennetamine. Lõputöö 31 leheküljel, 39 kirjandusallikat, 4 lisa seitsmel leheküljel.

Uurimistöö eesmärk oli kirjeldada õdede suitsiidi põhjuseid ja ennetamist. Lõputöö on kirjanduse ülevaade. Uurimistöö koostamisel kasutati suuremas osas ingliskeelseid teemakohaseid ja tõenduspõhiseid kirjandusallikaid. Tõenduspõhised artiklid pärinevad EBSCOhost Web'i elektroonilistest andmebaasidest (Academic Search Complete, Business Source Complete, CINAHL Complete, ERIC, Health Source: Nursing/Academic Edition; MEDLINE, eBook Collection (EBSCOhost)). Kasutati PubMed, Google Scholar ja Google otsingumootoreid. Piiranguna kasutati *full text* ja *peer reviewed*, ajapiiranguga alates 2010—2021.

Õdede enesetappude põhjused on nii personaalsed kui töökeskkonnast tingitud. Personaalseteks põhjusteks on õdede vaimse tervise häired, millega sageli kaasneb narkootiliste ainete tarbimine või alkoholi kuritarvitamine. Õdedel on vähenenud perega kvaliteetaja veetmine öövahetuste ja nädalavahetustel töötamise tõttu. Töökeskkonnaga seotud põhjusteks on kokkupuude patsientide ja nende lähedaste kannatustega, eetilised konfliktid, kolleegide ja patsientide lugupidamatus, suur töökoormus, vähene kollegiaalsus, töökiusamine, vaimne ja füüsiline vägivald ning tööst tingitud kaastundeväsimus ja tööstress, mis võib viia läbipõlemiseni.

Suitsiidide ennetamiseks saab õdedel kasutada individuaalseid ja institutsionaalseid strateegiaid. Individuaalseteks strateegiateks on elustiili muutmine, jälgides toitumist, vähendades alkoholi ja kofeiini tarbimist ning loobudes suitsetamisest. Oluline on töö, meelelahutuse ja puhkuse tasakaalustamine. Meelelahutuseks ja puhkuseks on soovitatav kuulata muusikat, tegeleda lemmikloomadega, viibida looduses, tegeleda lõõgastavate harjutustega ning viibida rohkem värskes õhus ja vältida mürarikast keskkonda. Institutsionaalseteks strateegiateks oleks kaplaniteenistuse kasutamine. Kui on vaimse tervisega probleeme, tuleb nõu pidada õendusjuhiga, et leppida kokku ja teha muudatusi näiteks töö korraldamises: lühemad vahetused, töölt vabaks saamine, et minna ravile või nõustamisele, mentori toetus ja ka järk-järgult tagasipöördumine tööle pärast pikemat haigust.

Võtmesõnad: õde, suitsiid, ennetamine

SUMMARY

Terje Mei (2021), Tallinn Health Care College, Chair of Nursing. Causes of Nurse Suicide and its Prevention. Final thesis on 31 pages, 39 sources, 4 appendices on 7 pages.

The goal of this research is to describe causes of suicides among nurses and its prevention. The final thesis is an overview of literature. Theme-related and evidence-based literature sources in English were mostly used in compiling the research. The relevant evidence-based articles were found in EBSCOhost Web electronic databases (*Academic Search Complete, Business Source Complete, CINAHL Complete, ERIC, Health Source: Nursing/Academic Edition; MEDLINE, eBook Collection (EBSCOhost)*). Search engines like *PubMed, Google Scholar* and *Google* were used. The restrictions were *full text* and *peer reviewed* with the time limit "since 2010 till 2021".

Causes of nurse suicides are either personal or those resulting from work environment. Personal reasons are nurses' mental health disorders that are often accompanied by drug or alcohol abuse. Nurses' quality time with their families is cut short due to night and weekend shifts. The numerous causes of work-related suicides are, for instance, exposure to suffering of patients and their loved ones, ethical conflicts, disrespect from colleagues and patients, heavy workload, lack of collegiality, work harassment, mental and physical violence, compassion fatigue and work stress that can lead to burn-out.

In nurse suicide prevention, individual and institutional strategies can be used. Individual strategies include lifestyle change with monitoring diet, reducing alcohol and caffeine consumption, quitting smoking. It is important to balance work, rest and entertainment. For leisure and recreation, it is recommended to listen to music, spend more time in the fresh air and nature, do relaxing exercises, have a pet, and avoid a noisy environment. As an institutional strategy, a chaplain's service could be used.

In case of mental health issues, nurses are recommended to consult head nurses to agree on changes in work arrangement like shorter shifts, absence from work to go for treatment or counselling, mentor support, and gradual return to work after a long illness.

Key words: nurse, suicide, prevention

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	3
SUMMARY	4
SISSEJUHATUS.....	6
1. METOODIKA	10
2. ÕDEDE SUITSIIDI PÕHJUSED	12
2.1. Õdede suitsiidide personaalsed põhjused.....	12
2.2. Õdede suitsiidide töökeskkonnaga seotud põhjused	14
3. SUITSIIDI ENNETAMISE STRATEEGIAD ÕDEDEL.....	20
3.1. Individuaalsed strateegiad	20
3.2. Institutsionaalsed strateegiad.....	22
4. ARUTELU.....	25
JÄRELDUSED.....	28
KASUTATUD KIRJANDUS	29

LISAD:

- LISA 1. Enesetappude arv 2005 kuni 2015 Eesti Vabariigis
- LISA 2. Enesetappude arv Eesti Vabariigis aastatel 1922 kuni 1928
- LISA 3. Enesetappumise teateleht Eesti Vabariigis aasta 1937
- LISA 4. Infootsingu raport

SISSEJUHATUS

Suitsiidi võib nimetada puhtinimlikuks nähtuseks, kuna pole teada ühtegi teise liigi, k.a loomariigi esindajat, kes end ise tapaks. Suitsiidi üle arutamine on olnud populaarne temaatika ka ilukirjanduses. Tuntud näitekirjanik Shakespeare käsitleb oma teostes 52 suitsiidi, nende kõiki tahke, asjaolusid ja motiive. „Omalt kombel on kogu tema mahukas looming variatsioonid teemal „olla või mitte olla“ – dilemma, mille ta pani kirja oma sõnakunsti haripunktis. Shakespeare ei ole moralist, vaid inimese seisundi vaatleja. Ta ei kaitse enesetappu ja üks tema kõige läbinägelikumaid tähelepanekuid ongi kõnelemise ja tegutsemise vastandamine“. Tolleaegses ja käesolevas kristlikus maailmas on suitsiid taunitav. Kristlikud mõtlejad peavad võtma kokku kogu teoloogilise osavuse, et luua suitsiidikeeldu kinnitav kõlblusõpe (Minois, 2004: 31, 109).

Suitsiid on seega keeruline nähtus, mis on köitnud filosoofe, teolooge, arste, sotsiolooge ja kunstnikke sajandeid. Prantsuse filosoof Albert Camus (1913–1960) tõdes oma essees „Sisyphuse müüt“, et suitsiid on ainus tõsine filosoofiline probleem. Camus mõistab paljude inimeste probleeme, et elu pole elamist väärt, ja tegeleb põhjalikult probleemiga. Ta järeldab, et enesetapust on meile vähe kasu, kuna surma korral ei saa olla rohkem täiendust elus, ning pöördub küsimuste juurde „mis teeb elu elamise vääriliseks“. Albert Camus filosoferib oma essees, et ennast tappa on nagu midagi üles tunnistada, see tähendab tunnistada, et elule on alla jäädud või et elu pole mõistetud. Enesetapu sooritanud inimene on ilmselt intuiitiivselt mõistnud, et tal puudub sügav elu eesmärk, argipäeva rähklemine on tühine, kannatustel pole mõtet (Camus, 1989: 7–9).

Emile Durkheim oli esimene sotsiaalteadlane, kes on põhjalikult suitsiide uurinud ja dokumenteerinud. Ta tegi oma aja statistikale tugineva mahuka uurimuse „Suitsiid“, mille järeldused – ehkki neid on hiljem tublisti kritiseeritud – kehtivad suurel määral senini. Tema meelest on suitsiidil eeskätt sotsiaalsed põhjused, mis võimaldavad liigitada selle nähtuse kolmeks: egoistlik suitsiid, altruistlik suitsiid ja anoomiline suitsiid, mis tuleneb ühiskondlike mehhanismide korratusest, mistõttu jäävad rahuldamata inimese elementaarsed ehk põhivajadused (Minois, 2004: 314).

Davidson ja Lee (2020: 6–15) jõudsid oma uurimuses järeldusele, et Ameerika Ühendriikides on naisõdedel suurem enesetapu oht kui ülejäänud naissoost elanikkonnal. Naisõded lõpetavad enesetapu sagedamini farmakoloogilise mürgistuse kaudu. Uurimuses jõuti järeldusele, et on

vaja välja töötada enesetappe ennetavaid programme. Õdede enesetapud on seotud tööprobleemidega. Sellega seoses võib tööstressi vähendamine töökeskkonnas päästa elusid.

Merike Sisask uuris oma Tartu Ülikooli 2005. a magistritöös „Suitsidaalsus ühiskonnas ning suitsiidikatsete sotsiaal-demograafilised, meditsiinilised ja psüühilised mõjurid“ suitsidaalsuse levimust ühiskonnas. Töös on ta kasutatud Maailma Terviseorganisatsiooni (*WHO*) ülemaailmse uuringu *SUPRE-MISS (Suicide Prevention – Multisite Intervention Study On Suicidal Behaviours)* raames kogutud andmeid. Ühiskonnauuringust selgus, et rohkem kui iga kümnes uuritav oli oma senise elu jooksul mõelnud enesetapu sooritamisele ning suitsiidikatsed olid suurema tõenäosusega sooritanud need, kes olid eelnevalt suitsiidile mõelnud ja/või seda planeerinud. Suitsiidikatsed järgselt puutus meditsiinilise abiga kokku vaid pisut üle poolte suitsiidikatsed sooritanud inimestest (Sisask, 2005: 38–39).

WHO andmetel sooritas enesetapu 2019. aastal 793 000 inimest maailmas, olgu võrdluseks toodud, et HIV/AIDSi suri 954 000 inimest ja näiteks alkoholi liigtarbimise tagajärjel 184 000 (Our World in Data, 2021). Eestis tehti 2017. aastal 17,3 enesetappu 100 000 elaniku kohta, mis on Euroopa Liidu riikide seas suuruselt neljas näitaja. Kõige madalam oli suitsiidide suhtarv 2017. aastal Küprosel – 4,1 enesetappu 100 000 elaniku kohta ja kõige kõrgem Leedus – 25,8. (Causes of death, 2017). Eesti kohta suitsiidi esinemise andmed on kajastatud Lisa 1 (aastatel 2005—2015) ja Lisa 2 (1922—1928).

WHO arvutuste kohaselt võib enesetapu tõttu lõpetada aastal 2020 elu umbes 1,53 miljonit inimest ja kogu maailmas üritatakse neid sooritada 10-20 korda rohkem. See tähendab keskmiselt üht surma iga 20 sekundi järel ja üht katset iga 1-2 sekundi järel. Kui enesetappude arvu võrrelda erinevate uskude vahel, siis märkimisväärne erinevus on selles, et kõige vähem sooritatakse enesetappe islami riikides: näiteks Kuveidis, kus enesetappude tegemine on kõige rangemini keelatud, on see koguarv nullilähedane (0,1 juhtu 100 000 elaniku kohta). Hinduistlikes ja kristlikes riikides on enesetappude koguarv umbes 10 juhtu 100 000 elaniku kohta. Budistlikes riikides on enesetappude koguarv selgelt kõrgem – 17,9 juhtu 100 000 elaniku kohta. Ateistlikes riikides on aga enesetappude arv märgatavalt kõrgem, mis on 25,6 juhtu 100 000 elaniku kohta (Bertolote ja Fleischmann, 2002: 6–8).

Enamasti dokumenteeritud andmed puuduvad, kuid on kindlaks tehtud, et õdedel on suurem enesetappude oht kui muude ametite esindajatel. Naisõdede enesetappude arv on märkimisväärselt kõrgem kui naistel üleüldiselt: 11,9 juhtu 100 000 õe kohta, võrreldes sellega,

et elanikkonna hulgas on arv 7,5 enesetappu 100 000 naise kohta. Meesõdede enesetappude arv on aga veelgi suurem, see on 39,8 juhtu 100 000 kohta, võrreldes 28,2 juhtu 100 000 mehe kohta elanikkonna hulgas. Ameerika Ühendriikides 2014. aastal teostatud uuringu käigus saadi andmeid kahjuks ainult 18 osariigist. Nendes osariikides registreeriti 14 774 enesetappu, sealhulgas saadi teada, et nendest 205 suitsiidi korral oli tegemist õdedega (Evans, 2019).

Kahjuks puudub riiklik andmebaas, mis seoks surmapõhjuse eriala ja soo järgi nii meil Eestis kui ka mujal maailmas. Arstide enesetappe on uuritud ja igal aastal sooritab näiteks Ameerika Ühendriikides ligi 400 arsti enesetapu, kahjuks õdede enesetappude esinemissagedus Ameerika Ühendriikides on suures osas dokumenteerimata (Evans, 2019).

Eesti Vabariigis avaldati aastal 1937 “Teatelehed enesetapmistest ja enesetapmiskatsete kohta“, kus juhatuskirjas oli täpselt kirjeldatud, kuidas peab teateleht olema täidetud. Üks nõue oli, et tuli kirja panna, kus enesetapja töötas, kellena ta töötas, mis tööd tegi, kas tehtav töö oli enesetapja peatööala, kui enesetapjal puudus töökoht, siis kust ta sai ülalpidamist jne. Lisa 3 on näidis täidetud teatelehest.

Uurimistöö probleem seisneb selles, et õded kui spetsialistid tegelevad igapäevaselt patsientide haigustega, valu ja surmaga, patsientide ja nende lähedaste ootustega tervenemisele. Depressioon on üks haigustest, mis neid spetsialiste kõige enam mõjutab, kahjustades nende töövõimet ja isiklikku elu. Kuna depressioon on seisund, mis suurendab suitsiidiriski, on õendustöötajatel suurem risk suitsiidile võrreldes teiste elukutsete esindajatega (Silva jt, 2015).

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada õdede suitsiidi põhjuseid ja ennetamist.

Eesmärgist lähtuvalt on püstitatud järgmised **uurimistöö ülesanded**.

1. Kirjeldada õdede suitsiidi põhjuseid
2. Kirjeldada suitsiidide ennetamise strateegiaid õdede hulgas.

Kesksed mõisted:

Suitsiid (*suicide*) – tuleneb ladinakeelsest sõnast *suicidium*, mis omakorda tuleneb sõnadest *sui* (enda) ja *caedes* (mõrv). Suitsiid kui termin tekkis 17. sajandil Inglismaal. Suitsiid ehk enesetapp on enamasti mitme erineva faktori koosmõju tulemus (Mehilane, 1997:105).

Õde (*nurse*) – tervishoiutöötaja, kui ta on registreeritud Terviseametis. „Tervishoiutöötaja võib osutada tervishoiuteenuseid omandatud eriala piirides, mille kohta talle on väljastatud Terviseameti tõend tervishoiutöötajana registreerimise kohta“ (Tervishoiuteenuste korraldamise..., 2001: &3).

Ennetamine (*prevention*) ehk preventsioon võimaldab inimestel suurendada kontrolli oma tervise üle. See hõlmab paljusid sotsiaalseid ja keskkonnaalaseid sekkumisi, mis on mõeldud inimeste tervise ja elukvaliteedi kasuks ja kaitsmiseks, pöörates tähelepanu haiguste algpõhjustele ja ennetades neid, mitte ainult keskendudes ravile. Ennetamine – millegi peatamine toimumise/tekkimise eest või kellegi tegevuse peatamine (Griffin, 2004: 257). Ennetustegevused liigitatakse kolme tasemesse. Esmane ennetus ehk sekkumine enne tervisemõjude ilmumist, selliste meetmete abil nagu vaksineerimine ja riskikäitumise muutmine (valed toitumisharjumused, suitsetamine, alkoholi kuritarvitamine) muutmine ja nende ainete keelustamine. Teise taseme ennetus on skriining haiguste tuvastamiseks varases staadiumis enne sümptomite ilmumist. Kolmanda taseme ennetus on haiguse diagnoosimine, haiguse progresseerumise aeglustamiseks või selle peatamine (Disease prevention..., 2021).

1. METOODIKA

Käesolev uurimistöö on kirjanduse ülevaade. Hirsijärvi jt (2010: 111–112) andmetel tugineb kirjanduse ülevaade uurimisprobleemi seisukohalt olulisele kirjandusele, näiteks ajakirjade artiklitele, raamatutele ja muudele kesksetele väljaannetele. Uurimistöö valmis erinevates etappides nagu teemavalik, uurimisprobleemi püstitamine, uurimisülesannete sõnastamine, artiklite ja kirjanduse otsing, kirjandusallikate selekteerimine vastavalt uurimistöö ülesannetele, kirjandusallikate refereerimine, lõputöö kirjutamine ning vormistamine.

Kirjandusallikate valiku kriteeriumiks seati tõenduspõhisus ja täiemahulise teksti olemasolu. Kirjandusallikate ilmumisaasta valiti vahemikus alates 2010 kuni 2021, kuid mõned allikad on ka varasemast perioodist, näiteks Bertolote ja Fleischmanni 2002. aasta artiklit kasutati seetõttu, et artikkel andis ülevaate suitsiidi statistikast maailmas usulise kuuluvuse järgi. Samuti on kirjandusallikad „Sisyphose müüt“ (1989), „Suitsiidi ajalugu“ (2004) ja „Eestlane sõdurina“ (1932) välja antud raamatutena varasematel aastatel. Sisask, M. 2005. aasta magistritöö Tartu Ülikoolis andis ülevaate Eestis uuritud suitsiididest. Samuti kasutati varasemaid kirjandusallikaid kesksete mõistete kirjeldamisel.

Töötati läbi eesti- ja ingliskeelseid teemakohaseid kirjandusallikaid. Kirjandusallikate ja teadusartiklite leidmiseks kasutati EBSCOhost Web'i teadusandmebaase (Academic Search Complete, Business Source Complete, CINAHL Complete, ERIC, Health Source: Nursing/Academic Edition; MEDLINE, eBook Collection (EBSCOhost)). Kasutati ka PubMed, Google Scholar ja Google otsingumootoreid. Piiranguna kasutati *full text* ja *peer reviewed*, ajapiiranguga 2010—2021. Infootsingul kasutati *boole*'i operaatorit „AND“ ning fraasotsingut, kirjutades otsitava fraasi „*Nurse suicide AND prevention*“, „*Suicide prevention in nurses*“, „*Nurse suicide AND risks*“, „*Nurse suicide AND risk factors*“ (vt lisa 4). Google'i otsingumootoris kasutati järgmiseid eesti- ja ingliskeelseid märksõnu: õde (*nurse*), enesetapp (*suicide*), ennetamine (*prevention*) ja nendest koostatud sõnapaare ning fraase. Uurimistöö koostamisel kasutati 21 sobivat artiklit, millest 8 olid samaaegselt kuvatud erinevates teadusandmebaasides. Kasutatud teaduspõhistest artiklitest 12 olid õendusalsed. Kasutati üht 2005. aastal kaitsitud magistritööd ja nelja raamatut. Kokku kasutati lõputöös 39 kirjandusallikat, milledest 24 olid inglise keelsed.

Tekst on korrektselt refereeritud ja autoritele on viidatud. Kõik kirjandusallikad on kasutatud kirjanduse loetelus välja toodud. Uurimistöö kirjutamisel on kinni peetud Tallinna Tervishoiu

Kõrgkooli kirjalike tööde koostamise ja vormistamise juhendist. Uurimistöö ei sisalda loomevargust. Uurimistöö usaldusväarsuse tagab tuginemine erinevatele autoritele ning tõenduspõhiste kirjandusallikate kasutamine.

2. ÕDEDE SUITSIIDI PÕHJUSED

2.1. Õdede suitsiidide personaalsed põhjused

Õdede tööl läbipõlemise, depressiivsuse sümptomite ja suitsiidide esinemissagedus on kõrgem kui muudel ametikohtadel. Õdede seas esineb vaimse tervise häireid suurel määral ja enamasti selle ravile tähelepanu ei pöörata. Õed toovad põhjuseks, et raviks kuluv aeg on mahukas ja neil puudub selleks vastav ressurss. Veel tuuakse põhjuseks, et ravimeid kasutades tunnevad õed ennast nõrkadena ja see võib kahjustada nende mainet, kaotades patsientide ja kaastöötajate usalduse (Evans, 2019).

On leitud, et suurel osal tervishoiutöötajatel on diagnoositud psüühikahäire, kõige sagedasemaks on unipolaarne depressioon (Cano-Langreo jt, 2014). Enesetapu sooritanud tervishoiutöötajate seas olid levinud psühhiaatrilised diagnoosid, täpsemini afektiivsed häired nagu depressioon ja bipolaarsus (Davidson, 2019: 16–21). Enamasti on enesetappude põhjuseks ravimata või ebapiisavalt ravitud depressioon, millega on kaasnenud ka narkootiliste ainete tarbimine või alkoholi kuritarvitamine. (Rizzo, 2018: 10–15).

Silva jt (2015: 1023–1031) on toonud välja ja arutanud erinevate suitsiidi ja depressiooni põhjustavate riskide üle. Nendeks on ebaterve töökeskkond koos sisemiste konfliktidega, perekonna puudumine, lahutus või perekonnaliikme surm. Perega kvaliteetaja veetmine on vahetunud öövahetustega või nädalalõppudel tööl olemisega. Õenduses töötavad enamasti naised, nad on abielus ja/või neil on lapsed, kelle eest nad peavad hoolitsema. Nad peavad tegelema kodus majapidamistöödega, leidma aega, et külastada oma vanemaid – kui kohustused on suured ja töötamise kõrval jääb nende täitmiseks vähe aega, suureneb depressioon.

Depressioon on lõpule viidud enesetappude puhul kõige sagedasem diagnoos. Masendus, kurbus ja ebakindlus on nähud, mis võivad mööduda, kuid kui need ei taandu, siis hakkavad need inimese igapäevaelu segama. Kui need tunded ei kao, siis on tegemist juba haigusliku depressiooniga, mille mõned tavapärased sümptomid on ängistav meeleolu, raskused mõtete koondamisel, tööga mittetoimetulek, väärtusetuse tunne, süütunne või lootusetuse tunne. Need sümptomid on sagedased õdede hulgas, kelle töökoormus on suur ja töö pingeline. Enesetappu soodustavad just depressioon, alkoholism ja muud meelemürgid. Kuigi depressiooni raviks on palju meetodeid, võib haigus sageli jääda diagnoosimata. Põhjuseid võib olla mitu, kuid peamiseks on, et inimene häbeneb sageli tunnistada, et tal on depressioon, sest ta näeb selle

sümptomites iseloomu nõrkuse märke. Inimene on depressiooniga kaasnevate tunnetega harjunud ega suuda nende taga näha haigust, millele tähelepanu pöörata ja mida ravida (Enesetappude ennetamine, 2000).

Depressiooni esineb tervishoiutöötajatel rohkem kui teiste elukutsete esindajatel. Sellest on mõjutatud 12% meestest ja kuni 19,5 % naistest. Depressioonisümptomeid on öendust õppivatel üliõpilastel 15-30% rohkem kui tavaelanikkonnal. Kuna tervishoiupersonal on teadlikum surmajuhtumitest ja neil on suurem juurdepääs vastavatele ravimitele, on tervishoiupersonali seas, muu elanikkonnaga võrreldes, enesetappe rohkem kui enesetapakatseid. Mõnede hinnangute kohaselt on see näitaja 2,5 kuni 4 korda suurem (Rizzo, 2018: 10–15).

Depressiooniepideemiat põhjustava tänapäevase keskkonna üle on palju arutletud. Vaimne ja füüsiline heaolu on omavahel tihedalt seotud. Seosed krooniliste haiguste laiema levikuga, mis tuleneb mineviku inimkeskkonna ja tänapäeva elu evolutsioonilisest mittevastavusest, võib olla depressiooni tõusu keskmes. Sotsiaalse kapitali vähenemine ning suurem ebavõrdsus ja üksindus on depressiooni otsesed põhjustajad. Nüüdisaegsed inimesed on tihti rasvunud või vastupidi – alatoitumuses, istuva eluviisiga, viibivad vähe värskes õhus ja looduses, kannatavad sageli unehäirete all, on sotsiaalselt isoleeritud. Suheldakse palju läbi sotsiaalmeedia ja puudub vahetu kontakt teise inimesega. Need elustiili muutused soodustavad kehva füüsilist tervist ning mõjutavad depressiooni esinemist ja ravi (Sarris jt, 2014).

Kõige levinum enesetapu meetod on ravimite ülemanustamine. Ravimid on oma olemuselt mitmeotstarbelised, erinevate toimeainetega ained või ainete segud. Opioidid, bensodiasepiinid ja antihistamiinikumid on olnud kõige enam levinud ravimiklassid, mida on kasutatud enesetapu sooritamiseks. See, et õed lõpetavad enesetapu tõenäoliselt ravimimürgistuse teel, on ka arusaadav, kuna neil on olemas ligipääs vastavatele ravimitele. Peale surmavate ravimite üledoosidega sooritatud enesetappude on teisel kohal tulirelvadega sooritatud enesetapud (Davidson, 2019: 16–21).

Ajavahemikul 2003–2013 oli Austraalias 37 narkootiliste ainetega seotud tervishoiutöötajate surmajuhtumit. Ameerika Ühendriikides kuritarvitas 2007. aastal või oli sõltuvuses narkootiliste ainete tarbimisest üle 100 000 arsti, õe, meditsiinitehniku ja abistaja. Samuti esines kanepi, bensodiasepiinide, kokaiini ja muude psühhotroopsete ainete kasutamist. Probleem on see, et psühhotroopsete ravimite kättesaadavus ja kasutamine on tavaline, eriti just anestezioloogia osakonna tervishoiutöötajate seas (Pilgrim jt, 2017: 486–493).

Toney-Butler ja Siela (2021: 2) kirjutavad oma artiklis *“Recognizing Alcohol and Drug Impairment the Workplace in Florida”*, et alkoholi ja narkootikumide kuritarvitamine tervishoiutöötajate seas on märkimisväärne ja muret tekitav, kuna selle tagajärjel kannatavad patsiendid ja ravitulemused. Antud probleemid on tervishoiusüsteemis kahjuks tavalised. Üsna sagedasti kasutavad õed patsiente enda kasusaamise eesmärgil. Näiteks võtavad patsientide välja kirjutatud narkootilise toimega ravimitest osad enda tarbeks, põhjustades patsientidele kannatusi ja alaravimist. Kahjuks esinevad nii alkoholi kuritarvitamine kui ka narkootikumide tarvitamine üheaegselt, põhjustades psüühikahäireid nagu depressioon, ärevus ja lõpuks ka suitsiid.

Davidson jt (2020: 6–15) tõdevad oma artiklis *„A Longitudinal Analysis of Nurse Suicide in the United States (2005–2016)”*, et naisõed lõpetavad enesetapu teisiti ehk kasutavad teisi meetodeid kui meesõed. Kui naisõed sooritavad enesetapu kõige sagedamini farmakoloogilise mürgistuse kaudu (27,2%), siis meesõed sooritavad enesetapu jällegi kõige sagedamini tulirelvade kaudu (41,7%). Farmakoloogilise mürgistuse korral esimesed kolm kasutatavat ainet olid opiaadid, antidepressandid ja bensodiasepiinid. Mitmesugustest ravimitest olid 11 neuromuskulaarsed blokaatorid. Teises kategoorias olid atsetaminofeen ja difenhüdramiin, mis olid ka seotud surmaga. Kaks ainet mille üledooseerimisega sooritati enesetapp, aga mis ei ole ravimid, olid metamfetamiinid ja kokaiin.

2.2. Õdede suitsiidide töökeskkonnaga seotud põhjused

Õdede põhilisteks stressitekitajateks on kokkupuuted patsientide ja nende lähedaste kannatustega – mõnel juhul ka surmaga ning eetiliste konfliktidega. Näiteks, domineerivad kauem töötanud õdede arvamused selles osas, missugused on õiged töövõtted ja kuidas nende arvates patsientide eest hoolitseda. Õed taluvad sageli kolleegide ja patsientide lugupidamatust. Patsiendid valavad oma viha õdede peale välja, kolleegid ei hinda piisavalt õdede töö tulemusi. Õdedel on tavaliselt ka suur töökoormus, millega on samuti raske toime tulla. Lisaks teevad õed tavaliselt rohkem kui ühe vahetuse järjest, samuti on öövahetused tervisele kurnavamad ja stressitekitavamad kui päevased vahetused (Evans, 2019).

Tervishoiutöötajad annavad kõik endast oleneva, et hoolitseda patsientide eest. On väga levinud, et tervishoiutöötajatel on probleeme stressi ja läbipõlemisega. Õendus nõuab humaansust ja empaatiat, kuid õed töötavad stressirikas töökeskkonnas, kus füüsiline ja

emotsionaalne ammendumine on läbipõlemise teguriteks. Stress tekib siis, kui on kõrged nõudmised, konfliktid patsientide ja nende lähedastega, ületunnitöö, kollektiivisisesed pinged — need kõik need viivad läbipõlemiseni. Õed tunnevad ka tihti, et puudub toetav kollektiiv. Läbipõlemine mõjutab otseselt tervist, see toob kaasa negatiivsed seisundid nagu kurnatus, väsimus, somatiseerumine ja sotsiaalne tagasitõmbumine ehk antisotsiaalsus. 2013. aastal viidi Lõuna-Aafrika Vabariigis läbi uuring, mille eesmärk oli välja selgitada õdede läbipõlemise põhjused. Uuringu tulemusena selgus, et halb personalijuhtimine ja ressursside puudumine on kõige sagedasem läbipõlemise põhjus. Läbipõlemine mõjutab selgelt õdede vaimset tervist ja heaolu, mis tõenäoliselt kahjustab ka patsiendi hoolduse kvaliteeti (Environ, 2015: 652–666).

Evans on oma 2019. aasta artiklis välja toonud, et patsientide eest hoolitsemist ja õendustegevust üldiselt peetakse tööks, mis vajab suurt pühendumust ja pingutust. Kutsealane stress mõjutab õdede tervist ja elukvaliteeti negatiivselt. Kui õed on ületöötanud ja närvilised, võivad nad teha vigu oma igapäevases töös, mis omakorda mõjutab ka patsientide seisundit. Ebakindlus oma pädevuses tekitab õdede seas märkimisväärset stressi. Konfliktid kaastöötajatega – arstidega ning juhendajatega on sageli ka stressi põhjustajad (Evans, 2019).

Mõnikord on õendusjuhid oma ametikoha saavutanud tänu pikale tööstaažile aga neil pole oskust inimesi juhtida või kardavad nad oma töötajatega vaimse tervise probleemidest rääkida. Mõnikord mõjutavad juhid ise oma töötajate vaimset tervist negatiivses suunas, olgu selleks mõjutustehnikaks siis kiusamine ja/või üleolev suhtlemisstiil. Samas pole tähtis, millisel positsioonis ollakse õendushierarhias, sest stressi ja tööga seotud vaimse tervise probleeme võib tekkida kõigil. Samas õendusjuhid, kes on organisatsioonis tipus, ei pruugi olla töökindluse suhtes vastupidavamad, nad võivad olla isegi haavatavamad seoses suurema vastutusega. Meeskonnas olevaid probleeme nagu viha ja muud konfliktid, tuleks lahendada konfidentsiaalse järelvalve all, et need ei eskaleeruks (The nursing blues..., 2017: 4–6).

Sotsiaalministeeriumi poolt Tartu Ülikooli Sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskuselt (RAKE) 2015. aastal tellitud uuringu peamine eesmärk oli saada teavet Eesti tervishoiutöötajate töökoormusest ja töökorraldusest Eesti haiglates ja suuremates hoolekandeesutustes, samuti Eestist lahkumise põhjustest. Küsitleti tervishoiutöötajaid Soomes ja Eestis. Tellitud uuringust selgus, et Eestis on rohkem hierarhiat ja vastasseisu kolleegide, õdede ja arstide, vanema ja noorema põlvkonna vahel. Korduvalt toodi välja probleemseid kolleegidevahelisi suhteid ja vähest kollegiaalsust. Eestis ei pöörata tähelepanu töökiusamisele ja enamasti jäävad need olukorrad lahendamata. Välismaal räägitakse probleemidest avalikult, Eestis aga seljataga.

Abiõena ja praktikandina töötamise aeg Eestis oli paljudele küsitletutele negatiivne kogemus (Tervishoiutöötajate lahkumise, 2015: 5–13).

Kaastunde väsimus, mis esmakordselt diagnoositi 1950. aastate alguses, tuntud kui sekundaarne traumaatiline stress, on seisund, kus kaastunne väheneb aja jooksul järk-järgult. Ideaalis peaksid õed tundma tööga rahulolu ja saama hea tunde patsientidele suurepärase hoolduse tagamisest. Kui õdede rahulolu väheneb, võivad nad tunda läbipõlemist. Kaastundeväsimuse sümptomid on emotsionaalsed – töö on igav, nad on kaugenenud patsientidest ja kolleegidest mentaalselt. Nad on ärrituvad, tunnevad end süüdi, kui nad pole suutnud patsiendi valu leevendada, kaotavad uhkustunde selle üle, et nad on õed. Enamik õdesid kirjeldavad kaastundeväsimuse korral füüsilise ja vaimse kurnatuse tunnet. Kahjuks võivad õed alkoholi ja narkootikumide tarvitamise kaudu proovida oma emotsionaalset küllastust vähendada (Sheppard, 2016).

Taimi Elenurm juhtis oma artiklis „Tööstressist ja selle reguleerimisest meedikute töös“, mis on avaldatud med24.ee internetiportaalis, tähelepanu, et Euroopa vanemtööinspektorite komitee (*SLIC- The Senior Labour Inspectors Committee*) uuringute järgi on tervishoiutöötajatel peamiseks tööstressi teguriteks vaimselt pingeline töö ajasurve tingimustes, palju patsiente ühe õe kohta. Sellesse nimekirja kuuluvad ka suur emotsionaalne koormus patsientide, nende sugulaste ja lähedastega töötamisel, pidev kokkupuude ärevate ja kurbade emotsioonidega, sageli ebaviisakad ja ärritunud patsiendid ja nende lähedased. Lisaks on tööstressi teguriteks veel töövägivald ja -kiusamine, erinevad ja vastuolulised ootused patsientidelt, töökaaslastelt ja juhtkonnalt. Kui töötaja ei saa piisavalt teavet töö tegemiseks ega infot tööülesannete kohta, siis ta tajub konflikti tööle esitatavate nõudmiste ja tegelikkuse vahel, tervishoiutöötajate hulgas pole piisavalt tunnustust kolleegidelt ja üsna tihti ei saada ka tunnustust juhtkonnalt hea töö eest (Tööstressist ja selle, 2018).

Tervishoius on psühhosotsiaalseteks riskiteguriteks ahistamine ja vägivald (Vaimse tervise, 2009). Vägivald tervishoius on ülemaailmne ja tõsine probleem. Tööhõive vigastuste ja -haiguste 2017. aasta hinnangus teatas töö- ja statistikabüroo, et tervishoiutöötajad kogevad töökohal vägivalda viis korda sagedamini kui keskmine USA töötaja. Vägivald on suhteliselt ebamäärane termin, millel on mitu tähendust, määratlust ja tõlgendust. Tervishoiukeskkonnas võib vägivald olla verbaalne või füüsiline rünnak patsientide või külastajate poolt (Pitts ja Schaller, 2020).

Õed töötavad väga rasketes oludes uskumatult palju. Patsiendid on muutunud agressiivsemateks. Tervishoius kasutatav tehnoloogia ja kogu tervishoiusüsteem on muutunud keerukamaks. Lisaks kogevad õed ka väliseid tegureid, mis neid koormavad. Õed teevad pidevalt teiste inimeste ehk patsientide heaks vaimselt ja füüsiliselt rasket tööd, nad püüavad iga päev oma patsientide ja nende perede elu paremaks muuta. Me loeme ja kuuleme sageli toredaid lugusid, kuidas haiged on tervenenedu tänu tervishoiupersonali täpsusele ja töökusele. Aga me ei kuule sellest, kui suure töökoormuse ja stressi all tervishoiupersonal kannatab. On uuritud paljusid omavahel seotud teemasid, näiteks ebaterve töökeskkond, vägivald töökohal ja õdede enesetapud. Ehkki need probleemid võivad pealtnäha olla tähtsusetud, tuleks neid käsitleda üksikisiku ja kollektiivi tasandil, et mõista ja aidata õdedel toime tulla suure töökoormuse ja stressiga (Bourgault, 2019: 10–13).

Vägivaldselt võivad käituda peale kolleegide ka patsiendid ja nende lähedased. Aastatel 2001 kuni 2002 registreeriti Ühendkuningriigis 95 501 tervishoiupersonali vastu suunatud vägivald- ja agressioonijuhtumit, kusjuures kõige sagedamini olid ohvriteks õed (Vaimse tervise, 2009). Patsientide või külastajate vägivald võib esineda erinevates vormides. Kõige algsemal tasemel võib vägivald esineda sõnaliste ähvarduste ja ründava kõnepruugi vormis või laieneda kehaliseks rünnakuks. Verbaalne ahistamine võib hõlmata rassistlike süüdistusi või seksuaalset ründamist, sõimu või karjumist. Seksuaalne ahistamine hõlmab soovimatut seksuaalset laadi sõnalist või füüsilist käitumist. Suuliste ähvarduste hulka kuuluvad ka kehakeelega või žestidega ähvardamine. Füüsiline vägivald hõlmab sülitamist, hammustamist, juustest sikutamist või muud liiki soovimatut kehalist kontakti, mis kahjustab isikut (Pitts ja Schaller, 2020).

Aastal 2013 viidi AACN (*American Association of Critical-Care Nurses*) liikmete hulgas läbi uuring, millest võttis osa 8080 õde. Uuringust selgus, et suureks probleemiks on ebaterve töökeskkond. Probleemi lahendamise peamiseks väljakutseteks on sobimatu personal ning füüsilise ja vaimse heaoluga seotud probleemid. Üle poole küsitletutest planeerisid järgneva kolme aasta jooksul oma olemasolevast ametikohast lahkuda. Uuringust selgus, et viimase aasta jooksul on toimunud üle 198 000 füüsilise või verbaalse väärkohtlemise, diskrimineerimise ja seksuaalse ahistamise. Enamiku väärkohtlemise juhtumitest põhjustasid patsiendid ja nende perekonnad. Kahjuks on tervishoiutöötajate vastu suunatud füüsiline ja verbaalne vägivald olemas. See on vastuvõetamatu, kuid samas ka alahinnatud probleem. Töövägivald hõlmab ka töökaaslaste poolset kiusamist või juhendajate poolset kiusamist. Töövägivald mõjutab

negatiivses suunas patsientide hooldust (kvaliteeti ja tulemusi), vähendab rahulolu tööga ja see omakorda põhjustab stressi ja läbipõlemist töökohal. Terved ja töökeskkonnaga rahul olevad õed suudavad panustada patsientide hooldamisse ja aitavad kaasa tervenemisele. Paraku on õdedel kõrgem stressitase, nad on rohkem ülekaalulised ja magavad vähem kui keskmine ameeriklane (Bourgault, 2019:10–13).

Pitts ja Schaller on toonud välja statistika, kus väidetavalt on verbaalne vägivald parameedikute seas kõige suurem, järgnevad õed ja lõpuks ka arstid. Suulisi ähvardusi kogevad kõige rohkem arstid ja õed, vastavalt 83% ja 78%. Õed on teatanud küllastajatelt saadud vägivaldsetes ähvardustest kõige rohkem. Mõnede uuringute kohaselt on õendustöötajate seas naisõed peaaegu kaks korda suurema tõenäosusega vägivalda ohvrid kui meesõed (Pitts ja Schaller, 2020).

Inimeste vahelised konfliktid töökohal on väga levinud, õed on ise öelnud, et tervishoiusektoris on inimeste vahelised suhted tähtsad, kuna õendustöö on meeskonnatöö ning nõuab selget ühtekuuluvust ja koostööd kõigi osapoolte vahel. Konflikte tekib nii meeskonnaliikmete kui ka juhtide vahel. Ebatervislikud ja kehvad tingimused töökeskkonnas koos sisemiste konfliktidega õdede vahel võivad viia depressiooni ja sealt edasi suitsiidini. Õendusabi-spetsialistide väga keerukad tööülesanded tekitavad ka suurt stressi ja sellest tulenevalt on korrelatsioonis kõrge depressioonitasemega. Näiteks õdedel, kes töötavad psühhiaatrilises põetuses, intensiivravi osakonnas ja operatsioonikeskustes, on suurem risk enesetappudele (Silva, jt 2015: 1023–1031).

Tavaliselt puhkeb vägivald mitmete tegurite koostöös, nagu personali käitumine, patsientide käitumine, haigla töökorraldus, ooteajad jne. Shafran-Tikva jt (2017: 59) läbiviidud küsitlusest vägivalda olemasolu kohta haiglates selgus, et 39% juhtudest oli vägivalda algatajaks tervishoiupersonal, 26% patsiendid või küllastajad. Haiglavägivallale aitab kaasa tervishoiutöötajate tööalane ülekoormus, eriti just pikad ooteajad. Jõuti järeldusele, et osapooled peaksid tekkinud vägivaldse olukorra suutma lahendada ise, sest kui kaasati turvateenistus, siis tavaliselt probleem teravnes. Tervishoiutöötajate vastane vägivald on kogu maailmas keeruline ja kasvav probleem. Agressiivsetest patsientidest ja igast vägivaldajuhtumist, olgu see siis kas suuline või seksuaalse alatooniga, tuleks koheselt teatada, sest see aitab välja töötada tegutsemisplaane. Tervishoiupersonal peab saama vajaliku väljaõppe, kuidas sellistes olukordades jääda rahulikuks, et olukord ei eskaleeruks. Tuleb teha meeskonnatreeninguid ja anda juhiseid, kuidas kogu meeskond sellistes olukordades peab

tegutsema, ja jääma ühtseks tervikuks, et kaitsta nii tervishoiutöötajaid kui ka patsiente (Pitts ja Schaller, 2020).

3. SUITSIIDI ENNETAMISE STRATEEGIAD ÕDEDEL

3.1. Individuaalsed strateegiad

Meelemürkide tarvitamine võib algselt tunduda depressiooni leevendajana, kuid pikaajalisel kasutamisel on sellel vastupidine tulemus. Mitmed uuringud on näidanud, et depressiivne meeleolu leevendub oluliselt isegi pärast väga lühikest aega, mil alkoholi tarbimisest on loobutud. Sigarettide suitsetamine aga suurendab ärevushäirete tekke riski ja on potentsiaalne riskifaktor depressiooni tekkeks. Nii uni- kui ka bipolaarse häire korral süvendab suitsetamine sümptomeid ja ravi tulemused halvenevad. Kui jätkata suitsetamist ja alkoholi tarbimist, siis suureneb ka depressiooni risk. Kofeiin on paljudes kultuuride kõige sagedamini kasutatav psühhoaktiivne aine, mis suurendab tähelepanu ja hoiab meele erksa. Kuid düsfoorse meeleoluga inimestel võib olla eelsoodumus kofeiini liigtarvitamiseks. Kuigi puuduvad uuringute tulemused, et liigne kofeiini tarbimine võis soodustada depressiooni teket, siis sellest hoolimata võib kofeiini tarbimisest põhjustatud unetus omakorda suurendada või süvendada depressiivse meeleolu riski. Kõrge kofeiinisisaldusega energiajoogid on üha populaarsemad ja siin nähakse ka seost unetuse ja sellest tekkinud depressiooni vahel. Hea uni on vaimse ja füüsilise tervise seisukohalt väga tähtis. Unehäireid on depressiooni sagedased sümptomid ning une puudumise ja depressiooni vahel on tugev seos. Unehäirete ja depressiooni vahel on kahepidine seos: unetus võib põhjustada depressiooni ja depressioon jälle omakorda unetust. Elustiili muutmine võib parandada und ja aitab vältida depressiooni, tuleks vältida istuvat eluviisi ja jälgida toitumist, vähendada alkoholi ja kofeiini tarbimist ning loobuda suitsetamisest (Sarris jt, 2014).

Ei piisa sellest, et tervishoiuasutused võtavad endale õdede enesetappude vähendamise koormuse. Inimesed saavad ise enda heaks palju teha, saavad edendada enda tervislikke eluviise, sealhulgas saavad hoolitseda oma vaimse tervise eest. Saavad harrastada ennast säästvat eluviisi. Inimesed on harjumuste ohvrid, kuid läbipõlemise ja depressiooni olukordades tuleks julgustada õdesid tegutsema ja vajadusel otsima professionaalset abi (Davidson jt, 2018).

Vaimset tervist mõjutab elustiil, mille mõju puudutab inimese sotsiaalset keskkonda. On kindlaks tehtud, et positiivsed ja toetavad inimsuhted, olgu need siis perekonna, sõprade või muude suhete kaudu, avaldavad kasulikku mõju üldisele tervisele ja on head vaimse tervise säilitamiseks (Jacob, 2017: 264–265).

Töö, puhkus ja meelelahutus peavad olema omavahel seoses, olles elustiili elemendid, mis on depressiooni leevendajad. Meelelahutuseks on soovitatud muusika kuulamist, lõõgastavaid harjutusi, näiteks joogat, looduses viibimist, värsket õhku ja päikesepaistet. D-vitamiini kasutamine on kindlasti soovituslik stressi ja depressiooni ajal. Vältida tuleks keskkonda, milles on liigset müra. On leitud seoseid depressiooni ning mürarikka ja saastunud keskkonna vahel. Inimestel on loomadega, eriti aga lemmikloomadega lähedased suhted ja depressiooni leevendamisel võivad olla lemmikloomad kasulikud. Lemmiklooma saamine või võtmine pakub kiindumust ja tingimusteta armastust, vastutust, täiendavat elutugevuse tunnet ja rutiini. Mõned elustiilivalikud, nagu ka pahed, võivad inimesele pakkuda head enesetunnet ja mugavust, mistõttu tuleks soovituslike muudatuste sisseviimisega tegeleda delikaatselt. Sageli võivad uued ranged nõudmised karskusele, dieedile või treeningrežiimile põhjustada lisakannatusi ja tekitada süütunnet, kui inimene ei suuda neid ootusi täita ja soovitud tulemus jääb saamata (Sarris jt, 2014).

Chen Ying jt (2020) jõudsid oma artiklis „*Religious Service Attendance and Deaths related to Drugs, Alcohol, and Suicide Among US Health Care Professionals*” järeldusele, et jumalateenistustel osalemine aitab ära hoida suitsiide, mis tekivad hetke emotsioonidest. Tulemused viitavad sellele, et vaimulikel jumalateenistustel osalemine on õdede ja tervishoiutöötajate seas emotsionaalselt vajalik. Need tulemused võivad olla olulised, et mõista elanikkonnas meeletest tingitud surmade suundumusi. Uuringusse oli kaasatud üle kuuekümmne tuhande registreeritud õe ja üle neljakümne kolme tuhande meessoost tervishoiutöötaja USA-s. Uuringu tulemusena jõuti järeldusele, et vaimuliku jumalateenistuse külastamine vähemalt kord nädalas vähendas naiste seas suitsiidiriski 68% ja meeste seas 33%, võrreldes nendega, kes ei osalenud mitte kunagi (Ying jt, 2020).

Depressiooni paremaks ohjamiseks on farmakoteraapiate ja psühholoogiliste võtete kõrval olemas mitmesuguseid elustiili teisendusi. Ehkki ravimite mõistlik kasutamine ja psühholoogilised võtted on endiselt esikohal ja pooldatud, on inimeste haiguste leevendamiseks/ heaolu suurendamiseks vajalik depressiooni ennetamiseks ja raviks lõimida ka elustiili muutmist (Sarris jt, 2014).

Tervishoiutöötajad saavad ise vägivalla ära hoidmiseks palju ära teha, kui näiteks patsiendiga esmakohtumisel tutvustada ennast, jääda patsiendi suhtes lugupidavaks, säilitada meeldiv hääletoon, mitte suhtuda patsienti põlgusega. Samas peavad nii patsiendid kui ka nende lähedased võtma vastutuse oma käitumise eest. Kuid tänapäeval on patsientide roll muutumas,

tervishoiutöötaja on teenusepakkuja ja patsient nn kliendi rollis. See võib muuta patsiendid ja nende lähedased ebamõistlikult nõudlikeks ja nad väljendavad tervishoiuteenus saamise puhul rahulolematust (Shafran-Tikva jt, 2017: 59).

3.2. Institutsionaalsed strateegiad

Töökeskonnast tulenev stress ja läbipõlemine mõjutab otseselt ödede rahulolu tööga. Organisatsioon ja organisatsioonikäitumise kultuur saab aidata kaasa spetsialistide heaolule. Kanadas viidi eelmise kümnendi alguses ühes 14 000 patsiendiga perearstikeskuses läbi uuring, kus kaasati meeskonda kaplan ning püüti pakkuda töötajatele, patsientidele ja nende lähedastele kompleksset teenindust. Käivitati uued hooldusmudelid, näiteks rühmaviisiidid diabeetikutele või ärevushäiretega patsientidele. Loodi nn akadeemiline kutsealadevaheline koostöö. Peale seda oli kaadrivoolavus peaaegu peatunud, vastupidiselt eelnevale olukorrale. Naaberriigis USAs oli statistika andmetel 2004. aastal esmatasandi tervishoiutöötajate seas kaadrivoolavus 3-10% aastas (Price jt, 2013: 1145-1146). Kaplaniteenistust pakutakse ka Eesti Kaitseväes, kaplaniteenistusel on toetav institutsioon, mille põhiülesandeks on teenida kõiki kaitseväelasi, kaitseleitlasi ja nende pereliikmeid sõltumata nende religioosest kuuluvusest või mittekuuluvusest (Kaplaniteenistus, 2021).

Price jt kirjeldavad oma artiklis „*Caring for the carers*“ uuringut, kus meeskonda kaasati kaplan, kes on läbinud vaimse tervise koolituse hingehoiu ja nõustamise alal, ning pakub patsientidele, nende peredele ja töötajatele hingelist abi. Kaplani kaasamine esmatasandi perearstikeskuses oli algselt mõeldud pilootprojektina. Ta tegi vastuvõtte korra nädalas, pilootprojekti lõppedes viidi läbi küsitlus töötajate seas. Kliiniku töötajad nõustusid ühehäälselt, et kaplan peaks olema saadaval kliinikus ka edaspidi korra nädalas. Ta annaks hingelist abi nii töötajatele kui ka patsientidele. Ta oli olnud suureks abiks, kuna oli aidanud inimesi ka mittetöölalastes probleemides, nagu perekondlikud suhted, kurvad ja rasked olukorrad patsientidega, toetanud nende lähedasi. Kuna töötajad olid saanud väga lähedaseks kaplaniga, siis võimaldas see olukord lahendada ka kõige keerulisemaid tööalaseid probleeme ning ka perekondlikke muresid, mis võivad soodustada tervishoiutöötajatel depressiooni teket. Vaimse tervise ja üldse hingeliste probleemide ravi ning nende mõistmine ja lahendamine on vanim tervishoiuteenus. Kaplani roll kattub mõnevõrra sotsiaaltöötaja rolliga, kuid kaplanitel on täiendkoolitus valdkondades nagu sõltuvus, väärkohtlemine, perekonnasisesed erinevused ning oskus inimestele pakkuda tuge elu lõpusirgel. Tema rolli ei asenda õppinud psühholoogid,

sotsiaaltöötajad ega ka kogukonna vaimulikud. Jõuti järeldusele, et on hea mõte kaasata kaplanit, kes toetab tervishoiu asutuses emotsionaalseid ja vaimseid vajadusi. Järeldati, et mõni väiksemgi probleem sai lahendatud enne selle võimendumist tänu kaplaniga kohtumisele ja vestlusele (Price jt, 2013: 1145–1146).

Kui tervishoiutöötajate läbipõlemist ja suitsiidiriski on tunnustatud ning ollakse valmis sellel teemal arutlema, hakkavad asutused ja haiglad reageerima ning hakatakse pakkuma vastavasisulisi programme, mille eesmärk on parandada arsti ja õde heaolu. USAs töötati välja programm *Healer Education Assessment and Referral (HEAR)*, mis oli algselt mõeldud arstidele. Selle programmi üks element pakub vabatahtlikku, anonüümset, veebipõhist sõeluuringu- ja suunamisprogrammi kasutades *American Foundation for Suicide Prevention (AFSP)* poolt välja töötatud valideerimise hindamisvahendit. Programmi algusaastail vastas 27% läbivaadatud isikutest depressiooni või enesetapu tekkimise olulise riski kriteeriumitele ja peaaegu pooled tuvastatud isikutest läksid hindama oma vaimset tervist spetsialistide juurde. Algusest peale toetas programmi tervishoiukõrgkoolide kõrgem juhtkond, kes julgustas programmis osalema. Seitsmendal aastal laiendati *HEAR* programmi ka õendusringkondadele. Esimese kümne kuuga hinnati 184 õde, kellest 9% suhtles nõustajaga veebisaidi kaudu, 8% suhtles nõustajaga telefoni teel. Tänu sellele programmile pöördus 11% õdedest vaimse tervise spetsialisti poole. Oluline on see, et ennetav anonüümne sõeluuring tuvastas ohus olevad õed ja nad ise kommenteerisid hiljem, et ilma selle ennetava skriinimiseta poleks nad vaimse tervise hooldust alustanud (Davidson jt. 2018).

Eesti Õdede Liit toob oma pöördumises seoses õenduspersonali kriitilise puudumisega välja, et iga õde on tähtis. Eestis on õdede puuduse üle Eesti tervishoiusüsteemis palju aru peetud, kuid lahendust pole. Eestis on puudu ligi 4000 õde. Täna saaks Eesti tervishoiusüsteem koheselt tööle võtta 500 (täitmata ametikohad), aga tööd jätkuks ka 1000 õele. Pandeemia tõi ja toob valusalt välja just õdede puuduse. Õdede väsimise/haigestumise korral nende asendamise võimalust ei ole, seega riigi toimepidavus vältimatu abi teenusele on puudulik. Ohutu ravi- ja töökeskkonna tagamise kõrval on tähtis töötajate motivatsiooni hoidmine, et olemasolevad spetsialistid püsiks tööl haiglates (Õdede pöördumine, 2020).

Tervise Arengu Instituut on oma väljaandes “Tervislik töökoht“ toonud välja, et kui inimest ümbritseb toetav keskkond ja kollektiivis suhtutakse positiivselt, siis on vaimse tasakaalu säilitamine kergem. Tuleb olla ise teiste inimeste suhtes avatud ja usaldav, tunnistades

probleeme ja vajadusel tuleb abi paluda. Organisatsioonis on tervishoiuspetsialist, kes pakub oma teenust, lisaks on nõustamine, teraapia või tervisekontroll. Tuleb nõu pidada oma ülemusega, õdedel õendusjuhiga, selleks et leppida kokku ja teha muudatused näiteks töö korraldamises: lühemad vahetused, töölt vabaks saamine, et minna ravile või nõustamisele, mentori toetus ja ka järk-järgult tagasipöördumine tööle pärast pikemat haigust (Vaimne tervis....., 2015).

4. ARUTELU

Kui haigus lõpeb surmaga või kui surm on seoses kõrge eaga, on see paratamatu ja elutee loomulik osa. Elu lõpetamine oma isiklike otsuste põhjal on osaliselt ennetatav, kui probleemidele lahendused leida ja vastavat abi saada. Enesetappude ennetamiseks peab täpsustama probleeme, mis põhjustel inimene sellise otsuse vastu võtab. Üheks endalt elu võtmise ehk suitsiidi põhjusteks on erinevad stressitekitajad, sealhulgas ka tööstress ja depressioon.

Põhjuseid, miks õdedel on suurem soodumus sooritada enesetappu, on palju. Kuna õdede läbipõlemine tööl on jätkuvalt kasvav mure ning tervishoiusektor on endiselt üks kõrge riskiga töövaldkondi, tuleb tööstressi ja läbipõlemise põhjuseid vaadata nii individuaalsel kui ka organisatsiooni tasandil.

Lõputöö autori arvates peame ühiskonnana depressiooni mõjutavaid tegureid paremini mõistma. HEAR interaktiivse sõeluuringu käigus saadud andmete analüüsi kaudu saaks hakata mõistma stressi riskifaktorite eripära. Davidson jt (2018) on oma artiklites korduvalt välja toonud, et õdedel on kõrge suitsiidirisk ja sellest tulenevalt on nendel töökeskkonnast lähtuvad stressifaktorid nagu risk vägivallale ja ennast mitte täisväärtuslikuna tundmine, ja on leidnud, et antud programmi *HEAR* kasutamine aitaks probleemi paremini tunda õppida. *HEAR* programm on veebipõhine platvorm, mis pakub turvalist suhtlemist vaimse tervise spetsialistiga. Konfidentsiaalsus on tagatud ja suhtlemine on anonüümne, tagasiside on reaalne, mitte arvutipõhine. Eestis tuleb selle programmi juurutamiseks koostööd teha vaimse tervise spetsialistidega, kes oleksid valmis realselt abi pakkuma. Programmi maksumus on hetkel kas 2500 või 5000 USD aastas, sõltuvalt, kas kasutatakse koolides või organisatsioonides. Programm vajaks ka tõlkimist, kuna hetkel on see ingliskeelne.

Silva jt kirjaldasid oma 2015. aasta artiklis, et pikkade valvetega võivad tekkida õdedel kodused probleemid – abikaasa või elukaaslasega, probleemid lastega ja vanematega. Abikaasad või elukaaslased ei soovi, et kaaslane öösiti kodust ära on. Nad võivad hakata armukadedust välja näitama, sest elukaaslane on valvetes koos kolleegidega vastassugupoolest. Selline armukadedus või isegi süüdistamine on depressiooni kasvulavaks. Autor nõustub sellega, sest olles ise noor õde aastakümneid tagasi, koges ta oma abikaasa poolt samu süüdistusi. Harmoonilise suhte nimel valis autor töötamise tööpäevadel, päevastes vahetustes. Pikad vahetused ei võimalda lastega piisavalt suhelda, mis omakorda võib langetada laste õpi edukust.

Ja õena töötav lapsevanem tunneb ennast antud olukorras süüdi, mis omakorda süvendab depressiooni. Kui töötaval õel on näiteks haiged vanemad, kelle eest ta peaks hooldust kandma, kuid ta ei saa, sest peab täitma töökohustusi, ravima võib-olla alkohoolikutest ja narkomaanidest patsiente, siis tunneb ta ängistust ja jõuetust, mis jällegi põhjustab depressiooni.

Autor nõustub ka Sheppardi 2016. aasta artiklis „*Compassion fatigue: Are you at risk?*“ välja tooduga, et õdedel tekib aja jooksul kaastundeväsimus, mis mõjutab paljuski vaimset tervist. Töötades ise haiglas ja kokku puutudes kolleegidega, kes Covid-19 pandeemia ajal töötasid Covid-osakonnas sai autor teada õdede läbipõlemise ühest faktorist, mis on kaastundeväsimus. Õed rääkisid, et on raske lohutada ja põetada patsienti, kui nad teavad, et patsiendi seisund on letaalne.

Tervishoiusektor peaks kaasama rohkem osapooli kaasa mõtlema teemadel õdede vaimne tervis ja suitsiidirisk. Ülemaailmse pandeemia käigus saime teada, kui oluline on tervishoiupersonali olemasolu ja nende töö väärtustamine, samas saime ka teada, et õdedel on suurem risk läbipõlemiseks kriitilistel perioodidel. Eesti Õdede Liit tõi oma pöördumises välja, et õdede vähesus haiglates mõjutab töötavate õdede töökoormust, millega töö autor nõustub, olles ise tööl haiglas ja olukorraga tuttav.

Price jt (2013) kirjutasid oma artiklis, et tervishoiuteenuseid osutavates asutustes peaks olema vaimse tervise spetsialist, terapeut või kaplan, kellel oleks ka teadmised psühholoogia valdkonnast. Tervishoiutöötajad saaksid ja peaksid pöörduma tema poole esimesel võimalusel, kui on tekkinud probleem. Need visiidid peaksid olema privaatsed, et pöördumine spetsialisti poole ei jääks ära kartuses, et hiljem tuleb probleem avalikuks ja kolleegid ei mõista seda. Eesti võiks hakata juurutama sama, töö autori teada pole Eesti haiglates ega ka teistes tervishoiuasutustes kaplanit, kelle poole pöörduda. Kriitilistes olukordades otsitakse lahendusi ja võimalust pöörduda kas selgeltnägijate või muu alternatiivmeditsiiniga tegelevate isikute poole. Samas kaplani olemasolu ja temaga vestlemise võimalus oleks eelnevale parem lahendus, sest kaplan on vaimulik, kes on kiriku poolt ametisse pühitsetud, kuid töötab väljaspool kirikut ja töötamise eelduseks on akadeemiline koolitus. Eestis on kaplani teenistus Kaitseväes ja kinnipidamisasutuste süsteemis, aga mitte tervishoiusüsteemis. Kuna uute töökohtade loomist ei peeta võimalikuks seoses kokkuhoiu strateegiaga, siis võiks liita ka tervishoiusektori kaplaniteenistust kasutatavate sektorite hulka, nii et kaplan pakuks oma tuge kindlatel aegadel kindlates kohtades.

Uurimistöö käigus leidis kinnitust, et õdede töö on pingeline ja vastutus on kõrge, mis omakorda tekitab stressi. Kui stress viib depressioonini, mida ei ravita, on enesetapu sooritamine üks võimalikest lahendustest olukorraga toimetulekuks. Kahjuks puudub riiklik andmebaas, mis seoks surmapõhjuse eriala ja soo järgi nii meil Eestis kui ka mujal maailmas. Arstide enesetappe on uuritud, kuid kahjuks on õdede enesetappude esinemissagedus suures osas dokumenteerimata ülemaailmselt. Paljud organisatsioonid on võtnud antud teema päevakorda nii Euroopas kui ka kogu maailmas. Lähitulevikus võivad need andmed olla kättesaadavad (Evans, 2019).

Autor püüdis saada andmeid Eesti Tervise Arengu Instituudist, sest nendel on surmade põhjuste statistiline andmebaas. Kuid kahjuks ei avaldata andmeid selle kohta, milliste elukutsete esindajad on oma elu lõpetanud suitsiidiga. Võimalik ka, et lihtsalt neid andmeid sellisel viisil ei koguta. Seega autori arvates võiks nende andmete olemasolu olla abiks õdede depressiooni ennetamisel ja sellest tuleneva suitsiidi ennetamisel.

Ettepanek:

1. Tutvustada eelpool kirjeldatud veebipõhist sõeluuringu programmi *HEAR* tervishoiuasutustele ja selgitada selle vajadust. Hetkel selles haiglas, kus autor ise töötab, ei tegeleta õdede vaimse tervisega osakonna tasandil.

JÄRELDUSED

Õdede enesetappude põhjused on nii personaalsed kui töökeskkonnast tingitud. Personaalseteks põhjusteks on õdede vaimse tervise häired, millega sageli kaasneb narkootiliste ainete tarbimine või alkoholi kuritarvitamine. Õdedel on vähenenud perega kvaliteetaja veetmine öövahetuste ja nädalavahetustel töötamise tõttu. Töökeskkonnaga seotud põhjusteks on kokkupuude patsientide ja nende lähedaste kannatustega, eetilised konfliktid, kolleegide ja patsientide lugupidamatus, suur töökoormus, vähene kollegiaalsus, töökiusamine, vaimne ja füüsiline vägivald ning tööst tingitud kaastundeväsimus ja tööstress, mis võib viia läbipõlemiseni.

Suitsiidide ennetamiseks saab õdedel kasutada individuaalseid ja institutsionaalseid strateegiaid. Individuaalseteks strateegiateks on elustiili muutmine, jälgides toitumist, vähendades alkoholi ja kofeiini tarbimist ning loobudes suitsetamisest. Oluline on töö, meelelahutuse ja puhkuse tasakaalustamine. Meelelahutuseks ja puhkuseks on soovitatav kuulata muusikat, tegeleda lemmikloomadega, viibida looduses, tegeleda lõõgastavate harjutustega ning viibida rohkem värskes õhus ja vältida mürarikast keskkonda. Institutsionaalseteks strateegiateks oleks kaplaniteenistuse kasutamine. Kui on vaimse tervisega probleeme, tuleb nõu pidada õendusjuhiga, et leppida kokku ja teha muudatusi näiteks töö korraldamises: lühemad vahetused, töölt vabaks saamine, et minna ravile või nõustamisele, mentori toetus ja ka järk-järgult tagasipöördumine tööle pärast pikemat haigust.

KASUTATUD KIRJANDUS

Bertolote, J.M.; Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology*, 2, 6–8.

DOI: 10.5617/suicidologi.2330

Bourgault, A. M. (2019). Take Control of Your Work Environment and Personal Well-being *Critical Care Nurse*, 39(6), 10–13.

DOI: 10.4037/ccn2019408

Camus, A. (1989). *Sisyphose müüt*. Tallinn: Eesti Raamat.

Causes of Death — Standardised death rate, 2017 (per 100 000 inhabits) (2021). Eurostat.

https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics (15.01.2021).

Cano-Langreo, M; Cicirello-Salsas, S; Lopez-Lopez, A; Aguilar-Vela, M (2014). Current framework of suicide and suicidal ideation in health professionals. *Medicina y Seguridad deltrabajo*, 60(234), 219–238.

Chen, Y; Koh, K, H; Kawachi, I; Botticelli, M; VanderWeele, T, J (2020). Religious Service Attendance and Deaths related to Drugs, Alcohol, and Suicide Among US Health Care Professionals. *JAMA Psychiatry* 7 (77), 737–744.

DOI:10.1001/jamapsychiatry.2020.0175

Davidson, J. E. (2019). Nurse suicide in the United States: Analysis of the Center for Disease Control 2014. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(5), 16–21.

DOI: 10.1016/j.apnu.2019.04.006

Davidson, J. E; Lee, K. (2020). A Longitudinal Analysis of Nurse Suicide in the United States (2005-2016) With Recommendation for Action. *WVN*, 17, 6–15.

DOI: 10.1111/wvn.12419

Davidson, J.E; Mandis, J; Stuck, A.R; DeMichele, G; Zisook, S (2018). Nurse Suicide Breaking the Silence. *National Academy of Medicine*, Jan.8, 1–12.

DOI:10.31478/201801a

Disease prevention, including early detection of illness. (2021).

<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations/epho5-disease-prevention,-including-early-detection-of-illness2> (12.01.2021).

Griffin, M. (2004). Teaching cognitive rehearsal as a shield for lateral violence: An intervention for newly licensed nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 35(6), 257–263.

Enesetappude ennetamine. (2000). Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituut. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Muud_infot/suitsiidipreventsioon_esmatasandi_tervis_hoiutootajatele_ersi.pdf (15.12.2020).

- Environ, J. (2015). Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses. *Public Health*, 12(1), 652–666.
DOI: 10.3390/ijerph120100652
- Evans, G. (2019). Nurse Suicides Finally Coming to Light. *AHC Media*, 38(10).
- Haber, M. (1932). *Eestlane Sõdurina. Järeldusi Kaitseväe komplekteerimiseks, väljaõppeks ja juhtimiseks*. Kõrgem Sõjakool 1921-1940 ja selle lõpetanute väitekirjad. Toimetised 9/2008
- Hirsijärvi, S., Remes, P., Sajuvaara, P. (2010). *Uuri ja kirjuta*. Tallinn: Medicina.
- Jacob, K.S. (2017). Suicide prevention in low- and middle income countries: part perceptions, partial solution. *The British Journal of Psychiatry*, 211(5), 264–265.
DOI:10.1192/bjp.bp.117.198150 (12.12.2020).
- Kaplaniteenistus. (2021).
<https://mil.ee/uksused/toetuse-vaejuhatus/toetusteenuste-keskus/kaplaniteenistus/>
(20.01.2021).
- Mehilane, L. (1997). *Mis on koolilapsel muret?* Tartu: Stilett
- Meres, K. (2020). *Enesetappude arv 2005 kuni 2015*.
<https://www.stat.ee/et/uudised/enesetappude-arvu-puhul-juhus-seadusparast-intrigeerivam>
(16.01.2021).
- Minois, G. (2004). *Suitsiidi ajalugu*. Tallinn: Olion
- Our World in Data. (2021).
<https://ourworldindata.org> (22.02.2021).
- Pilgrim, J. L., Dorward, R. & Drummer, O. H., (2017). Drug-caused deaths in Australian medical practitioners and health-care professionals. *Addiction*, 112(3), 486–493.
<https://doi.org/10.1111/add.13619>
- Pitts, E., Scaller, D.J., (2020). Violent patient.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537281/> (14.01.2021).
- Price, D., Carr, S., Howard, M. Caring for the carers. (2013). *Canadian Family Physican*, 59(11), 1145–1146.
- Rizzo, L.H. (2018). Suicide among nurses: What we don't know might hurt us. *American Nurse Today*, 13(10), 10–15.
- Sarris, J., O'Neil, A., Coulson, C., Schweitzer, I., Berk, M. (2014). Lifestyle Medicine for Depression. *BMC Psychiatry*, 14(107), 1–13.
DOI: 10.1186/1471-244X-14-107
- Shafran -Tikva, S., Chinitz, D., Stern, Z., Feder-Bubis, P. (2017). Violence against physicians and nurses in a hospital: How does it happen? A mixed-methods study. *Israel Journal of Health Policy Research*, 6, 59.
DOI: 10.1186/s13584-017-0183-y

Sheppard, K. (2016). Compassion fatigue: Are you at risk? *American Nurse Today*, 11(1), 53–55.

DOI: 10.1188/09.ONF.24-28

Silva, D.D., Tavares, N.V., Alexandre, A.R.G., Freitas, D.A., Breda, M. Z., Albuquerque, M.C.S., Neto, V.L.M. (2015). Depression and suicide risk among nursing professionals: an integrative review. *Rev.Esc Enferm USP*: 49(6), 1023–1031.

DOI: 10.1590/S0080-623420150000600020

Sisask, M. (2005). *Suitsidaalsus ühiskonnas ning suitsiidikatse sotsiaal-demograafilised, meditsiinilised ja psüühilised mõjurid*. Magistritöö rahvatervishoius. Tartu Ülikool.

Sofer, D. (2018). Suicide Among Nurses. *The American Journal of Nursing*, 118(8), 14.

Teatelehed enesetapmiste ja enesetapmistkatsete kohta. Riigi Statistika Keskbüroo. Fondi nr. 1831. Arhiivi nr. 1092. Eesti Riigiarhiiv (18.10.2020).

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. (RT I 2001, 50, 284; 09.05.2001). <https://www.riigiteataja.ee/akt/110032011009> (12.12.2020).

Tervishoiutöötajate lahkumise põhjused. Sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskuse (RAKE) 2015. a aruanne. https://skytte.ut.ee/sites/default/files/skytte/tht_uuringu_lopparuanne.pdf (16.05.2020).

Toney-Butler, T.J & Siela, D. (2021). Recognizing alcohol and drug impairment in the workplace Florida. *StatPearls Publishing, Jan*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29939551/> (12.12.2020).

Vaimse tervise edendamine tervishoius. (Ilmumisaasta teadmata) *Euroopa Tööohutuse ja Töötervishoiu Agentuur*. <https://bit.ly/36Rps1t> (16.12.2019).

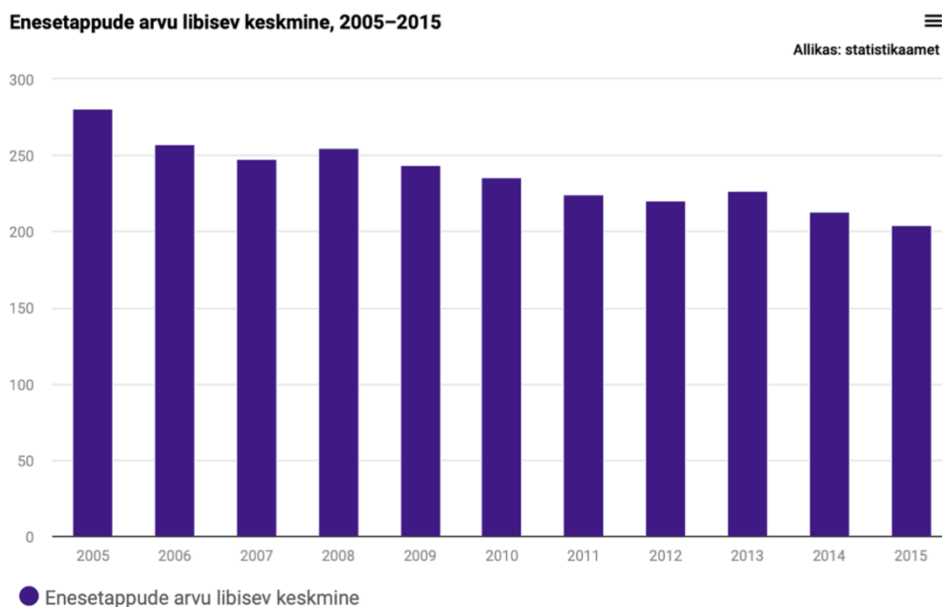
Vaimne tervis töökohal (2015). Tervise Arengu Instituut. <https://tai.ee/et/valjaanded/vaimne-tervis-tookohal-kasiraamat-tooandjale-ja-tootajale> (01.05.2021).

Õdede pöördumine seoses õenduspersonali kriitilise puudusega. Eesti Õdede Liit. www.ena.ee (17.05.2020).

ENESETAPPUDE ARVU LIBISEV KESKMINE AASTATEL 2005 KUNI 2015

Alljärgnevas Statistikaameti tabelis on toodud välja enesetappude arvud aastatel 2005 kuni 2015. Andmed näitavad, et 2012. aastal oli 235, 2013. aastal 209 ja 2014. aastal 236 enesetappu. Libiseva keskmise juures avaldavad eelnev ja järgmine aasta suuremat mõju kui arvestuse aasta. Selle teadmise valguses näeme, et tegelikkuses ei toimunud 2009. ja 2010. aastal suitsiidide arvu suurenemist, vaid jätkus langustrend. Samuti näeme, et libisevat keskmist arvestades on ka 2014. aasta üldise enesetappude arvu vähenemise trendiga kooskõlas.

Tegelikkuses on enesetappude arvu muutuse vaatamiseks ka kümme aastat lühike aeg.



Joonis 1. Enesetappude arvu libisev keskmine aastatel 2005 kuni 2015 (Meres, 2020).

ENESETAPPUDE ARV EESTI VABARIIGIS AASTATEL 1922 KUNI 1928

Tabel 1. Enesetappude arv Eesti Vabariigis aastatel 1922 kuni 1928 (Haber, 1932).

Aastad	Enesetappe		Enesetapu katseid
	arv	100 000 elaniku kohta	
1922	184	16,7	-
1923	186	16,7	-
1924	247	22,2	67
1925	258	23,1	63
1926	320	28,06	73
1927	304	27,2	87
1928	318	28,5	82

ENESETAPMISE TEATELEHT EESTI VABARIIGIS AASTAL 1937

E. V.
Statistika Keskbüroo
Üldbüroo
Moraalstatistika

Tähta lga enesetapmisjchn puhul ja aasta
Keskbüroo kõik lehed on eest korraga (mitte
hiljem, kui järgneva kuu 10-ks)

33
82+

ENESETAPMISE TEATELEHT.

(Tähtmise eel lugeda läbi lehe tagakülge)

Raudteepoliitsei Tallinna jaoskond.
(Poliitstatistika alamooskond)

Tallinna jaam.

ENESETAPJA:

1. Perikonna- ja eesnimi Mathiesen, Julie ; sugu nais
2. Alaline elukoht Tallinnas, U.-Kalamaja tn.nr. 25-16.
3. Vanus 29 a.; sündinud 1907a. detsembri kuul 29.
4. Perikonnaseis (abiellus, vallaline, lesk, lahutatud, lahuselav) vallaline. 3
5. Missuguse riigi kodanik Eesti
6. Rahvus Eesti
7. Usk Ev.-lut.
8. Haridus Külakool

9. Tööala (tegelik enesetapmise eel):

- a) kus töötas kodus, kus tegi laagritööd valmisriiete äridele.
- b) kellena töötas õmbleja -naisrätsep - palgalisena
- c) mis tööd tegi meesrätsepa tööd ja õmbles nais- ja mees suve- mantleid.
- d) kas tehtav töö oli enesetapja peatöõala (ja, ei) ja , kui see töö oli juhulik teenistus, mis oli siis enesetapja peatöõala
- e) kui enesetapjal puudus tulutoov tööala, kust sai ta ülalpidamist elatas ennast töötasust.

10. Kas oli enesetapjal kinnisvara (ja, ei) ei , jaataval korral selle väärtus, lühike kirjeldus ja asupaik

11. Kas põdes enesetapja mingisugust haigust (missugust) ei

12. Kas kannatas enesetapja majanduslikku kitsikust (missugust) rahapuudust ja oli võlgade sees. Ta varandus oli ülesse kirjutatud ja määratud oksjonile.

ENESETAPMISE

13. Aeg 1937a. mai kuul 21. kell 14,40
(aasta) (kuu) (päev) (kellaeg 24 t.)
Surnuaeg mai 21. surn järgnes " " päeva ja " " tunni pärast. silmapilk-
(kuu) (päev)

14. Koht Järve - Tallinna jaamade vahel 104 kilomeetritel. -raudteel.

15. Kordasaatmisviisi ja -abinõu rongi alla heitmine.
Kas oli enesetapja haige ei ; kui oli, kas kodus , või haigemajas

16. Põhjused:

- a) mahajäetud kirja järgi õnnetu armastus. 6
- b) sugulaste ja tuttavate ütelduste järgi õnnetu armastus ja raske majanduslik seisukord.

Märkused:

Nr. HM Politseikomissar

22. mail 1937a. (allkiri) M. Sinija
Raudteepoliitsei Tallinnas 3. rai.
kõrgetasemel.

Joonis 1. Enesetapmise teateleht Eesti Vabariigis aastal 1937 (Teatelehed enesetapmise ..., 1937).

Infootsingu raport

Andmebaas	Piirangud	Otsingusõnad	Leitud artiklite arv	Kasutatud artiklite arv
EBSCOhost: CINAHL Complete	Eelretsenseeritud, inglise keeles, täistekst, ajaline piirang 2010—2021	Nurse suicide AND prevention	5	1
EBSCOhost: Academic Search complete	Eelretsenseeritud, inglise keeles, täistekst, ajaline piirang 2010—2021	Nurse suicide AND prevention	0	
EBSCOhost: Health Source: Nursing/Academic Edition	Eelretsenseeritud, inglise keeles, täistekst, ajaline piirang 2010—2021	Nurse suicide AND prevention	0	
EBSCOhost: Cochrane database of Systematic Reviews	Täistekst, ajaline piirang 2010—2021	Nurse suicide AND prevention	0	
Pubmed	Inglise keeles, täistekst, ajaline piirang 2010—2021	Nurse suicide AND prevention	114	
Google Scholar	Inglise keeles, ajaline piirang 2010—2021	Nurse suicide AND prevention	2 920 000	5
FreeFullPDF	-	Nurse suicide AND prevention	384 000	2
ScienceDirect	Inglise keeles, ajaline piirang 2010—2021, valdkond: õendus ja tervishoiutöötajad, avatud juurdepääs	Nurse suicide AND prevention	50	0
EBSCOhost: CINAHL Complete	Eelretsenseeritud, inglise keeles, täistekst, ajaline piirang 2010—2021	„Suicide prevention in nurses“	1	1
EBSCOhost: Academic Search complete	Eelretsenseeritud, inglise keeles, täistekst, ajaline piirang 2010—2021	„Suicide prevention in nurses“	0	
EBSCOhost: Health Source: Nursing/Academic Edition	Eelretsenseeritud, inglise keeles, täistekst, ajaline piirang 2010—2021	„Suicide prevention in nurses“	0	

Andmebaas	Piirangud	Otsingusõnad	Leitud artiklite arv	Kasutatud artiklite arv
EBSCOhost: Cochrane database of Systematic Reviews	Täistekst, ajaline piirang 2010—2021	„Suicide prevention in nurses“	0	
Pubmed	Piiranguta täistekst, ajaline piirang: avaldamisest 10 aastat	„Suicide prevention in nurses“	123	2
Google Scholar	Inglise keeles, ajaline piirang 2010—2021	„Suicide prevention in nurses“	178 000	0
FreeFullPDF	-	„Suicide prevention in nurses“	3 320 000	1
ScienceDirect	Inglise keeles, ajaline piirang 2010—2021, valdkond: õendus ja tervishoiutöötajad, avatud juurdepääs	„Suicide prevention in nurses“	98	0
EBSCOhost: CINAHL Complete	Eelretsenseeritud, inglise keeles, täistekst, ajaline piirang 2010—2021	Nurse suicide AND risks	0	
EBSCOhost: Academic Search complete	Eelretsenseeritud, inglise keeles, täistekst, ajaline piirang 2010—2021	Nurse suicide AND risks	2	1
EBSCOhost: Health Source: Nursing/Academic Edition	Eelretsenseeritud, inglise keeles, täistekst, ajaline piirang 2010—2021	Nurse suicide AND risks	1	1
EBSCOhost: Cochrane database of Systematic Reviews	Täistekst, ajaline piirang 2010—2021	Nurse suicide AND risks	0	
Pubmed	Piiranguta täistekst, ajaline piirang: avaldamisest 10 aastat	Nurse suicide AND risks	136	3
Google Scholar	Inglise keeles, ajaline piirang 2010—2021	Nurse suicide AND risks	95 000	4
FreeFullPDF	-	Nurse suicide AND risks	589 000	4
ScienceDirect	Inglise keeles, ajaline piirang 2010—2021, valdkond: õendus ja tervishoiutöötajad, avatud juurdepääs	Nurse suicide AND risks	98	0

Andmebaas	Piirangud	Otsingusõnad	Leitud artiklite arv	Kasutatud artiklite arv
EBSCOhost: CINAHL Complete	Eelretsenseeritud, inglise keeles, täistekst, ajaline piirang 2010—2021	Nurse suicide AND risk factors	0	
EBSCOhost: Academic Search complete	Eelretsenseeritud, inglise keeles, täistekst, ajaline piirang 2010—2021	Nurse suicide AND risk factors	0	
EBSCOhost: Health Source: Nursing/Academic Edition	Eelretsenseeritud, inglise keeles, täistekst, ajaline piirang 2010—2021	Nurse suicide AND risk factors	1	1
EBSCOhost: Cochrane database of Systematic Reviews	Täistekst, ajaline piirang 2010—2021	Nurse suicide AND risk factors	0	
Pubmed	Piiranguta täistekst, ajaline piirang: avaldamisest 10 aastat	Nurse suicide AND risk factors	65	3
Google Scholar	Inglise keeles, ajaline piirang 2010—2021	Nurse suicide AND risk factors	23 000	5
FreeFullPDF	Inglise keeles, ajaline piirang 2010—2021	Nurse suicide AND risk factors	1 690 000	0
ScienceDirect	Inglise keeles, ajaline piirang 2010—2021, valdkond: õendus ja ravishoiutöötajad, avatud juurdepääs	Nurse suicide AND risk factors	79	0
EBSCOhost: CINAHL Complete	Eelretsenseeritud, inglise keeles, täistekst, ajaline piirang 2010—2021	Nurse suicide AND suicidal ideation	1	0
EBSCOhost: Academic Search complete	Eelretsenseeritud, inglise keeles, täistekst, ajaline piirang 2010—2021	Nurse suicide AND suicidal ideation	0	
EBSCOhost: Health Source: Nursing/Academic Edition	Eelretsenseeritud, inglise keeles, täistekst, ajaline piirang 2010—2021	Nurse suicide AND suicidal ideation	0	
EBSCOhost: Cochrane database of Systematic Reviews	Täistekst, ajaline piirang 2010—2021	Nurse suicide AND suicidal ideation	0	

Andmebaas	Piirangud	Otsingusõnad	Leitud artiklite arv	Kasutatud artiklite arv
Pubmed	Piiranguta täistekst, ajaline piirang: avaldamisest 10 aastat	Nurse suicide AND suicidal ideation	55	2
Google Scholar	Inglise keeles, ajaline piirang 2010—2021	Nurse suicide AND suicidal ideation	23 600	1
FreeFullPDF	-	Nurse suicide AND suicidal ideation	251 000	1
ScienceDirect	Inglise keeles, ajaline piirang 2010—2021, valdkond: õendus ja tervishoiutöötajad, avatud juurdepääs	Nurse suicide AND suicidal ideation	19	0