

TALLINNA TERVISHOIU KÕRGKOO



Õenduse õppetool

Õe õppekava

Anastassia Rumjantseva

Daria Stein

**ÕE JA PATSIENDI VAHELIST SUHTLUST MÕJUTAVAD TEGURID
HILISSTAADIUMIS DEMENTSUSE KORRAL PALLIATIIVSES
ÕENDUSHOOLDUSES**

Lõputöö

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 autori allkiri

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Lubatud kaitsmisele.

Kaasjuhendaja

Janika Mavor, RN, MSc

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Juhendaja

Juhendaja Kurt Cassar, BSc, MSc, RN

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

KOKKUVÕTE

Anastassia Rumjantseva ja Daria Stein (2026), Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, õenduse õppetool. Õe ja patsiendi vahelist suhtlust mõjutavad tegurid hilisstaadiumis dementsuse korral palliatiivses õendushoolduses. Lõputöö on teoreetiline kirjanduspõhine uurimus mahuga 26 lehekülge. Kasutatud on 26 kirjandusallikat, millest 24 on ingliskeelsed ja 2 eestikeelsed, sealhulgas 4 veebiallikat.

Lõputöö eesmärk on kirjeldada ja analüüsida õe ja patsiendi vahelist suhtlust mõjutavaid tegureid hilisstaadiumis dementsusega patsientide palliatiivses õendushoolduses ning tuvastada ja kirjeldada meetodid ja strateegiad suhtlusväljakutsete ületamiseks. Uurimistöös käsitletakse suhtlusprotsessi eripärasid, sealhulgas patsiendiga seotud tegureid, nagu kognitiivse võimekuse langus, mäluhäired ja suhtlemisraskused, samuti füsioloogilised ja neuroloogilised muutused ning vähenenud füüsiline võimekus. Lisaks käsitletakse õe ja hoolduskeskkonnaga seotud tegureid, näiteks õe suhtlemisoskused ja töökogemus, ajapuudus, töökoormus ning keskkonnatingimused, mis võivad mõjutada suhtluse kvaliteeti.

Lõputöö koostamisel kasutati meetodina kirjanduse ülevaadet. Vajalikku teavet otsiti elektroonilistest teadusandmebaasidest, sealhulgas PubMed ja Elsevier, ning kasutati Google Scholar otsingumootorit. Kirjandusallikate valikul lähtuti ilmumisaastast (2013–2025), teemakohasusest ja teaduslikust kvaliteedist.

Järeldusena selgus, et õe ja patsiendi vaheline suhtlus hilisstaadiumis dementsuse korral on kompleksne ja mitmeteguriline protsess, mida mõjutavad patsiendi kognitiivne seisund, õe suhtlemisoskused ning hoolduskeskkond. Verbaalse suhtluse vähenemisel muutub keskseks mitteverbaalsete signaalide tõlgendamine ning struktureeritud hindamisvahendite ja sekkumismudelite kasutamine. Tõhus suhtlus eeldab patsiendikeskset lähenemist, toetavat keskkonda ning õe professionaalsete oskuste rakendamist, mis toetab patsiendi heaolu säilitamist ja hoolduse kvaliteeti palliatiivses kontekstis. Saadud tulemused toovad esile suhtluse kui keskse komponendi patsiendi vajaduste mõistmisel olukorras, kus verbaalne eneseväljendus on piiratud.

Võtmesõnad: dementsus, palliatiivne hooldus, õendushooldus, suhtlus, õe ja patsiendi suhtlus.

SUMMARY

Anastassia Rumjantseva and Daria Stein (2026), Tallinn Health Care College, Department of Nursing. Factors influencing nurse-patient communication in palliative nursing care among patients with advanced-stage dementia. This thesis is a theoretical literature-based study with a volume of 26 pages. A total of 26 sources were used, of which 24 were in English and 2 in Estonian, including 4 web sources.

The aim of the thesis is to describe and analyse the factors influencing nurse-patient communication in palliative nursing care among patients with advanced-stage dementia and to identify and describe methods and strategies for overcoming communication challenges. The study addresses the specific characteristics of the communication process, including patient-related factors such as cognitive decline, memory impairment, and communication difficulties, as well as physiological and neurological changes and reduced physical abilities. In addition, nurse-related and care environment-related factors are considered, such as the nurse's communication skills and professional experience, time constraints, workload, and environmental conditions, all of which may affect the quality of communication.

A literature review was used as a research method. Relevant information was retrieved from electronic scientific databases, including PubMed and Elsevier, and additionally through the Google Scholar search engine. The selection of literature sources was based on publication year (2013–2025), relevance, and scientific quality.

In conclusion, it was found that nurse-patient communication in the palliative care of patients with advanced dementia is a complex and multifactorial process influenced by the patient's cognitive condition, the nurse's communication skills, and the care environment. As verbal communication declines, the interpretation of non-verbal signals and the use of structured assessment tools and intervention models become central. Effective communication requires a patient-centred approach, a supportive environment, and the application of professional nursing skills, which support the maintenance of patient well-being and the quality of care in the palliative context. The findings emphasise communication as a key component in understanding patient needs in situations where verbal expression is limited.

Keywords: dementia, advanced dementia, palliative care, nursing care, communication, nurse-patient communication

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	3
SUMMARY	4
SISSEJUHATUS.....	6
1. METOODIKA.....	9
2. SUHTLUST MÕJUTAVAD TEGUREID PALLIATIIVSES HOOLDUSES HILISSTAADIUMIS DEMENTSUSEGA PATSIENTIDEL.....	11
2.1. Patsiendiga seotud tegurid.....	11
2.2. Õega ja hoolduskeskkonnaga seotud tegurid	12
3. MEETODID JA STRATEEGIAD SUHTLUSVÄLJAKUTSETE ÜLETAMISEKS.....	15
3.1. Patsient-keskne suhtlus dementsuse ja palliatiivse hoolduse kontekstis.....	15
3.2. Struktureeritud meetodid ja mitteverbaalsed strateegiad	17
4. ARUTELU	20
JÄRELDUSED.....	23
KASUTATUD KIRJANDUS	24

SISSEJUHATUS

Palliativne hooldus (*palliative care*) on lähenemisviis raskete ja ravimatute haigustega patsientide hooldamiseks, mille eesmärk on parandada patsientide ja nende lähedaste elukvaliteeti haiguse ajal ja elulõpuetapis, keskendudes sümptomite leevendamisele, patsiendi mugavusele, väärikuse säilitamisele ning elukvaliteedi toetamisele. Õdedel on keskne roll palliativses õendushoolduses, kuna nad loovad sageli esmase kontakti patsiendi ja tema lähedastega, koordineerivad hooldust ning tagavad sümptomite leevendamise ja patsiendikeskse lähenemise. (Sekse et al., 2018). Palliativset hooldust käsitletakse olulise lähenemisviisina ka dementsusega patsientide hooldamisel erinevates staadiumides. Hilisstaadiumis dementsusega patsientidel esinevad sageli keerulised ja mitmetahulised hooldusvajadused, mille käsitlemine eeldab terviklikku lähenemist ning kannatuste leevendamist (Pujante et al., 2025).

Käesolevas töös kasutatakse mõistet palliativne hooldus ingliskeelse termini *palliative care* tähenduses, mis hõlmab nii sümptomaatilist ravi kui ka terviklikku õendushooldust, käsitledes neid ühtse tervikliku lähenemisena.

Dementsus on progresseeruv neurokognitiivne häire, mille korral halvenevad järk-järgult mälu, mõtlemisvõime ja iseseisev toimetulek. Seisundi süvenedes väheneb igapäevane tegevusvõime ning suureneb sõltuvus kõrvalabist, mistõttu käsitletakse dementsust rahvusvahelisel tasandil olulise rahvatervise probleemina. Kognitiivse languse süvenemine mõjutab otseselt patsiendi suhtlemisvõimet, piirates tema võimet mõista ja edastada informatsiooni, mis on õendushoolduses eriti oluline olukordades, kus patsient ei saa aktiivselt suhtlusprotsessis osaleda. (Hirt et al., 2024). Dementsuse progresseerumisel nõrgeneb mälu, mistõttu muutub lähedaste kaasamine oluliseks, kuna see aitab paremini mõista patsiendi elulugu, harjumusi ja eelistusi ning toetab patsiendi identiteedi ja enesetunde säilimist, pakkudes samal ajal täiendavat teavet patsiendi seisundi ja vajaduste tõlgendamiseks ning toetades suhtlusprotsessi olukordades, kus otsene eneseväljendus on piiratud (Peerboom et al., 2023).

Kommunikatsioon õe ja patsiendi vahel on dünaamiline ja kahepoolne protsess, mille käigus vahetatakse informatsiooni, väljendatakse vajadusi ning saavutatakse vastastikune mõistmine. See hõlmab nii verbaalseid kui ka mitteverbaalseid suhtlusvorme, nagu kehakeel, silmside ja hääletoon. Dementsusega patsientide puhul tuleb suhtlusviise kohandada vastavalt patsiendi kognitiivsele seisundile, kuna võime mõista ja edastada informatsiooni on piiratud. Palliativses

hoolduses seostub suhtlus tihedalt patsiendi vajaduste hindamisega, kusjuures patsiendi seisundi mõistmine tugineb sageli mitteverbaalsetele ja kaudsetele vihjetele. (Kwame & Petrucka, 2021). Tõhus suhtlus on palliatiivses hoolduses keskse tähtsusega, kuna see võimaldab tuvastada patsiendi vajadusi, toetab osalemist otsustusprotsessis ning aitab ennetada ebasobivat ravi, nagu üleravi, alaravi või rahuldamata psühholoogilised ja vaimsed vajadused (Peerboom et al., 2023).

Hilisstaadiumis dementsuse korral muutub suhtlus keerulisemaks, kuna patsiendi suhtlemisvõime väheneb ning käitumuslikud muutused võivad varjata tegelikke vajadusi. See raskendab patsiendi seisundi tõlgendamist ning nõuab õelt suuremat tähelepanelikkust mitteverbaalsete vihjete märkamisel ja hindamisel. Sellistes olukordades on oluline sümptomite ja vajaduste terviklik hindamine, sealhulgas füüsiliste, psühholoogiliste ja sotsiaalsete aspektide arvestamine, et tagada asjakohane hooldus ja säilitada elukvaliteet. (de Wolf-Linder et al., 2022). Dementsuse progresseerumisel väheneb patsiendi võime osaleda otsustusprotsessis ja väljendada oma vajadusi, mis võib viia kogemuste ja kaebuste ebapiisava väljendamiseni või nende valessti tõlgendamiseni. See muudab suhtlusprotsessi keerukamaks ning eeldab õdedelt kohandatud suhtlusstrateegiate kasutamist ja kliinilist otsustusvõimet patsiendi vajadustele vastava hoolduse tagamiseks. (Erel et al., 2017).

Uurimisprobleem seisneb selles, et dementsuse hilisstaadiumis patsientide vähenenud kommunikatsioonivõime tõttu on palliatiivses õendushoolduses keeruline tagada patsiendi vajaduste adekvaatne mõistmine ja hindamine, kuna patsiendid ei ole sageli võimelised oma vajadusi verbaalselt väljendama (Alsawy et al., 2017). Sellises olukorras peab suhtlus tuginema kaudsetele ja mitteverbaalsetele näitajatele, mille tõlgendamine võib olla keeruline ning mõjutada hoolduse kvaliteeti (Pujante et al., 2025). Kuigi kliinilises praktikas kasutatakse erinevaid suhtlust ja hindamist toetavaid meetodeid, on ebaselge, mil määral need võimaldavad tagada tõhusa ja patsiendikeskse kommunikatsiooni palliatiivses kontekstis (Dunford et al., 2022).

Uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada ja analüüsida teaduskirjanduse põhjal õe ja patsiendi vahelist suhtlust mõjutavaid tegureid hilisstaadiumis dementsusega patsientide palliatiivses õendushoolduses.

Uurimistöö ülesanneteks on lähtuvalt eesmärgist:

1. Kirjeldada suhtlust mõjutavaid patsiendi, õe ja hoolduskeskkonnaga seotud tegureid palliatiivses hoolduses hilisstaadiumis dementsusega patsientidel.
2. Tuvastada ja kirjeldada meetodid ja strateegiad, mis toetavad suhtlusväljakutsete ületamist palliatiivses õendushoolduses.

Lõputöö kesksed mõisted:

Palliatiivne hooldus (*palliative care*) - lähenemisviis raskete ja ravimatute haigustega patsientide hooldamiseks, mille eesmärk on parandada patsientide ja nende lähedaste elukvaliteeti haiguse ajal ja elu lõpus, ennetades ja leevendades kannatusi varajase tuvastamise, asjakohase hindamise ning füüsiliste, psühhosotsiaalsete ja vaimsete probleemide käsitlemise kaudu (Sekse et al., 2018).

Õde (*a nurse*) - tervishoiutöötaja, kes on läbinud õendusala põhikoolituse ning kellel on seaduslik õigus praktiseerida oma erialal. Õe kutsetegevust reguleerivad tervishoiualased seadused, määrused ja eetikanormid. (Sotsiaalministeerium, 2025). Õe roll hõlmab tervise edendamist, haiguste ennetamist ning haigete, puudega ja surevate patsientide hooldamist. Lisaks vastutab õde patsiendi turvalisuse tagamise, emotsionaalse toe pakkumise ning heaolu ja väärikuse säilitamise eest. (Mottian et al., 2022).

Patsient (*patient*) - on füüsiline isik, kes on avaldanud soovi saada või kes saab tervishoiuteenust (Tervishoiuteenuste korraldamise... 2013: §3).

Dementsus (*dementia*) - progresseeruv neurokognitiivne sündroom, mida iseloomustab mälu, mõtlemise, käitumise ja igapäevategevuste sooritamise võime langus ning mis mõjutab inimese suhtlemisvõimet ja iseseisvat toimetulekut (Hirt et al., 2024).

Kommunikatsioon (*communication*) - on dünaamiline ja kahepoolne protsess, mille käigus vahetatakse inimeste vahel teavet, tähendusi ja sõnumeid. See ei pruugi alati viia vastastikuse mõistmiseni, kuid hõlmab nii verbaalsete kui ka mitteverbaalsete signaalide edastamist ja tõlgendamist. (Kwame & Petrucka, 2021).

1. METOODIKA

Käesolev lõputöö on teoreetiline kirjanduspõhine uurimus. Uurimismeetodiks on teaduskirjanduse analüüs. Kirjanduse ülevaadet kasutatakse uurimismeetodina, kuna see võimaldab süstemaatiliselt koguda, analüüsida ja sünteesida varasemaid teadusuuringuid, luues tervikliku ülevaate uuritavast valdkonnast ning võimaldades hinnata olemasolevaid teadmisi ja tuvastada uurimislünki. Selline lähenemine toetab teoreetilise arusaama kujundamist ning aitab siduda erinevaid uurimistulemusi ühtseks tervikuks. (Snyder, 2019).

Kirjandusallikate valikul lähtuti eelnevalt määratletud kriteeriumidest. Uurimistöösse kaasati allikad, mis olid avaldatud ajavahemikus 2013-2025, eelretsenseeritud ning täistekstina kättesaadavad. Valitud teadusartiklid käsitlesid palliatiivset hooldust, dementsust ning õe ja patsiendi vahelist suhtlust või kommunikatsiooni, keskendudes täiskasvanud ja eakatele patsientidele. Uurimistöö koostamisel kasutati peamiselt ingliskeelseid teadusallikaid, mida vajadusel tõlgiti ja refereeriti, kuid vähesel määral kaasati ka eestikeelseid allikaid. Ülevaatesse kaasati erineva uurimiskujundusega uuringud, sealhulgas kvalitatiivsed uuringud, süstemaatilised ja kaardistavad ülevaated ning segameetodilised uuringud, et tagada teema terviklik käsitus. Kvalitatiivsed uuringud andsid ülevaate suhtlusega seotud kogemustest ja tajudest, samas kui segameetodilised ja ülevaateuuringud pakkusid laiemat sünteesi tõendusmaterjalist, käsitledes suhtluspraktikaid, väljakutseid ja sekkumisi palliatiivses dementsuse hoolduses.

Teadusartiklite otsimiseks kasutati elektroonilisi andmebaase PubMed ja Google Scholar. Täiendavalt kasutati vajadusel Google otsingumootorit asjakohaste allikate leidmiseks. Leitud artiklid pärinesid peamiselt rahvusvahelistest teadusajakirjadest, sealhulgas Elsevieri kirjastuse väljaannetest ning ajakirjast BMC Nursing. Valitud allikad analüüsiti lähtuvalt uurimistöö eesmärgist ja uurimisküsimustest. Allikate valikul lähtuti temakohasusest, teaduslikust kvaliteedist ning vastavusest uurimistöö eesmärgile ja ülesannetele. Artiklite sobivust hinnati esmalt pealkirjade ja abstraktide põhjal ning seejärel töötati läbi täistekstid. Üheks valikupiiranguks oli abstrakti olemasolu, kuna see võimaldas esialgselt hinnata allika asjakohasust uurimisteema suhtes. Käesolevas uurimistöös kasutati kokku 24 ingliskeelset teadusallikat ja 2 eestikeelset allikat, millest 13 olid otseselt õenduslased. Otsingutes kasutati järgmisi märksõnu ning nende kombinatsioone: dementsus (*dementia*), hilisstaadiumis dementsus (*late-stage dementia*), palliatiivravi (*palliative care*), palliatiivne õendusabi

(palliative nursing), õe ja patsiendi vaheline suhtlus *(nurse–patient communication)*, suhtlus dementsusega patsientidega *(communication in dementia)*, elulõpu suhtlus *(end-of-life communication)*, vajaduste hindamine dementsuse korral *(needs assessment in dementia)*, samuti kombinatsioone nagu õendusabi JA dementsus *(nursing AND dementia)*, palliatiivravi JA kommunikatsioon *(palliative care AND communication)* ning hilisstaadiumis dementsus JA õendusabi *(late-stage dementia AND nursing)*.

Lõputöö koostamisel osales kaks autorit, kes alustasid protsessi uurimistöö teema täpsustamisest, eesmärgi ja uurimisülesannete sõnastamisest ning teaduskirjanduse otsimisest. Töö koostati koostöös, kus mõlemad autorid panustasid teadusallikate otsimisse, andmete analüüsi, teksti koostamisse ning töö vormistamisse.

Uurimistöö koostati Microsoft Wordi keskkonnas, mis võimaldas autoritel paralleelselt töötada ning ühiselt teksti täiendada. Töö käigus toimusid viis Zoomi keskkonnas konsultatsiooni juhendajaga, mille jooksul täpsustati töö struktuuri ja meetodilisi aspekte. Töö keeleliseks toimetamiseks kasutati tehisintellekti (ChatGPT), mis toetas ortograafia, grammatika ja stiililise sujuvuse parandamist, säilitades töö sisu ja autorite algsed mõtted.

Uurimistöö koostamisel on järgitud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli kirjalike tööde koostamise ja vormistamise juhendit (2025). Viitamisel on kasutatud APA 7 viitamissüsteemi. Töö koostamisel on järgitud eetilisi põhimõtteid, tagades allikate korrektse kasutamise ja viitamise ning töö usaldusväarsuse.

Käesolev uurimus on teoreetilise iseloomuga ning põhineb kirjandusanalüüsil, mistõttu ei hõlma see isikuandmete kogumist ega töötlemist ning seetõttu ei olnud vajalik eetikanõukogu kooskõlastus.

2. SUHTLUST MÕJUTAVAD TEGUREID PALLIATIIVSES HOOLDUSES HILISSTAADIUMIS DEMENTSUSEGA PATSIENTIDEL

2.1. Patsiendiga seotud tegurid

Dementsus ei ole üks konkreetne haigus, vaid üldmõiste, mis hõlmab erinevaid neurokognitiivseid seisundeid, mille tagajärjel kujunevad välja erinevad dementsuse vormid. Kõige sagedasem dementsuse vorm on Alzheimeri tõbi, mille varajasteks sümptomiteks on mäluhäired, mõtlemisraskused, keelelised probleemid ja taju muutused. Teine levinud vorm on veresoonkonna dementsus, mida iseloomustavad raskused planeerimisel ja keskendumisel ning episoodiline segasus. Teisteks dementsuse vormideks on näiteks Lewy kehadega dementsus, frontotemporaalne dementsus, segatüüpi dementsus ning varajase algusega dementsus. Erinevad dementsuse vormid võivad avalduda erinevalt, kuid kognitiivse funktsiooni langus ja sellest tulenevad suhtlusraskused on neile seisunditele iseloomulikud, mis väljendub suhtlusolukordades raskustena patsiendi vajaduste selges edastamises ja nende mõistmises tervishoiutöötaja poolt. (Alzheimer's Society, 2023).

Kommunikatsiooniprotsessi mõistmisel on oluline arvestada, et dementsusega kaasnev kognitiivne langus mõjutab otseselt patsiendi verbaalse suhtlemise võimet (Hirt et al., 2024). Need muutused avalduvad konkreetsetes suhtlusraskustes, nagu sõnade leidmise häired (raskus sobivate sõnade meenutamisel), kõne sisukuse vähenemine (kõne muutub lühikeseks ja informatsioonivaeseks), ebasobivad sõnaasendused (vale või kontekstile mittevastava sõna kasutamine) ning raskused keerukama keele ja mitmeetapiliste juhiste mõistmisel. Dementsuse progresseerumisel võib patsiendi kõne muutuda sisult piiratud ja ebajärjekindlaks, mille tulemusena ei edasta see enam selget tähendust ning võib sisaldada kordusi või katkestatud mõtteid. Selline väljendus võib muutuda raskesti mõistetavaks, kuna selle loogiline struktuur ja sisu on häiritud, ning hilisstaadiumis võib esineda ka mõtestamata või täielikult kadunud kõne. (Alsawy et al., 2017). Verbaalse eneseväljenduse piiratus raskendab patsiendi vajaduste edastamist ning suunab õde toetuma kaudsetele vihjetele nende tõlgendamisel (WHO, 2017).

Lisaks verbaalse suhtluse piirangutele mõjutavad suhtlusprotsessi ka füsioloogilised ja neuroloogilised tegurid. Need võivad avalduda rahutuse, ärrituvuse ja käitumuslike muutustena, mis raskendavad patsiendi vajaduste tõlgendamist ja suhtlusprotsessi kujunemist. (Pujante et al., 2025). Valu ja ebamugavus ei väljendu sageli verbaalselt, vaid avalduvad

mitteverbaalsete signaalide kaudu, nagu kehakeel, näoilmed ja muutunud käitumine. Näiteks võivad rahutus, hääletoonimuutused, motoorne aktiivsus või kontaktist hoidumine viidata ebamugavusele, mida patsient ei suuda sõnastada. Sellises olukorras kujunevad mitteverbaalsed väljendusviisid oluliseks suhtluskanaliks, mille kaudu patsient edastab informatsiooni oma füüsilise ja emotsionaalse seisundi kohta. Nende signaalide süstemaatiline jälgimine ja tõlgendamine võimaldab seostada käitumuslikke muutusi võimalike vajaduste või sümptomitega ning seostada käitumuslikke muutusi võimalike vajaduste või sümptomitega. (Walsh et al., 2021).

Suhtlusprotsessi mõjutab oluliselt ka patsiendi füüsiline seisund. Muutused, nagu söögiisu vähenemine, vedeliku tarbimise langus, neelamishäired ning füüsilise funktsiooni langus, võivad piirata patsiendi võimet aktiivselt suhtluses osaleda ja suurendada sõltuvust kõrvalabist. (Smith et al., 2016; Hirt et al., 2024). Need muutused mõjutavad nii patsiendi üldist enesetunnet kui ka reageerimisvõimet ja suhtlemist, muutes suhtlusprotsessi keerukamaks, eriti palliatiivses hoolduses, kus patsiendi seisund on sageli progresseeruvalt halvenev. Palliatiivses hoolduses aitab patsiendi füüsilise seisundi hindamine seostada täheldatud muutusi tema vajadustega olukordades, kus verbaalne eneseväljendus on piiratud ning suhtlus tugineb suurel määral kaudsetele ja mitteverbaalsetele näitajatele. (Walsh et al., 2021).

2.2. Õega ja hoolduskeskkonnaga seotud tegurid

Õega seotud tegurid mängivad olulist rolli dementsuse hilisstaadiumis patsientidega suhtlemisel, kuna õde on patsiendiga kõige tihedamalt kontaktis olev tervishoiutöötaja ning kujundab igapäevase suhtluse kvaliteeti oma teadmiste ja suhtlemisviiside kaudu (Gibson et al., 2020). Suhtlus ei sõltu siiski üksnes patsiendi seisundist, vaid ka hoolduskeskkonna tingimustest, sealhulgas töökorraldusest, meeskonnatööst ja füüsilise keskkonna omadustest, mis võivad suhtlust kas toetada või takistada, mõjutades näiteks seda, kui palju aega on võimalik patsiendiga individuaalselt suhelda või kui võrd järjepidev on info liikumine meeskonnas (Rutten et al., 2021; Karrer et al., 2023).

Palliatiivses hoolduses eeldab suhtlemine patsiendi individuaalse kogemuse mõistmist, sealhulgas tema emotsionaalset seisundit ja võimalikku kannatust, mis nõuab õelt empaatiavõimet ja oskust tõlgendada kaudseid väljendusviise (Sekse et al., 2018). Hilisstaadiumis dementsusega patsient ei pruugi oma vajadusi selgelt väljendada, mistõttu

muutub oluliseks õe võime märgata muutusi patsiendi käitumises ja seisundis ning seostada neid võimalike vajadustega, näiteks rahutuse, ärrituvuse või kontaktist hoidumise kaudu väljenduva ebamugavuse või valu tuvastamisel. See eeldab patsiendi seisundi aktiivset tõlgendamist suhtlusprotsessi käigus. (de Wolf-Linder et al., 2021). Sellises olukorras hõlmab see õe jaoks mitteverbaalsete signaalide, nagu kehakeele, näoilmete ja hääletooni, teadlikku jälgimist ja tõlgendamist, et seostada neid võimalike füüsiliste või emotsionaalsete vajadustega palliatiivses hoolduses (Wittenberg et al., 2017; Walsh et al., 2021).

Õe teadmised dementsusest ja selle kulust toetavad patsiendi seisundi mõistmist ning aitavad arvestada suhtluspiirangutega, samas kui kommunikatsioonioskused võimaldavad kohandada suhtlemisviisi vastavalt patsiendi kognitiivsele tasemele ja vajadustele. Patsiendi vajaduste hindamine on keeruline, kuna kasutatavad hindamismeetodid ei arvesta alati piisavalt kommunikatsioonipiirangutega ning mitmed vajadused võivad jääda varjatuks, eriti olukordades, kus patsiendi eneseväljendus on piiratud või ebajärjekindel. (de Wolf-Linder et al., 2021). Käitumuslikud muutused ja desorientatsioon muudavad suhtluse olukorraspetsiifiliseks ning nõuavad õelt pidevat kohanemist ja paindlikkust, kuna sama käitumine võib eri olukordades viidata erinevatele vajadustele (Wittenberg et al., 2017).

Õe töötingimused ja organisatsioonilised tegurid mõjutavad otseselt suhtlemise võimalusi. Ajapuudus ja suur töökoormus piiravad võimalusi patsiendiga individuaalselt suhelda, mis võib vähendada usaldusliku kontakti kujunemist ning raskendada patsiendi mitteverbaalsete vajaduste märkamist, kuna õel on vähem aega käitumise ja seisundi muutuste süstemaatiliseks jälgimiseks ning tõlgendamiseks. (Gibson et al., 2020). Samal ajal toetavad töörahulolu ja arenguvõimalused patsiendikeskset lähenemist, võimaldades suhtlemist paremini kohandada vastavalt patsiendi individuaalsetele vajadustele. Meeskonnatöö aitab kujundada terviklikumat arusaama patsiendi seisundist ning toetab suhtlemise järjepidevust, võimaldades jagada infot patsiendi seisundi, käitumise ja vajaduste kohta erinevate tervishoiutöötajate vahel. (Rutten et al., 2021). Palliatiivses hoolduses võivad suhtlemist mõjutada ka eetilised dilemmad, näiteks otsused kunstliku toitumise või vedelikravi osas, mis muudavad suhtluse emotsionaalselt keerukamaks ning nõuavad õelt täiendavaid kommunikatsioonioskusi, eriti olukordades, kus patsiendi enda eelistused ei ole enam selgelt väljendatavad (Smith et al., 2017).

Hoolduskeskkond mõjutab oluliselt suhtlemist dementsuse hilisstaadiumis patsientidega ning õel on oluline roll selle keskkonna kujundamisel. Haigla- või hooldekeskkond võib olla patsiendi jaoks ebastabiilne ja segadust tekitav, mis suurendab ärevust ning raskendab

suhtlemist. Füüsilised tegurid, nagu müra, valgustus ja ruumiline ülesehitus, mõjutavad patsiendi orientatsiooni ja keskendumisvõimet, mistõttu peab õde nende teguritega teadlikult arvestama ning vajadusel kohandama keskkonda, et toetada patsiendi reageerimist ja suhtlusvõimet. Keskkonna kohandamine, sealhulgas selgemate orientiiride kasutamine ja liigsete stiimulite vähendamine, on seotud patsiendi parema orienteerumise ja turvatunde kujunemisega, mis omakorda soodustab rahulikumat ja arusaadavamat suhtlusprotsessi. (Karrer et al., 2023). Paremini organiseeritud ja toetav keskkond võimaldab õel keskenduda rohkem patsiendiga suhtlemisele (Rutten et al., 2021).

Psühhosotsiaalne keskkond ja suhtluskultuur mõjutavad suhtlemise iseloomu, hõlmates meeskonnatööd, töösuhteid ja emotsionaalset toetust, samas kui suhtluskultuur peegeldab tervishoiutöötajate väärtusi ja hooldusfilosoofiat, mis kujundavad igapäevast suhtlemisviisi ja patsiendikeskse lähenemise rakendumist praktikas. Positiivne meeskonnakliima ja koostöö toetavad patsiendikeskset lähenemist ning aitavad kujundada keskkonda, kus patsiendi vajadused on hoolduse keskmes. (Rutten et al., 2021). Lähedaste kaasamine hooldusprotsessi võimaldab paremini mõista patsiendi harjumusi ja eelistusi, sealhulgas varasemaid käitumismustreid ja suhtlemisviise, mis toetab individuaalse suhtlusviisi kohandamist (Gibson et al., 2020). Igapäevases suhtlemises väljendub see rahuliku, järjepideva ja austava suhtlemisviisina, mis aitab vähendada patsiendi ärevust ja toetab emotsionaalset tasakaalu olukordades, kus arusaamine ja eneseväljendus on piiratud (Sekse et al., 2018).

3. MEETODID JA STRATEEGIAD SUHTLUSVÄLJAKUTSETE ÜLETAMISEKS

3.1. Patsient-keskne suhtlus dementsuse ja palliativse hoolduse kontekstis

Efektivne suhtlemine hilisstaadiumis dementsusega patsientidega palliativses hoolduses põhineb patsiendikesksel lähenemisel, mis arvestab patsiendi individuaalseid vajadusi, väärtusi ja eelistusi ning eeldab suhtlemise kohandamist vastavalt tema kommunikatsioonivõimele ja kognitiivsele seisundile. Dementsusega kaasnev kognitiivse funktsiooni langus raskendab vajaduste väljendamist ning suurendab kommunikatsioonihäirete riski, mis võib avalduda näiteks olukordades, kus patsient ei suuda oma ebamugavust või soove selgelt sõnastada, mis omakorda võib mõjutada patsiendi elukvaliteeti ja heaolu palliativses hoolduses. (Kwame & Petrucka, 2021; Alsawy et al., 2017). Õe järjepidev ja struktureeritud suhtlus koos patsiendi seisundi regulaarse jälgimisega võimaldab märgata muutusi ning hinnata individuaalseid vajadusi (Jones et al., 2016).

Patsiendikeskne suhtlus väljendub patsiendi kaasamises ulatuses, mis on tema kognitiivsete võimete piires võimalik, säilitades patsiendi rolli aktiivse osalejana hooldusprotsessis. Dementsusega patsientidel säilib võime kogeda emotsioone ja väljendada eelistusi ka kognitiivse languse süvenemisel, mistõttu on oluline neid kaasata suhtlusprotsessi ka hilisstaadiumis. (Alsawy et al., 2017). Lähedaste kaasamine võimaldab täiendada arusaama patsiendi harjumustest, väärtustest ja varasematest eelistustest, toetades hoolduse vastavust patsiendi individuaalsetele vajadustele (Jones et al., 2016; Peerboom et al., 2023).

Kliinilises praktikas kohandab õde suhtlemist patsiendi individuaalsele võimekusele, kasutades lühikesi ja arusaadavaid lauseid, esitades ühe küsimuse korraga ning andes patsiendile piisavalt aega reageerimiseks. Samuti toetatakse patsiendi arusaamist kordamise ja ümber sõnastamise abil ning aktsepteeritakse ka mittetäielikke või mitteverbaalseid vastuseid kui tähenduslikke suhtlusviise. Lisaks hindab õde patsiendi hetke seisundit ja kohandab suhtlusviisi vastavalt sellele, mis võimaldab säilitada patsiendi kaasatust ka piiratud eneseväljenduse korral. Selline lähenemine võib väljenduda olukordades, kus patsient reageerib mitteverbaalselt, näiteks pilguga või kehakeelega, ning neid reaktsioone tõlgendatakse suhtlusena. (Alsawy et al., 2017; Peerboom et al., 2023).

Patsiendikeskne suhtlus hõlmab empaatiat, austust ja patsiendi väärtustamist, mis on seotud parema ravikogemuse ning patsiendi suurema kaasatusega hooldusprotsessi (Kwame & Petrucka, 2021). Dementsusega patsientide puhul on need tegurid eriti olulised, kuna need aitavad säilitada suhtlust ja sotsiaalset kontakti ka olukordades, kus verbaalne eneseväljendus on piiratud (Alsawy et al., 2017). Empaatiiline ja toetav suhtlus aitab luua usaldusliku suhte patsiendi ja õe vahel, mis on eelduseks patsiendi vajaduste mõistmisele ning tema kaasamisele hooldusprotsessi (Peerboom et al., 2023).

Palliatiivses hoolduses ei ole hoolduse eesmärk erinevalt aktiivravist haiguse ravimine, vaid patsiendi elukvaliteedi säilitamine ja kannatuste leevendamine (WHO, 2017). Sellises kontekstis on suhtlus tihedalt seotud hoolduse eesmärkide ja patsiendi eelistuste käsitlemisega, sealhulgas Advance Care Planning (ACP) arutelude kaudu, mis võimaldavad arvestada patsiendi soovidega olukordades, kus tema otsustusvõime võib väheneda. ACP hõlmab varajast ja järjepidevat arutelu patsiendi väärtuste, ravieelistuste ja tulevaste hooldusotsuste üle, mis aitab suunata hooldust vastavalt patsiendi soovidele ka dementsuse progresseerumisel. (Peerboom et al., 2023). Praktikast ei ole ACP ühekordne vestlus, vaid pidev protsess, mille käigus täpsustatakse patsiendi eelistusi ning kohandatakse hooldusotsuseid vastavalt tema seisundi muutumisele. See võib hõlmata korduvaid arutelusid patsiendi ja lähedastega, kus täpsustatakse eelistusi vastavalt muutuvatele olukordadele. Patsiendi ja lähedaste kaasamine sellesse protsessi võimaldab paremini mõista patsiendi vajadusi ning toetab otsuste tegemist olukordades, kus patsient ei pruugi enam oma soove selgelt väljendada. Selline lähenemine parandab infovahetust ja koostööd patsiendi, lähedaste ja tervishoiutöötajate vahel ning toetab hoolduse kohandamist vastavalt patsiendi muutuvatele vajadustele. (Jones et al., 2016; Peerboom et al., 2023).

Dementsusega patsientide suhtlemisraskuste tõttu on kliinilises praktikas välja töötatud erinevad struktureeritud meetodid ja sekkumismudelid, mis toetavad suhtlust, sümptomite hindamist ning patsiendi vajaduste täpsemat mõistmist. Need lähenemised võimaldavad käsitleda patsiendi käitumuslikke ja mitteverbaalseid väljendusi informatsiooni allikana tema seisundi kohta, näiteks olukordades, kus käitumuslik muutus viitab võimalikule valule või ebamugavusele, võimaldades kohandada suhtlust vastavalt patsiendi vajadustele ja seisundile. (Pujante et al., 2025; Jones et al., 2016).

3.2. Struktureeritud meetodid ja mitteverbaalsed strateegiad

Nende meetodite kasutamine võimaldab struktureerida patsiendi seisundi hindamist ning käsitleda käitumuslikke muutusi ja füsioloogilisi reaktsioone informatsiooni allikana tema seisundi kohta, sealhulgas valu tuvastamisel. Selline lähenemine on oluline olukordades, kus otsene verbaalne suhtlus puudub või on piiratud, kuna hindamisprotsess ise muutub suhtlusviisiks patsiendiga, näiteks olukordades, kus patsiendi reaktsioonid hooldustoimingutele annavad infot tema enesetunde kohta. (Pujante et al., 2025).

Üheks enim kasutatavaks instrumendiks on PAINAD (*Pain Assessment in Advanced Dementia*), mis on valideeritud skaala valu hindamiseks dementsuse hilisstaadiumis patsientidel ning põhineb viiel mitteverbaalsel näitajal. Õde hindab selle käigus patsiendi hingamist, hääliitsusi, näoilmeid, kehakeelt ja rahustatavust ning määrab nende põhjal valu intensiivsuse, võimaldades tuvastada valu ka olukordades, kus patsient ei ole võimeline oma seisundit verbaalselt kirjeldama. Hindamine viiakse läbi nii puhkeolekus kui ka liikumisel (nt hooldustoimingute ajal), kuna valu võib avalduda aktiivsuse käigus selgemini. Selline lähenemine struktureerib patsiendi seisundi hindamist ning toetab kliinilist otsustamist, võimaldades seostada käitumuslikke muutusi võimalike sümptomitega, sealhulgas valuga. (Dunford et al., 2022; Pujante et al., 2025). Samas tuleb arvestada, et PAINAD skoorid võivad kajastada lisaks valule ka üldist distressi, kuna käitumuslikud väljendused võivad olla seotud erinevate rahuldumata vajadustega, mistõttu tuleb tulemusi tõlgendada koos kliinilise hindamise ja patsiendi individuaalse seisundi kontekstiga (Dunford et al., 2022). Lisaks rakendatakse PAINAD skaalat ka protseduuridega seotud valu hindamisel kognitiivse kahjustusega patsientidel, mis kinnitab selle kasutatavust erinevates kliinilistes olukordades (Wang et al., 2025). See viitab sellele, et mitteverbaalsete näitajate tõlgendamine kujuneb oluliseks suhtlus viisiks. (Pujante et al., 2025).

Lisaks üksikutele hindamisvahenditele toetavad suhtlust ka struktureeritud sekkumismudelid, mis ühendavad sümptomite hindamise ja ravistrateegiad. COSMOS (*Communication, Systematic pain assessment and treatment, Medication review, Organization of activities, Safety*) programm on mitmekomponentne lähenemine, mis võimaldab parandada suhtlust ning vähendada valu ja ravimikoormust (polüfarmatsiat ehk mitme ravimi samaaegset kasutamist) dementsusega patsientidel. COSMOS lähenemises käsitletakse sümptomite hindamist kommunikatsiooniprotsessi osana, kuna patsiendi käitumuslikud ja füsioloogilised muutused

toimivad informatsiooni allikana tema seisundi kohta olukorras, kus verbaalne eneseväljendus on piiratud. Õenduspraktikas hõlmab see patsiendi süstemaatilist jälgimist, dokumenteerimist ja tema reaktsioonide tõlgendamist hooldustoimingute, liikumise ja keskkonnamuutuste ajal, pöörates tähelepanu muutustele patsiendi käitumises, aktiivsuses ja reageerimises erinevatele stiimulitele. Kogutud andmeid kasutatakse patsiendi vajaduste mõistmiseks, ning patsiendi reaktsioonide põhjal tema vajaduste mõistmiseks ja hoolduse kohandamiseks, mis võimaldab kohandada hooldust vastavalt patsiendi seisundile. (Pujante et al., 2025). Sarnane loogika on aluseks ka teistele struktureeritud meetoditele, kus patsiendi käitumuslike muutusi tõlgendatakse süsteemselt kui kommunikatsiooni vormi (Husebo et al., 2022).

Sarnasel põhimõttel toimib ka STA OP! (*Structured Approach to Observing Pain*) meetod, mis on astmeline protokoll käitumuslike sümptomite ja valu käsitlemiseks ning põhineb eeldusel, et muutused käitumises võivad viidata rahuldamata vajadustele. Meetodit rakendatakse kliinilises praktikas struktureeritud otsustusprotsessina, mis juhendab tervishoiutöötajaid samm-sammult alates patsiendi baasvajaduste (nt söömine, tualetivajadus, füüsiline mugavus) hindamisest kuni võimalike füüsiliste, psühhosotsiaalsete ja keskkonnategurite analüüsi ning sobivate mittefarmakoloogiliste ja vajadusel farmakoloogiliste sekkumiste rakendamiseni. Selline astmeline lähenemine võimaldab süstemaatiliselt analüüsida käitumuslike muutuste võimalikke põhjuseid ning vähendab riski piirduda üksnes farmakoloogiliste lahendustega, käsitledes vaatlusandmeid nii sümptomite tuvastamise kui ka patsiendi seisundi tõlgendamise alusena. (Tasseron-Dries et al., 2024; Pujante et al., 2025). STA OP! protokoll toetab ka struktureeritud dokumenteerimist ja meeskonnasisest infovahetust, võimaldades eri spetsialistidel lähtuda ühisest hindamisloogikast ning tagada järjepidev ja koordineeritud hooldus, mis on oluline palliatiivse hoolduse kontekstis. Selline lähenemine võimaldab toetada suhtluse järjepidevust, kuna patsiendi seisundi tõlgendamine põhineb kogutud infol, mitte üksikul vaatlusel. Seega võimaldavad struktureeritud lähenemised süstemaatiliselt tõlgendada patsiendi käitumist ja reaktsioone tema vajaduste hindamisel ning toetada hoolduse kohandamist vastavalt patsiendi seisundile. (Pujante et al., 2025). Meetodi edasiarendusena on kasutatud ka lähedaste kaasamist (STA OP! with family), mille eesmärk on täiendada hindamisprotsessi patsiendi varasema elu, harjumuste ja käitumisega seotud informatsiooniga, kuid see ei ole meetodi keskne komponent, vaid täiendav lähenemine, mida rakendatakse vastavalt kliinilisele olukorrale. Selline lähenemine võimaldab paremini mõista patsiendi individuaalseid harjumusi ja varasemaid eelistusi ning toetab personaalset hooldusplaneerimist dementsuse palliatiivses hoolduses. (Tasseron-Dries et al., 2024; Gibson et al., 2020).

Mitteverbaalse suhtluse põhimõtteid rakendatakse dementsuse palliatiivses hoolduses ka struktureeritud mittefarmakoloogilistes sekkumistes, millest üheks näiteks on Namaste Care lähenemine. Namaste Care keskendub patsiendi rahuliku ja turvalise keskkonna loomisele, kus suhtlus toimub peamiselt sensoorsete ja emotsionaalsete stiimulite kaudu, nagu puudutus, rahulik hääl, muusika ja individuaalselt tähenduslikud tegevused. Õenduspraktikas luuakse patsiendiga kontakt mitteverbaalsete vahendite abil, arvestades tema varasemaid eelistusi ja reaktsioone, mis võimaldab toetada patsiendi heaolu ja vähendada distressi ka olukorras, kus verbaalne suhtlus on piiratud. Näiteks võib rahulik puudutus või tuttav muusika aidata patsiendil rahuneda ja reageerida kontaktile ka ilma verbaalse suhtluseta. Selline lähenemine on seotud agitatsiooni vähenemise, parema koostöö ja patsiendi emotsionaalse seisundi paranemisega, mis rõhutab mitteverbaalse suhtluse rolli patsiendi seisundi stabiliseerimisel ja koostöö soodustamisel palliatiivse hoolduse kontekstis. (Pujante et al., 2025).

4. ARUTELU

Käesoleva töö eesmärk oli analüüsida õe ja hilisstaadiumis dementsusega patsiendi vahelist suhtlust palliatiivses õendushoolduses ning selgitada tegureid, mis seda mõjutavad. Analüüsitud kirjanduse põhjal võib täheldada, et suhtlus selles kontekstis ei kujune ühe teguri mõjul, vaid on mitmetasandiline protsess, mida mõjutavad samaaegselt patsiendi seisund, õe professionaalsed oskused ning hoolduskeskkonna tingimused.

Patsiendiga seotud teguritest toovad Alsawy et al (2017) ja Hirt et al (2024) esile kognitiivsete ja kommunikatiivsete võimete languse kui peamise suhtlust piirava teguri, rõhutades patsiendi vähenenud suutlikkust oma vajadusi verbaalselt väljendada. Samal ajal juhivad Erel et al (2017) tähelepanu sellele, et probleem ei seisne üksnes suhtlemisvõime vähenemises, vaid ka vajaduste võimalikus alahindamises või valesti tõlgendamises. Selline käsitlus viitab sellele, et suhtlusprobleemid ei tulene ainult patsiendi seisundist, vaid ka sellest, kuidas tervishoiutöötaja neid muutusi mõistab ja interpreteerib. Analüüsitud kirjandus näitab, et dementsuse progresseerumisel ei kao suhtlus, vaid muutub oma olemuselt, liikudes verbaalselt tasandilt mitteverbaalsele tasandile.

Sellest tulenevalt omandavad mitteverbaalsed signaalid keskse tähenduse. Pujante et al (2025) käsitlevad käitumuslikke ja füsioloogilisi muutusi peamise informatsiooniallikana patsiendi seisundi hindamisel, samas kui Walsh et al (2021) seostavad muutunud käitumist valu ja ebamugavuse väljendumisega. Nende seisukohtade koosvaatlus viitab sellele, et mitteverbaalne suhtlus ei ole pelgalt toetav element, vaid kujuneb hilisstaadiumis dementsuse korral peamiseks kommunikatsioonivormiks. See omakorda selgitab, miks õe võime neid signaale märgata ja tõlgendada on otseselt seotud hoolduse kvaliteediga palliatiivses kontekstis.

Patsiendiga seotud teguritega tihedalt seonduvad õega seotud tegurid, mis määravad, kuidas neid signaale tõlgendatakse ja kasutatakse. De Wolf-Linder et al (2022) märgivad, et ebapiisavad teadmised dementsusest võivad viia olukorrani, kus suhtlus jääb pealiskaudseks ning keskendub pigem käitumise jälgimisele kui selle mõistmisele. Samas rõhutavad Kwame ja Petrucka (2021), et patsiendikeskne suhtlus eeldab teadlikku ja kohandatut lähenemist, mis arvestab patsiendi individuaalseid vajadusi ja võimeid. Nende seisukohtade võrdlus viitab sellele, et suhtluse kvaliteet ei sõltu üksnes kogemusest, vaid eelkõige õe teadlikust ja reflekteeritud lähenemisest, kus patsiendi käitumist käsitletakse tähendusliku informatsioonina.

Lisaks individuaalsetele teguritele mõjutab suhtlust ka hoolduskeskkond, mis võib seda nii toetada kui ka takistada. Wittenberg et al (2025) ja Gibson et al (2020) rõhutavad, et ajapuudus ja suur töökoormus piiravad õe võimalusi patsiendiga sisuliseks suhtluseks, mille tulemusel võib suhtlus muutuda ülesandepõhiseks. Samas toovad Rutten et al (2021) ja Karrer et al (2023) esile, et toetav keskkond, sealhulgas positiivne meeskonnatöö ja sobiv füüsiline keskkond, soodustavad infovahetust ning aitavad kujundada terviklikumat arusaama patsiendi seisundist. Selline vastandlik käsitlus näitab, et hoolduskeskkond ei ole neutraalne taust, vaid aktiivne tegur, mis mõjutab suhtluse kujunemist sõltuvalt töökorraldusest ja ressursidest.

Eelnevast lähtuvalt on mitmed autorid toonud esile vajaduse kasutada struktureeritud meetodeid, mis toetavad suhtlust olukorras, kus patsiendi verbaalne eneseväljendus on piiratud. Dunford et al (2022) kirjeldavad PAINAD skaalat kui vahendit, mis võimaldab hinnata valu mitteverbaalsete näitajate alusel, samas kui Wang et al (2025) rõhutavad selle kasutatavust erinevates kliinilistes olukordades. Pujante et al (2025) toovad esile, et sellised hindamisvahendid toetavad õdede kliinilist otsustamist. Sarnast loogikat kirjeldavad ka Tasseron-Dries et al (2024), kelle hinnangul võimaldab STA OP! meetod süstemaatiliselt analüüsida käitumuslikke muutusi ning seostada neid võimalike vajadustega. Nende lähenemiste võrdlus viitab sellele, et hindamine ja suhtlus on omavahel tihedalt seotud ning toimivad paralleelsete protsessidena.

Lisaks struktureeritud hindamisvahenditele pööravad autorid tähelepanu ka psühhosotsiaalsete sekkumiste rollile suhtluses. Pujante et al (2025) toovad Namaste Care lähenemise näitel esile, et sensoorsel stimulatsioonil ja emotsionaalsel kontaktil põhinevad sekkumised võivad parandada patsiendi heaolu ja vähendada agitatsiooni. See täiendab struktureeritud meetodeid, viidates sellele, et suhtlus palliatiivses hoolduses ei piirdu informatsiooni vahetamisega, vaid hõlmab ka emotsionaalse kontakti loomist ja säilitamist.

WHO (2017) rõhutab, et tõhus suhtlus tervishoius sõltub nii individuaalsetest kui ka süsteemsetest teguritest, sealhulgas tervishoiutöötajate oskustest, organisatsioonilisest toetusest ja hoolduskeskkonnast. Seda lähenemist toetavad ka käesolevas töös käsitletud autorid, kelle seisukohtade võrdlus viitab sellele, et suhtluse kvaliteet kujuneb mitmete tegurite koosmõjus. Eriti oluline on see palliatiivses õendushoolduses hilisstaadiumis dementsusega patsientide puhul, kus verbaalne eneseväljendus on piiratud ning kommunikatsioon põhineb suurel määral mitteverbaalsetel ja kaudsetel väljendusviisidel. Sellises olukorras muutub keskseks õe võime süstemaatiliselt jälgida, tõlgendada ja kasutada patsiendi käitumuslikke ja füsioloogilisi

signaale tema vajaduste mõistmisel, mis toetab patsiendi heaolu ja elukvaliteedi säilitamist palliatiivses hoolduses.

ETTEPANEKUD:

Analüüsitud kirjandus viitab sellele, et hilisstaadiumis dementsusega patsientide palliatiivses õendushoolduses on keskse tähtsusega õe võime süstemaatiliselt tõlgendada mitteverbaalseid signaale ning kasutada struktureeritud hindamisvahendeid kliinilise otsustamise toetamiseks. Autori hinnangul vajab see oskus teadlikku ja järjepidevat arendamist nii õendushariduses kui ka kliinilises praktikas, kuna just see võimaldab mõista patsiendi vajadusi olukorras, kus verbaalne suhtlus on piiratud.

Õdede pidev enesetäiendamine ja teadlikkus erinevatest lähenemistest aitab paremini mõista patsiendi vajadusi ning toetab professionaalset arengut, parandades seeläbi patsiendikeskse õendushoolduse kvaliteeti. Samuti näitab kirjandus, et toetav töökeskkond ja tõhus meeskonnatöö võimaldavad tagada järjepidevama suhtluse ning parema arusaama patsiendi seisundist. Seetõttu on käesolevas töös käsitletud lähenemised praktiliselt rakendatavad õenduspraktikas ning võivad toetada patsiendi heaolu ja elukvaliteedi säilitamist palliatiivses hoolduses.

JÄRELDUSED

Käesoleva lõputöö eesmärgiks oli kirjanduse põhjal kirjeldada ja analüüsida õe ja patsiendi vahelist suhtlust mõjutavaid tegureid hilisstaadiumis dementsusega patsientide palliatiivses õendushoolduses ning tuvastada suhtlusväljakutsete ületamiseks kasutatavaid meetodeid ja strateegiaid.

Analüüsitud kirjanduse põhjal ilmneb, et suhtlemine selles kontekstis kujuneb mitme teguri koosmõjus ega sõltu üksnes patsiendi kommunikatsioonivõimest. Dementsuse progresseerumisel väheneb verbaalne eneseväljendus, mistõttu muutuvad mitteverbaalsed väljendusviisid keskseks patsiendi vajaduste mõistmisel. See tähendab, et suhtlus ei kao, vaid muutub oma olemuselt ja nõuab õelt teistsugust lähenemist.

Suhtluse kvaliteeti mõjutavad nii patsiendi seisund, õe teadmised ja oskused kui ka hoolduskeskkonna tingimused. Mitteverbaalsete signaalide tõlgendamine eeldab õelt teadlikku ja kontekstipõhist lähenemist, samas kui ajapuudus ja töökoormus võivad piirata võimalusi patsiendiga sisuliseks suhtluseks. Sellistes tingimustes võib suhtlus taanduda miinimumini, mis omakorda suurendab riski, et patsiendi tegelikud vajadused jäävad märkamata.

Oluliseks kujuneb patsiendikeskne lähenemine, mille puhul kohandatakse suhtlemist vastavalt patsiendi võimekusele ning kasutatakse teadlikult mitteverbaalseid suhtlusviise. Suhtlus hõlmab lisaks informatsiooni vahetamisele ka patsiendi seisundi hindamist ja kontakti loomist, toetades tema heaolu palliatiivses hoolduses.

Struktureeritud hindamisvahendite ja sekkumismudelite kasutamine aitab süstemaatiliselt tõlgendada patsiendi reaktsioone ning toetab kliinilist otsustamist olukorras, kus otsene kommunikatsioon on piiratud. See võimaldab käsitleda patsiendi käitumist ja reaktsioone olulise informatsioonina tema seisundi ja vajaduste kohta, toetades seeläbi kaudset suhtlust palliatiivses hoolduses.

Kokkuvõtvalt eeldab suhtlus hilisstaadiumis dementsusega patsientidega palliatiivses õendushoolduses terviklikku lähenemist, mis arvestab patsiendi seisundit, õe kompetentsi ja hoolduskeskkonda. Selline lähenemine võimaldab pakkuda hooldust, mis toetab patsienti mitte ainult füüsiliselt, vaid ka emotsionaalselt ja psühhosotsiaalselt.

KASUTATUD KIRJANDUS

Alzheimer's Society. (2023). *Types of dementia*. <https://www.alzheimers.org.uk/about-dementia/types-dementia>

Alsawy S., Mansell W., McEvoy P., Tai S. (2017). What is good communication for people living with dementia? A mixed-methods systematic review. *International Psychogeriatrics*, 29(11), 1785-1800. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610217001429>

de Wolf-Linder S., Reisinger M., Gohles E., Wolverson E.L., Schubert M., Murtagh F.E.M. (2022). Are nurses' needs assessment methods robust enough to recognise palliative care needs in people with dementia? A scoping review. *BMC Nursing*, 21(194), 2-28. DOI: [10.1186/s12912-022-00947-6](https://doi.org/10.1186/s12912-022-00947-6)

Dunford E., West E., Sampson E. L. (2022). Psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia scale in an acute general hospital setting. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 37(12), 1-10. DOI: [10.1002/gps.5830](https://doi.org/10.1002/gps.5830)

Erel M., Marcus E.L., Dekeyser-Ganz F. (2017). Barriers to palliative care for advanced dementia: A scoping review. *Annals of Palliative Medicine*, 6(4), 365–379. DOI: [10.21037/apm.2017.06.13](https://doi.org/10.21037/apm.2017.06.13)

Gibson C., Goeman D., Pond D. (2020). What is the role of the practice nurse in the care of people living with dementia, or cognitive impairment, and their support person(s)?: A systematic review. *BMC Family Practice*, 21(141), 2-18. DOI: [10.1186/s12875-020-01177-y](https://doi.org/10.1186/s12875-020-01177-y)

Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. (2017). World Health Organization (WHO). <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2098e5be-c7f3-4365-aebf-36204459794f/content>

Hirt J., Vetsch J., Weissenfels I., Heinrich S. (2024). Nurse-led physical activity interventions for people with dementia in nursing homes: A systematic review on intervention characteristics and implementation facilitators/barriers. *International Journal of Nursing Studies*, 154, 2-14. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2024.104756](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104756)

Husebo B.S., Vislapuu M., Cyndecka M.A., Mustafa M., Patrascu M. (2022). Understanding Pain and Agitation Through System Analysis Algorithms in People With Dementia. A Novel Explorative Approach by the DIGI.PAIN Study. *Frontiers in Pain Research*, 3(847578), 1-11. DOI: [10.3389/fpain.2022.847578](https://doi.org/10.3389/fpain.2022.847578)

Jones L., Candy B., Davis S., Elliott M., Gola A., Harrington J., Kupeli N., Lord K., Moore K., Scott S., Vickerstaff V., Omar R.Z., King M., Leavey G., Nazareth I., Sampson E.L. (2016). Development of a model for integrated care at the end of life in advanced dementia: A whole systems UK-wide approach. *Palliative Medicine*, 30(3), 279–295. DOI: [10.1177/0269216315605447](https://doi.org/10.1177/0269216315605447)

Karrer M., Zeller A., Mayer H. (2023). Dementia care in acute hospitals: A framework for practice development and theory-based evaluation. *Nursing Open*, 10(3), 1393-1403. DOI: [10.1002/nop2.1389](https://doi.org/10.1002/nop2.1389)

Kwame A., Petrucka P.M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: Barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20(158), 2-10. DOI: [10.1186/s12912-021-00684-2](https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2)

Mottian S.D., Roets L., Maboe K.A. (2022). Interpretation of the concept 'nursing': Utilisation in nursing education and practice. *Curationis*, 45(1), 1-5. DOI: [10.4102/curationis.v45i1.2351](https://doi.org/10.4102/curationis.v45i1.2351)

Peerboom F.B.A.L., Friesen-Storms J.H.H.M., Coenegracht B.J.E.G., Pieters S., van der Steen J.T., Janssen D.J.A., Meijers J.M.M. (2023). Fundamentals of end-of-life communication as part of advance care planning from the perspective of nursing staff, older people, and family caregivers: A scoping review. *BMC Nursing*, 22(363), 2-13. DOI: [10.1186/s12912-023-01523-2](https://doi.org/10.1186/s12912-023-01523-2)

Pujante V.G.B., Sami W., Al-Kuwari N.F., Rizvi M.R. (2025). Nursing interventions in palliative care for advanced dementia: A systematic review of symptom relief, comfort, and caregiver support. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2025(18), 6545–6564. DOI: [10.2147/JMDH.S546183](https://doi.org/10.2147/JMDH.S546183)

Rutten J. E. R., Backhaus R., Tan F., Prins M., van der Roest H., Heijkants C., Hamers J. P. H., Verbeek, H. (2021). Work environment and person-centred dementia care in nursing homes: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 29(7), 2314-2322. DOI: [10.1111/jonm.13386](https://doi.org/10.1111/jonm.13386)

Sekse R.J.T., Hunskår I., Ellingsen S. (2018). The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), e21–e38. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.13912>

Smith L., Amella E.J., Nemeth L. (2016). Perceptions of home health nurses regarding suffering, artificial nutrition, and hydration in late-stage dementia. *Home Healthcare Now*, 34(9), 478–484. DOI: [10.1097/NHH.0000000000000459](https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000459)

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

Sotsiaalministeerium. (2025). *Koduõenduse tegevusjuhend*. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/koduoenduse_tegevusjuhend.pdf

Sunjaya A.M., Schreiber T., Kantilal K., Davies N., Griffiths S. (2025). Communication strategies for delivering personalised dementia care and support: A mixed-methods systematic review and narrative synthesis. *Age and Ageing*, 54(5), 1-13. DOI: [10.1093/ageing/afaf120](https://doi.org/10.1093/ageing/afaf120)

Tasserón-Dries P.E.M., Smaling H.J.A., van der Steen J.T., Achterberg W.P. (2024). Modifying a multidisciplinary method to address challenging behavior in nursing home residents with dementia to involve family caregivers. *Frontiers in Dementia*, 3(1444815), 1-13. DOI: [10.3389/frdem.2024.1444815](https://doi.org/10.3389/frdem.2024.1444815)

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. (2013). RT I, 22.02.2026, https://www.riigiteataja.ee/en/compare_original/513122024001

Walsh S.C., Murphy E., Devane D., Sampson E.L., Connolly S., Carney P., O'Shea E. (2021). Palliative care interventions in advanced dementia. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 9(9), 1-68. DOI: [10.1002/14651858.CD011513.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011513.pub3)

Wang X., Qiao Y., Liang Y., Han J., Duan H., Tang Y., Qin Q. (2025). Incidence and risk factors of post-lumbar puncture headache in patients with cognitive impairment. *Brain and Behavior*, 15(6), 1-10. DOI: [10.1002/brb3.70597](https://doi.org/10.1002/brb3.70597)

Wittenberg E., Mann C., Sullivan S.S. (2025). Exploring communication challenges in dementia care: Insights from home healthcare nurses. *Patient Education and Counseling*, 131, 2-5. DOI: [10.1016/j.archger.2024.105175](https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105175)