

TALLINNA TERVISHOIU KÕRGKOO



Õenduse õppetool

Õe õppekava

Marju Randla

**MITTEVERBAALNE SUHTLUS ELULÕPU HOOLDUSES**

Lõputöö

Tallinn 2026

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

Lõputöö autori allkiri

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Lubatud kaitsmisele.

Juhendaja Jane Kaju, RN MSc APN  
*/nimi ja akadeemiline kraad/*

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

## KOKKUVÕTE

Marju Randla (2026). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, õenduse õppetool. Mitteverbaalne suhtlus elulõpu hoolduses. Lõputöö maht on 33 lehekülge, sisaldades ühte lisa kahel leheküljel. Uurimustöö eesmärgiks on uurida mitteverbaalset suhtlemist elulõpu hoolduses.

Käesolev uurimistöö on kirjanduse ülevaade. Uurimustöös kasutatud kirjandusallikate ilmumisaasta on vahemikus 2016-2026. Töö koostamisel töötati läbi ja võeti kasutusele 43 sobivat kirjandusallikat, millest 3 olid eestikeelsed ja 40 ingliskeelsed. Kirjandusallikate ja teadusartiklite leidmiseks kasutati andmebaase: *PubMed*, *Scopus*, *ScienceDirect*, *Google Scholar* ja e-kataloogi ESTER. Kirjanduse otsimise kriteeriumid olid inglise- või eesti keel, teemakohasus, tõenduspõhisus, täistekst ja eelretsenseeritus. E-kataloogist ESTER otsis autor varasemaid selleteemalisi uurimistöid.

Elulõpu hoolduses muutub mitteverbaalne suhtlus sageli keskseks, sest haiguse progresseerumine, väsimus, sümptomite rohkus ja kognitiivsed häired piiravad patsiendi võimet end sõnaliselt väljendada ning suurendavad eksistentsiaalset ängi. Patsiendi seisundi ja vajaduste mõistmisel omandavad suurema tähenduse kehakeel, miimika, häälekasutus, prokseemika, samuti puudutus ning teadlik hoitud vaikus. Mitteverbaalsete vihjete tõlgendamist mõjutab alati olukorra kontekst, patsiendi varasem suhtlusstiil, keskkond ning kultuurilised normid, mistõttu eeldab tõhus suhtlus paindlikku kohandumist ja eneseteadlikkust.

Mitteverbaalse suhtlemise mõju avaldub eeskätt turvatunde, märgatud olemise ja usalduse kujunemises ning patsiendi väärikuse ja autonoomia hoidmises, ka siis kui otsene eneseväljendus on piiratud. Süsteemne mitteverbaalsete tunnuste jälgimine toetab valu ja düstressi ära tundmist ning võimaldab hooldustegevusi õigeaegselt kohandada. Lähedastega suhtlemisel toetavad rahulik kehakeel, kohalolu ja sobiv ajastus kaasatuse kogemust ning aitavad vähendada ebakindlust elulõpu protsessis. Samas võib ebasobiv või patsiendi piiride või kultuuritausta suhtes tundetu mitteverbaalne käitumine tekitada arusaamatusi, suurendada ärevust ja kahjustada hooldussuhet. Järeldusena selgub vajadus õenduses teemale rohkem tähelepanu juhtida ja arendada õdede mitteverbaalse suhtlemise oskusi, et tagada elulõpu hoolduses terviklik ja eetiliselt tundlik abi.

**Võtmesõnad:** elulõpu hooldus, palliatiivravi, elulõpu patsient, suhtlus, mitteverbaalne suhtlus.

## SUMMARY

Marju Randla (2026). Tallinn Health University of Applied Sciences, Chair of Nursing. Nonverbal Communication in End-of-Life Care. The thesis comprises 33 pages and includes one appendix (2 pages). The aim of this literature review is to examine nonverbal communication in end-of-life care.

The review draws on literature published between 2016 and 2026. A total of 43 relevant sources were included, of which 3 were in Estonian and 40 in English. Evidence was identified using PubMed, Scopus, ScienceDirect, Google Scholar, and the ESTER e-catalogue. Inclusion criteria were language (English or Estonian), relevance to the topic, evidence-based content, full-text availability, and peer review. The ESTER e-catalogue was additionally used to locate earlier research and theses on the topic.

In end-of-life care, nonverbal communication often becomes central because disease progression, fatigue, symptom burden, and cognitive impairment can limit verbal expression and intensify existential distress. Consequently, greater emphasis is placed on interpreting body language, facial expressions, vocal qualities, proxemics, touch, and intentionally held silence. Interpretation of nonverbal cues is shaped by situational context, the patient's previous communication style, the care environment, and cultural norms, requiring flexible adaptation and self-awareness from nurses.

The impact of nonverbal communication is reflected primarily in the development of safety, being acknowledged, and trust, as well as in preserving dignity and autonomy when direct self-expression is constrained. Systematic observation of nonverbal signs supports recognition of pain and distress and enables timely adjustment of care. With family members, calm body language, presence, and appropriate timing promote involvement and may reduce uncertainty during the end-of-life process. Conversely, insensitive nonverbal behaviour that disregards personal boundaries or cultural background may cause misunderstandings, increase anxiety, and damage the therapeutic relationship. Overall, the findings indicate a need to place greater emphasis on the topic in nursing and to strengthen nurses' nonverbal communication skills to ensure holistic and ethically sensitive end-of-life care.

**Keywords:** end-of-life care, palliative care, end-of-life patient, communication, nonverbal communication.

## SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	3
SUMMARY .....	4
SISSEJUHATUS.....	6
1. METOODIKA .....	8
2. MITTEVERBAALSE SUHTLEMISE VÕIMALUSED ELULÕPU HOOLDUSES .....	10
2.1. Mitteverbaalse suhtluse peamised vormid elulõpu hoolduses .....	10
2.2. Mitteverbaalne suhtlemine elulõpu hoolduses .....	14
2.3. Mitteverbaalse suhtluse roll valu hindamisel .....	15
2.4. Mitteverbaalse suhtluse lõimimine õendusprotsessi elulõpu hoolduses .....	15
3. MITTEVERBAALSE SUHTLEMISE ROLL ELULÕPU HOOLDUSES .....	18
3.1. Õe roll mitteverbaalse suhtlemise kujunemises .....	18
3.2. Mitteverbaalse suhtlemise mõju patsiendile .....	18
3.3. Mitteverbaalse suhtlemise negatiivne või ebasoodne mõju patsiendile.....	21
4. ARUTELU .....	23
JÄRELDUSED.....	27
KASUTATUD KIRJANDUS .....	28

LISAD:

LISA 1. Infootsingute raport

## SISSEJUHATUS

Elulõpuhoolduses muutub suhtlemine nii patsiendi ja õe, kui ka kõigi teiste osapoolte vahel. Suhtlus ei tähenda mitte ainult meditsiinilise teabe jagamist läbi verbaalse suhtluse, vaid ka mitteverbaalsete suhtlusviiside mõistmist, kasutamist ja empaatilist tuge. (Wanko Keutchafo et al., 2020). Kommunikatsioon patsiendi ja õe vahel ei piirdu ainult informatsiooni vahendamisega, vaid hõlmab ka usaldusliku suhte loomist, patsiendi loo mõistmist ja kuulamist (Wittenberg et al., 2018). Ei ole võimalik täpselt öelda, millal elu lõpufaas algab või kui kaua see kestab. Hospiitsimeeskondade eesmärk on aga hoida lootust ja tagada elamisväärtus elu, võttes arvesse samal ajal patsientide sümptomeid ja muresid. Usalduse loomine, meditsiiniline toetus ja mitteverbaalsetele signaalidele tähelepanu pööramine aitavad leevendada ärevust ja luua toetava keskkonna patsientidele ja nende peredele. (Lee et al., 2021).

Elulõpu patsiendid kogevad sageli erinevaid raskeid vaevusi ja vaimse tervise probleeme. Õdedel on oluline roll elulõpu patsiendile kõikehõlmava toe pakkumisel. Läbi tundliku hoolitsuse, empaatia ja aktsepteerimise loovad õed õhkkonna, kus patsiendid tunnevad end turvaliselt oma vajadusi väljendades. Samas võib jääda õdedel sageli puudu oskustest elulõpu hooldusel viibivate patsientide vaimseid vajadusi ja mitteverbaalset suhtlust märgata. (Batstone et al., 2020). Mitteverbaalsetel suhtlusviisidel on mõju kontakti loomisele õega ja patsiendid hindavad selliseid omadusi nagu empaatia, autentsus ja tähelepanelik kuulamine (Best et al., 2024).

Elulõpu hoolduses on oluline roll patsiendi toetamisel ja mugavuse suurendamisel, seega mitteverbaalse suhtluse integreerimine palliatiivravisse võib märgatavalt parandada patsientide elukvaliteeti. Mitteverbaalse suhtluse teadlik märkamine tagab patsiendile seeläbi terviklikuma õendusabi. (Borrat-Besson et al., 2022; Shin et al., 2020). Mitteverbaalne vaatus-ja kuulamisoskus ning eneseteadlikkuse tähtsus on vajalik just elulõpu hoolduses, sest mitteverbaalsed sõnumid võivad olla patsiendi jaoks nii toetavad kui ka valesti mõistetavad (Wanko Keutchafo et al., 2020).

**Uurimisprobleem:** Elulõpu hoolduses võivad haiguse progresseerumine ja füüsilise seisundi halvenemine piirata patsiendi võimet end selgelt verbaalselt väljendada, mistõttu suureneb vajadus mõista suhtlust kõikide osapoolte, nii õe, patsiendi kui ka lähedaste vahel, ka ilma sõnadeta (Anderson et al., 2019). Seetõttu on vajalik pöörata teadlikult tähelepanu mitteverbaalse suhtluse võimalustele ja rollile elulõpu hoolduses, et toetada patsiendi vajaduste

õigeaegset märkamist ja hoolduse kvaliteeti (Voetmann et al., 2022). Õdede oskused patsientide mitteverbaalseid signaale märgata ja mitteverbaalset suhtlust teadlikult kasutada on ebaühtlased ning vajavad sihipärast arendamist (Peerboom et al., 2024; Wanko Keutchafo et al., 2020).

**Uurimistöö eesmärk** on kirjeldada õenduse vaates mitteverbaalset suhtlusviisi elulõpu hoolduses.

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

1. Kirjeldada mitteverbaalse suhtlemise viise ja suhtlemist elulõpu hoolduses.
2. Kirjeldada mitteverbaalse suhtlemise rolli elulõpu hoolduses.

**Uurimistöö kesksed mõisted:**

**Elulõpu hooldus** (*end-of-life care/EoL care*) – Elulõpu hoolduse eesmärk on pakkuda meditsiinilist ja emotsionaalset toetust elu lõpus olevale patsiendile, tagades väarikus- ja mugavustunde. Arstide, õdede ja teiste spetsialistide peamine eesmärk on hoolitseda, et elu lõpufaasis olev inimene ja tema lähedased tunneksid end raskel ajal toetatuna ja hoituna nii füüsiliselt kui ka vaimselt. (Shin et al., 2020).

**Mitteverbaalne suhtlus** (*nonverbal communication*) – mitteverbaalse suhtluse ehk mittesõnalise suhtluse käigus antakse edasi tundeid, hoiakuid ja infot, kasutades selleks mitteverbaalse suhtluse viise: kehakeelt, miimikat, paralingvistikat jt (Wanko Keutchafo et al., 2020).

**Palliatiivravi** (*palliative care*) – „Palliatiivne ravi on aktiivne ja terviklik ravi, mis on suunatud igas vanuses inimestele, kellele raske haigus põhjustab suuri tervisega seotud kannatusi, eelkõige aga neile, kes lähenemas elu lõpule. Palliatiivse ravi eesmärk on parandada patsientide, nende perekondade ja hooldajate elukvaliteeti.“ (Paal et al., 2022, p. 350)

## 1. METOODIKA

Käesolev uurimistöö on kirjanduse ülevaade. Kirjandusallikate valimise kriteeriumiks seati teaduspõhisus, teemakohasus, ilmumisaasta. Valim tehti eesti- ja ingliskeelsete kirjandusallikate hulgast. Kirjandusallikate esmasele analüüsimisele järgnes tõlkimine eesti keelde ja põhjalikum analüüs ning seejärel refereerimine. Uurimistöö teoreetiline osa põhineb eelretsenseeritud õendusallikatel ja valim koostati püstitatud uurimisprobleemist lähtuvalt. Uurimistöö koostamisel töötati läbi 68 kirjandusallikat ja võeti kasutusele 43 sobivat, mis kajastasid kõige asjakohasemalt uurimistöö teemat. Varasemaid selleteemalisi uurimistöid ESTER e-kataloogist autor ei leidnud. Kirjandusallikate ilmumisaasta on vahemikus 2016-2025.

Kirjandusallikate ja teadusartiklite leidmiseks kasutati andmebaase *Scopus*, *ScienceDirect*, *PubMed*, e-kataloogi ESTER, *Google Scholar*. Sobivate kirjandusallikate otsimiseks kasutati eesti- ja ingliskeelseid otsingusõnu ja otsisõnade kombinatsioone: elulõpu hooldus (*end of life care* või *EoL*), palliatiivravi (*palliative care*), palliatiivravi definitsioon (*palliative care definition*), elulõpu patsient (*terminal patient*), mitteverbaalne suhtlus (*nonverbal communication*), õendus suhtlus (*nursing communication*), õendushooldus (*nursing care*), hospiitsravi (*hospice care*), hospiits õendus (*hospice nursing*), pikaajaline hooldus (*long-term care*), vaimsus (*spirituality*). Detailsem ülevaade otsingust vt lisa 1 (Tabel 1).

Uurimistöö usaldusväärsuse tagavad töös kasutatud tõendus põhised kirjandusallikad. Olenevalt otsingumootorist on otsingupiirangutena kasutatud eelretsenseeritus (*peer reviewed*), täisteksti (*full text*) ja PDF täisteksti (*PDF full text*) olemasolu. Kasutatud artiklite puhul on hinnatud teemakohasust.

Uurimistöö koostamisel on lähtunud James Childressi ja Tom Beauchampi neljast meditsiinieetika põhiprintsiibist. Autonoomia austamise kohaselt tuleb patsiendi enesemääramisõigust ülimalt väärtustada, heategemise printsiip suunab tegutsema patsiendi parimates huvides tagades heaolu ja vähendades kannatusi. Mittekahjustamise printsiibi kohaselt peaksid tervishoiutöötajad vältima tegevusi, mis võivad kahjustada patsiendi tervist, heaolu või suurendada haavatavust. Õigluse printsiip eeldab, et tervishoiuteenuste ja ressursside kasutamine oleks põhjendatud ja jaotatud õiglaselt, arvestades patsiendi vajadusi ja eripära. (Soosaar, 2016, p. 50).

Tekst on korrekselt refereeritud ning kõikidele autoritele on viidatud. Kõik kirjandusallikad on kasutatud kirjanduses välja toodud. Viitamisel on kasutatud viitehaldustarkvara Mendeley, viitamisstiil APA 7th. Uurimistöö kirjutamisel on lähtutud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli kirjalike tööde koostamise ja vormistamise 2025 aasta juhendist. Tehisintellekti ChatGPT kasutati töös artiklite tõlkimisel, töö struktuuri kavandamisel ja abivahendina autori mõtete arendamisel. Uurimistöös ei esine plagiaati. Plagieerimine on teiste autorite loodud tekstide esitamine enda tööna ilma viitamiseta (Hirsijärvi et al., 2010, p. 110).

## 2. MITTEVERBAALSE SUHTLEMISE VÕIMALUSED ELULÕPU HOOLDUSES

### 2.1. Mitteverbaalse suhtluse peamised vormid elulõpu hoolduses

Mitteverbaalse suhtluse võimalused elulõpu hoolduses hõlmavad õe teadlikke väljendusviise ning patsiendi signaalide ja vihjete tähelepanelikku märkamist, mille põhjal kohandatakse suhtlusviisi ja lähenemist olukorrale sobivaks. Suhtlusviisid võivad olla patsiendi jaoks nii toetavad kui ka ebasobivad. (Peerboom et al., 2024; Wanko Keutchafo et al., 2020). Haiguse progresseerumisel võivad tähenduslikud olla kehalised muutused (sh välimus ja välised muutused) ja abivahendid (nt ratastool, mähkmed, reguleeritav voodi) ning ka tegevused või nende lakkamine, mis viitavad patsiendi seisundile ja suurenevale abivajadusele (Öhrling et al., 2024). Järgnevalt on kirjeldatud mitteverbaalse suhtluse vorme, mida kirjanduses käsitletakse õenduspraktikas kasutatavate võimalustena ning mille rakendamine eeldab kontekstitundlikkust ja patsiendikeskset kohanemist (Wanko Keutchafo et al., 2020).

**Puudutus** on õenduspraktikas üks sagedasemaid mitteverbaalse suhtluse vorme kohalolu, toetuse ja hoolivuse väljendamiseks, eriti olukordades kus sõnaline suhtlus on piiratud või koormatud (Wanko Keutchafo et al., 2020). Puudutust saab kasutada lisaks hooldustoimingutele ka tahtliku hooliva kontaktina, et luua patsienti toetav ja usalduslik side. Elulõpu hoolduses kirjeldatakse puudutust nii teadliku sekkumisena (nt kerge massaaž, lihtpuudutus, käest kinni hoidmine) kui ka igapäevase hooldustoimingu osana (nt abistamine, turvalise kontakti loomine hoolduse ajal, protseduuride läbiviimine), mille kaudu saab toetada suhet ja kohalolu. (Reed et al., 2021). Puudutuse kasutamine eeldab patsiendi eelistustega arvestamist ja sobivuse hindamist, sest puudutus võib mõnes kontekstis olla lohutav, neutraalne ja toetav, samas mõnes teises olukorras võib puudutus tunduda pealetükkiv, ebasobiv või ebamugav (Reed et al., 2021; Wanko Keutchafo et al., 2022). Kultuurilised normid mõjutavad elulõpu hoolduspraktikaid ja kehaga seotud toiminguid, näiteks võivad mõned patsiendid pidada sobimatuks vastassoost tervishoiutöötaja puudutust ning eelistada intiimhoolduses või läbiviidavates protseduurides (nt pesemine, riietamine, läbivaatus, meditsiinilised protseduurid-kateteriseerimine) samast soost hooldajat ja võimalikult minimaalset paljastamist (Glyn-Blanco et al., 2023). Sobiva puudutuse rakendamine praktikas eeldab õe oskust märgata patsiendi reaktsioone (nt pingestumine, lõdvestumine, eemaldumine, rahunemine) ning kohandada kontakti kestust, tugevust ja asukohta vastavalt mitteverbaalsele tagasisidele. Lähedaste või

hooldajate teadlik juhendamine puudutuse normaliseerimiseks võib vähendada ebakindlust patsiendi puudutamisel elulõpu faasis. (Reed et al., 2021).

**Kineesika ehk kehahoiak, liigutused ja žestid** on olulised mitteverbaalsed suhtlusviisid, millega õde saab väljendada tähelepanu, avatust ja valmisolekut kuulata, ning samal ajal koguda infot patsiendi seisundi kohta. Patsiendi kehakeel võib anda vihjeid väsimuse, nõrkuse, valu, segasusseisundi või ärevuse kohta, mis avalduvad näiteks liikumise ja tegevuste vähenemises, ettevaatlikes või kaitsvates asendites, segasusseisundis või meeleolumuutustes, eriti siis kui verbaalne eneseväljendus on piiratud. Palliatiivses kontekstis kirjeldatakse, et patsiendid ja lähedased tõlgendavad sageli tähenduslikuna nii patsiendi kehakeelt kui ka tervishoiutöötajapoolset kehakeelele reageerimist. (Öhrling et al., 2024; Wanko Keutchafo et al., 2020). Õe teadlik kehahoiak, läbi rahuliku tempo, sujuvate liigutuste ja žestide vähendamise pingelistes olukordades, võib toetada turvatunnet ning vähendada stimulatsiooni koormust (Peerboom et al., 2024). Kehahoiaku kaudu saab õde rõhutada partnerlust, näiteks vältides patsiendiga suheldes domineerivat kehakeelt ning valida kontakti loomiseks silmade kõrgusel suhtlemise (Houchens et al., 2024). Kineesika seob elulõpu hoolduses omavahel kliinilise jälgimise ja patsiendikeskse suhtlemise: kehakeele kaudu kogutud info aitab hooldust kohandada ning õe kehahoiak ja liikumisviis toetavad usaldusliku kontakti püsimist (Peerboom et al., 2024; Wanko Keutchafo et al., 2020).

**Miimika ja pilkkontakt** on elulõpu hoolduses osa mitteverbaalsest suhtlusest, mille kaudu tervishoiutöötaja saab väljendada tähelepanu, kohalolu ja valmisolekut koostööks ning toetada patsiendi ja lähedaste tunnet, et neid märgatakse ja kuulatakse (Engel et al., 2023). Õe rahustav näoilme, naeratus ja silmside võivad aidata patsiendiga kontakti loomist. Patsiendi näoilmete muutused (nt grimassid või pingestunud näoilme) võivad samal ajal toimida käitumuslike vihjetena valule või ebamugavusele, eriti olukorras kui patsient ei suuda ennast verbaalselt väljendada. (McGuire et al., 2016). Patsiendi ja lähedaste kirjeldustes seostub mitteverbaalsete vihjete tõlgendamine sageli sellega, kas tervishoiutöötaja märkas muutusi ning reageeris neile, mistõttu muutub tähelepanelikkus ja olukorda peegeldav miimika elulõpu hoolduses praktiliseks töövahendiks, mitte lihtsalt viisakuse väljenduseks (Engel et al., 2023).

**Prokseemika** kirjeldab ruumi ja distantse kasutamist suhtluses. Õenduspraktikas võib see väljenduda näiteks patsiendile lähemale istumises, sobiva vahemaa hoidmises, uksele seismises või suhtluspartnerist eemale pöördumises, mis mõjutab seda kuidas patsiendid õe sõnumeid mõistavad ja õe kohalolu tajuvad. Distantse ja kehahoiak annavad sageli teavet võimusuhtest,

ajasurve ja valmisolekust kuulata: näiteks ukse seismine või kehaga väljumise suunas pöördumine võib jätta mulje kiirustamisest või ebapiisavast tähelepanust, samas kui patsiendi lähedal viibimine võib soodustada turvatunnet ja dialoogi teket. (Wanko Keutchafo et al., 2020). Haiglatiingimustes teostatud uuringud näitavad, et patsiendiga silmade kõrgusel (nt istudes) suhtlemine võib vähendada tajutud hierarhiat ja toetada patsiendikogemust, kuna haiglas viibivad patsiendid on sageli voodis, vähem autonoomsed ja sõltuvamad tervishoiutöötajatest (Houchens et al., 2024). Prokseemika rakendamine ei sõltu siiski üksnes öe individuaalsetest valikutest, vaid ka ruumilahendusest ja olukorra tingimustest (nt kas on võimalik istuda, kas on piisavalt vaikust ja kas on tagatud privaatsus), mis mõjutab otseselt suhtluse korraldamise võimalusi. Öde hindab ruumi tingimusi, kohandab distantssi ja positsiooni ning loob võimalusel patsiendiga samal tasapinnal kontakti, et toetada partnerlustunnet. (Houchens et al., 2024; Stanyon et al., 2016).

**Paralingvistika** hõlmab hääletooni, kõne kiirust, hääle tugevust ja pause, mis kannavad elulõpu hoolduses sageli sama palju tähendust kui sõnumi sisu (Wanko Keutchafo et al., 2020). Mitteverbaalsed vihjed võivad ilmned ka hääletoonis ja kõneviisis, mis lisavad suhtlusele emotsionaalset ja olukorda kirjeldavat infot ka siis, kui patsient ise seda otsesõnu ei sõnasta. Patsiendi ja lähedaste vaatenurgast kirjeldatakse palliatiivses suhtluses olulisena rahulikku, mittekiirustavat kõneviisi ning kuulamisest märku andvat reageerimist, samas tuuakse ka esile vajadus anda inimestele aega ning kasutada selget keelt, mis aitab keerulist infot paremini mõista. (Engel et al., 2023). Elulõpu vestlustes on öe jaoks vajalik oskus häälestuda patsiendi valmisolekule ja vajadustele, sealhulgas rõhutatakse, et suhtlust toetavad lühikesed ja arusaadavad laused, regulaarne pauside kasutamine ja vaikuse lubamine (Peerboom et al., 2024). Paralingvistilised valikud võimaldavad vähendada ärevust ja ennetada info üleküllust, sest tempo ja intonatsiooni kohandamine aitab struktureerida keerulist teemat ning toetada arusaamist (Engel et al., 2023; Peerboom et al., 2024).

**Vaikus** on palliatiivses suhtluses kirjeldatud kui teadlik võte, mis loob ruumi emotsioonide väljendamiseks, mõtestamiseks ja otsustamiseks. Vaikus aitab reguleerida vestluse intensiivsust, eriti siis, kui sõnalised seletused ei ole parasjagu võimalikud, patsiendile jõukohased või ei vasta patsiendi valmisolekule. (Bassett et al., 2018; Stenman et al., 2025). Vaatuspõhises palliatiivuuringu rõhutatakse, et usalduse kujunemisel on olulised järjepidevad kontaktid, kohalolu, teadlikud pausid ja vaikus, mis toetavad intiimsete või konfidentsiaalsete vestluste algatamist ja jätkumist (Stenman et al., 2025). Vaikuse kasutamine eeldab teadlikkust, sest paus võib patsiendile olla nii toetav (nt võimaldab mõelda, leinata, otsustada) kui ka

potentsiaalselt häiriv, kui see tekib katkestuste, kiirustamise või patsiendi tähelepanuta jätmise tagajärjel (Bassett et al., 2018). Seetõttu kirjeldatakse suhtlusoskuste arendamise vajadust viisil, mis hõlmab vaikuse juhtimist ja kohalolu säilitamist ka ebamugavates teemades, sealhulgas elulõpu eelistuste ja eesmärkide aruteludes. Õel on võimalus kasutada vaikust koos mitteverbaalsete kinnitustega (nt rahulik kehahoiak, neutraalne pilt, noogutamine, puudutus), et näidata jätkuvat tähelepanu ja vältida muljet vestluse lõpetamisest. (Bassett et al., 2018; Stenman et al., 2025). Samal ajal rõhutatakse, et terapeutiline vaikus ei tähenda passiivsust, vaid teadlikku kuulamist ja patsiendi reaktsioonide jälgimist, et vajadusel korrigeerida suhtluse tempot, jagada kinnitusi või pakkuda lihtsamaid valikuid (Peerboom et al., 2024). Vaikuse kasutamisel tuleb arvestada, et patsiendi või lähedase jaoks võib seletusteta paus mõjuda eemaldumisena või mittemärkamise signaalina, seetõttu on väga oluline, et õe mitteverbaalne käitumine kinnitaks jätkuvalt tähelepanu ja austust. Vaikuse kasutamine elulõpu hoolduse suhtluses toetab suhtluse kvaliteeti siis, kui see on kontekstitundlik, kooskõlas patsiendi toimetulekuga ning seotud teadliku kohaloluga. (Stenman et al., 2025; Wanko Keutchafo et al., 2020).

**Keskkond** kujundab elulõpuhoolduses suhtluse tausta, sest ruumilised ja sensoorsed tingimused mõjutavad privaatsuse, turvatunde ja väärikuse kogemist ning seda, kui hõlpsalt saavad patsiendid ja lähedased tundlikke teemasid arutada ja koos olla. Haiglaravis võivad tehnoloogiarikas keskkond ja piiratud privaatsus suurendada vajadust teadliku ruumi loomise järele (nt müra vähendamine, valguse korrigeerimine, privaatsuse tagamine), et toetada rahulikku kontakti ja delikaatsete teemade käsitlemist. (Sagha Zadeh et al., 2018). Palliatiivse hoolduse kvaliteedi kirjeldustes on patsiendid pidanud oluliseks meeldivat, hubast ja turvalist atmosfääri, mis seob keskkonna kogemuse otseselt hoolduse tajutud kvaliteediga (Sandsdalen et al., 2016). Ruumi omadused (ruumi akustika, kasutusmugavus, temperatuur, valgus, privaatsuse tagamise võimalused, hubasus) ja kasutajakogemus loovad ühiselt patsiendile sobiliku palliatiivravi keskkonna (Ferrante & Villani, 2021). Patsiendi ja lähedaste kirjeldustes võib mitteverbaalne tähendus avalduda ka esemete ja tegevuste kaudu, kus abivahendid, ravimid, kehaseisund või igapäevatoimingud muutuvad vihjeteks haiguse kulgemisest ja vajadusest teemat sõnastada (Öhring et al., 2024). Seetõttu kuulubki mitteverbaalse suhtluse võimaluste hulka ka keskkonna teadlik kohandamine (nt segajate vähendamine, valgustus, privaatsuse loomine, ruumi isikupärastamise toetamine, hubasuse loomine) ning vihjete märkamine ja nendele reageerimine patsiendikeskselt (Ferrante & Villani, 2021; Öhring et al., 2024).

## 2.2. Mitteverbaalne suhtlemine elulõpu hoolduses

Uuringutest ilmneb mitteverbaalse suhtluse tähtsus elulõpu hoolduses. Tulemused rõhutavad vajadust tegeleda sotsiaalse ja emotsionaalse heaoluga koos meditsiiniliste sekkumistega. (Borrat-Besson et al., 2022). Elulõpu suhtlus hõlmab lisaks info jagamisele ka turvatunde loomist ning patsiendi ja lähedastega kontakti hoidmist, mis eeldab õdede poolt holistilist patsiendikäsitlust ja olukorra tajumist erinevate meelte abil (Peerboom et al., 2024).

Elulõpuhoolduses võib progresseeruv haigus piirata patsiendi verbaalset eneseväljendust, mistõttu tuleb õendusabis ühe enam toetuda mitteverbaalsetele vihjetele ja õe enda mitteverbaalsele suhtlemisoskusele (Anderson et al., 2019; Wanko Keutchafo et al., 2020). Terviklikuma õendusabi tagamiseks on oluline õdedel mõista ja märgata erinevaid mitteverbaalse suhtlemise viise (Wanko Keutchafo et al., 2020). Taani uurimustes mitteverbaalse suhtluse kohta elulõpuhoolduses tõsteti esile just patsientidega otseselt tegelevate tervishoiuteenuste osutajate keskset rolli. Patsiendipoolse mitteverbaalse suhtluse ignoreerimine võib süvendada vaimse tervise probleeme. Uuringud rõhutavad teema teadvustamise ja sellega tegelemise tähtsust, et tagada igakülgne ja terviklik elulõpuhooldus. (Voetmann et al., 2022).

Mitteverbaalne suhtlus elulõpu hoolduses tähendab teabe ja tähenduste edastamist viisil, mis ei sõltu ainult öeldud sõnadest. Mitteverbaalsed märgid võivad olla nii tahtlikud (nt teadlikult valitud rahustav kehahoiak, tegevused) kui ka tahtmatud (nt pinges miimika, silmside, hääletoon), mistõttu nende tõlgendamine sõltub alati olukorrast ja osapoolte omavahelistest suhetest. (Öhrling et al., 2024). Kuna sama mitteverbaalne käitumine või suhtlus võib erinevatele patsientidele olla erinevalt mõistetav, rõhutatakse õe eneseteadlikkust ning vajadust kohandada oma mitteverbaalset suhtlusstiili patsientide vajaduste ja eelistustega, et vähendada valesti mõistmise riske (Wanko Keutchafo et al., 2020).

Patsiendid ja nende lähedased peavad õdede tõhusas suhtluses oluliseks, et lisaks avatud ja ausale teabele märgataks inimest tervikuna, sest see loob niigi keerulises olukorras suurema turvatunde (Engel et al., 2023). Elulõpuhoolduses hindavad patsiendid õdesid, kellel on head suhtlemisoskused ja kes pakuvad isikukeskset õendusabi. Seega on vajalik õdedel järjepidevalt oma suhtlemisoskusi arendada, pöörates teadlikult tähelepanu ka mitteverbaalse suhtluse rollile. (Collet et al., 2022).

### **2.3. Mitteverbaalse suhtluse roll valu hindamisel**

Elu lõpus võivad patsiendi sümptomid, nagu väsimus, sedatsioon, raske deliirium või muu seisundi halvenemine piirata võimet anda usaldusväärset enesetunde tagasisidet, mistõttu suureneb vajadus tugineda käitumuslikele või füsioloogilistele vihjetele. Eriti oluliseks muutub hindamine valu ja düstressi puhul, mil patsiendi seisundi hindamisel saavad määravaks näoilmed, lihaspinge, kaitseasendid, liigutused ja häälightsused kui mitteverbaalsed näitajad, mis aitavad õendusabi kohandada ka siis, kui patsient ei ole võimeline suhtlema. (McGuire et al., 2016; Tapp et al., 2019).

Valu hindamisel mitteverbaalsetel patsientidel kirjeldatakse käitumuslike näitajatena muu hulgas miimikat, keha liikumist, keha pinget, lohutamisele reageerimist ja häälightsusi, sest need näitajad võivad viidata nii püsivale valule kui ka protseduurivalule. Samas rõhutatakse, et füsioloogiliste näitajate kasutamine elu lõpus võib olla piiratud ja vajab ettevaatlikku tõlgendamist, kuna mõned muutused (nt hingamissagedus, vererõhk, pulss) võivad peegeldada nii haiguse progresseerumist kui ka valu suurenemist. Kui patsient ei saa sümptomeid usaldusväärset enesehinnanguga kirjeldada, muutuvad mitteverbaalsed vaatlus- ja käitumuslikud märgid keskseks, kuid vajavad hoolikat kliinilist tõlgendust. Valu võimalikkuse ja tugevuse põhjalik hindamine vähendab riski, et ärevust, hirmu või deliiriumist tingitud agiteeritust käsitletakse automaatselt valuna või vastupidi, et valu jääb märkamata. (Tapp et al., 2019). McGuire jt (2016) rõhutavad, et sobiva vaatlusvahendi kasutamine suurendab tõenäosust, et valu märgatakse ja dokumenteeritakse järjepidevalt, mis on eeltingimus analgeesia kohandamiseks ning hilisemaks mõju hindamiseks. Palliativses hoolduses ei edasta tähendust ainult patsiendi keha, vaid ka abivahendid ja muud objektid, mis võivad personalile ja lähedastele anda infot haiguse kulgemisest ja patsiendi olukorrast. Lisaks tervishoiutöötaja vaatlusele on elulõpu valu hindamisel oluline roll lähedastel, kes tunnevad patsiendi tavapärasest reaktsiooni ning võivad märgata varajasi muutusi kehakeeles ja käitumises. (Öhrling et al., 2024).

### **2.4. Mitteverbaalse suhtluse lõimimine õendusprotsessi elulõpu hoolduses**

Mitteverbaalse info kasutamist elulõpu hoolduses saab kirjeldada järjepideva suhtlusprotsessina, kus õde valmistub kontaktiks, algatab vestluse sobival hetkel, hoiab kontakti ning hiljem hindab, kuidas suhtlus ja sekkumised mõjusid (Peerboom et al., 2024). Elulõpu

hoolduses kuulub hindamisfaasi kesksete ülesannete hulka patsiendi mitteverbaalsete vihjete süstemaatiline jälgimine, sest suhtlus patsiendiga võib olla usaldusväärne või ka puududa ning käitumuslikud mustrid aitavad tuvastada düstressi ja valuga seonduvaid muutusi (McGuire et al., 2016; Tapp et al., 2019). Õenduspersonali vaates eeldab elulõpu suhtlus suhtlemist soodustava keskkonna loomist, meelte ja intuitsiooni kasutamist ning valmisolekut kohandada suhtlusviisi vastavalt patsiendi vajadustele ja valmisolekule (Peerboom et al., 2024).

Õenduslikku hindamist toetab teadmine, et mitteverbaalne vaatlusoskus ja patsiendi vajadustest lähtumine kuuluvad elulõpu suhtluse põhialuste hulka ning neid rakendatakse eri asutustes või olukordades (nt haigla, hooldekodu, koduõendus) (Peerboom et al., 2024). Planeerimisfaasis eeldab mitteverbaalse info kasutamine selle tõlgendamist patsiendikeskselt, arvestades, et sama õe kehakeel, puudutus või hääletoon võib patsiendi ja lähedaste jaoks omandada erineva tähenduse ja mõjutada koostööd (Wanko Keutchafo et al., 2020; Wanko Keutchafo, Kerr, & Baloyi, 2022). Sekkumiste kavandamisel rõhutatakse eneseteadlikkust ja kontekstitundlikkust, sest tõhus mitteverbaalne suhtlus kujuneb erinevates olukordades ja sõltub nii õe kui ka patsiendi isiksuse eripäradest (Wanko Keutchafo, Kerr, & Baloyi, 2022). Teostamisfaasis rakendatakse valitud mitteverbaalseid võtteid (nt rahulik vestluse tempo ja pausid, sobiv ruumiline distant, toetav puudutus, kohalolu ja vaikus) kooskõlas patsiendi valmisoleku ja toimetulekuprotsessiga ning lähedaste kaasamise vajadusega (Engel et al., 2023; Peerboom et al., 2024). Hindamisfaasis jälgitakse sekkumiste mõju patsiendi käitumisele ja suhtluskvaliteedile ning kohandatakse tegevusi, arvestades, et usalduslik suhtlus kujuneb dünaamiliselt korduvate kontaktide kaudu ning sõltuvad ka keskkonnast ja õe emotsionaalsest kohalolust (Stenman et al., 2025).

Elulõpu hoolduses hõlmab suhtlus lisaks patsiendile ka lähedasi, kes võivad täita hooldaja ja otsustusprotsessis osaleja rolli ning vajavad kaasamist haiguse ja suremise protsessis (Pun et al., 2023). Lähedastega suhtlemisel toetab mitteverbaalne jälgimine valmisoleku hindamist ja vestluse ajastamist, sest lähedase kehakeel ja emotsionaalsed reaktsioonid annavad infot selle kohta, kas on vaja selgitusi, tempot aeglustada või jätta ruumi vaikuseks. (Anderson et al., 2019; Peerboom et al., 2024). Lähedaste aktiivset osalust saab soodustada mitteverbaalse suhtluse kaudu, näiteks avatud kehahoiak või aktiivne kuulamine. Samuti tuuakse esile vajadus arvestada peredünaamikaga, määratleda kokkuleppeliselt peamine kontaktisik ja jälgida patsiendi huvide fookuses püsimist. (Peerboom et al., 2024; Pun et al., 2023).

Palliativraavis on kõigi osapoolte omavaheline suhtlus olulise tähtsusega, et koguda võimalikult täpne info patsiendi seisundi kohta. Patsiendid ja lähedased kirjeldavad tõhusat suhtlust kui avatud ja arusaadavat infovahetust, mida toetab empaatia ning õe kehakeel, hoiak ja käitumine. (Engel et al., 2023). Patsiendi kõhklused ja vajadused ei väljendu ainult sõnades, vaid ka kehakeeles, keskkonnaga seotud märkides ja raviprotseduuride kaudu, mistõttu on kliinilistes olukordades oluline arvestada ka mitteverbaalsete vihjetega (Bellieni, 2022).

### **3. MITTEVERBAALSE SUHTLEMISE ROLL ELULÕPU HOOLDUSES**

#### **3.1. Õe roll mitteverbaalse suhtlemise kujunemises**

Õe roll mitteverbaalses suhtlemises elulõpu hoolduses kujuneb protsessina, kus patsiendi ja lähedaste väljendatud, märgatavad või tajutud vihjed suunavad õe tähelepanu, tõlgendust ja edasist käitumist, mille tulemusena võivad muutuda nii vahetu seisund kui ka pikemaajaline hooldussuhe (Peerboom et al., 2024). Õe töö kontekstis mõjutab usalduse ja koostöö kujunemist, suhtluse kvaliteeti ning koormuse juhtimist, terviklik patsiendikäsitlus ja patsiendist lähtumine, mis omakorda toetub kommunikatsioonioskustele (Wittenberg et al., 2018). Suhtlemisel on õel oluline roll leida kooskõla patsiendi väärtuste, valmisoleku ja toimetulekuprotsessiga, nii füüsilisel kui ka vaimsel tasandil (Engel et al., 2023; Voetmann et al., 2022). Mitteverbaalse suhtluse kujunemist saab käsitleda ka raamistiku kaudu, mis seob konteksti (keskkond ja olukorra tingimused), mitteverbaalsed suhtlusviisid ning tulemused, patsiendi, õe ja organisatsiooni tasandil. Tõhusust kujundavad nii õe teadlikkus ja oskused kui ka patsiendi seisund. Õde on mitteverbaalse suhtluse suunaja ja hoidja, tagades seeläbi patsiendile turvalise, hooliva ja usaldusliku keskkonna. (Wanko Keutchafo, Kerr, & Baloyi, 2022). Lisaks näitab kvalitatiivsete uuringute koondanalüüs õe ja elulõpupatsiendi omavahelise suhte kujunemise tähtsust, mis omakorda toetab emotsionaalsete raskuste leevenemist ning aitab luua keskkonna kus elu lõpule lähenemine kulgeb rahulikumalt (Chang & Jeong, 2024). Õnnestunud mitteverbaalse suhtluse kujunemisel lähedastega on õe roll lähedaste kaasamisel ning meeskonnatöös, tagades seeläbi tõhusa infovahetuse, lähedaste kaasatuse raviprotsessides ja patsiendi parema toimetuleku (Anderson et al., 2019).

#### **3.2. Mitteverbaalse suhtlemise mõju patsiendile**

Elulõpu hoolduses avaldub mitteverbaalse suhtlemise mõju patsiendi emotsionaalses kogemuses eeskätt turvatunde, märgatud ja hoitud olemise säilimisena, mis kujuneb patsiendiga kohtumiste järjepidevuses ning õe või lähedaste empaatilises hoiakus. Avatud ja aus info võib toetada patsiendi turvatunnet, kuid samaaegselt võib see esile kutsuda ärevust, stressi ja eksistentsiaalset häiritust, mistõttu on oluline kohanduda patsiendi valmisoleku ja toimetulekuprotsessiga. Patsiendi emotsionaalset tasakaalu toetab selge ja arusaadav mitteverbaalne suhtlus ( nt avatud kehahoiak, heatahtlik miimika, sobivad pausid) olukorras

kus sõnaline väljendus on piiratud. (Engel et al., 2023; Peerboom et al., 2024). Palliatiivses õenduses kirjeldatakse, et patsiendi usaldus seostub õe tajutud autentsusega ning olukorras kus verbaalne ja mitteverbaalne sõnum ei ühti, võib patsiendil tekkida ebakindlus ja ettevaatlikkus (Wanko Keutchafo, Kerr, & Baloyi, 2022).

Mitteverbaalselt toetatud turvaline kontakt loob eelduse delikaatsete teemade jagamiseks ja emotsionaalseks toetuseks. Etnograafilises uuringus kirjeldati, et usaldus elulõpu vestlustes on habras ja dünaamiline ning selle hoidmist toetavad just väikesed igapäevased suhtlushetked, kohalolu ja vaikus, mis aitavad patsiendil kogeda, et tema kõrval ollakse ka siis kui on väga raske. (Stenman et al., 2025). Seega on mitteverbaalse suhtluse mõju patsiendi emotsionaalsele heaolule seotud nii vahetu toetuse ja turvatunde kogemusega kui ka suhtepõhise muutusega, kus tugevneb usaldus ja valmisolek jagada muresid ning jätkata koostööd (Chang & Jeong, 2024; Stenman et al., 2025).

Puudutuse ja kehakesksete sekkumiste puhul kirjeldatakse positiivset mõju emotsionaalsele heaolule, mis on kliiniliselt seotud rahunemise ja emotsionaalse koormuse parema taluvusega elulõpu lähenedes ja samuti on täheldatud positiivset mõju une kvaliteedile (Ünal Aslan & Çetinkaya, 2022). Mitteverbaalsed, kehakesksed sekkumised võivad toetada sümptomite (nt valu) taluvust ja leevenemist palliatiivset ravi saavatel patsientidel (Groninger et al., 2023). Arvestades, et patsiendi võime valu ja ebamugavust sõnaliselt kirjeldada võib olla piiratud, on oluline sümptomite leevendamise eelduseks mitteverbaalsete valusignaalide süstemaatiline märkamine ja tõlgendamise oskus. Standardiseeritud vaatlus võib parandada meeskonnasisest ühist keelt ja dokumenteerimise järjepidevust, kuid sümptomite leevenemine sõltub sellest, kas hinnang viib õigeaegse ja kohandatud sekkumiseni. (McGuire et al., 2016; Tapp et al., 2019).

Mitteverbaalne käitumine kannab elulõpu hoolduses sageli väarikuse sõnumit, sest patsiendi haavatavuse ja sõltuvuse taustal tajutakse eriti teravalt õe hoiakut, lähedust ja tähelepanu (Söderman et al., 2020). Patsiendiga samal tasandil suhtlemine, avatud kehahoiak ja rahulik tegutsemistempo vähendavad võimalust, et patsient tunneb kiirustamist ja pealetükkivat käitumist (Houchens et al., 2024). Kui hooldustoimingud toimuvad kiirustades või ilma inimese reaktsioone märkamata võib see patsiendi jaoks kogemuslikult tähendada, et ta ei ole oluline, samas kui hooliv ja tähelepanelik tegutsemine (nt õrn puudutus, sõbralik atmosfäär) muudab kogemust (Holmberg & Godskesen, 2022b, 2022a). Lisaks on kirjeldatud, et positiivne mitteverbaalne suhtlus toetab usalduse ja suhte kujunemist ning negatiivne mitteverbaalne käitumine tekitab vältimist (Wanko Keutchafo, Kerr, & Baloyi, 2022).

Intiimhoolduses (pesemine, riietamine, kehaasendi muutmine) muutub väärikuse säilitamisel keskseks privaatsus ja kehalise terviklikkuse kaitse, mida toetavad praktilised mitteverbaalsed teod nagu kardinatega privaatsuse tagamine, katmine, tulekust teatamine ning liigutuste rahulik rütm. Patsiendi väärikuse hoidmine ja austamine sõltub märkimisväärselt personali hoiakutest, rutiinidest ja suhtlusstiilist. Samas toetab väärikust empaatiline kuulamine, eelistusi arvestava kehalise hoolduse pakkumine ja privaatsuse tagamine. (Holmberg & Godskesen, 2022b).

Patsiendi autonoomia toetamine on võimalik ka siis, kui patsient ei saa suhelda, sest suhtlusviise saab valida ning kinnitada seisukohti noogutuse, žestide või pilguga, eeldusel, et õde kontrollib mõistmist ja väldib tõlgendusvigu (Bellieni, 2022; Wanko Keutchafo, Kerr, Baloyi, et al., 2022). Palliatiivses ravis käsitletakse patsiendikeskse hoolduse osana suhtlust ja ühise otsustamise põhimõtteid, mis eeldavad patsiendi eelistuste nähtavale toomist ning sobivat kohandamist patsiendi seisundi ja emotsionaalse haavatavusega (Roodbeen et al., 2020). Kõne kiiruse kohandamine vastavalt patsiendi reaktsioonidele (nt paus, kui patsient tunneb ennast halvasti ning jätkamine olukorra paranedes) toimib autonoomiat toetava valikuna, mis hoiab patsiendil kontrollitunnet ka väga piiratud eneseväljenduse korral (Holmberg & Godskesen, 2022b; Wanko Keutchafo, Kerr, & Baloyi, 2022).

Eetiliselt plaanis käsitletakse väärikust nii patsiendi subjektiivse kogemusena kui ka hoolduskvaliteedi tunnuseks (Söderman et al., 2020). Mitteverbaalse suhtluse eetiline mõõde seostub ka distantsi ja läheduse teadliku tasakaalu leidmisega, mis aitab luua terapeutilist ruumi nii, et patsiendi privaatsust ei rikutaks (Wanko Keutchafo et al., 2020).

Mitteverbaalne suhtlus võib elulõpu hoolduses mõjutada ka lähedaste kaasatust, kuid palliatiivses suhtluses kirjeldatakse turvatunde ja usalduse kujunemist laiemalt tõhusa suhtluse kaudu, kus lisaks avatud ja ausale infole oodatakse empaatiat ning tähelepanu nii patsiendile kui ka lähedastele (Engel et al., 2023). Lähedased on kirjeldanud enda kaasatust kui ajas muutuvat olukorda, kus varases faasis tuntakse end sageli vähesel määral kaasatuna, elu lõpu faasis võib ilmned ebapiisav ettevalmistus ning pärast surma piisava toe puudumine (Tarberg et al., 2019). Usalduse kujunemist palliatiivses ravis on seostatud kohalolu ja vaikuse teadliku kasutamisega, mis toetavad turvalise kontakti tekkimist ning võivad olla rakendatavad ka lähedastega suhtluse ajastamisel ja emotsionaalse ruumi hoidmisel (Stenman et al., 2025). Suhtluses peetakse oluliseks autentsust, et soodustada koostööd ka patsiendi pereringiga (Chang & Jeong, 2024).

### 3.3. Mitteverbaalse suhtlemise negatiivne või ebasoodne mõju patsiendile

Mitteverbaalse suhtluse ebaõnnestumine võib põhjustada negatiivseid kogemusi nii patsiendile kui ka lähedastele ning kahjustada hooldussuhet (Bishaw et al., 2024). Negatiivne olukord kujuneb eelkõige olukordades kus õe mitteverbaalne sõnum ei ühti patsiendi vajaduste, piiride või kultuuriliste ootustega ning patsiendil puudub võimalus oma ootusi selgelt sõnastada (Bishaw et al., 2024; Wanko Keutchafo, Kerr, & Baloyi, 2022). Sellistes olukordades tekib patsiendil tunne, et tal puudub võimalus olukorda hallata, mis omakorda tekitab ebakindlust, rahutust, ettevaatlikkust ja võimaluse, et oluline info jääb patsiendi poolt jagamata (Bishaw et al., 2024).

Füüsilisel kontaktil (nt abistamine, füüsiline toetamine, puudutused) on palliatiivses õenduses potentsiaalne toetav tähendus, kuid samal ajal rõhutatakse, et füüsiline kontakt võib olla ka ebameeldiv, pealetükkiv või valesti mõistetud, kui see ei vasta patsiendi eelistustele ja olukorra tundlikkusele (Reed et al., 2021). Intiimse kehalise hoolduse olukordades võib õdede poolt privaatsuse ebapiisav tagamine ning kiirustamine või rutiinselt mõtlematu tegutsemine olla patsiendile alandav ja ohustada väärikust (Holmberg & Godskesen, 2022b).

Kultuurilised normid võivad muuta selle, kuidas patsiendid ja pered tõlgendavad tervishoiutöötajate, sealhulgas õdede kehakeelt ja kontakti loomist, mistõttu on kultuurikonteksti arvestamine elulõpu suhtluses oluline (Glyn-Blanco et al., 2023). Samas kirjeldatakse, et õdedel võib olla vähene ettevalmistus kultuuriliselt tundliku suhtluse teostamiseks, mis suurendab arusaamatuste ja pingete riski patsiendi ja perekonnaga suhtlemisel (Brooks et al., 2019). Elulõpu olukordades tervishoius on kirjeldatud, et kultuurilised vastuolud ilmnevad sageli just suhtlusolukordades (nt emotsioonide väljendamine, piiratud privaatsus), mistõttu vajab mitteverbaalne lähenemine paindlikku kohandamist (Glyn-Blanco et al., 2023).

Valu tõlgendamise risk suureneb oluliselt deliiriumi kognitiivse languse korral, sest tähelepanu ja teadvushäirete tõttu on patsiendi reaktsioonid kõikuvad ning mitteverbaalsed signaalid võivad olla ebaadekvaatsed. Palliatiivse deliiriumi käsitluses kirjeldatakse, et agiteeritust võidakse ekslikult pidada valuks, mis võib tekitada ebavajalikku ravimite manustamist ning suurendada nii patsiendi kui ka lähedaste ärevust. (Bramati & Bruera, 2021).

Eetilised küsimused on elulõpu hoolduses peamiselt seotud patsiendi kaasamisega raviprotsessi ja õel on sealjuures oluline roll tagada patsiendi autonoomia. Samal ajal võivad õed olla dilemmade ees, kuidas tagada patsiendi autonoomia, tasakaalustades kasu ja kahju vältimist, eriti olukordades kus patsiendi soovid on ebaselged või otsuseid teevad lähedased. Eetiliselt põhjendatud otsustamist toetavad selge ja avatud suhtlus, varajane arutelu tulevikuplaanide üle ning palliatiivsete põhimõtete integreerimine, et ravi oleks kooskõlas patsiendi prioriteetidega. (Alanazi et al., 2024).

#### 4. ARUTELU

Käesoleva lõputöö eesmärk oli kirjeldada mitteverbaalse suhtlemise vorme, võimalusi ja rolli elulõpu hoolduses. Kirjanduse ülevaatest selgus, et mitteverbaalse suhtlemise olulisust elulõpu hoolduses osatakse märgata ja mainitakse erinevates uuringutes, teemakohaseid uuringuid ja kirjandust on siiski vähe.

Analüüsid erinevat kirjandust selgus, et mitteverbaalne suhtlus mõjutab elulõpu hooldust samaaegselt mitmel tasandil: patsientide subjektiivsed kogemused, sümptomite käsitlemine ning inimestevaheline suhtlus. Peerboom jt (2023) käsitlevad elulõpu suhtlust protsessina, kus valmisolek, ajastus ja suhte loomine määravad, kas suhtlus toetab toimetulekut või suurendab pinget. Keutchafo jt (2020) ja Öhring jt (2024) käsitlevad elulõpuhoolduses mitteverbaalset suhtlust kui vältimatut suhtlusviisi, sest haiguse progresseerumine ja sümptomite rohkus piiravad sageli patsiendi verbaalset eneseväljendust ning tähendus kandub üle kehakeelde, häälekasutusse, vaikusesse ja konteksti. Anderson jt (2019) rõhutavad, et elulõpu suhtlus ei piirdu info edastamisega, vaid hõlmab turvatunde loomist ja kontakti hoidmist patsiendi ja lähedastega, mis haakub Peerboom jt (2024) holistilise käsitlemisega, kus õe teadlik tähelepanu hoidmine ja meelte kaudu tajumine on suhtluspraktika keskmes. Autor nõustub holistilise inimkäsitlemise tähtsusega ja leiab, et mitteverbaalne suhtlus elulõpuhoolduses on äärmiselt suure tähtsusega, olles samaaegselt nii hindamisvahend kui ka suhte hoidmise viis. Autor jälgis tähelepanelikult oma praktikate käigus õdede mitteverbaalseid suhtlusviise, õdede teadlikkust erinevatest suhtlusviisidest ja viise kuidas õed kasutavad mitteverbaalset suhtlust igapäevatoos. Liigagi sageli tuli tõdeda, et patsient või klient muutus meditsiinipersonali jaoks lihtsalt objektiks hetkest kui verbaalne eneseväljendus muutus raskeks või võimatuks.

Engel jt (2023) kirjeldavad palliatiivses suhtluses esinevat mitmeti mõistmist: samad suhtlusprotsessid, mis võivad suurendada turvatunnet ja selgust, võivad teatud olukordades võimendada ärevust ja eksistentsiaalset düstressi. See järeldus toetab ka autori tõlgendust, et mitteverbaalsetel suhtlusviisidel on erinev mõju: otsene mõju avaldub näiteks rahunemises ja pingelanguses, kuid kaudne mõju mõjutab näiteks usalduse ja koostöö kujunemist.

Reed jt (2021) ning Wanko Keutchafo jt (2020, 2022) kirjeldavad puudutust kui üht sagedasemat ja vahetumat mitteverbaalset viisi, mis võib tugevdada usaldust ja hoolivuse kogemust, kuid eeldab teadlikku patsiendi piiride ja eelistuste arvestamist. Glyn-Blanco jt (2023) lisavad juurde kultuurilise vaatepunkti: sama puudutus võib eri taustaga patsientidel

omandada vastandliku tähenduse. Autori kogemusest lähtuvalt on eneseteadlikkusele tähelepanu pööramine oluline. Autor on märganud, et mitteverbaalse suhtlusviisina kasutatakse küll puudutust kõige rohkem, aga seda pigem intuiitiivselt ja autori arvates ei teadvusta õed tihtipeale puudutuse erinevat mõju patsiendile. Keutchafo jt (2020) seavad piiride tajumise ja patsiendi eelistustega arvestamisel rõhuasetuse just õe eneseteadlikkusele ja kohandumisoskustele.

Engel jt (2023) ja Stenman jt (2025) kirjeldavad vaikust ja kohalolu elulõpu suhtluse olulise osana, mis loob ruumi emotsioonidele ning toetab usalduse kujunemist. Basset jt (2018) rõhutavad siiski, et vaikus võib olla nii toetav kui ka häiriv, sõltudes sellest, kas see tekib teadlikult või tähelepanuta jätmise ja segamise tõttu. Siinkohal leiab ka autor selle eristuse olulise olevat just praktilise rakendamise seisukohast: mitteverbaalsete suhtlusviiside mõju ei tulene üksnes sellest, et need olemas on, vaid nende õigel ajal kasutamisest, põhjendatusest ja kooskõlast patsiendi valmisolekuga. Ka autor leiab, et vaikuse teadlik kasutamine eeldab õelt väga selget olukorra tajumist ja oskusi vaikust ja kohalolu kasutada patsienti või lähedasi toetavalt.

Mitteverbaalse suhtluse mõju patsiendile kirjeldatakse veel mitmel viisil. Wanko Keutchafo jt (2022) toovad välja, et usaldus seostub õe tajutud autentsusega ning verbaalse ja mitteverbaalse sõnumi vastuolu võib tekitada ebakindlust. Autor leiab ja toetub oma kogemustele, mis saadud praktikate käigus nii haiglateskkonnas kui ka hooldekodus, et patsiendi emotsionaalsele seisundile, mitteverbaalse suhtluse aspektidele ja soovile olla mõistetud, pööratakse tihtipeale märgatavalt vähem tähelepanu kui füüsilistele näitajatele ja verbaalsele suhtlusele. Autori arvates võib see olla tingitud usaldusliku suhte puudumisest patsiendiga, ajasurvest või õe vähesest eneseteadlikkusest. Stenman jt (2025) tõdeb, et usaldus palliatiivses suhtluses kujuneb sageli väikeste igapäevaste tegevuste kaudu, mis on valdavalt mitteverbaalselt tajutavad. Engel jt (2023) lisavad patsiendi ja lähedaste perspektiivist, et suhtluse tajutud kvaliteet on seotud empaatia ja kohandumisega, mis praktikas väljendub sageli just mitteverbaalsete käitumismustritena, mitte sõnalistes selgitustes. Autori kogemused kattuvad Reed jt (2021) tähelepanekutega, et hooliv ja empaatiline kontakt võib vähendada patsiendi subjektiivset düstressi ja suurendada turvaliselt hoitud kogemust ka siis kui teised näitajad ei muutu.

Väärrikuse ja autonoomia mõõde paistab kirjanduse põhjal silma kui mitteverbaalse suhtluse eetiline kese. Holmberg ja Godskesen (2022a, 2022b) toovad oma uuringutes esile väärrikuse ja autonoomia säilitamise teema. Mitteverbaalse suhtluse viisid mõjutavad otseselt patsiendi

väärikust ja autonoomia säilimist, seega mitteverbaalse suhtluse teadvustamine on määrava tähtsusega. Patsiendi väärikuse hoidmise ja autonoomia tagamise kindlustab autori arvates õdede väga hea meditsiinieetika tundmine ja selle teadlik rakendamine. Kirjanduse põhjal saab lisaks väita, et patsiendi autonoomia toetub elulõpu faasis sageli mitteverbaalsele suhtlusele õe ja patsiendi vahel, kus just õel on juhtiv roll. Eetilise vaate lisab Alanazi jt (2024) ülevaade, mis seob elulõpu hoolduse praktikad autonoomia ja kahju vältimise põhimõtetega, see seisukoht rõhutab, et privaatsuse ja nõusoleku tagamine on mitteverbaalses suhtluses mitte lisaväärtus vaid kvaliteedi kriteerium. Autori uurimistöös on väga vähe rõhku asetatud kultuuriliste eripärade uurimisse mitteverbaalse suhtluse aspektist, aga nagu oma töös Glyn-Blanco jt (2023) kirjeldavad, on kultuuriliste eripäradega arvestamine igas suhtlusaspektis olulise tähtsusega.

Lähedaste kaasamise vaates rõhutavad Anderson jt (2019) ja Pun jt (2023), et perekonna roll elulõpu teekonnal hõlmab nii hoolduskoormust kui ka otsustusprotsessis osalemist, mistõttu mõjutab suhtlusviis otseselt pereliikmete turvatunnet ja valmisolekut kaasatuna püsida. Autor järeltab kirjandust analüüsidest ja vähesel määral ka isiklikele kogemustele tuginedes, et elulõpu suhtluses lähedaste ja õe vahel on mitteverbaalsel suhtlusel määrav tähtsus, sest lähedased ja perekonnaliikmed võivad olla patsiendi elulõpu hoolduse ajal äärmiselt tundlikud ning seetõttu ka tajuvad ja märkavad just mitteverbaalset suhtlust selgemini. Talberg jt (2019) uurimus toob lisaks esile, et ebapiisav ettevalmistus terminaalfaasis suurendab lähedaste ebakindlust. Nende autorite seisukohti koos vaadeldes eristub läbiv ühine joon: kus mitteverbaalne suhtlus loob lähedastele turvalise keskkonna, paraneb koostöö ning väheneb mõistmatuse oht, mis omakorda toetab leinaprotsessi selgemat algust.

Stenman jt (2025) ja Varghese jt (2025) toovad omakorda välja mitmeid olulisi aspekte (näiteks ajasurve, katkestused), mis võivad muuta õe mitteverbaalsete sõnumite edastamist negatiivselt ja seeläbi mõjutada patsiendi ja lähedaste kogemusi. Sellest järeltab, et kaastundliku ja usaldusliku kontakti hoidmine eeldab õelt emotsionaalset kohalolu ka keerulisemates olukordades. Voetmann jt (2022) uurimusest järeltab, et patsiendid toetuvad sageli mitteverbaalsetele suhtlusviisidele, et tajuda oma hooldajate hoolitsuse ja empaatia taset. Tõhus mitteverbaalne suhtlus loob side- ja usaldustunde, mis aitab pakkuda terviklikku ja kaastundlikku tuge kogu patsiendi teekonna vältel.

Peerboom jt (2025), Varghese jt (2025) ja Stenman jt (2025) on järeltanud, et õdede koolitamisel ja toetamisel on tähtis roll tagamaks kvaliteetset õendusabi. Autor on veendumusel, et ka Eestis on õdede professionaalsele suhtlusoskusele kõrged ootused nii

patsientide kui ka tervishoiusüsteemi poolt üldisemalt. Siinkohal on autori seisukoht, et Eestis õpetatakse õe õppekava tudengitele suhtlemisoskusi, sealhulgas mitteverbaalset suhtlemist, nii patsientide kui ka lähedastega liiga vähesel määral. Autori arvamusel tuleks õpetamisel süvendatult käsitleda ka elulõpu patsiendiga suhtlemise teemat, sealhulgas arvestades mitteverbaalseid suhtlusviise. Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli õe õppekavas on palliatiivravi õpe 2 EAP ulatuses. Elulõpu hoolduse praktika võimalusi on vähesel määral. Autor leiab, et mitteverbaalse suhtluse süstemaatiline käsitlemine õppekavas aitaks kujundada professionaale, kes suudavad erinevates meditsiiniiosakondades töötades, elulõpu olukordades luua turvalisi partnerlussuhteid, ennetada arusaamatusi ning teha eetilistelt tundlikke otsuseid.

### **Ettepanekud:**

1. Lõputöö autor koostab uurimistöö põhjal ettekande ja tutvustab seda võimalusel hooldekodus töötavatele õdedele.
2. Lõputöö autor koostab uurimistöö põhjal mitteverbaalse suhtluse tähtsusest artikli ja kajastab seda võimalusel ajakirjas „Eesti Õde“.

## JÄRELDUSED

Elulõpu hoolduses kujuneb mitteverbaalne suhtlus vältimatuks, kuna patsiendi verbaalne eneseväljendus tahes-tahtmata oluliselt väheneb. Elulõpu hoolduse eesmärk on tagada patsiendile väärikas, turvaline ja emotsionaalselt hoitud lahkumine siit ilmast. Suhtlemine õe, patsiendi ja lähedaste vahel, muutub sellel eluetapil väga oluliseks ja selleks on lisaks verbaalsele suhtlusele vaja teadlikkust ka mitteverbaalse suhtluse kõikidest eri viisidest ja vormidest nagu puudutus, kineesika, miimika, prokseemika, paralingvistika, vaikus ning keskkond. Õenduses on mitteverbaalse suhtluse märkamine ja suhtlusviiside kasutamine määrava tähtsusega, seetõttu on oluline õe eneseteadlikkus, kuulamisoskus ja empaatilisus. Mitteverbaalsete suhtlusviiside teadvustamine on selle suhtlusviisi aluseks.

Mitteverbaalne suhtlemine avaldub elulõpu hoolduses eeskätt turvatunde, märgatud olemise, usalduse ja väärikuse toetamises ning autonoomia säilitamise võimaldamises. Samuti toetab see sümptomite, düstressi ja valu hindamist ning aitab kohandada hooldustegevusi olukordades, kus subjektiivset tagasisidet jääb järjest vähemaks või see on ebausaldusväärne. Seega mitteverbaalne suhtlus vajab rohkem märkamist ja teadlikku tähelepanu osutamist teemale.

Lõputöö eesmärk ja uurimisülesanded said täidetud.

## KASUTATUD KIRJANDUS

- Alanazi, M. A., Shaban, M. M., Ramadan, O. M. E., Zaky, M. E., Mohammed, H. H., Amer, F. G. M., & Shaban, M. (2024). Navigating end-of-life decision-making in nursing: a systematic review of ethical challenges and palliative care practices. *BMC Nursing*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/S12912-024-02087-5>
- Anderson, R. J., Bloch, S., Armstrong, M., Stone, P. C., & Low, J. T. S. (2019). Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end-of-life: A systematic review of qualitative evidence. *Palliative Medicine*, 33(8), 926. <https://doi.org/10.1177/0269216319852007>
- Bassett, L., Bingley, A. F., & Brearley, S. G. (2018). Silence as an element of care: A meta-ethnographic review of professional caregivers' experience in clinical and pastoral settings. *Palliative Medicine*, 32(1), 185–194. <https://doi.org/10.1177/0269216317722444>
- Batstone, E., Bailey, C., & Hallett, N. (2020). Spiritual care provision to end-of-life patients: A systematic literature review. In *Journal of Clinical Nursing* (Vol. 29, Numbers 19–20, pp. 3609–3624). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/jocn.15411>
- Bellieni, C. V. (2022). Verbal Communication with the Patient Is Not Enough: The Six Languages of the Sick. *Nursing Reports (Pavia, Italy)*, 12(4), 726–732. <https://doi.org/10.3390/NURSREP12040072>
- Best, M. C., Jones, K., Merritt, F., Casey, M., Lynch, S., Eisman, J. A., Cohen, J., Mackie, D., Beilharz, K., & Kearney, M. (2024). Australian Patient Preferences for Discussing Spiritual Issues in the Hospital Setting: An Exploratory Mixed Methods Study. *Journal of Religion and Health*, 63(1), 238–256. <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01767-x>
- Bishaw, S., Coyne, E., Halkett, G. K. B., & Bloomer, M. J. (2024). Fostering nurse-patient relationships in palliative care: An integrative review with narrative synthesis. *Palliative Medicine*, 38(10), 1105–1120. <https://doi.org/10.1177/02692163241277380>
- Borrat-Besson, C., Vilpert, S., Jox, R. J., Borasio, G. D., & Maurer, J. (2022). Dimensions of end-of-life preferences in the Swiss general population aged 55+. *Age and Ageing*, 51(8). <https://doi.org/10.1093/AGEING/AFAC162>

- Bramati, P., & Bruera, E. (2021). Delirium in Palliative Care. *Cancers*, 13(23), 5893. <https://doi.org/10.3390/CANCERS13235893>
- Brooks, L. A., Bloomer, M. J., & Manias, E. (2019). Culturally sensitive communication at the end-of-life in the intensive care unit: A systematic review. *Australian Critical Care*, 32(6), 516–523. <https://doi.org/10.1016/J.AUCC.2018.07.003>
- Chang, S. O., & Jeong, E. (2024). Exploring Rapport Formation Between Nurses and End-of-Life Patients: A Meta-ethnographic Synthesis. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 27(2), E81. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000001095>
- Collet, R., Major, M., van Egmond, M., van der Leeden, M., Maccow, R., Eskes, A., & Stuiver, M. (2022). Experiences of interaction between people with cancer and their healthcare professionals: A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. In *European Journal of Oncology Nursing* (Vol. 60). Churchill Livingstone. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102198>
- Engel, M., Kars, M. C., Teunissen, S. C. C. M., & van der Heide, A. (2023). Effective communication in palliative care from the perspectives of patients and relatives: A systematic review. *Palliative & Supportive Care*, 21(5), 890–913. <https://doi.org/10.1017/S1478951523001165>
- Ferrante, T., & Villani, T. (2021). Environmental Physical and Perceived Quality in Hospice. *Health Environments Research and Design Journal*, 14(4), 324–338. <https://doi.org/10.1177/19375867211028160>
- Glyn-Blanco, M. B., Lucchetti, G., & Badanta, B. (2023). How do cultural factors influence the provision of end-of-life care? A narrative review. *Applied Nursing Research*, 73. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2023.151720>
- Groninger, H., Nemati, D., Cates, C., Jordan, K., Kelemen, A., Shipp, G., & Munk, N. (2023). Massage Therapy for Hospitalized Patients Receiving Palliative Care: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 65(5), 428–441. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.01.011>
- Hirsijärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. (2010). *Uuri ja kirjuta*. Tallinn: Medicina.

- Holmberg, B., & Godskesen, T. (2022a). Barriers to and facilitators of ethical encounters at the end of life in a nursing home: an ethnographic study. *BMC Palliative Care*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/S12904-022-01024-0>
- Holmberg, B., & Godskesen, T. (2022b). Dignity in bodily care at the end of life in a nursing home: an ethnographic study. *BMC Geriatrics* 2022 22:1, 22(1), 593-. <https://doi.org/10.1186/S12877-022-03244-8>
- Houchens, N., Engle, J. M., Palanjian, R., Saint, S., Townsend, W. A., Nasrallah, M., & Gupta, A. (2024). Effect of Clinician Posture on Patient Perceptions of Communication in the Inpatient Setting: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 39(16), 3290–3298. <https://doi.org/10.1007/S11606-024-08906-4>
- Lee, E. K., Jeong, H. Y., & Kim, K. W. (2021). End-of-Life Assessments and Communication for Dying Patients and Their Families. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 24(3), 194–197. <https://doi.org/10.14475/jhpc.2021.24.3.194>
- McGuire, D. B., Kaiser, K. S., Haisfield-Wolfe, M. E., & Iyamu, F. (2016). Pain Assessment in Noncommunicative Adult Palliative Care Patients. *Nursing Clinics of North America*, 51(3), 397–431. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.05.009>
- Öhrling, C., Sernbo, E., Benkel, I., Molander, U., & Nyblom, S. (2024). “They must have seen it, you know.” Body talk, extension talk, and action talk: A qualitative study on how palliative care patients and their significant others express experiencing these nonverbal cues. *PloS One*, 19(4). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0299112>
- Paal, P., Krikmann, Ü., Sikk, K., Taba, P., Elmet, K., & Sujja, K. (2022). Palliativne ravi kui esmatasandi tervishoiuteenus – definitsioon, normid ja tavad. *Eesti Arst* 100, 101, 349–355.
- Peerboom, F. B. A. L., Friesen-Storms, J. H. H. M., van der Steen, J. T., Janssen, D. J. A., & Meijers, J. M. M. (2024). Fundamentals of end-of-life communication as part of advance care planning for older people: An interview study with nursing staff. *Geriatric Nursing*, 60, 59–69. <https://doi.org/10.1016/J.GERINURSE.2024.08.042>

- Pun, J., Chow, J. C. H., Fok, L., & Cheung, K. M. (2023). Role of patients' family members in end-of-life communication: an integrative review. *BMJ Open*, *13*(2). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2022-067304>
- Reed, S. M., Smith, M. C., & Kutner, J. S. (2021). Experiences of Caring Through Providing Touch Near End-of-Life. *International Journal for Human Caring*, *25*(2), 142. <https://doi.org/10.20467/HUMANCARING-D-20-00020>
- Roodbeen, R., Vreke, A., Boland, G., Rademakers, J., van den Muijsenbergh, M., Noordman, J., & van Dulmen, S. (2020). Communication and shared decision-making with patients with limited health literacy; helpful strategies, barriers and suggestions for improvement reported by hospital-based palliative care providers. *PloS One*, *15*(6). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0234926>
- Sagha Zadeh, R., Eshelman, P., Setla, J., Kennedy, L., Hon, E., & Basara, A. (2018). Environmental Design for End-of-Life Care: An Integrative Review on Improving the Quality of Life and Managing Symptoms for Patients in Institutional Settings. *Journal of Pain and Symptom Management*, *55*(3), 1018–1034. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.09.011>
- Sandsdalen, T., Grøndahl, V. A., Hov, R., Høye, S., Rystedt, I., & Wilde-Larsson, B. (2016). Patients' perceptions of palliative care quality in hospice inpatient care, hospice day care, palliative units in nursing homes, and home care: a cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, *15*(1). <https://doi.org/10.1186/S12904-016-0152-1>
- Shin, J., Chang, Y. J., Park, S.-J., Choi, J. Y., Kim, S.-H., Choi, Y. S., Kim, N. H., Yum, H.-K., Nam, E. M., Park, M. H., Moon, N., Moon, J. Y., Kang, H.-T., Kang, J. H., Park, J.-M., Lee, C.-W., Kim, S.-Y., Lee, E. J., Koh, S.-J., ... Shim, J. Y. (2020). Clinical Practice Guideline for Care in the Last Days of Life. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, *23*(3), 103–113. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2020.23.3.103>
- Söderman, A., Östlund, U., Werkander Harstäde, C., & Blomberg, K. (2020). Dignity-conserving care for persons with palliative care needs - identifying outcomes studied in research: An integrative review. *Palliative & Supportive Care*, *18*(6), 722–740. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000139>
- Soosaar, A. (2016). *Meditiinieetika*. Kirjastus: Taru Ülikooli Kirjastus.

- Stanyon, M. R., Griffiths, A., Thomas, S. A., & Gordon, A. L. (2016). The facilitators of communication with people with dementia in a care setting: an interview study with healthcare workers. *Age and Ageing*, *45*(1), 164–170. <https://doi.org/10.1093/AGEING/AFV161>
- Stenman, T., Holmberg, B., Rönngren, Y., Näppä, U., & Johansson, C. M. (2025). Confidential Conversations in Palliative Care: An Ethnographic Exploration of Trust and Interpersonal Relationship Between Nurse and Patient. *Journal of Clinical Nursing*, *0*, 1–15. <https://doi.org/10.1111/JOCN.70119>
- Tapp, D., Chenacher, S., Gérard, N. P. A., Bérubé-Mercier, P., Gelinas, C., Douville, F., & Desbiens, J. F. (2019). Observational Pain Assessment Instruments for Use With Nonverbal Patients at the End-of-life: A Systematic Review. *Journal of Palliative Care*, *34*(4), 255–266. <https://doi.org/10.1177/0825859718816073>
- Tarberg, A. S., Kvangarsnes, M., Hole, T., Thronæs, M., Madssen, T. S., & Landstad, B. J. (2019). Silent voices: Family caregivers' narratives of involvement in palliative care. *Nursing Open*, *6*(4), 1446. <https://doi.org/10.1002/NOP2.344>
- Ünal Aslan, K. S., & Çetinkaya, F. (2022). The effects of therapeutic touch on spiritual care and sleep quality in patients receiving palliative care. *Perspectives in Psychiatric Care*, *58*(1), 374–382. <https://doi.org/10.1111/PPC.12801>
- Voetmann, S. S., Hvidt, N. C., & Viftrup, D. T. (2022). Verbalizing spiritual needs in palliative care: a qualitative interview study on verbal and non-verbal communication in two Danish hospices. *BMC Palliative Care*, *21*(1). <https://doi.org/10.1186/S12904-021-00886-0>
- Wanko Keutchafo, E. L., Kerr, J., & Baloyi, O. B. (2022). A Model for Effective Nonverbal Communication between Nurses and Older Patients: A Grounded Theory Inquiry. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *10*(11). <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE10112119>
- Wanko Keutchafo, E. L., Kerr, J., Baloyi, O. B., & Duma, S. E. (2022). Conditions Influencing Effective Nurse Nonverbal Communication With Hospitalized Older Adults in Cameroon. *Global Qualitative Nursing Research*, *9*. <https://doi.org/10.1177/23333936221098751>

Wanko Keutchafo, E. L., Kerr, J., & Jarvis, M. A. (2020). Evidence of nonverbal communication between nurses and older adults: a scoping review. *BMC Nursing, 19*(1). <https://doi.org/10.1186/S12912-020-00443-9>

Wittenberg, E., Reb, A., & Kanter, E. (2018). Communicating with Patients and Families Around Difficult Topics in Cancer Care Using the COMFORT Communication Curriculum. *Seminars in Oncology Nursing, 34*(3), 264. <https://doi.org/10.1016/J.SONCN.2018.06.007>

Tabel 1. Infootsingute raport

Andmebaas	Piirangud filtreerimiseks	Otsingusõnad	Leitud artiklite arv	Kasutatud artiklite arv
Science Direct	Publication date 2016-2025; English language; Subject areas; Nursinf and Health Professions	Nonverbal communication AND nursing AND end of life care	802	4
Science Direct	Publication date 2016-2025; English language; Subject areas; Nursinf and Health Professions	Nonverbal communication AND nursing AND palliative	843	2
Science Direct	Publication date 2016-2025; English language; Subject areas; Nursinf and Health Professions	Palliative care in nursing AND nonverbal communication AND terminal patient	67	2
PubMed	Publication date 2016-2025; English language; Full text; Adult	Nonverbal communication AND nursing	229	5
PubMed	Publication date 2016-2025; English language; Full text; Adult	communication AND nursing AND hospice care	397	3
PubMed	Publication date 2016-2025; English language; Full text; Adult	Nonverbal care AND communication AND nursing	100	1

PubMed	Publication date 2016-2025; English language; Full text; Adult	Palliative nonverbal care AND communication AND end of life care	9	1
PubMed	Publication date 2016-2025; English language; Full text; Adult	nonverbal communication in end of life care	21	1
Scopus	Publication: 2016-2026; English language	Nonverbal communication AND nursing AND end of life care	48	1
Google Scholar	Publication date 2016-2025; include citations	Nonverbal communication and spirituality and nursing	17500	2
		nonverbal communication and body language and nursing	17700	3