

TALLINNA TERVISHOIU KÕRGGKOO



Õenduse õppetool

Õe õppekava

Anton Karnjušin, Kaur Koppel

**ÕENDUSABI EAKATE PATSIENTIDE KROONILISTE
KARDIOLOOGILISTE HAIGUSTEGA KAASNEVATE
PROBLEEMIDE KORRAL**

Lõputöö

Juhendaja Liina Männiksaar

Tallinn 2026

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

Lõputöö autorite allkirjad

Anton Karnjušin, Kaur Koppel
/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Lubatud kaitsmisele.

Juhendaja

Liina Männiksaar, RN, Msc
/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

KOKKUVÕTE

Anton Karnjušin ja Kaur Koppel (2026). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, õenduse õppetool, õe õppekava. Lõputöö pealkiri on „Õendusabi eakate patsientide krooniliste kardioloogiliste haigustega kaasnevate probleemide korral”. Lõputöö maht on 33 lehekülge ning töös on kasutatud 98 kirjandusallikat, millest 18 on õendusteadlikku.

Käesoleva lõputöö eesmärk on kirjeldada õendusabi eakatele inimestele krooniliste kardioloogiliste probleemidega, anda ülevaade peamistest õendusabi võtetest, selgitada välja teaduslikult kinnitatud lähenemisviisid ning hinnata nende rakendatavust õenduspraktikas.

Lõputöö meetod on kirjanduse ülevaade, mille käigus analüüsiti erinevatest teadusandmebaasidest leitud tõendus põhiseid kirjandusallikaid. Allikate valikul lähtuti kindlastest kriteeriumidest, milleks olid täisteksti kättesaadavus, tõendus põhisus, vastavus uuritavale teemale ning avaldamisaeg aastatel 2012–2026. Kirjandusallikate leidmiseks kasutati teadusandmebaase PubMed, EBSCOhost, Scopus ja Academic Search, e-kataloogi ESTER ning otsingumootoreid Google Scholar ja Google.

Eakatel patsientidel kõige sagedamini esinevad kroonilised kardioloogilised haigused on hüpertensioon, südamepuudulikkus, südame isheemiatõbi ja kodade virvendusarütmia, mille kulgu mõjutavad vananemine, kaasuvad haigused, haprus ja polüfarmaatsia. Haigused võivad avalduda mittespetsiifiliste sümptomitena ning halvendada patsiendi igapäevast toimetulekut, iseseisvust, elukvaliteeti, vaimset tervist ja sotsiaalset toimetulekut.

Eaka kroonilise kardioloogilise haigusega patsiendi õendusabi peab põhinema terviklikul ja järjepideval hindamisel, sümptomite jälgimisel, patsiendi nõustamisel ning enesehoolduse toetamisel. Patsiendi õpetamisel tuleb arvestada tema individuaalset võimekust ja vajadusel kaasata lähedased, et toetada ravisoostumust, ohutut ravimikasutust, kukkumisrisiki vähendamist, elustiili muutusi ja õigeaegset abi otsimist.

Võtmesõnad: Eakas inimene, õendusabi, südame-veresoonkonna haigus, krooniline haigus

SUMMARY

Anton Karnjušin and Kaur Koppel (2026). Tallinn Health Care College, Chair of Nursing, nursing curriculum. The title of the thesis is “Nursing Care for Problems Associated with Chronic Cardiac Diseases in Elderly Patients”. The thesis is 33 pages long and uses 98 literature sources, of which 18 are nursing-scientific.

The aim of this thesis is to describe nursing care for elderly people with chronic cardiac problems, to provide an overview of the main nursing care methods, to identify scientifically confirmed approaches, and to assess their applicability in nursing practice.

The method of the thesis is a literature review, during which evidence-based literature sources found in various scientific databases were analysed. The selection of sources was based on specific criteria: availability of full text, evidence-based content, relevance to the research topic, and publication date between 2012 and 2026. The scientific databases PubMed, EBSCOhost, Scopus and Academic Search, the e-catalogue ESTER, and the search engines Google Scholar and Google were used to find literature sources.

The chronic cardiac diseases most commonly occurring in elderly patients are hypertension, heart failure, ischaemic heart disease, and atrial fibrillation, the course of which is influenced by ageing, comorbidities, frailty, and polypharmacy. These diseases may manifest as nonspecific symptoms and may worsen the patient’s daily functioning, independence, quality of life, mental health, and social functioning.

Nursing care for an elderly patient with a chronic cardiac disease must be based on comprehensive and continuous assessment, monitoring of symptoms, patient counselling, and support for self-care. Patient education must take into account the patient’s individual abilities and, if necessary, involve close relatives in order to support treatment adherence, safe medication use, reduction of fall risk, lifestyle changes, and timely seeking of help.

Keywords: elderly person, nursing care, cardiovascular disease, chronic disease.

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	3
SUMMARY	4
SISSEJUHATUS.....	6
1. METOODIKA.....	9
2. VANANEMISEGA KAASNEVAD SÜDAME-VERESOOKONNA MUUTUSED, KROONILISED HAIGUSED JA TOIMETULEK EAKAL PATSIENDIL.....	10
2.1 Vananemise mõju südame-veresoonkonnale ning haiguste koosinemine eakal patsiendil	10
2.2 Kroonilised südame-veresoonkonnahaigused eakatel: sümptomid ja mõju toimetulekule	12
3. ÕENDUSSEKKUMISED EAKA KROONILISE KARDIOLOOGILISE HAIGUSEGA PATSIENDI SÜMPTOMITE JÄLGIMISEL JA TOIMETULEKU TOETAMISEL	15
3.1 Krooniliste südame-veresoonkonnahaigustega kaasnevate probleemide õenduslik hindamine eakal patsiendil	15
3.2 Õenduslikud sekkumised eaka kroonilise kardioloogilise haigusega patsiendi sümptomite jälgimisel ja toimetuleku toetamisel.....	18
3.2.1 Sümptomite jälgimine ja enesehoolduse toetamine	18
3.2.2 Ravimkasutuste jälgimine, kukkumisriski vähendamine ja patsiendi õpetamine ...	18
3.2.3 Eaka patsiendi elustiili nõustamine ja järjepidev õendusabi.....	20
4. ARUTELU	22
5. JÄRELDUSED.....	25
KASUTATUD KIRJANDUS	26

SISSEJUHATUS

Igas maailma riigis suureneb nii eakate inimeste arv kui ka nende osakaal kogu rahvastikus. 2019. aastal moodustasid eakad ligi 9% elanikkonnast, mis on umbes 703 miljonit inimest. 2050. aastaks on oodata, et ligikaudu 19% elanikkonnast on vanemad kui 65-aastased. (World Population..., 2019: 2–6). Rahvastiku vananemist võib täheldada ka Eestis, kus 2026. aasta alguses moodustas 65-aastaste ja vanemate inimeste osakaal 21,4% kogu elanikkonnast (Statistikaamet, 2026).

Vananemine on seotud paljude füsioloogiliste protsesside järkjärgulise langusega ning see suurendab erinevate haiguste, sealhulgas südame-veresoonkonna haiguste (SVH) tekkeriski (North & Sinclair, 2012: 1098). *Global Burden of Disease* (GBD) uuring hindas, et 2019. üle 70-aastaste vanuserühmas põdes SVH-d umbes 200 miljonit inimest ning rahvastiku vananemise tõttu üle maailma on oodata selle arvu kasvamist (Zhou et al., 2022: 2–6). SVH-d on eakate seas üks levinumaid surmapõhjuseid. *World Health Organization* (WHO) andmetel põhjustasid SVH-id 2022. aastal hinnanguliselt 19,8 miljonit surma ehk umbes 32% kõigist surmadest. (Cardiovascular diseases... , 2025).

Eaka patsiendi krooniliste kardioloogiliste haiguste käsitus võib olla keeruline, kuna haigused võivad avalduda mittespetsiifiliste sümptomitena ning esineda koos polüfarmaatsiaga seotud riskidega. Need tegurid võivad raskendada sümptomite märkamist, raviskeemi järgimist ja patsiendi igapäevast toimetulekut ning suurendada kukkumise riski ja kognitiivsete muutustega seotud probleeme. (Butrous & Hummel, 2016: 2; Abu et al., 2022: 4–5; Stefil et al., 2022).

Õdede praktilised oskused ja teadmised on haiglaravi ajal patsientide terviseseisundi jälgimisel väga olulised, võimaldades märgata elutähtsate näitajate ja patsiendi seisundi muutusi, mis võivad viidata seisundi halvenemisele ning aidata ennetada tüsistuste kujunemist. Lisaks on õdedel oluline roll patsiendi informeerimisel, vajalike oskuste õpetamisel, teabe kohandamisel ning patsiendi individuaalsete vajaduste ja võimekuse toetamisel. (Jaarsma et al., 2021; van Zeist-de Jonge et al., 2025). Krooniliste haiguste järjepidev käsitlemine ja õendusabi võivad vähendada haigestumust, puuete tekkimist, enneaegset surma ning aidata kaasa ravi parematele tervisealastele, sotsiaalsetele ja majanduslikele tulemustele (Alleyne et al., 2011). Eakate õendusabis on isikukeskse hoolduse tagamisel oluline usalduslik õe ja patsiendi suhe, tõhus suhtlemine, vastastikune koostöö ning õdede heaolu toetavad toimetuleku strateegiad, mis aitavad parandada hoolduse kvaliteeti ja eakate elukvaliteeti (Shaban et al., 2024: 12–13).

Sellest tulenevalt on oluline käsitleda, millised probleemid kaasnevad eakatel patsientidel krooniliste kardioloogiliste haigustega ning millised õendusabi tegevused aitavad neid probleeme ennetada, leevendada ja patsiendi toimetulekut toetada.

Varasemalt on kirjutanud 2025. aastal Grete Luhasaar & Lola Saliste, õenduse õppekava tudengid töö pealkirjaga “Õendusabi kroonilist südamepuudulikkust põdevale patsiendile”. See töö ei keskendunud eakatele patsientidele.

UURIMISPROBLEEM

Vanus on südame-veresoonkonna riskifaktor (Bonanad et al., 2022: 377). Eaka krooniliste kardioloogiliste haigustega patsiendi käsitlust muudab keerukaks mitme terviseprobleemi koosinemine ja sümptomite mittespetsiifiline avaldumine. See võib mõjutada haiguse õigeaegset märkamist, ravi järgimist ja patsiendi igapäevast toimetulekut. (Kendir et al., 2018: 47–48; Butrous & Hummel, 2016: 2; Abu et al., 2022: 4–5; Stefil et al., 2022). Seetõttu on oluline selgitada, millised õendusabi tegevused aitavad probleeme varakult märgata, ennetada ja leevendada ning kuidas saab õde toetada patsiendi enesehooldust ja elukvaliteeti. (Jaarsma et al., 2021; van der Velde et al., 2023; Kito et al., 2023).

Uurimustöö eesmärk on kirjeldada eakatel sagedamini esinevate krooniliste kardioloogiliste haigustega kaasnevaid probleeme ning tuua välja õendussekkumiste võimalused eaka patsiendi käsitluses. **Uurimistöö ülesanded**

- 1) Kirjeldada vananemise mõju eaka patsiendi südame-veresoonkonnale, sagedamini esinevaid kroonilisi kardioloogilisi haigusi, nende sümptomeid ning mõju patsiendi tervisele ja igapäevasele toimetulekule.
- 2) Kirjeldada õendussekkumisi, mis toetavad kroonilistest kardioloogilistest haigustest tingitud probleemidega eakat patsienti nõustamise, jälgimise ja enesehoolduse juhendamise kaudu.

KESKSED MÕISTED

Õendusabi (*nursing care*) – süstemaatiline lähenemine hooldusele, mis kasutab kriitilise mõtlemise, patsiendikeskse lähenemise ravi, eesmärgile suunatud ülesannete, tõenduspõhise praktika ja õendusabi intuitsiooni põhiprintsiipe (Toney-Butler & Thayer, 2023).

Eakas inimene (*the elderly, elderly person, senior*) – Eakat inimest defineeritakse kõige sagedamini kui 65-aastast või vanemat inimest. (Singh & Bajorek, 2014; Open RN, 2024).

Südame-veresoonkonna haigus (*cardiovascular disease*) – Südame-veresoonkonna haigused on haiguste rühm, mis mõjutavad südant ja veresoone. Need haigused võivad mõjutada ühte või mitut südame osa ja/või veresoont. (Cardiovascular Disease, 2022).

Krooniline haigus (*Chronic disease/illness*) – Kroonilisi haigusi määratletakse üldiselt kui seisundeid, mis kestavad vähemalt ühe aasta ning millega kaasneb vajadus järjepideva jälgimise või ravi järele ja/või igapäevaelu tegevuste piiratus (About chronic..., 2026).

1. METOODIKA

Käesolev lõputöö on kirjanduse ülevaade. Kirjanduse ülevaade hõlmab teemakohaste allikate otsimist, valimist, analüüsimist, tõlkimist ja refereerimist ning nende põhjal uurimusliku kokkuvõtte koostamist (Õunapuu, 2014: 93–94).

Töö koostamisel kasutati nii eesti- kui ka ingliskeelseid teadusartikleid ning eestikeelset erialakirjandust. Koostamisel otsiti ja analüüsiti teemakohaseid tõendus põhiseid allikaid erinevatest teadusandmebaasidest ja otsingu keskkondadest. Kirjandusallikate leidmiseks kasutati PubMedi, Scopust, EBSCOhosti, Google Scholar, e-kataloogi ESTER ning Google'i otsingumootorit. Otsingutes kasutati teemaga seotud eesti- ja ingliskeelseid märksõnu. Lisaks kasutati viidete haldamisel, teksti tõlkimisel ja allikate otsimisel ChatGPT Plus abi. ChatGPT'ist saadud allikate õigsuse ja saadavuse tegid autorid kindlaks materjali iseseisva läbitöötamisega.

Allikate valikul lähtuti järgmistest kriteeriumitest: täisteksti kättesaadavus, tõendus põhisus, vastavus uuritavale teemale ning avaldamisaeg aastatel 2012–2026. Lisaks kasutati kolme vanemat allikat (Dickson et al., 2007; Alleyne et al., 2011; Lainscak et al., 2011). Neist pärinev informatsioon oli käsitletava probleemi seisukohalt jätkuvalt asjakohane ja sisult kaasaegne. Kirjandusallikate esmane valik tehti pealkirjade põhjal, hinnates nende seotust uuritava teemaga. Analüüsi käigus koondati teaduskirjanduses esitatud andmed krooniliste kardioloogiliste probleemidega eakate patsientide peamiste haiguste, probleemide ja õendusabi võimaluste kohta.

Käesolev lõputöö on valminud autorite iseseisva tööna, mõlema autori panus on olnud võrdne. Kõik kasutatud artiklid ja muud kirjandusallikad on nõuetekohaselt viidatud. Töö koostamisel on järgitud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli 2023. aastal kinnitatud ja muudetud 2025 kirjalike tööde koostamise ja vormistamise juhendit.

2. VANANEMISEGA KAASNEVAD SÜDAME-VERESOOKONNA MUUTUSED, KROONILISED HAIGUSED JA TOIMETULEK EAKAL PATSIENDIL

2.1 Vananemise mõju südame-veresoonkonnale ning haiguste koosesinemine eakal patsiendil

Vanandamisega kaasnevad bioloogilised muutused suurendavad haiguste tekkeriski, kuid need ei kulge kõigil inimestel ühtemoodi ega ole alati otseses seoses kronoloogilise vanusega. Vanandamist ei käsitleta iseseisva haigusena, vaid protsessina, millega võivad kaasneda funktsionaalse võimekuse vähenemine ja suurem haigestumiskriis. (Ageing and..., 2025).

Haprus levib suureneb vanuse kasvades. See hõlmab inimese bioloogilist taandarengut mitmes omavahel seotud elundisüsteemis ning organismi vähenenud võimet reageerida stressoritele, näiteks ägedale haigusele. See võib põhjustada südame-veresoonkonna haigusi (SVH) ja/või nende ravi halba taluvust. Haprust tuleks tuvastada, et parandada ravitulemusi ja vältida ebavajalikku kahju inimesele. (Turner, 2014). Haprus on paljude SVH-de sõltumatu ennustaja ning suurendab kõrvaltoimete ja suremuse riski 2–3 korda (Bell & Saraf, 2016: 3; Fried et al., 2021). Füüsiline haprus on seisund, mis eelneb täielikule sõltuvusele abistajast ning mida on sobivate sekkumiste abil võimalik leevendada või isegi tagasi pöörata (Bonanad et al., 2022: 378). Füüsiline haprus esineb ligikaudu 10%-l kogukonnas elavatest 65-aastastest ja vanematest täiskasvanutest ning tõuseb üle 25% üle 85-aastaste seas (Fried et al., 2021: 2).

Südame-veresoonkonnas avaldub vanandamine eelkõige veresoonte struktuursete ja funktsionaalsete muutustena: arterite seinas kuhjuvad kollageen ja teised valgud, mille tulemusel väheneb veresoonte elastsus, suureneb arterite jäikus ning tõuseb süstoolne vererõhk. Samuti soodustavad veresoonte jäikus ja endoteeli düsfunktsioon kardiovaskulaarsete haiguste kujunemist ning võivad halvendada eakate elukvaliteeti. (Díez-Villanueva et al., 2022; Oliveros et al., 2020; van der Linden et al., 2023: 3; Çelik et al., 2025).

Vanandamine mõjutab ka südame ehitust ja talitlust. Südames võivad tekkida müokardi fibroos, seinapaksenemine ja diastoolne düsfunktsioon, mille tõttu väheneb vasaku vatsakese täitumine ning südamelihase elastsus. Lisaks langeb südame reservvõime, mida mõjutavad nii diastoolse funktsiooni halvenemine kui ka piiratud võime suurendada koormuse ajal südame löögisagedust. (Cannatà et al., 2017: 18 ; Hrabak Paar et al., 2024). Need vanusega seotud muutused loovad aluse krooniliste SVH tekkeks. Veresoonte jäigastumine, vererõhu tõus, diastoolse funktsiooni halvenemine ja südame reservvõime vähenemine suurendavad

hüpertensiooni, südamepuudulikkuse ja kodade virvendusarütmia riski. (Hrabak Paar et al., 2024; Maier et al., 2023).

SVH-d esinevad sageli koos ning ühe haiguse olemasolu soodustab teise haiguse teket, mistõttu ei saa patsiendi seisundit hinnata ainult ühe diagnoosi või üksiku sümptomi põhjal. (Kendir et al., 2018: 47-48 ; Forman et al., 2018). Hüpertensioon, südamepuudulikkus, südame isheemiatõbi ja kodade virvendusarütmia on eakatel patsientidel sageli esinevad SVH-d ning nende koosinemine muudab patsiendi käsitlemise keerukamaks (Dunlay & Chamberlain 2016: 1; Park et al., 2023: 128). Kodade virvendusarütmia ja südamepuudulikkus esinevad sageli koos ning võivad teineteise kulgu halvendada, ühisteks riskiteguriteks on muu hulgas vanus ja hüpertensioon (Joglar et al., 2024: 30).

Vanusega suureneb rütmihäirete risk, sest eakas süda on vastuvõtlikum nii supraventrikulaarsetele kui ka ventrikulaarsetele rütmihäiretele ning kodade virvendusarütmia levimus kasvab märgatavalt vanusega. Kõige sagedasem kodade virvendusarütmia teket soodustav tegur on vanus ning üle 50-aastastel inimestel kahekordistub kodade virvendusarütmia tekkerisk iga kümne aasta tagant. (Hrabak Paar et al., 2024; Kodade virvendusarütmia, n.d.).

Eakatel võivad südamepuudulikkusele või kodade virvendusarütmiale viitavad sümptomid, nagu väsimus, õhupuudus, koormustaluvuse langus ja pearinglus, jääda hindamata või alahinnatuks, sest neid seostatakse sageli vanuse, hapruse või teiste kaasuvate haigustega. Samuti võivad need sümptomid kattuda südamepuudulikkuse, isheemiatõve või teiste krooniliste haiguste sümptomitega. (Butrous & Hummel, 2016: 2; Abu et al., 2022: 4–5). Eakal patsiendil ei välista tüüpilise rindkerevalu puudumine isheemiatõbe või ägedat koronaarsündroomi, sest haigus võib avalduda õhupuuduse, higistamise, iivelduse, oksendamise, presünkoobi või sünkoobina (Dai et al., 2016). Eakal patsiendil võib esineda mitu samaaegset sümptomit, mistõttu on oluline hinnata kõiki sümptomeid, mitte tõlgendada üksikut sümptomit eraldiseisvalt ühe kindla haiguse tunnuseks (Eckerblad et al., 2015).

2.2 Kroonilised südame-veresoonkonnahaigused eakatel: sümptomid ja mõju toimetulekule

Kardiovaskulaarsete haiguste, sealhulgas südame isheemiatõve, südamepuudulikkuse ja kodade virvendusarütmia, levimus suureneb märkimisväärselt vanuse kasvades (Forouzandeh et al., 2024). Hüpertensiooni põdevate inimeste arv suureneb koos maailma rahvastiku kasvu ja vananemisega (Ito et al., 2024: 2).

Hüpertensioon on krooniline seisund, mida iseloomustab püsivalt kõrgeenenud arteriaalne vererõhk. See tekib siis, kui süda pumpab rohkem verd või veresooned on ahenenud, mis suurendab vastupanu verevoolule. Hüpertensiooni põhjused on mitmetegurilised. Enamikul juhtudel (primaarne hüpertensioon) puudub kindel põhjus ning selle kujunemisel mängivad rolli geneetika, vananemine ja elustiilitegurid (nt soolarikas toitumine, vähene liikumine). Sekundaarne hüpertensioon tekib aga teiste haiguste, näiteks neeruhaiguste või hormonaalsete häirete, tagajärjel. (Oparil et al., 2018).

Enamikel eakatest patsientidest puuduvad pikka aega selged kaebused ning hüpertensioon avastatakse juhuslikult vererõhu mõõtmisel. Peamised sümptomid hüpertensiooni puhul on: tugev peavalu, valu rinnus, pearinglus, õhupuudus, iiveldus, oksendamine, nägemishäired, ärevus, segasus, kohin kõrvades, ninaverejooks ja südame rütmihäired. (Hypertension, 2025).

Lo et al. (2016) leidsid, et eakatel hüpertensiooniga patsientidel olid sagedamini raporteeritud sümptomid pearinglus ja peavalu. Harvem esines unehäireid, liigesejäikust ja silmavalu. Samas seostas vähem kui pool uuringus osalenutest neid kaebusi otseselt hüpertensiooniga. (Lo et al., 2016: 299). Collins et al. (2018) uuringus leiti, et krooniliste haiguste koosinemine oli seotud põhiliste igapäevatoimingute ja elamistoimingute piirangutega ning eriti esines piiranguid neil, kellel oli hüpertensioon koos artriidi ja diabeedi, kognitiivse häire või südamehaigusega (Collins et al., 2018).

Südame isheemiatõbi on krooniline haigus, mille korral südame pärgarterites tekib ahenemine või ummistus, mis vähendab südamelihase vere- ja hapnikuvarustust. Selle tagajärjel tekib tasakaalutus südame hapnikuvajaduse ja -varustuse vahel, mis võib põhjustada stenokardiat, müokardiinfarkti või südamepuudulikkust. Südame isheemiatõbi on multifaktoriaalne haigus, mille kujunemisel mängivad rolli nii mittemuudetavad kui ka muudetavad riskitegurid. Mittemuudetavateks teguriteks on vanus, sugu ja geneetiline eelsoodumus. (Shahjehan et al., 2024).

Vaid vähesel osal südame isheemiatõvega eakatest esineb tüüpiline stenokardia. Isheemia avaldumine on sageli iseloomustatud energiapuuduse, koormustalumatuse ja väsimuse, õhupuuduse ning ebamugavustundega epigastriumis või seljas. (Dai et al., 2016: 110). Britton et al. (2012) leidsid südame isheemiatõvega patsientide uuringus, et keskmiselt 67,6-aastaste osalejate seas esines vähemalt üks igapäevategevusi häiriv piirang 22,1%-l ja vähemalt üks iseseisvat elamist segav piirang 16,5%-l uuritavatest (Britton et al., 2012). Elnaggar et al. (2025) leidsid südame isheemiatõvega patsientide pikaajalises jälgimisuuringus, et sotsiaalse toe, füüsilise aktiivsuse ja iseseisvuse seosed olid tihedalt seotud ka depressiivsete sümptomitega (Elnaggar et al., 2025).

Südamepuudulikkus on kliiniline sündroom, mille puhul südame ehituslik või talituslik kahjustus põhjustab olukorra, kus süda ei suuda tagada organismi vajadustele vastavat verevarustust või suudab seda teha vaid suurenenud täitumisrõhu arvelt. Kaasaegne teaduskäsitlus rõhutab, et tegemist ei ole lihtsalt „nõrga südamega“, vaid keeruka süsteemse haigusega, mille kujunemises ja kulus osaleb mitu omavahel seotud patofüsioloogilist mehhanismi. (Schwinger, 2021: 263-276).

Südamepuudulikkuse tüüpilised sümptomid on seotud vedelikupeetuse ja vähenenud südame pumpamisvõimega. Kõige tüüpilisemad sümptomid: õhupuudus (düspnoe), eriti füüsilisel koormusel, väsimus ja nõrkus, pahklude või jalgade turse (perifeerne turse), ortopnoe (hingeldus lamades), öine hingeldus (paroksüsmaalne öine düspnoe), vähenenud koormustaluvus, kiire kaalutõus (vedelikupeetus), köha või vilistav hingamine, südamekloppimine. (Ponikowski et al., 2016: 2136-2137).

Krooniline südamepuudulikkus on üle 65-aastaste inimeste seas üks peamisi haiglaravi vajaduse põhjuseid. Haigus kujuneb välja aeglaselt, esineb sagedamini vanuse kasvades ning on progresseeruva iseloomuga. (Krooniline südamepuudulikkus, 2025). Eakatel patsientidel esineb sagedamini nii südamepuudulikkus kui ka selle raviga kaasnevad negatiivsed mõjud, mis võivad omakorda halvendada nende üldist terviseseisundit ja toimetulekut (Schopfer & Forman, 2016: 1016). Südamepuudulikkusega hospitaliseeritud eakatel patsientidel on täheldatud igapäevategevuste ja iseseisva toimetuleku vähenemist, sealhulgas raskusi väljas käimise, ühistranspordi kasutamise, ostlemise, koristamise ja ravimite haldamisega; igapäevaste toimetuleku tegevuste langus on seotud ka haiglaravi järgse suremuse suurenemisega (Kato et al., 2021; Kito et al., 2023).

Kodade virvendusarütmia on kõige sagedasem püsiv südame rütmihäire. Selle korral ei levi elektriimpulsid kodades korrapäraselt, vaid kaootiliselt, mistõttu kofad “virvendavad” ega tõmbu tõhusalt kokku. Selle tagajärjel muutub südamerütm sageli ebaregulaarseks ja tihti ka kiireks. Haigus on kliiniliselt oluline, sest see suurendab insuldi, südamepuudulikkuse ja üldise suremuse riski. (Ko et al., 2025).

Kodade virvendusarütmia võib eakatel kulgeda sümptomiteta ning avalduda juhuleiuna tavapärasel kliinilisel hindamisel või EKG protseduuri järgselt. Sümptomite esinemisel eakatel patsientidel on sagedaseimaks kaebuseks südameklõppimine, kuid võivad tekkida ka sünkoop, stenokardia, äge kopsuturse või süsteemne emboolia. (Franken et al., 2012: 93). Vanemaealistel kodade virvendusarütmia patsientidel esinevad kõige sagedamini mittespetsiifilised sümptomid, nagu väsimus, õhupuudus ja pearinglus (Abu et al., 2022: 6-7). Pierre-Louis et al. (2023) uuringus oli 42%-l vähemalt 65-aastastest kodade virvendusarütmia patsientidest kehv elukvaliteet ning kehvema elukvaliteediga seostusid muu hulgas hiljutised kukkumised, haprus, depressioon, ärevus ja sotsiaalne isolatsioon (Pierre-Louis et al., 2023).

Eakate patsientide peamised probleemid on seotud südame-veresoonkonna vananemisega kaasnevate muutuste, krooniliste haiguste koosinemise, sotsiaalse isolatsiooni, hapruse ning mittespetsiifiliste sümptomitega. Eeltoodud tegurid võivad halvendada eaka patsiendi igapäevast toimetulekut ja elukvaliteeti. (Turner, 2014; Kendir et al., 2018; Forman et al., 2018; Abu et al., 2022; Pierre-Louis et al., 2023; Hrabak Paar et al., 2024).

3. ÕENDUSSEKKUMISED EAKA KROONILISE KARDIOLOOGILISE HAIGUSEGA PATSIENDI SÜMPTOMITE JÄLGIMISEL JA TOIMETULEKU TOETAMISEL

3.1 Krooniliste südame-veresoonkonnahaigustega kaasnevate probleemide õenduslik hindamine eakal patsiendil

Geriaatriline hindamine on eaka patsiendi tervisliku, funktsionaalse ja sotsiaalse seisundi terviklik hindamine, mille põhjal koostab meeskond individuaalse plaani. Meeskonda kuuluvad geriaatria alase ettevalmistusega arst, õde ja sotsiaaltöötaja ning vajadusel teised spetsialistid. (Geriaatriline hindamine, 2023). Hindamisprotsess peaks algama haiglasse vastuvõtul ning jätkuma pärast haiglast väljakirjutamist esmatasandi ja hooldusasutuste keskkonnas. Tegemist ei ole ühekordse tegevuse, vaid protsessiga, mida tuleb pidevalt üle vaadata ja hinnata. (Spirigiene & Brent, 2018). Kodade virvendusarütmiaga eakate patsientide tõhus käsitlus eeldab terviklikku geriaatrilist hindamist (Lucà & Parrini, 2025).

Eaka patsiendi sümptomite hindamist võivad raskendada multimorbiidsus, polüfarmaatsia ja kognitiivsed muutused. Polüfarmaatsia korral võivad ravimite kõrvaltoimed ja koostoimed põhjustada või süvendada pearinglust, nõrkust, segasust ja kukkumisrisiki. Polüfarmaatsiaga võivad kaasned ravimite vahelised koostoimed, ravimi-haiguse koostoimed ja kõrvaltoimete suurem esinemissagedus. Polüfarmaatsia tuntud kõrvaltoimed on kognitiivne häire, uriinipidamatus, kukkumised ning nendest tulenevad luumurrud. (Stefil et al., 2022).

Kognitiivsed muutused võivad vähendada patsiendi võimet sümptomeid märgata, neid õigesti tõlgendada, ravi soovitusi järgida ja õigeaegselt abi otsida (Sheikh-Taha & Asmar, 2021; Hajduk et al., 2013). Kognitiivne funktsioon viitab inimese võimetele nagu tähelepanu, õppimine ja mälu, psühhomotoorsed võimed, taju ning keel. Need funktsioonid on enesehoolduse seisukohalt hädavajalikud, kuna enesehooldusega seotud otsuste tegemine eeldab sümptomite adekvaatset tajumist ja tõlgendamist. Sümptomitele õigeaegne reageerimine nõuab võimet luua seoseid ning ette näha oma tegevuse võimalikke tagajärgi, mis omakorda eeldab tervet mälu funktsiooni. (Dickson et al., 2007: 427). Kognitiivsed probleemid võivad raskendada patsiendi võimet enesehoolduse soovitusi ellu viia, mistõttu tuleb patsiendi õpetamisel arvestada tema individuaalse võimekusega (Gorodeski, et al., 2018: 1925).

Kukkumisrisiki suurendavate ravimite tuvastamiseks ja ravi kohandamiseks võib kasutada struktureeritud hindamisvahendeid, näiteks *STOPPFall* tööriista. Kukkumiste ennetamise

saavutamiseks on oluline hindaja piisav väljaõpe (Kim & Lee, 2025: 153). Eaka patsiendi instrumentaalsete igapäevategevustega (I-ADL) toimetuleku hindamisel võib kasutada Lawtoni I-ADL skaalat, mis hindab kaheksat funktsionaalse toimetuleku valdkonda ning mille läbiviimine võtab ligikaudu 10–15 minutit (Coyne, 2019).

Kroonilise haigusega patsiendil on suurenenud risk depressiooni tekkimiseks (Understanding the..., n.d). Rantanen et al. (2018) uuringus, kus analüüsiti hüpertensiooni põdevaid patsiente, leiti, et teadlikkus haigusest oli seotud kliiniliselt oluliste depressiooni sümptomite suurema esinemissagedusega (Rantanen et al., 2018: 326—327). Depressioon võib mõjutada kardiovaskulaarseid riskitegureid nagu toitumine, treening ja mõnuainete tarvitamine, samuti võib see häirida ravimite tarvitamist (Krittanawong et al., 2023: 882). Õdedel on oluline roll eakate depressiooni varajasel märkamisel, sõeluuringute läbiviimisel ning esmatasandi tervishoiu ja vaimse tervise spetsialistide vahelise koostöö toetamisel (Uomoto, 2023: 6). Mele et al. (2022) uuringu põhjal tuleks depressiooni hindamisvahendi valikul arvestada patsiendirühma ja kognitiivset seisundit, et kasutada patsiendile kõige sobivamat meetodit (Mele et al., 2022: 10). *Geriatric Depression Scale* (GDS) hindamismudelit kasutatakse eakate depressioonisümptomite sõelumiseks 15 lühikese küsimuse põhjal, mille vastuste koguskoor viitab depressiooni võimalikule esinemisele ning mille üle viie punktine tulemus osutab vajadusele põhjalikuma kliinilise hindamise järele (Greenberg, 2019).

3.2 Õenduslikud sekkumised eaka kroonilise kardioloogilise haigusega patsiendi sümptomite jälgimisel ja toimetuleku toetamisel

3.2.1 Sümptomite jälgimine ja enesehoolduse toetamine

Vanemaealiste südamepuudulikkusega patsientide õendusabi strateegiad hõlmavad tavapäraselt õendusabi, enesehoolduse toetamist ja liikumistreeningut. Oluline on jälgida õhupuudust, perifeerset turset, kehakaalu tõusu ja diureetikumide vajadust ning pöörata suuremat tähelepanu patsiendi sümptomite äratundmise toetamisele. (Pi & Hu, 2016). Telenõustamise lahendused hõlmavad patsiendi õpetamist ning kehakaalu, vererõhu ja südamerütmi kaugjälgimist (Morken et al., 2022).

Patsiendi enesehooldus on oluline ravitulemuste parandamisel, sealhulgas elukvaliteedi tõstmisel ning korduva hospitaliseerimise vähendamisel (Jaarsma et al., 2021). Paljudel südamepuudulikkusega patsientidel võib olla keeruline enesehoolduse soovitusi järgida, kuna seda võivad mõjutada motivatsiooni, oskuste või toetuse puudumine. Südamepuudulikkusega patsiendi enesehooldus ei tähenda, et patsient peab haigusega iseseisvalt toime tulema, vaid vajadusel võivad enesehoolduse jälgimisse ja juhtimisse olla kaasatud ka lähedased. (Jaarsma et al., 2021). Lähedaste kaasamine võib toetada patsiendi enesehooldust, sealhulgas igapäevast jälgimist, sümptomite märkamist ja tervisekäitumise juhtimist. Patsiendi lähedaste hoolduskoormus on seotud füüsiliste, psühholoogiliste ja sotsiaalsete teguritega ning lähedaste toetamine võib parandada patsiendi enesehooldust ja vähendada hoolduskoormust nii patsiendil kui ka tema lähedastel. (Jaarsma et al., 2021; Suksatan et al., 2022: 17). Patsient võib järkjärgult kaotada huvi ravi ja enesehoolduse järgimise vastu, mis võib vähendada hooldaja, sealhulgas tervishoiutöötaja, sekkumiste tulemuslikkust. Seetõttu võib ravi ajal olla vajalik patsiendi järjepidev julgustamine ja toetamine. (Lainscak et al., 2011).

3.2.2 Ravimkasutuste jälgimine, kukkumisriski vähendamine ja patsiendi õpetamine

Kukkumisriski suurendavate ravimite määramisel tuleb eaka patsiendi puhul hinnata ravimite kasutamise võimalikku kasu ning riske, kuna ravimikasutus võib mõjutada patsiendi kukkumisriski ja üldist toimetulekut. Ravimite ülevaatamine on oluline osa mitmetegurilisest kukkumiste ennetamisest ning see peaks olema struktureeritud, individuaalne ja patsiendikeskne. Õendusabis on oluline jälgida, et ravimite ülevaatamine ja vajaduse korral

nende vähendamine toimuksid järjepidevalt, sest ebapiisav rakendamine võib vähendada kukkumiste ennetamise tõhusust. (van der Velde et al., 2023). Barbuiani et al. (2026) leidsid, et õdedel võib olla oluline roll raviskeemi ülevaatamisel ning kõrvaltoimete, võimalike ravimite koostoimete, ravisoostumuse probleemide ja potentsiaalselt sobimatute ravimite tuvastamisel. Samuti tõid nad esile, et õdede panus patsiendi ravitulemuste saavutamisel on märkimisväärne. (Barbuiani et al., 2026: 10).

Südamepuudulikkusega patsiendi õpetamine peaks hõlmama südamesõbralikku toitumist, sealhulgas naatriumi kontrolli ja vedeliku piirangute järgimist (Pi & Hu, 2016: 387). Patsiendil on vajalik elukorralduse muutmine, sest südamepuudulikkusega suureneb oluliselt enesehoolduse vajadus: inimene peab jälgima oma kehakaalu, vererõhku ja pulssi, pidama kinni vedelikupiirangust ning piirama soola kasutamist toitudes (Krooniline südamepuudulikkus, 2025). Südamepuudulikkusega patsiendi õpetamisel tuleb arvestada kaasuvate haigustega, sest need võivad mõjutada nii jälgitavaid sümptomeid kui ka patsiendi võimet soovitusi järgida (Jaarsma et al., 2021). Minimaalsed või esmapilgul märkamatud kognitiivsed kõrvalekalded võivad oluliselt mõjutada patsiendi enesehooldust. Nende mitteäratundmine võib tekitada probleeme igapäevases toimetulekus, häirida ravi järgimist ning seeläbi ka selle efektiivsust. (Jaarsma et al., 2021; Gorodeski et al., 2018: 1925). Südamepuudulikkusega patsientidel on igapäevategevuste häire levimus suhteliselt kõrge (Lu et al., 2022).

Kodade virvendusarütmiaga patsientide enesejuhtimise toetamise sekkumine hõlmas pulsi iseseisva mõõtmise tehnika õppimist ning saadud väärtuste tõlgendamist ja võimalikke järgnevat tegevusi (Jobst et al., 2020). Vanemaealistel kodade virvendusarütmia riskiga patsientidel võib esineda puudulikke teadmisi haiguse sümptomite mitmekesisuse, vanuse kui riskiteguri ning sümptomitele reageerimise kohta, mistõttu on õendusabis oluline patsiendi õpetamine sümptomite äratundmise ja õigeaegse abi otsimise osas (McCabe et al., 2017: 7).

3.2.3 Eaka patsiendi elustiili nõustamine ja järjepidev õendusabi

Eakate SVH-de patsientide õendusabis peaksid õed tugevdama teadmisi SVH-de etioloogiast, patogeneesist, ravimite näidustustest ja kõrvaltoimetest (Zhang et al., 2021: 3). Õdede juhitud hüpertensiooni käsitlemise strateegiad eakatel hõlmasid kohandatud õpetamist, struktureeritud järelkontrolle ja keskkondlikke kohandusi ning parandasid vererõhu kontrolli, raviskeemi järgimist ja enesejuhtimise oskusi (Li et al., 2021). Õdede juhitud sekkumised parandasid hüpertensiooniga patsientidel toitumist ja füüsilist aktiivsust (Bulto et al., 2024).

Õdede juhitud eneseabi õpetamise sekkumised vähendasid südamepuudulikkusega patsientidel korduvhospitaliseerimise riski ja haiglaravi kestust (Li et al., 2021). Rahmat et al. (2025) uuringutes ilmnis, et enamik õendussekkumisi parandas oluliselt patsientide füüsilist funktsioneerimist, enesejuhtimise võimekust, ravisoostumust, teadmisi ning ravimite kasutamisega seotud järjepidevuse tähtsust. Lisaks täheldati rehospitaaliseerimise vähenemist, väiksemat vajadust koduhoolduse ja kvalifitseeritud õendusasutuste järele ning patsientide paremat hinnangut ravi kvaliteedile. (Rahmat et al., 2025: 6387).

Patsiendi eluviisi nõustamisel ja korrigeerimisel on oluline keskenduda muudetavatele riskiteguritele, mis mõjutavad SVH kujunemist ja progresseerumist. Selleks on olulisel kohal tervislik ja mitmekülgne toitumine, suitsetamisest loobumine, regulaarne kehaline aktiivsus ning ülemäärase stressi vähendamine. Eaka patsiendi puhul tuleb kehalise aktiivsuse soovitude andmisel arvestada võimalike liikumispiirangute, üldise terviseseisundi ja kukkumisriskiga. Seetõttu tuleks eelistada jõukohaseid ja ohutuid tegevusi, mis toetavad tasakaalu, aitavad säilitada igapäevast toimetulekut ning vähendada kukkumisriski. Regulaarne kehaline aktiivsus on eakatel oluline, kuna see on seotud väiksema üldsuremuse ja südame-veresoonkonna suremuse riskiga. (Ennetus, n.d.; Physical activity, n.d.; Fukushima et al., 2024: 428). Tervislike eluviiside järgimine vähendab järgnevate kardiovaskulaarsete sündmuste ja suremuse riski ning täiendab sekundaarset ravi (Knuuti et al., 2020: 429). Alkoholi tarvitamine on seotud kõrgema vererõhu ja suurema SVH riskiga (Williams et al., 2018: 3055). Suitsetamine suurendab ägedate kardiovaskulaarsete sündmuste esinemist ka üle 60-aastastel inimestel, kuid suitsetamisest loobumisel väheneb nende sündmuste risk aja jooksul järk-järgult. Suitsetamisest loobumise meetmete hulka kuuluvad õendusnõustamine, konsultatsioonid ja käitumuslikud sekkumised ning farmakoloogiline ravi, sealhulgas nikotiini-asendusravi. Lisaks peaksid patsiendid vältima ka passiivset suitsetamist. (Mons et al., 2015; Knuuti et al., 2020). Geriaatriliste SVH patsientide õendusabis on riskitegurite tõhus ennetamine kliiniliselt oluline, kuna see toetab õendusabi kvaliteedi parandamist ning soodustab eakate patsientide varajasemat paranemist.

Eakate SVH patsientide õendusabi peaks hõlmama psühholoogilist, haigusepõhist ja toitumisalast õendust. (Zhang et al., 2021: 4).

Järjepidev ja regulaarne pereõe või -arsti külastamine haiguse monitoorimises soodustab positiivseid ravitulemusi (Krooniline südamepuudulikkus, 2025). Kodukülastusprogrammid koos aktiivse järelkontrolliga võivad toetada kroonilise multimorbiidsusega eakate elukvaliteeti, enesehooldust ja enesetõhusust, kuid seniseid tulemusi tuleb tõlgendada ettevaatlikult, kuna sekkumiste mõju ei ole üheselt kinnitatud (Chica-Pérez et al., 2023). Patsientide käsitles on oluline arendada kodupõhist ja multidistsiplinaarset õendusabi, millesse on kaasatud esmatasandi tervishoiutöötajad, sest see toetab patsientide järjepidevat jälgimist ja vajaduspõhist sekkumist (Raat et al., 2021: 816).

4. ARUTELU

Käesoleva kirjanduse ülevaate eesmärgiks oli kirjeldada eakatel sagedamini esinevate krooniliste kardioloogiliste haigustega kaasnevaid probleeme ning õendussekkumiste võimalusi eaka patsiendi käsitluses. Kroonilised südame-veresoonkonnahaigused on sageli esinevad eakate seas ning nende käsitlust võivad raskendada vananemisega kaasnevad südame-veresoonkonna muutused, haiguste koosinemine, haprus, polüfarmaatsia ja mittespetsiifilised sümptomid. Need tegurid võivad mõjutada haiguse õigeaegset märkamist, ravi järgimist, enesehooldust ja igapäevast toimetulekut. (Kendir et al., 2018; Butrous & Hummel, 2016; Abu et al., 2022; Stefil et al., 2022; Jaarsma et al., 2021; van der Velde et al., 2023).

World Health Organization (2025) käsitleb vananemist protsessina, millega võib kaasnedä funktsionaalse võimekuse vähenemine ja suurem haigestumisk. Turner (2014), Bell & Saraf (2016) ning Fried et al. (2021) seostavad eaka patsiendi haavatavust haprusega, mis vähendab organismi võimet reageerida stressoritele ning suurendab kõrvaltoimete ja suremuse riski. Bonanad et al. (2022) lisavad, et füüsiline haprus võib olla sekkumistega leevendatav. Samal ajal kirjeldavad Díez-Villanueva et al. (2022), Oliveros et al. (2020), van der Linden et al. (2023) ja Çelik et al. (2025) vananemisega seotud veresoonte muutusi ning Cannatà et al. (2017) ja Hrabak Paar et al. (2024) südame ehituslikke ja talituslikke muutusi. Analüüsides nende autorite seisukohti saab välja tuua seoseid, et haprus kui ka südame-veresoonkonna vananemisega kaasnevad muutused võivad mõjutada eaka patsiendi haiguste kulgu, ravi taluvust ja igapäevast toimetulekut.

Kendir et al. (2018) ja Forman et al. (2018) rõhutavad, et SVH-d esinevad eakatel sageli koos ning ühe haiguse olemasolu võib soodustada teise haiguse teket. Dunlay ja Chamberlain (2016), Park et al. (2023) ning Joglar et al. (2024) kirjeldavad hüpertensiooni, südamepuudulikkuse, südame isheemiatõve ja kodade virvendusarütmia koosinemist ning vastastikust mõju. Samal ajal toovad Butrous ja Hummel (2016), Abu et al. (2022), Dai et al. (2016) ning Eckerblad et al. (2015) esile, et eakatel võivad südamehaigused avalduda mittespetsiifiliste sümptomitena, näiteks väsimuse, õhupuuduse, pearingluse ja koormustaluvuse langusena. Töö autorid nõustuvad, et õendusabis on oluline hinnata sümptomeid terviklikult, arvestades patsiendi üldseisundit, kaasuvaid haigusi ja kasutatavaid ravimeid.

Krooniliste SVH mõju eaka patsiendi igapäevasele toimetulekule on kirjeldanud Collins et al. (2018), Britton et al. (2012), Kato et al. (2021) ja Kito et al. (2023), kes seostavad haigusi

igapäevaste tegevuste, iseseisva elamise, liikumise, ostlemise, koristamise, transpordi kasutamise ja ravimite haldamise raskustega. Pierre-Louis et al. (2023) lisavad, et kodade virvendusarütmiaaga eakatel seostuvad kehvema elukvaliteediga kukkumised, haprus, depressioon, ärevus ja sotsiaalne isolatsioon. Nende autorite seisukohti võrreldes leidsid töö autorid, et krooniliste kardioloogiliste haiguste mõju ei piirdu ainult füüsiliste sümptomitega, vaid ulatub patsiendi iseseisvuse, turvatunde, vaimse heaolu ja sotsiaalse toimetulekuni.

Tervise Arengu Instituut (2023), Spirgiene & Brent (2018) ning Lucà & Parrini (2025) käsitlevad eaka patsiendi hindamist tervikliku ja järjepideva protsessina, mis hõlmab tervislikku, funktsionaalset ja sotsiaalset seisundit. Wleklík et al. (2022) ja Hiriscau et al. (2022) rõhutavad hapruse varajase hindamise olulisust. McCabe et al. (2019), Kim & Lee (2025) ning Coyne (2019) käsitlevad igapäevase toimetuleku hindamisvahendeid, mis aitavad hinnata eaka patsiendi iseseisvust nii põhitegevustes kui ka keerukamates igapäevastes toimingutes. Dickson et al. (2007) ja Gorodeski et al. (2018) seostavad kognitiivset võimekust enesehoolduse ja ravisoovituste järgimisega. Stefil et al. (2022), van der Velde et al. (2023), Seppala et al. (2021), Paar et al. (2024) ja O'Halloran et al. (2024) lisavad ravimikasutuse ja kukkumisrisi hindamise olulisuse. Töö autorid nõustuvad, et õenduslik hindamine peab hõlmama lisaks haiguste sümptomitele ka patsiendi funktsionaalset võimekust, kognitiivset seisundit, ravimikasutust ja turvalisust.

Pi & Hu (2016), Morken et al. (2022), Jaarsma et al. (2021) ja Jobst et al. (2020) kirjeldavad patsiendi jälgimise ja enesehoolduse toetamist, sealhulgas kehakaalu, vererõhu, südamerütmi, tursete, õhupuuduse ja pulsi jälgimist. Lainscak et al. (2011) rõhutavad patsiendi järjepideva toetamise vajadust, kuna motivatsioon ravi ja enesehoolduse järgimiseks võib aja jooksul väheneda. Suksatan et al. (2022), Krittanawong et al. (2023) ja Uomoto (2023) seostavad enesehooldust ka lähedaste toe, depressiooni märkamise ja patsiendi psühhosotsiaalse seisundiga. Töö autorite arvates on oluline, et patsiendi õpetamine oleks praktiline, korduv ja kohandatud patsiendi võimekusele, koostöövalmidusele ning tugivõrgustikule.

Li et al. (2021), Bulto et al. (2024) ja Rahmat et al. (2025) kirjeldavad ödede juhitud sekkumiste positiivset mõju vererõhu kontrollile, ravisoostumusele, enesejuhtimisele, toitumisele, kehalisele aktiivsusele ja hospitaliseerimise vähenemisele. Chica-Pérez et al. (2023) märgivad samas, et kodukülastusprogrammide mõju kroonilise multimorbiidsusega eakatele ei ole üheselt kinnitatud. Knuuti et al. (2020), Williams et al. (2018), Mons et al. (2015), Fukushima et al. (2024) ja Zhang et al. (2021) rõhutavad eluviisi nõustamise, psühholoogilise,

haigusepõhise ja toitumisalase õenduse tähtsust. Nende autorite seisukohtade põhjal leiavad töö autorid, et eaka patsiendi õendussekkumised peavad olema järjepidevad ja individuaalselt kohandatud, arvestades patsiendi terviseseisundit, toimetulekut ja elukeskkonda.

Töö autorite arvates on teema vajalik, sest eakatel esineb kroonilisi südameveresoonehaigusi sageli ning need mõjutavad lisaks tervisele ka patsiendi iseseisvust, elukvaliteeti ja igapäevast toimetulekut. Teema käsitlemist muudab keeruliseks asjaolu, et eakatel esineb sageli mitu haigust korraga ning sümptomid võivad kattuda või avalduda ebatüüpiliselt. Esmapilgul kliiniliselt ebaolulise või minimaalse leiuna tunduv muutus võib viidata tegelikult tõsisemale seisundile. Töö autorite hinnangul on õdedel oluline roll selliste märkide tähelepanemisel, sest õed puutuvad patsiendiga vahetult ja järjepidevalt kokku. Eaka patsiendi õenduslik hindamine peab olema terviklik, individuaalne ja keskenduma nii sümptomitele kui ka patsiendi igapäevasele toimetulekule.

Ettepanekud:

1. Töö autorid teevad ettekande eakate keskses.
2. Avaldame artikli ajakirjas Eesti Õde.

5. JÄRELDUSED

Eakatel patsientidel sagedamini esinevad kroonilised kardioloogilised haigused on hüpertensioon, südamepuudulikkus, südame isheemiatõbi ja kodade virvendusarütmia. Nende haiguste teket ja kulgu mõjutavad vananemisega kaasnevad südame-veresoonkonna muutused, haiguste koosinemine, haprus ja polüfarmaatsia. Eakatel võivad sümptomid avalduda mittespetsiifiliselt, nt väsimuse, õhupuuduse, pearingluse, koormustaluvuse languse või üldise nõrkusena, mistõttu võib haiguse õigeaegne märkamine olla raskendatud. Kroonilised kardioloogilised haigused võivad halvendada eaka patsiendi igapäevast toimetulekut, vähendada iseseisvust, suurendada kukkumiskiriski ning mõjutada elukvaliteeti, vaimset tervist ja sotsiaalset toimetulekut.

Eaka kroonilise kardioloogilise haigusega patsiendi toetamisel on õendusabis oluline terviklik ja järjepidev hindamine, mis hõlmab sümptomeid, elulisi näitajaid, funktsionaalset toimetulekut, haprust, ravimikasutust, kukkumiskiriski, kognitiivset seisundit ja sotsiaalset tuge. Õendussekkumised peavad keskenduma patsiendi nõustamisele, sümptomite jälgimisele ja enesehoolduse juhendamisele, sealhulgas kehakaalu, vererõhu, pulsi, tursete, õhupuuduse ja üldseisundi muutuste jälgimisele. Patsiendi õpetamisel tuleb arvestada tema individuaalset võimekust ja vajadusel kaasata lähedasi, toetades seeläbi ravisoostumust, ohutut ravimikasutust, kukkumiskiriski vähendamist, elustiili muutusi ja õigeaegset abi otsimist.

Käesolevas kirjanduse ülevaates said uurimistöö ülesanded lahendatud ning töö eesmärk saavutati.

KASUTATUD KIRJANDUS

About chronic diseases (2026). Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/chronic-disease/about/index.html>

Abu, H. O., Wang, W., Otabil, E. M., Saczynski, J. S., Mehawej, J., Mishra, A., Tisminetzky, M., Blanchard, G., Gurwitz, J. H., Goldberg, R. J., & McManus, D. D. (2022). Perception of atrial fibrillation symptoms: Impact on quality of life and treatment in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(10), 2805–2817. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC35791806/>

Ageing and health. (2025) World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (08.04.2025)

Alleyne, G., Hancock, C. and Hughes, P. (2011), Chronic and non-communicable diseases: a critical challenge for nurses globally. *International Nursing Review*, 58: 328-331. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00912.x>

Barbuiani, G., Terzoni, S., Caruso, R., Cilluffo, S., Pasina, L., & Lusignani, M. (2026). Nurses' role in deprescribing for older adults: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 174, 105274. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2025.105274>

Bell, S. P., & Saraf, A. A. (2016). Epidemiology of multimorbidity in older adults with cardiovascular disease. *Clinics in Geriatric Medicine*, 32(2), 215–226. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2016.01.013>

Bonadad, C., Fernández-Olmo, R., García-Blas, S., Alarcon, J. A., Díez-Villanueva, P., Mansilla, C. R., García-Pardo, H., Toledo, P., Ayesta, A., Pereira, E., Carol, A., Castro-Conde, A., de Pablo-Zarzoso, C., Martínez-Sellés, M., Arrarte, V., Campuzano, R., & Ariza-Solé, A. (2022). Cardiovascular prevention in elderly patients. *Journal of Geriatric Cardiology*, 19(5), 377–392. <https://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2022.05.004>

Britton, A., Brunner, E., Kivimäki, M., & Shipley, M. J. (2012). Limitations to functioning and independent living after the onset of coronary heart disease: What is the role of lifestyle factors and obesity? *European Journal of Public Health*, 22(6), 831–835. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr150>

Bulto, L. N., Roseleur, J., Noonan, S., Pinero de Plaza, M. A., Champion, S., Dafny, H. A., Pearson, V., Nesbitt, K., Gebremichael, L. G., Beleigoli, A., Schultz, T., Hines, S., Clark, R. A., Hendriks, J. M. (2024). Effectiveness of nurse-led interventions versus usual care to manage hypertension and lifestyle behaviour: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(1), 21–32. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvad040>

Butrous, H., & Hummel, S. L. (2016). Heart failure in older adults. *Canadian Journal of Cardiology*, 32(9), 1140–1147. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2016.05.005>

Cannatà, A., Marcon, G., Cimmino, G., Camparini, L., Ciucci, G., Sinagra, G., & Loffredo, F. S. (2017). Role of circulating factors in cardiac aging. *Journal of Thoracic Disease*, 9, 17–29. <https://doi.org/10.21037/jtd.2017.03.95>

Cardiovascular Disease. (2022). Cleveland clinic. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/21493-cardiovascular-disease> (10.04.2026)

- Cardiovascular diseases (CVDs) (2025). World Health Organization. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) (08.04.2026)
- Çelik, M., Kalçık, M., Birgün, A., Yetim, M., Bekar, L., & Karavelioğlu, Y. (2025). Endothelial dysfunction and vascular stiffness: Molecular drivers of cardiovascular aging. *Exploration of Cardiology*, 3, 101279. <https://doi.org/10.37349/ec.2025.101279>
- Chica-Pérez, A., Dobarrio-Sanz, I., Ruiz-Fernández, M. D., Correa-Casado, M., Fernández-Medina, I. M., & Hernández-Padilla, J. M. (2023). Effects of home visiting programmes on community-dwelling older adults with chronic multimorbidity: A scoping review. *BMC Nursing*, 22, 266. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01421-7>
- Collins, D. M., Downer, B., Kumar, A., Krishnan, S., Li, C.-y., Markides, K. S., & Karmarkar, A. M. (2018). Impact of multiple chronic conditions on activity limitations among older Mexican-American care recipients. *Preventing Chronic Disease*, 15, 170358. <https://doi.org/10.5888/pcd15.170358>
- Coyne, R. (2019). The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale. The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University Rory Meyers College of Nursing. https://hign.org/sites/default/files/2020-06/Try_This_General_Assessment_23.pdf
- Dai, X., Busby-Whitehead, J., & Alexander, K. P. (2016). Acute coronary syndrome in the older adults. *Journal of Geriatric Cardiology*, 13(2), 101–108. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4854946/>
- Dickson, V. V., Tkacs, N., Riegel, B. (2007). Cognitive influences on self-care decision making in persons with heart failure. *American Heart Journal*, 154(3), 424–431. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2007.04.058>
- Díez-Villanueva, P., Jiménez-Méndez, C., Bonanad, C., García-Blas, S., Pérez-Rivera, Á., Allo, G., García-Pardo, H., Formiga, F., Camafort, M., Martínez-Sellés, M., Ariza-Solé, A., Ayesta, A. (2022). Risk factors and cardiovascular disease in the elderly. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, 23(6), 188. <https://doi.org/10.31083/j.rcm2306188>
- Dunlay, S. M., & Chamberlain, A. M. (2016). Multimorbidity in older patients with cardiovascular disease. *Current Cardiovascular Risk Reports*, 10, 3. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4889124/>
- Eckerblad, J., Theander, K., Ekdahl, A., Unosson, M., Wirehn, A.-B., Milberg, A., Krevers, B., & Jaarsma, T. (2015). Symptom burden in community-dwelling older people with multimorbidity: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 15, 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-15-1>
- Elnaggar, A., Hoffmann, T. J., Whooley, M. A., Szuba, R., & Park, L. G. (2025). The association of social support with functional status and physical activity in patients with coronary heart disease from The Heart and Soul study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 25, 903. <https://doi.org/10.1186/s12872-025-05338-8>
- Ennetus. (n.d.). Súdamekeskus. <https://sudamekeskus.ee/ennetus> (03.05.2026)
- Forman, D. E., Maurer, M. S., Boyd, C., Brindis, R., Salive, M. E., Horne, F. M. F., Bell, S. P., Fulmer, T., Reuben, D. B., Zieman, S., & Rich, M. W. (2018). Multimorbidity in older adults with cardiovascular disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(19), 2149–2161. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.03.022>

- Forouzanmehr, F., Alexander, K., Forman, D., Kirkpatrick, J. N., Rich, M. W., Zieman, S., Wenger, N. K. (2024). Cardiovascular disease in the older adult: Where are we 4 decades later? *JACC: Advances*, 3(2), 100820. <https://doi.org/10.1016/j.jacadv.2023.100820>
- Franken, R. A., Rosa, R. F., & Santos, S. C. (2012). Atrial fibrillation in the elderly. *Journal of Geriatric Cardiology*, 9(2), 91–100. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3418896/pdf/jgc-09-02-091.pdf>
- Fried, L. P., Cohen, A. A., Xue, Q.-L., Walston, J., Bandeen-Roche, K., & Varadhan, R. (2021). The physical frailty syndrome as a transition from homeostatic symphony to cacophony. *Nature Aging*, 1(1), 36–46. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8409463/>
- Fukushima, N., Kikuchi, H., Sato, H., Sasai, H., Kiyohara, K., Sawada, S. S., Machida, M., Amagasa, S., & Inoue, S. (2024). Dose-response relationship of physical activity with all-cause mortality among older adults: An umbrella review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 25(3), 417–430. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.09.028>
- Geriatriline hindamine. (2023). Tervise Arengu Instituut. <https://statistika.tai.ee/Resources/PX/Databases/Andmebaas/03Tervishoiuteenusused/06Geriatriline/GRinfo.htm> (08.05.2026)
- Gorodeski, E. Z., Goyal, P., Hummel, S. L., Krishnaswami, A., Goodlin, S. J., Hart, L. L., Forman, D. E., Wenger, N. K., Kirkpatrick, J. N., & Alexander, K. P. (2018). Domain management approach to heart failure in the geriatric patient: Present and future. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(17), 1921–1936. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.02.059>
- Greenberg, S. A. (2019). *The Geriatric Depression Scale (GDS)*. Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University Rory Meyers College of Nursing. https://hign.org/sites/default/files/2020-06/Try_This_General_Assessment_4.pdf
- Hajduk, A. M., Lemon, S. C., McManus, D. D., Lessard, D. M., Gurwitz, J. H., Spencer, F. A., Goldberg, R. J., & Saczynski, J. S. (2013). Cognitive impairment and self-care in heart failure. *Clinical Epidemiology*, 5, 407–416. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S44560>
- Hiriscu, E. I., Buzdugan, E.-C., Hui, L.-A., & Bodolea, C. (2022). Exploring the relationship between frailty, functional status, polypharmacy, and quality of life in elderly and middle-aged patients with cardiovascular diseases: A one-year follow-up study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2286. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042286>
- Hrabak Paar, M., Muršić, M., Bremerich, J., & Heye, T. (2024). Cardiovascular aging and risk assessment: How multimodality imaging can help. *Diagnostics*, 14(17), 1947. <https://doi.org/10.3390/diagnostics14171947>
- Hypertension. (2025). World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> (08.04.2026)
- Ito, M., Tajika, A., Toyomoto, R., Imai, H., Sakata, M., Honda, Y., Kishimoto, S., Fukuda, M., Horinouchi, N., Sahker, E., & Furukawa, T. A. (2024). The short and long-term efficacy of nurse-led interventions for improving blood pressure control in people with hypertension in primary care settings: A systematic review and meta-analysis. *BMC Primary Care*, 25, 143. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02380-x>

Jaarsma, T., Hill, L., Bayes-Genis, A., Brunner-La Rocca, H.-P., Castiello, T., Čelutkienė, J., Marques-Sule, E., Plymen, C. M., Piper, S. E., Riegel, B., Rutten, F. H., Ben Gal, T., Bauersachs, J., Coats, A. J. S., Chioncel, O., Lopatin, Y., Lund, L. H., Lainscak, M., Moura, B., Mullens, W., Piepoli, M. F., Rosano, G., Seferovic, P., & Strömberg, A. (2021). Self-care of heart failure patients: Practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 23(1), 157–174. <https://doi.org/10.1002/ejhf.2008>

Jobst, S., Leppla, L., & Köberich, S. (2020). A self-management support intervention for patients with atrial fibrillation: A randomized controlled pilot trial. *Pilot and Feasibility Studies*, 6, 87. <https://doi.org/10.1186/s40814-020-00624-y>

Joglar, J. A., Chung, M. K., Armbruster, A. L., Benjamin, E. J., Chyou, J. Y., Cronin, E. M., Deswal, A., Eckhardt, L. L., Goldberger, Z. D., Gopinathannair, R., Gorenek, B., Hess, P. L., Hlatky, M., Hogan, G., Ibeh, C., Indik, J. H., Kido, K., Kusumoto, F., Link, M. S., . . . Van Wagoner, D. R. (2024). 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS guideline for the diagnosis and management of atrial fibrillation: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 83(1), 109–279. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.08.017>

Kato, M., Mori, Y., Watanabe, D., Onoda, H., Fujiyama, K., Toda, M., & Kito, K. (2021). Relationship between average daily rehabilitation time and decline in instrumental activity of daily living among older patients with heart failure: A preliminary analysis of a multicenter cohort study, SURUGA-CARE. *PLOS ONE*, 16(7), Article e0254128. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254128>

Kendir, C., van den Akker, M., Vos, R., & Metsemakers, J. (2018). Cardiovascular disease patients have increased risk for comorbidity: A cross-sectional study in the Netherlands. *European Journal of General Practice*, 24(1), 45–50. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1398318>

Kim, J.-H., & Lee, S. B. (2025). Evaluation of activities of daily living: Current insights and future horizons. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 29(2), 143–158. <https://doi.org/10.4235/agmr.24.0172>

Kito, K., Mori, Y., Watanabe, D., Onoda, H., Fujiyama, K., Toda, M., & Kato, M. (2023). Relationship between instrumental activities of daily living decline during hospitalization and one-year mortality in elderly patients with heart failure: A multi-center prospective cohort study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 110, 104985. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.104985>

Knuuti, J., Wijns, W., Saraste, A., Capodanno, D., Barbato, E., Funck-Brentano, C., Prescott, E., Storey, R. F., Deaton, C., Cuisset, T., Agewall, S., Dickstein, K., Edvardsen, T., Escaned, J., Gersh, B. J., Svitil, P., Gilard, M., Hasdai, D., Hatala, R., . . . Bax, J. J. (2020). 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *European Heart Journal*, 41(3), 407–477. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425>

Ko, D., Chung, M. K., Evans, P. T., Benjamin, E. J., & Helm, R. H. (2025). Atrial fibrillation: A review. *JAMA*, 333(4), 329–342. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11774664/pdf/nihms-2045163.pdf>

Kodade virvendusarütmiä. (n.d.). Südamekeskus. <https://sudamekeskus.ee/südamehaigused/kodade-virvendusarutmia> (08.05.2026)

- Krittanawong, C., Maitra, N. S., Qadeer, Y. K., Wang, Z., Fogg, S., Storch, E. A., Celano, C. M., Huffman, J. C., Jha, M., Charney, D. S., & Lavie, C. J. (2023). Association of depression and cardiovascular disease. *The American Journal of Medicine*, 136(9), 881–895. [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(23\)00334-0/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(23)00334-0/fulltext)
- Krooniline südamepuudulikkus (2025). AS Ida-Tallinna Keskhaigla. <https://www.itk.ee/patsiendile/patsiendi-infomaterjalid/haigused/krooniline-sudamepuudulikkus> (01.05.2025)
- Lainscak, M., Blue, L., Clark, A. L., Dahlström, U., Dickstein, K., Ekman, I., McDonagh, T., McMurray, J. J., Ryder, M., Stewart, S., Strömberg, A., & Jaarsma, T. (2011). Self-care management of heart failure: Practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 13(2), 115–126. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1093/eurjhf/hfq219?>
- Li, M., Li, Y., Meng, Q., Li, Y., Tian, X., Liu, R., Fang, J. (2021). Effects of nurse-led transitional care interventions for patients with heart failure on healthcare utilization: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLOS ONE*, 16(12), e0261300. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261300>
- Lo, S. H. S., Chau, J. P. C., Woo, J., Thompson, D. R., & Choi, K. C. (2016). Adherence to antihypertensive medication in older adults with hypertension. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(4), 296–303. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000251>
- Lu, J., Wang, M., Zhang, Y., Mao, L., Chen, X., Yin, R., Shi, X. (2022). The prevalence of activities of daily living impairment in patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 9, 952926. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2022.952926>
- Lucà, F., & Parrini, I. (2025). The elderly patient with atrial fibrillation: Optimal treatment strategies. *Journal of Clinical Medicine*, 14(5), Article 1753. <https://www.mdpi.com/2077-0383/14/5/1753>
- Maier, J. A., Andrés, V., Castiglioni, S., Giudici, A., Lau, E. S., Nemcsik, J., Seta, F., Zaninotto, P., Catalano, M., & Hamburg, N. M. (2023). Aging and vascular disease: A multidisciplinary overview. *Journal of Clinical Medicine*, 12(17), 5512. <https://doi.org/10.3390/jcm12175512>
- McCabe, P. J., Barton, D. L., & DeVon, H. A. (2017). Older adults at risk for atrial fibrillation lack knowledge and confidence to seek treatment for signs and symptoms. *SAGE Open Nursing*, 3. <https://doi.org/10.1177/2377960817720324>
- Mele, B., Watt, J., Wu, P., Azeem, F., Lew, G., Holroyd-Leduc, J., & Goodarzi, Z. (2022). Detecting depression in persons living in long-term care: A systematic review and meta-analysis of diagnostic test accuracy studies. *Age and Ageing*, 51(3), afac039. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac039>
- Mons, U., Müezzinger, A., Gellert, C., Schöttker, B., Abnet, C. C., Bobak, M., de Groot, L. C. P. G. M., Freedman, N. D., Jansen, E., Kee, F., Kromhout, D., Kuulasmaa, K., Laatikainen, T., O'Doherty, M. G., Bueno-de-Mesquita, B., Orfanos, P., Peters, A., van der Schouw, Y. T., Wilsgaard, T., . . . Brenner, H. (2015). Impact of smoking and smoking cessation on cardiovascular events and mortality among older adults: Meta-analysis of individual participant data from prospective cohort studies of the CHANCES consortium. *BMJ*, 350, h1551. <https://doi.org/10.1136/bmj.h1551>

- Morken, I. M., Storm, M., Søreide, J. A., Urstad, K. H., Karlsen, B., & Husebø, A. M. L. (2022). Posthospitalization follow-up of patients with heart failure using eHealth solutions: Restricted systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 24(2), e32946. <https://doi.org/10.2196/32946>
- National Institute of Mental Health. (n.d.). Understanding the link between chronic disease and depression. <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/chronic-illness-mental-health/understanding-link-between-chronic-disease-depression.pdf> (19.04.2026)
- North, B. J., & Sinclair, D. A. (2012). The intersection between aging and cardiovascular disease. *Circulation Research*, 110(8), 1097–1108. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.111.246876>
- O'Halloran, A. M., Cremers, J., Vrangbæk, K., Roe, L., Bourke, R., Mortensen, L. H., Westendorp, R. G. J., & Kenny, R. A. (2024). Cardiovascular disease and the risk of incident falls and mortality among adults aged ≥ 65 years presenting to the emergency department: A cohort study from national registry data in Denmark. *BMC Geriatrics*, 24, Article 93. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04618-2>
- Oliveros, E., Patel, H., Kyung, S., Fugar, S., Goldberg, A., Madan, N., Williams, K. A. (2020). Hypertension in older adults: Assessment, management, and challenges. *Clinical Cardiology*, 43(2), 99–107. <https://doi.org/10.1002/clc.23303>
- Oparil, S., Acelajado, M. C., Bakris, G. L., Berlowitz, D. R., Cífková, R., Dominiczak, A. F., Grassi, G., Jordan, J., Poulter, N. R., Rodgers, A., & Whelton, P. K. (2018). Hypertension. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 18014. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6477925/pdf/nihms-1008119.pdf>
- Open Resources for Nursing. (2024). Nursing fundamentals (2 vlj.). Chippewa Valley Technical College. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK610824/>
- Paar, E., De Lai, E., Držaić, M., Kummer, I., Bužančić, I., Ortner Hadžiabdić, M., Brkic, J., & Fialová, D. (2024). Fall risk-increasing drugs and associated health outcomes among community-dwelling older patients: A cross-sectional study in Croatian cohort of the EuroAgeism H2020 project. *Acta Pharmaceutica*, 74(4), 635–653. <https://doi.org/10.2478/acph-2024-0034>
- Park, S. M., Lee, S. Y., Jung, M.-H., Youn, J. C., Kim, D., Cho, J. Y., Cho, D. H., Hyun, J., Cho, H. J., Park, S. M., Choi, J. O., Chung, W. J., Kang, S. M., & Yoo, B. S. (2023). Korean Society of Heart Failure guidelines for the management of heart failure: Management of the underlying etiologies and comorbidities of heart failure. *International Journal of Heart Failure*, 5(3), 127–145. <https://doi.org/10.36628/ijhf.2023.0016>
- Physical activity. (n.d.). World Health Organization. <https://www.who.int/initiatives/behealthy/physical-activity> (03.05.2026)
- Pi, H.-Y., Hu, X. (2016). Nursing care in old patients with heart failure: current status and future perspectives. *Journal of Geriatric Cardiology*, 13(5), 387–390. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4984563/>
- Pierre-Louis, I. C., Saczynski, J. S., Lopez-Pintado, S., Waring, M. E., Abu, H. O., Goldberg, R. J., Kiefe, C. I., Helm, R., McManus, D. D., & Bamgbade, B. A. (2023). Characteristics associated with poor atrial fibrillation-related quality of life in adults with atrial fibrillation. *Journal of Cardiovascular Medicine*, 24(7), 422–429. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10699883/>

- Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., Falk, V., González-Juanatey, J. R., Harjola, V. P., Jankowska, E. A., Jessup, M., Linde, C., Nihoyannopoulos, P., Parissis, J. T., Pieske, B., Riley, J. P., Rosano, G. M. C., Ruilope, L. M., Ruschitzka, F., Meer, P., V., D. (2016). 2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 37(27), 2129–2200. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>
- Raat, W., Smeets, M., Janssens, S., & Vaes, B. (2021). Impact of primary care involvement and setting on multidisciplinary heart failure management: A systematic review and meta-analysis. *ESC Heart Failure*, 8(2), 802–818. <https://doi.org/10.1002/ehf2.13152>
- Rahmat, R., Haroen, H., Juniarti, N., Sari, S. P., & Rinawan, F. R. (2025). Effectiveness of community nurse-led intervention in managing older adults with multimorbidity: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 18, 6373–6389. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S548950>
- Rantanen, A. T., Korkeila, J. J. A., Löyttyniemi, E. S., Saxén, U. K. M., & Korhonen, P. E. (2018). Awareness of hypertension and depressive symptoms: a cross-sectional study in a primary care population. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(3), 323–328. <https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1499588>
- Schopfer, D. W., Forman, D. E. (2016). Growing Relevance of Cardiac Rehabilitation for an Older Population With Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 22(12), 1016-1022. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2016.10.010>
- Schwinger, R. H. G. (2021). Pathophysiology of heart failure. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*, 11(1), 263–276. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7944197/pdf/cdt-11-01-263.pdf>
- Seppala, L. J., Petrovic, M., Ryg, J., Bahat, G., Topinkova, E., Szczerbińska, K., van der Cammen, T. J. M., Hartikainen, S., Ilhan, B., Landi, F., Morrissey, Y., Mair, A., Gutiérrez-Valencia, M., Emmelot-Vonk, M. H., Mora, M. Á. C., Denking, M., Crome, P., Jackson, S. H. D., Correa-Pérez, A., Knol, W., Soulis, G., Gudmundsson, A., Ziere, G., Wehling, M., O'Mahony, D., Cherubini, A., & van der Velde, N. (2021). STOPPFall (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in older adults with high fall risk): A Delphi study by the EuGMS Task and Finish Group on Fall-Risk-Increasing Drugs. *Age and Ageing*, 50(4), 1189–1199. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa249>
- Shaban, M., Mohammed, H. H., Gomaa Mohamed Amer, F., Shaban, M. M., Abdel-Aziz, H. R., & Ibrahim, A. M. (2024). Exploring the nurse-patient relationship in caring for the health priorities of older adults: Qualitative study. *BMC Nursing*, 23, 480. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02099-1>
- Shahjehan, R. D., Sharma, S., & Bhutta, B. S. (2024). Coronary artery disease. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564304/>
- Sheikh-Taha, M., & Asmar, M. (2021). Polypharmacy and severe potential drug-drug interactions among older adults with cardiovascular disease in the United States. *BMC Geriatrics*, 21, 233. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02183-0>
- Singh, S. and Bajorek, B. (2014) 'Defining "elderly" in clinical practice guidelines for pharmacotherapy', *Pharmacy Practice*, 12(4), 489. <https://doi.org/10.4321/s1886-36552014000400007>

Spirgiene, L., & Brent, L. (2018). Comprehensive geriatric assessment from a nursing perspective. In K. Hertz & J. Santy-Tomlinson (toim.), *Fragility fracture nursing: Perspectives in nursing management and care for older adults* (pp. 41–52). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-76681-2_4

Statistikaamet. (2026). <https://www.stat.ee/> (10.05.2026)

Stefil, M., Dixon, M., Bahar, J., Saied, S., Mashida, K., Heron, O., Shantsila, E., Walker, L., Akpan, A., Lip, G. Y. H., & Sankaranarayanan, R. (2022). Polypharmacy in older people with heart failure: Roles of the geriatrician and pharmacist. *Cardiac Failure Review*, 8, e34. <https://doi.org/10.15420/cfr.2022.14>

Su, Y.-C., Chien, C.-Y., Chaou, C.-H., Hsu, K.-H., Gao, S.-Y., & Ng, C.-J. (2022). Revising vital signs criteria for accurate triage of older adults in the emergency department. *International Journal of General Medicine*, 15, 6227–6235. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S373396>

Suksatan, W., Tankumpuan, T., & Davidson, P. M. (2022). Heart failure caregiver burden and outcomes: A systematic review. *Journal of Primary Care & Community Health*, 13, 21501319221112584. <https://doi.org/10.1177/21501319221112584>

Toney-Butler, T. J., Thayer, J., M. (2023). *Nursing Process*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/>

Turner, G. (2014). *Introduction to frailty, Fit for Frailty Part 1*. British Geriatrics Society. <https://www.bgs.org.uk/introduction-to-frailty>

Uomoto, K. E. (2023). Increasing identification and follow-up of older adult depression in primary care. *Journal of Primary Care & Community Health*, 14, 1–7. <https://doi.org/10.1177/21501319231152758>

van der Linden, J., Trap, L., Scherer, C. V., Roks, A. J. M., Danser, A. H. J., van der Pluijm, I., & Cheng, C. (2023). Model Systems to Study the Mechanism of Vascular Aging. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(20), 15379. <https://doi.org/10.3390/ijms242015379>

van der Velde, N., Seppala, L. J., Hartikainen, S., Kamkar, N., Mallet, L., Masud, T., Montero-Odasso, M., van Poelgeest, E. P., Thomsen, K., Ryg, J., & Petrovic, M. (2023). European position paper on polypharmacy and fall-risk-increasing drugs recommendations in the World Guidelines for Falls Prevention and Management: Implications and implementation. *European Geriatric Medicine*, 14, 649–658. <https://doi.org/10.1007/s41999-023-00824-8>

van Zeist-de Jonge, B., de Man-van Ginkel, J., Olvers, M., van den Berge, K., Kooij, L., Rood, P. J. T. (2025). Nurses' experiences with in-hospital continuous monitoring of vital signs in general wards: A systematic review. *PLOS Digital Health*, 4(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000949>

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D. L., Coca, A., de Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S. E., Kreutz, R., Laurent, S., Lip, G. Y. H., McManus, R., Narkiewicz, K., Ruschitzka, F., Schmieder, R. E., Shlyakhto, E., Tsioufis, C., Aboyans, V., Desormais, I., & ESC Scientific Document Group. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart Journal*, 39(33), 3021–3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>

Wleklik, M., Denfeld, Q., Lisiak, M., Czapla, M., Kałużna-Oleksy, M., & Uchmanowicz, I. (2022). Frailty syndrome in older adults with cardiovascular diseases—What do we know and what requires further research? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2234. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042234>

World Population Ageing 2019. (2020). United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. <https://digitallibrary.un.org/record/3907988/files/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>

Zhang, C., Xiang, C., Tian, X., Xue, J., He, G., Wu, X., Mei, Z., & Li, T. (2021). Roles of nursing in the management of geriatric cardiovascular diseases. *Frontiers in Medicine*, 8, 682218. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.682218>

Zhou, M., Zhao, G., Zeng, Y., Zhu, J., Cheng, F., & Liang, W. (2022). Aging and cardiovascular disease: Current status and challenges. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, 23(4), 135. <https://doi.org/10.31083/j.rcm2304135>

Õunapuu, L. (2014). Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteaduses. 93-94 Tartu Ülikool. <https://dspace.ut.ee/server/api/core/bitstreams/3538e168-6012-4e90-8484-4bb59be8b14a/content>