

TALLINNA TERVISHOIU KÕRGKOO



Õenduse õppetool

Õe õppekava

Kristel Valtu

**ÕENDUSABI TERMINAALSES SEISUNDIS PATSIENDILE JA TEMA
LÄHEDASTELE ÕENDUSDIAGNOOSIDE JA SEKKUMISTE ABIL
KODUÕENDUSES**

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,

Kristel Valtu/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Lubatud kaitsmisele.

Juhendaja Marianne Annion

/nimi ja akadeemiline kraad/

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

KOKKUVÕTE

Kristel Valtu (2026). Õendusabi terminaalses seisundis patsiendile ja tema lähedastele õendusdiagnooside ja sekkumiste abil koduõenduses. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, õenduse õppetool. Lõputöö pikkuseks on 30 lehekülge. Töös kasutati 40 kirjandusallikat, millest teaduskirjandust on 35. Käesoleva lõputöö eesmärgiks on kirjeldada terminaalses seisundis patsiendi ja tema lähedaste probleeme ja vajadusi ning kirjeldada terminaalses seisundis patsiendi õendusdiagnoosi ja õenduslikke sekkumisi palliatiivses koduõenduses. Lõputöö on kirjanduse ülevaade.

Terminaalses seisundis patsiendi ja tema lähedaste probleemid palliatiivses koduõenduses on seotud nii füüsiliste vaevuste kui ka emotsionaalse ja psühholoogilise koormusega. Patsiendid kogevad hirmu, ärevust ja ebakindlust seoses läheneva surmaga ning vajavad eelkõige selget infot, emotsionaalset tuge ja turvatunnet. Lähedaste puhul on kõige suuremaks probleemiks hoolduskoormus, mis väljendub väsimuses, unehäiretes ja stressis. Nende toimetulekut raskendavad vähene info, ebapiisav tugi ja keeruline orienteerumine tervishoiusüsteemis. Seetõttu vajavad nad praktilist juhendamist, emotsionaalset tuge ja paremat ligipääsu abile.

Õendusdiagnoosid aitavad neid probleeme selgemalt mõista ja suunavad õe tegevust. Kõige sagedamini on need seotud ärevuse, emotsionaalse distressi, hoolduskoormuse ja hingeliste raskustega. Nendest lähtuvad sekkumised on peamiselt seotud toetamise, nõustamise ja õpetamisega. Oluline on patsiendi ja lähedaste kuulamine, arusaadava info andmine ning nende kaasamine otsustesse. Samuti on tähtis toetada lähedaste toimetulekut ja vähendada nende koormust. Selline lähenemine aitab paremini toime tulla olukorraga ja toetab nii patsiendi kui ka lähedaste heaolu elu lõpus.

Võtmesõnad: õendusabi; terminaalses seisus patsient; lähedased; õendusdiagnoosid; õendussekkumised.

SUMMARY

Kristel Valtu (2026). Nursing care for a terminally ill patient and their relatives through nursing diagnoses and interventions. Tallinn Health Care College, Department of Nursing. The thesis is 30 pages in length. A total of 40 sources were used in the thesis, of which 35 are scientific literature. The aim of this thesis is to describe the problems and needs of a terminally ill patient and their relatives and to describe nursing diagnoses and nursing interventions for a terminally ill patient in palliative home care. The thesis is a literature review.

The problems of a terminally ill patient and their relatives in palliative home care are related to both physical symptoms and emotional and psychological burden. Patients experience fear, anxiety, and uncertainty related to approaching death and primarily need clear information, emotional support, and a sense of security. For relatives, the main problem is caregiver burden, which is expressed as fatigue, sleep disturbances, and stress. Their coping is made more difficult by lack of information, insufficient support, and difficulty navigating the healthcare system. Therefore, they need practical guidance, emotional support, and better access to assistance.

Nursing diagnoses help to better understand these problems and guide the nurse's actions. Most commonly, these are related to anxiety, emotional distress, caregiver burden, and spiritual difficulties. The interventions based on these are mainly related to support, counselling, and education. It is important to listen to the patient and relatives, provide understandable information, and involve them in decision-making. It is also important to support the coping of relatives and reduce their burden. Such an approach helps to better cope with the situation and supports the well-being of both the patient and relatives at the end of life.

Keywords: nursing care; terminally ill patient; relatives; nursing diagnoses; nursing interventions.

SISUKORD

SISSEJUHATUS.....	6
1. METOODIKA	9
2. TERMINAALSES SEISUNDIS PATSIENDI JA TEMA LÄHEDASTE PROBLEEMID JA VAJADUSED	12
2.1. Terminaalses seisundis patsiendi ja tema lähedaste probleemid	12
2.2. Terminaalses seisundis patsiendi ja tema lähedaste vajadused.....	13
3. ÕENDUSABI ELULÕPU HOOLDUSES PATSIENDILE JA TEMA LÄHEDASTELE 15	
3.1. Probleemikesksed õendusdiagnoosid ja sekkumised	15
3.2. Riskikesksed õendusdiagnoosid ja sekkumised	18
3.3. Tervisedenduslikud õendusdiagnoosid ja sekkumised	21
ARUTELU	24
JÄRELDUSED.....	28
KASUTATUD KIRJANDUS	29

SISSEJUHATUS

Palliativne ravi puudutab valdavat osa krooniliste progresseeruvate haigustega inimesi. Enamus palliativset ravi vajavaid patsiente kannatavad vähist, südame-veresoonkonna haigustest ja kroonilistest hingamisteede haigustest põhjustatud vaevuste all. Inimeste elukvaliteedi tagamine pärast aktiivravi vajab sageli kompleksset toetamist. Vaevusteks võivad olla näiteks valud, hingamisraskused, iiveldus, verejooksud, palavik, nõrkus ning levinud on ärevus ja depressiivsed episoodid. Eestis ei ole palliativse ravi teenuste osutamine ühtlase korraldusega ning teenuste kättesaadavus on piirkonniti varieeruv. Teenuste kättesaadavus oleneb patsiendi või lähedaste teadlikkusest palliativse ravi abivõimaluste kohta. Vajadus ravi- ja psühhosotsiaalsete teenuste järele kasvab ning see seab olulised väljakutsed ka palliativse ravi korraldusele kõikidel tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi tasanditel. (Kalda jt, 2023)

Koduse palliativravi tõhusus sõltub patsiendi, perekonna, koduõe ja arsti vahelisest tihedast koostööst. Koduses keskkonnas ja perekonnaga koosolemine on surevale patsiendile oluline. Samas nõuab kodune palliativravi kogemust ja pädevust ning regulaarselt toetavat mentorlust (Danielson jt, 2018). Paljud patsiendid soovivad veeta elu viimased päevad kodus ning kogukonnaõenduse olemasolu viimastel elukuudel on oluline tegur kodus suremise võimaldamisel (Sørstrøm jt, 2024). Palliativraavis on koduõde ühenduslüliks patsiendi ja palliativravi arsti vahel, kui patsiendi seisund ei võimalda tal arsti vastuvõtule tulla. Koduõde külastab patsienti tema kodus, hindab patsiendi tervislikku seisundit ja esmaseid meditsiinilisi vajadusi, teeb arsti määratud protseduure (sidumised, analüüside võtmine jm) ning hindab ravimite toimet. (Palliativravikeskus, 2023)

Eesti Õdede Liit koostöös Eesti Haigekassa ja Koduõdede seltsinguga on koostanud koduõenduse tegevusjuhendi (2015), milles märgitakse koduõenduse sihtgrupis ka terminaalstaadiumis patsiente. Samas dokumendis märgitakse, et vajadus koduõenduse järgi on tunduvalt suurem, teenuse maht sõltub riiklikest lepingutest ning koduõendusteenuse kättesaadavus maapiirkondades on kasin (Koduõenduse..., 2015). Lisaks on Tartu Ülikooli koordineerimisel aastatel 2020 – 2021 koostatud patsiendijuhend „Vaevuste leevendamine palliativses ravis“ ning ravijuhendid „Palliativse ravi juhend (I osa), sümptomaatiline ravi“ ja „Palliativne ravi (II osa) ning erakorraliste seisundite käsitlemine, elulõpuravi ja palliativse ravi korraldus.“ (Tervisekassa, 2021). Need juhendid hõlmavad soovitusi tegutsemiseks konkreetsete tervisehäirete korral, kuid patsientide ja pereliikmete psühholoogilise nõustamise ja koduõde enda vaimseks ettevalmistuseks suunised puuduvad.

Uurimisprobleem: Eestis on palliatiivse ravi korraldus ebahütlane ning teenuste kättesaadavus varieerub piirkonniti, sõltudes sageli patsiendi või tema lähedaste teadlikkusest abivõimalustest (Kalda jt, 2023). Koduse palliatiivse ravi vajadus ületab teenuse pakkumise võimalusi, mistõttu langeb oluline osa elulõpu hooldusest koduõdedele (Suija jt, 2012). See eeldab koduõdedelt valmisolekut hinnata patsiendi ja lähedaste probleeme ning vajadusi, rakendada sobivaid õendusdiagnoose ja sekkumisi ning teha koostööd piiratud ressursside tingimustes. Koduõenduse kvaliteeti mõjutavad õdede pädevus, ressursside kättesaadavus ja koostöö erinevate osapooltega (Sørstrøm jt, 2024). Järjepidev ja õenduslikult koordineeritud kodune palliatiivravi võib parandada patsientide ja lähedaste rahulolu ning elukvaliteeti (Demuro jt, 2024). Õendusdiagnoosid on kliinilised otsused, mis on aluseks õendusabi meetmete valikul, et saavutada tulemusi, mille eest vastutab õde, kuid praktikas ei pruugi kõik õed õendusdiagnoose kasutada ning võivad järgida arsti juhiseid või kehtivaid eeskirju (Herdman jt, 2024).

Lõputöö **eesmärk** on kirjeldada terminaalses seisundis patsiendi ja tema lähedaste probleeme ja vajadusi ning kirjeldada terminaalses seisundis patsiendi õendusdiagnoose ja õenduslikke sekkumisi palliatiivses koduõenduses.

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

1. Kirjeldada terminaalses seisundis patsiendi ja tema lähedaste probleeme ja vajadusi palliatiivses koduõenduses.
2. Kirjeldada õendusdiagnoose ja sekkumisi terminaalses seisundis patsiendile ja tema lähedastele.

Uurimistöo kesksed mõisted:

Palliatiivravi (*palliative care*) on lähenemisviis, mis parandab eluohtlike haigustega patsientide ja nende perekondade elukvaliteeti. See ennetab ja leevendab kannatusi, valu ja haigusega kaasnevaid füüsilisi, psühhosotsiaalseid või vaimseid probleeme varajase tuvastamise, õige hindamise ja ravimise kaudu. (WHO, 2020)

Terminaalne seisund (*terminal illness*) on ravimatu haigus, mis eeldatavasti lõpeb surmaga. Haigus on pöördumatu, mistõttu ravi eesmärk on parandada enesetunnet mitte haigust ennast ravida. (Cleveland Clinic, 2024)

Koduõendus (*home nursing care*) on arsti ettekirjutusel osutatav kvalifitseeritud õendusteenus, mida pakutakse koduvisiidi käigus patsiendi elu- või viibimiskohas ägedast haigusest taastuvatele, kroonilist haigust põdevatele või piiratud toimetulekuvõimega inimestele ning mida osutab vastava tegevusloaga õendusabi pakkuja. (Eesti Õdede Liit jt, 2015)

Õendusdiagnoos (*nursing diagnosis*) on kliiniline otsus, mis käsitleb üksikisiku, perekonna või elanikkonna inimreaktsiooni terviseprobleemidele või eluprotsessidele või vastuvõtlikkust sellele reaktsioonile ning on aluseks õendussekkumiste valikule, et saavutada tulemusi, mille eest vastutab õde. (Herdman jt, 2024)

Õendussekkumised (*nursing interventions*) on õe poolt kavandatud ja teostatud tegevused, mis põhinevad kliinilisel otsustamisel ning erialastel teadmistel ja mille eesmärk on toetada patsiendi tervise paranemist ja heaolu. (Butcher jt, 2018)

1. METOODIKA

Käesolev lõputöö on kirjanduse ülevaade, mille eesmärk on kirjeldada terminaalses seisundis patsiendi ja tema lähedaste probleeme ja vajadusi ning selgitada õendusdiagnooside ja sekkumiste kaudu elulõpu õendusabi palliatiivses koduõenduses. Kirjanduse ülevaade võimaldab tõenduspõhiselt hinnata käsitletava teema kajastumist teaduskirjanduses, tuvastada valdkonna võtmeküsimusi, kitsaskohti ja arengusuundi (Tikito ja Souissi, 2019). Metoodiliselt põhineb töö loogilisel ja struktureeritud teabe kogumisel, sünteesil ja tõlgendamisel, et koondada olemasolevad teadmised ja anda teaduslik ülevaade palliatiivse koduõendusabi osutamisest terminaalse seisundiga patsiendile (Õunapuu, 2014).

Andmete kogumiseks kasutati Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli raamatukogu kaudu juurdepääsetavaid teadusandmebaase PubMed, ScienceDirect ja EBSCOhost. Täiendavate allikate leidmiseks kasutati otsingumootoreid Google ja Google Scholar ning Eesti teadus- ja lõputööde andmebaase RiksWeb, DSpace ja ESTER.

Kirjandusallikate valiku eesmärk oli leida artikleid, mis käsitlevad palliatiivse koduõendusabi osutamist terminaalse seisundiga patsiendile ning sellega seotud tegureid. Allikate otsingul kasutati nii eesti- kui ingliskeelseid otsingusõnu ja fraase, mida omavahel kombineeriti. Esmased otsingusõnad tulenesid otseselt uurimistöö eesmärgist ja pealkirjast ning olid: palliatiivravi (*palliative care*), terminaalne seisund (*terminal illness*), elu lõpu ravi (*medical care at the end of life; end of life care*), koduõendusteenus (*home nursing service; in-home nursing*). Teisased otsingusõnad täpsustasid ja laiendasid otsingut ning hõlmasid mõisteid nagu kodune palliatiivravi (*home-based palliative care*), surev patsient (*dying patient*), sümptomite leevendamine (*symptom management*), õendusabi (*nursing care*), patsiendi ja lähedaste toetamine (*family support; caregiver support*), elukvaliteet (*quality of life*) ning hooldus elu lõpus (*end-of-life support*).

Artiklite valikul lähtuti eelnevalt määratletud kaasamis- ja välistamiskriteeriumidest, et tagada kirjanduse ülevaate süsteemsus ja läbipaistvus. Analüüsi kaasati eelretsenseeritud teadusartiklid, mis on avaldatud ajavahemikus 2015–2026 ning on kättesaadavad täistekstina. Arvesse võeti inglise- ja eestikeelseid väljaandeid, mille fookus oli palliatiivsel ravil, koduõendusel, terminaalse seisundiga patsiendi hooldusel või tema lähedaste toetamisel. Selline ajavahemik valiti eesmärgiga kasutada võimalikult ajakohast teaduskirjandust, mis

peegeldab kaasaegseid palliatiivse ravi ja koduõenduse praktikaid. Töö koostamisel kasutati kokku 40 allikat.

Kirjanduse kogumisprotsess toimus kahes etapis. Esmalt viidi läbi esmane otsing märksõnade alusel erinevates teadusandmebaasides, seejärel valiti sobivad artiklid pealkirja ja abstrakti põhjal. Artiklite lõplik sobivus kinnitati täisteksti lugemisel. Analüüsist jäeti välja artiklid, mis ei käsitlenud terminaalses seisundis patsienti, palliatiivset koduõendust või lähedaste vajadusi ja toimetulekut, samuti väljaanded, mille täistekst ei olnud kättesaadav või mille sisu ei vastanud töö eesmärgile. Valitud allikaid loeti korduvalt, et hinnata nende sisu kvaliteeti, usaldusväärsust ja vastavust uurimistöö eesmärgile.

Õendusdiagnoosid valiti NANDA *International* taksonoomiast (Herdman jt, 2024), lähtudes lõputöös käsitletud terminaalses seisundis patsientide ja nende lähedaste probleemidest palliatiivses koduõenduses. Õendusdiagnooside valiku aluseks olid teaduspõhistes artiklites kirjeldatud sagedamini esinevad probleemid, mis puudutavad nii patsiente kui ka nende lähedasi. Valitud õendusdiagnoosidest lähtuvalt määrati sobivad õendussekkumised, tuginedes *Nursing Interventions Classification (NIC)* süsteemile (Butcher jt, 2018). Sekkumiste valikul arvestati nende sobivust terminaalses seisundis patsiendi ja tema lähedaste vajaduste toetamiseks palliatiivses koduõenduses.

Töö on koostatud tuginedes hea teadustava (2023) põhimõtetele, mille aluseks on ausus, objektiivsus, vastutus ja teaduseetika järgimine. Kõik kasutatud allikad on viidatud korrektselt vastavalt APA 7 viitamisstiilile ning töö autorid on esitanud teiste teadlaste mõtted täpselt, ilma sisu moonutamata. Usaldusväärsuse tagamiseks kasutati tõenduspõhiseid, eelretsenseeritud teadusartikleid, mis on avaldatud rahvusvaheliselt tunnustatud teadusajakirjades. Allikate usaldusväärsust hinnati nende teadusliku kehtivuse ja meetodilise kvaliteedi põhjal, pöörates tähelepanu uurimuse disainile, andmete kogumise meetoditele ja tulemuste põhjendatusele.

Lõputöös kasutatakse usaldusväärsete meditsiiniühingute, haiglate kompetentsikeskuste ja tervishoiukõrgkoolide publikatsioone ning teaduspõhisuse tunnustele vastavaid uuringuid ja artikleid. Võimalusel kasutatakse viimase kümne aasta jooksul ilmunud väljaandeid. Lõputöö vormistamisel järgitakse Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli poolt kehtestatud üliõpilaste kirjalike tööde vormistamise juhendit. Kõik allikad on viidatud vastavalt nõuetele. Inglisekeelsete allikate tõlkimisel ja refereerimisel ei ole teksti sisu ega mõtet muudetud.

Tehisintellekti (ChatGPT) kasutati töö koostamisel abivahendina keeleliseks toimetamiseks, teksti struktureerimiseks ja sõnastuse parandamiseks. Tehisintellekti abil loodud või muudetud sisu kontrolliti autori poolt korduvalt üle ning võrreldi kasutatud teadusallikatega, et tagada esitatud informatsiooni täpsus, vastavus allikatele ja akadeemiline usaldusväärsus. Kõik lõputöös esitatud sisulised seisukohad, analüüs ja järeldused põhinevad autori valitud teaduskirjandusel ja kriitilisel analüüsil.

2. TERMINAALSES SEISUNDIS PATSIENDI JA TEMA LÄHEDASTE PROBLEEMID JA VAJADUSED

2.1. Terminaalses seisundis patsiendi ja tema lähedaste probleemid

Terminaalne seisund palliatiivses ravis tähendab raske haigusega seotud olukorda, mis on seotud tõsise tervisega seotud kannatusega ning esineb eriti elu lõpus. Palliatiivne ravi on aktiivne ja holistiline hooldus igas vanuses inimestele, kellel esineb raske haigusega seotud kannatus, ning selle eesmärk on parandada patsientide, nende perede ja hooldajate elukvaliteeti (Radbruch jt, 2020). Palliatiivne ravi on tervishoiusüsteemide oluline osa, mille eesmärk on parandada patsientide ja nende perede elukvaliteeti läbi kannatuste ennetamise ja leevendamise. See hõlmab valu ja muude probleemide varajast tuvastamist ning käsitlemist, sealhulgas füüsilisi, psühhosotsiaalseid ja spirituaalseid aspekte. Samas on palliatiivse ravi kättesaadavus paljudes riikides ebapiisav, mistõttu kogevad paljud patsiendid ja nende lähedased välditavaid kannatusi (WHO, 2014). Samuti rõhutatakse patsiendi õigust saada adekvaatset teavet ja osaleda otsustusprotsessis (World Health Assembly, 2014).

Palliatiivses ravis on oluline elu lõpu lähenevate patsientide varajane tuvastamine, vajaduste holistiline hindamine, lähedaste toetamine, ravi regulaarne hindamine ning erinevate spetsialistide koostöö (NICE, 2019). Palliatiivse ravi vajadus ei piirdu üksnes vähidiagnoosiga patsientidega, vaid ei sõltu üksnes diagnoosist ning on seotud erinevate teguritega, nagu füüsilised sümptomid, psühholoogiline distress ja sotsiaalne tugi, ning võib esineda kogu haiguse kulgemise vältel (Murtagh jt, 2014). Suremist kirjeldatakse sageli medikaliseerunud protsessina, kus osa patsiente saab elu lõpus ülemäärast ravi, samal ajal kui teised jäävad ilma piisavast valu leevendusest. Samal ajal on vähenenud perede ja kogukondade roll, kuigi suremine on olemuselt sotsiaalne ja relatsiooniline protsess, mida mõjutavad laiemad ühiskondlikud tegurid (Sallnow jt, 2022). Seetõttu pakub palliatiivne ravi pakub toetust patsientidele, nende peredele ja hooldajatele nii haiguse ajal kui ka leinaperioodil (Radbruch jt 2020).

Terminaalsetes seisundis patsiendi hooldus langeb sageli pereliikmetest hooldajatele, kelle roll on pakkuda igapäevast abi ja reageerida patsiendi vajadustele. Selline hooldus võib kaasa tuua märkimisväärse koormuse, kuna hooldajad jätavad sageli oma vajadused tagaplaanile ning nende heaolu võib halveneda (Koo jt, 2025). Sama probleem ilmneb ka kodupõhise palliatiivse hoolduse kvalitatiivses käsitluses, kus hooldajad kirjeldavad füüsilist kurnatust, öist ärkamist

ja enda tervise unarusse jätmist, kuna nad pühenduvad patsiendi hooldamisele ning nende igapäevaelu hakkab alluma patsiendi vajadustele (Li jt, 2026).

Lisaks füüsilisele koormusele on terminaales seisundis patsiendi lähedaste probleemid selgelt psühholoogilised ja sotsiaalsed. Hooldajad kogevad ärevust, depressiooni, üksildust, hirmu läheneva kaotuse ees ning tähenduse kaotuse ja eksistentsiaalse ebakindlusega seotud raskusi, mis mõjutavad nende üldist elukvaliteeti (Koo jt, 2025; Usai jt, 2025). Uuring näitas, et märkimisväärne osa hooldajatest koges mõõdukat kuni rasket koormust ning see oli seotud madalama füüsilise, psühholoogilise ja sotsiaalse elukvaliteediga. Suuremat koormust esines enam nende seas, kes hooldasid vanemaalisi patsiente, kelle haigus oli kestnud pikemat aega, või kelle hooldajaks oli patsiendi laps (Shafeek jt, 2024). Ka kodupõhise palliativse hoolduse kvalitatiivne uuring näitab, et hooldajad kogevad emotsionaalset koormust, sealhulgas kurbust ja abitust, ning pikaajaline emotsioonide kuhjumine süvendab psühholoogilist distressi (Li jt, 2026). Süstemaatiline ülevaade kinnitab samuti, et hooldajate rahuldamata vajadused on seotud eelkõige informatsiooni puuduse, ebapiisava emotsionaalse toe ja praktilise abi vähesusega ning need esinevad erinevates palliativse ravi keskkondades, sealhulgas kodus, hospitsis ja haiglas (Usai jt, 2025).

Probleemid ei piirdu ainult hooldaja isikliku ülekoormusega, vaid on seotud ka perekondliku ja ühiskondliku tugisüsteemi puudulikkusega. Kui perekondlik toetus on vähene, langeb vastutus sageli ühele hooldajale, mis suurendab koormust. Samuti lisandub majanduslik surve, mis on seotud ravikulude ja hooldamisega (Li jt, 2026). Hooldajate probleemid on seotud ka vähese toetusega tervishoiusüsteemist, ebapiisava informatsiooniga ning olukorraga, kus patsienti toetav hooldaja on korraga justkui nähtav ja nähtamatu – tema panus on vajalik, kuid tema enda vajadused jäävad sageli tähelepanuta (Koo jt, 2025). Lisaks rahuldamata vajadused puudutavad eelkõige infot, praktilist abi ja emotsionaalset tuge ning nende puudumine mõjutab otseselt nii hooldaja kui ka patsiendi heaolu (Usai jt, 2025).

2.2. Terminaales seisundis patsiendi ja tema lähedaste vajadused

Palliativne ravi pakub toetust, et aidata patsientidel elada võimalikult täielikult kuni surmani ning toetab peret ja hooldajaid nii haiguse ajal kui ka leinaperioodil. Hooldus arvestab patsiendi ja perekonna kultuurilisi väärtusi ning on rakendatav erinevates tervishoiukeskkondades ja kõigil tasanditel (Radbruch jt, 2020). Terminaales seisundis patsiendi vajadused hõlmavad

füüsilist, emotsionaalset ja sotsiaalset mõõdet, kus keskne on sümptomite, eeskätt valu ja väsimuse leevendamine ning piisava puhkuse tagamine. Emotsionaalselt vajab patsient tuge hirmu ja ebakindlusega toimetulekul ning võimalust säilitada oma identiteet ja enesehinnang. Samuti on oluline selge ja usaldusväärne teave haiguse kulust ja ravivõimalustest, et patsient saaks osaleda otsustes ja väljendada oma eelistusi (López-Salas jt, 2024). Üksi elavad patsiendid moodustavad eraldi riskirühma, kuna neil on suurem tõenäosus hospitaliseerimiseks ning sagedamini esineb sotsiaalset isolatsiooni ja toimetulekuraskusi, samas kui hooldaja olemasolu seostub parema heaolu ja ravile ligipääsuga elu lõpus (Aoun, Breen ja Howting, 2014).

Terminaaelses seisundis patsiendi lähedaste kogemus koduse hosiitsravi alguses on seotud märkimisväärse psühholoogilise distressi ja hoolduskoormusega. Uuring näitab, et hoolduskoormus on keskne tegur, mis vahendab seost hooldaja sotsiaalsete suhete kvaliteedi ning ärevuse ja depressiooni vahel, eriti intensiivse kohanemisperioodi ajal hosiitsravi alguses (Reblin jt, 2016). Hoolduskoormus ei tulene üksnes praktilistest hooldustegevustest, vaid ka pidevast vastutusest ja vajadusest reageerida patsiendi seisundi muutustele. Hooldajad vajavad kogu haiguse kulgemise vältel selget ja ajakohast teavet haiguse progresseerumise, sümptomite käsitlemise ning suremise protsessi kohta, kuna teabe puudulikkus või hiline edastamine suurendab ebakindlust ja hoolduskoormust. Samuti vajavad nad juhiseid otsustusprotsessides osalemiseks ning tuge suhtlemisel tervishoiutöötajatega, mis aitab suurendada kindlustunnet hooldaja rollis (Flemming jt, 2019).

Kodus palliativses hoolduses langeb hooldus suurel määral pereliikmetele ning hooldajad kogevad puudujääke teadmistes ja oskustes, mis on vajalikud patsiendi hooldamiseks (Li jt, 2026). Samuti on oluline ligipääs tervishoiuteenustele, selgele ja arusaadavale informatsioonile ning kogukonnapõhiste teenustele, mis aitavad vähendada hoolduskoormust ja toetada otsuste tegemist keerulistes olukordades. Hooldajate toetamine eeldab tervishoiusüsteemi tasandil koordineeritud lähenemist, kus perearstid ja teised spetsialistid tagavad järjepideva suhtluse, nõustamise ning abi korraldamise, mis aitab vähendada hoolduskoormust ja parandada nii patsiendi kui ka hooldaja elukvaliteeti (Lapa jt, 2025). Hooldajad vajavad emotsionaalset tuge, tunnustust ja oma rolli valideerimist, kuna nende isiklikud vajadused jäävad sageli patsiendi vajaduste varju (Koo jt, 2025). Samuti vajavad nad pidevat ligipääsu praktilisele abile, sealhulgas hooldusvahenditele, rahalisele toetusele ja professionaalsetele nõuannetele, mis aitavad vähendada ebakindlust ja parandada hoolduse kvaliteeti (Koo jt, 2025; Usai jt, 2025).

3. ÕENDUSABI ELULÕPU HOOLDUSES PATSIENDILE JA TEMA LÄHEDASTELE

3.1. Probleemikesksed õendusdiagnoosid ja sekkumised

Probleemikesksed õendusdiagnoosid põhinevad kliinilisel otsusel, millega kirjeldatakse patsiendi või tema lähedaste tegelikku reaktsiooni terviseseisundile. Selle alusel planeeritakse õendussekkumised ja oodatavad tulemused (Herdman jt, 2024). Õendussekkumised on standardiseeritud tegevused, mis põhinevad kliinilisel otsustamisel ja erialastel teadmistel ning mille eesmärk on parandada patsiendi tervisetulemusi. Need võivad olla nii iseseisvad kui ka koostöös tehtavad ning hõlmavad nii otsest patsiendihooldust kui ka kaudseid tegevusi, mis toetavad ravi ja hoolduse korraldust (Butcher jt, 2018).

Terminaaelses seisundis patsiendid kogevad tugevat emotsionaalset distressi, mis on seotud läheneva surma, ebakindluse ja hirmuga. Elulõpu faasis on patsientide peamiseks probleemideks hirm suremise ees, ebakindlus haiguse kulgemise suhtes ning vajadus tulla toime surmaga seotud emotsioonidega. Surma lähenemine tekitab patsientides hirmu, ärevust ja vajadust mõtestada oma olukorda, mis muudab emotsionaalse toe üheks keskseks vajaduseks (López-Salas jt, 2024). Lisaks on leitud, et puudulik ja ebaselge informatsioon haiguse prognoosi ja suremisprotsessi kohta suurendab ebakindlust ning süvendab ärevust. Patsientide vajadus saada selget infot selle kohta, mida oodata haiguse lõppfaasis, on otseselt seotud nende võimega toime tulla surmaga seotud hirmude ja emotsionaalse koormusega (Flemming jt, 2019). Emotsionaalne distress ja ärevus on palliatiivses ravis üks olulisemaid rahuldamata vajadusi ning on seotud nii teadmatusel tuleneva ebakindluse kui ka surma ja kannatuste eelaimusega (Usai jt, 2025). Varajane palliatiivravi on seotud parema elukvaliteedi, väiksema sümptomite intensiivsuse ning madalama depressiivsuse tasemega, eriti esimese 3–6 kuu jooksul (Zanghelini jt, 2018).

Surmaga seotud liigne ärevus (00399, valdkond 9), mida defineeritakse kui valdav emotsionaalne düstress ja ebakindlus, mis on tingitud enda või teiste surma ootamisest. Määravateks tunnusteks on näiteks hirm suremisprotsessi ees, hirm tundmatu ees, hirm valu ja kannatuserohke suremise ees, hirm lähedastest lahusoleku ees, mure selle pärast, kuidas tema surm mõjutab lähedast, sügav kurbus ning negatiivsed mõtted surmast ja suremisest. Seonduvateks teguriteks on valu ja kannatuste eelaimus, teadlikkus lähenevast surmast,

depressiooni sümptomid, üksildus, vaimne düstress, ebakindlus haiguse prognoosi suhtes ning ebameeldivad füüsilised sümptomid. (Herdman jt, 2024)

Eluohtlike haiguste korral esineb tõsine tervisega seotud kannatus, mis kahjustab emotsionaalset ja psühholoogilist toimimist ning vajab meditsiinilist sekkumist leevendamiseks (Knaul jt, 2018). Patsiendid vajavad täpset ja arusaadavat informatsiooni haiguse kulgemise, prognoosi ja ravivõimaluste kohta, et vähendada ebakindlust ja toetada otsuste tegemist (López-Salas jt, 2024). Õigeaegne, selge ja kaastundlik kommunikatsioon tervishoiutöötajatega ning võimalus nendega kergesti ühendust saada toetab toimetulekut ja vähendab stressi (Flemming jt, 2019). Emotsionaalse ja psühholoogilise toe puudumine on samuti seotud suurenenud stressi, ärevuse ja depressiooniga, mistõttu on vajalik nende vajaduste märkamine ja toetamine (Usai jt, 2025). Lisaks on oluline tervishoiuteenuste kättesaadavus, hoolduse koordineerimine ning selge kommunikatsioon erinevate spetsialistide vahel, kuna see mõjutab otseselt nii patsiendi kui ka hooldaja toimetulekut (Lapa jt, 2025). Hoolduskoormus ja emotsionaalne distress on omavahel seotud ning lähedaste toetamine ja kaasamine on oluline osa hooldusprotsessist (López-Salas jt, 2024; Reblin jt, 2016). Sellest tulenevalt on asjakohased õendussekkumised emotsionaalse toe pakkumine (5270), ärevuse vähendamine (5820), haigusealane õpetamine (5602), ettevalmistav nõustamine (5210) ning perekonna kaasamise toetamine (7110), mille tegevused hõlmavad patsiendi tunnete kuulamist ja toetamist, selge informatsiooni andmist haiguse kulgemise kohta, ärevuse leevendamist rahustava ja turvalise keskkonna loomise kaudu ning patsiendi ja tema lähedaste kaasamist hooldus- ja otsustusprotsessi (Butcher jt, 2018).

Terminaalse haiguse korral ei piirdu patsiendi kannatus ainult füüsiliste sümptomitega, vaid hõlmab ka psühholoogilist ja hingelist distressi, mis mõjutab oluliselt elukvaliteeti (Austin jt, 2024) Palliatiivravi keskendub eluohtlike seisunditega seotud füüsiliste ja psühholoogiliste sümptomite leevendamisele, mis viitab vajadusele käsitleda patsiendi kannatust terviklikult (Knaul jt, 2018). Lisaks esinevad terminaalses seisundis patsientidel emotsionaalne distress, ärevus ja ebakindlus, mis on seotud psühholoogilise mugavuse häiretega (López-Salas jt, 2024; Usai jt, 2025). Samuti kogevad patsiendid hirmu ja emotsionaalset koormust, mis süveneb, kui puudub piisav informatsioon ja tugi (Flemming jt, 2019; Lapa jt, 2025).

Häiritud elulõpumugavuse sündroom (00342, valdkond 12), mida defineeritakse kui läheneva surma tõttu halvenenud füüsiliste, psühholoogiliste, sotsiaalsete ja hingeliste ilmingute kogum. Määravateks tunnusteks on surmaga seotud liigne ärevus, häiritud psühholoogiline mugavus, häirunud hingeline heaolu ning puudulik sotsiaalne tugivõrgustik.

Seonduvateks teguriteks on ärevus, depressiooni sümptomid, hirm, stressorid, kannatamine ning tunne, et surm on lähedal (Herdman jt, 2024). Õendussekkumised hõlmavad ärevuse vähendamist (5820), emotsionaalse toe pakkumist (5270), haigusealast õpetamist (5602) ning hingelise toe pakkumist (5420), mille tegevused hõlmavad patsiendi hirmude ja tunnete väljendamise soodustamist, empaatilist kuulamist ja emotsioonide tunnustamist, selge ja arusaadava informatsiooni andmist haiguse kulgemise, prognoosi ja suremisprotsessi kohta ning patsiendi uskumuste ja väärtuste arvestamist ja toetust elulõpu tähenduse mõtestamisel (Butcher jt, 2018). Terminaalses seisundis patsiendid vajavad emotsionaalset tuge hirmu ja ebakindlusega toimetulekuks (López-Salas jt, 2024), selget ja õigeaegset informatsiooni ärevuse vähendamiseks (Flemming jt, 2019) ning võimalust käsitleda surmaga seotud eksistentsiaalseid küsimusi (Usai jt, 2025; Lapa jt, 2025).

Terminaalses seisundis patsiendi hooldus on seotud füüsilise, emotsionaalse ja psühholoogilise koormusega, mis süveneb haiguse progresseerumisel ja patsiendi vajaduste suurenemisel. Hooldajad kogevad stressi, kurnatust ning raskusi igapäevaelu ja hooldusülesannete tasakaalustamisel (López-Salas jt, 2024). Hoolduskoormust suurendavad ebapiisav toetus, informatsiooni puudus ning raskused tervishoiusüsteemis orienteerumisel (Usai jt, 2025; Lapa jt, 2025). Hoolduskoormus on seotud emotsionaalse distressi, ärevuse ja depressiooniga ning võib süveneda sotsiaalse ja professionaalse toe puudumisel (Reblin jt, 2016; Flemming jt, 2019). Lisaks kogevad hooldajad füüsilist kurnatust ja unehäireid, mis on seotud pikaajalise hoolduskoormusega (Li jt, 2026; Koo jt, 2025). Mitteametlik hooldus on seotud hooldaja füüsilise ja vaimse tervise halvenemisega ning võib põhjustada suurenenud depressiivseid sümptomeid, eriti intensiivse hoolduskoormuse korral (Bom jt, 2019).

Liigne hoolduskoormus (00366, valdkond 9), mida defineeritakse kui üle jõu käiv mitmemõõtmeline pingutus lähedase eest hoolitsemisel. Määravateks tunnusteks on raskused oma tervisevajaduste rahuldamisel, raskused isiklike vajaduste rahuldamisel, väsimus, une-ärkvelolekurütmi muutus, ärevus, depressiooni sümptomid, frustratsioon ning tunne, et ollakse üksildane. Seonduvateks teguriteks on raskused toetuse kättesaamisega, raskused tervishoiusüsteemis orienteerumisel, raskused konkureerivate rollikohustuste täitmisel ning vähesed teadmised olemasolevatest ressurssidest (Herdman jt, 2024). Õendussekkumisteks on emotsionaalse toe pakkumine (5270), nõustamine (5240), haigusealane õpetamine (5602) ning perekonna kaasamise toetamine (7110). Nende sekkumiste tegevused hõlmavad hooldaja kuulamist ja tema kogemuse tunnustamist, abi stressi ja ärevuse mõistmisel, selge ja arusaadava info andmist haiguse kulgemise ning hooldusvajaduste kohta ning juhendamist olemasolevate

tugivõimaluste kasutamisel (Butcher jt, 2018). Samuti aitab emotsionaalne ja praktiline tugi leevendada stressi, ärevust ja kurnatust, mida hooldajad kogevad igapäevaste hooldusülesannete ja vastutuse tõttu (López-Salas jt, 2024; Reblin jt, 2016). Lisaks on oluline pakkuda juhiseid ja infot, mis aitavad vähendada ebakindlust ning parandada hooldaja võimet tulla toime füüsilise kurnatusega (Flemming jt, 2019) ning öise ärkamisega seotud koormusega (Li jt, 2026; Koo jt, 2025).

3.2. Riskikesksed õendusdiagnoosid ja sekkumised

Riskiõendusdiagnoos on kliiniline otsus, mis kirjeldab inimese, perekonna või elanikkonna suurenenud vastuvõtlikkust võimaliku soovimatu reaktsiooni kujunemisele tervises seisundite või eluprotsesside suhtes tulevikus. NANDA-I nimetustes tähistatakse seda sõnaga „risk“ ning diagnoosi määramine eeldab riskitegurite olemasolu, mis seda vastuvõtlikkust suurendavad. (Herdman jt, 2024)

Terminiaalses seisundis patsiendi lähedased seisavad silmitsi läheneva kaotusega, millega kaasneb märkimisväärne emotsionaalne koormus, ärevus ja eksistentsiaalne ebakindlus. Uuringud näitavad, et hooldajad kogevad hirmu, kurbust, abitust ning tugevat emotsionaalset distressi juba enne patsiendi surma, mis võib mõjutada nende toimetulekut leinaga (Usai jt, 2025). Samuti on leitud, et puudulik sotsiaalne ja professionaalne tugi ning informatsiooni vähesus süvendavad ebakindlust ja raskendavad emotsionaalset kohanemist (Lapa jt, 2025; Flemming jt, 2019). Lähedase hooldamine enne surma on seotud ka pikaajalise psühholoogilise koormusega, mis võib suurendada riski leinaga kohanemisel pärast kaotust (Reblin jt, 2016; López-Salas jt, 2024).

Leinaga kohanematuse risk (00302, valdkond 9), mida defineeritakse kui võimalikud lähedase surmaga seoses tekkivad reaktsioonid, mille puhul leinaga kaasnev düstress ei ole sotsiaal-kultuuriliselt ootuspärane. Riskiteguriteks on raskused samaaegsete kriisidega toimetulekul, tugev emotsionaalne häire ning puudulik sotsiaalne tugi (Herdman jt, 2024). Leinaga seotud kogemused ja toetuse vajadus erinevad inimeste vahel märkimisväärselt, kusjuures osa leinajatest vajab oluliselt rohkem toetust ning on suuremas riskis keeruliseks leinareaktsiooniks (Aoun jt, 2015). Õendussekkumised hõlmavad emotsionaalse toe pakkumist (5270), leinanõustamist (5230), nõustamist (5240) ning perekonna kaasamise toetamist (7110), mille tegevused hõlmavad lähedaste tunnete kuulamist ja valideerimist, leinaga seotud

reaktsioonide selgitamist, turvalise keskkonna loomist emotsioonide väljendamiseks ning lähedaste kaasamist hooldus- ja otsustusprotsessi (Butcher jt, 2018). Leinatoe vajadus ei ole kõigil ühesugune ning toetuse pakkumine peab olema kohandatud vastavalt leinaja riskitasemele ja vajadustele (Aoun jt, 2015). Selline lähenemine aitab vähendada emotsionaalset distressi, toetab toimetulekut kaotusega ning leevendab ebakindlust olukorras, kus lein on seotud pikaajalise hoolduskoormuse ja läheneva surmaga (Usai jt, 2025; Lapa jt, 2025; Reblin jt, 2016).

Terminiaalses seisundis patsiendid seisavad silmitsi eksistentsiaalsete küsimustega, mis on seotud elu mõtte, surma tähenduse ja oma olukorra mõtestamisega. Uuringud näitavad, et elulõpu faasis kogevad patsiendid hingelist distressi, mis väljendub üksilduses, lootusetuses ja vajaduses leida tähendus oma kogemusele (Usai jt, 2025), ning lisaks avaldub ärevuse, lootusetuse ja tähenduse kaotuse tundena (Austin jt, 2024). Samuti on leitud, et ebapiisav emotsionaalne ja sotsiaalne tugi ning piiratud võimalused oma mõtete ja tunnete väljendamiseks süvendavad hingelise heaolu halvenemist (Lapa jt, 2025). Lisaks on surmaga seotud teadlikkus, kannatus ja lõpetamata asjade tunnetamine seotud sügavama eksistentsiaalse ebakindlusega (López-Salas jt, 2024).

Hingelise heaolu halvenemise risk (00460) tähendab kui võimalik elu mõtte ja eesmärgi vähenenud lõimimine seoses iseenda, kaasinimeste, maailma ja/või kõrgema jõuga. Riskiteguriteks on ärevus, depressiooni sümptomid, puudulik sotsiaalne tugi, üksildus, stressorid ning teadlikkus lõpetamata asjatoimetustest (Herdman jt, 2024). Hingeline heaolu on üks olulisemaid elukvaliteeti mõjutavaid tegureid palliatiivses ravis (Austin jt, 2025).

Õendussekkumised hõlmavad hingelise toe pakkumist (5420), emotsionaalse toe pakkumist (5270), nõustamist (5240) ning kohaloleku pakkumist (5340), mille tegevused hõlmavad patsiendi uskumuste ja väärtuste austamist, võimaluse loomist eksistentsiaalsete küsimuste arutamiseks, aktiivset kuulamist ja emotsioonide tunnustamist ning turvalise ja toetava keskkonna kujundamist, kus patsient saab käsitleda elu tähenduse ja surmaga seotud teemasid (Butcher jt, 2018). Spirituaalsed sekkumised, nagu eluloo analüüs ja tähenduse leidmisele suunatud teraapiad, parandavad hingelist heaolu, vähendavad emotsionaalseid sümptomeid ning toetavad elukvaliteeti. Spirituaalsed sekkumised aitavad patsientidel leida tähendust, eesmärki ja lootust ka elu lõppfaasis (Austin jt, 2025). Selline lähenemine toetab patsiendi hingelist heaolu ja aitab vähendada eksistentsiaalset distressi olukorras, kus haigus ja lähenev surm mõjutavad sügavalt inimese identiteeti ja elutunnetust (Usai jt, 2025; Lapa jt, 2025).

Terminaaelses seisundis patsiendi lähedaste üheks keskseks probleemiks suurenev hoolduskoormus, mis on seotud nii praktiliste hooldustegevuste kui ka emotsionaalse vastutusega. Uuringud näitavad, et hooldajad kogevad väsimust, ärevust, ebakindlust ja teadmiste puudust, mis raskendab nende toimetulekut ning suurendab psühholoogilist distressi (Reblin jt, 2016; Koo jt, 2025; Usai jt, 2025). Samuti on leitud, et hooldajate vajadused on seotud eelkõige informatsiooni, praktiliste oskuste ja emotsionaalse toe puudumisega (Flemming jt, 2019; Li jt, 2026). Paljud hooldajad kogevad hooldusrolli tõttu füüsilist koormust, väsimust ja stressi, mis mõjutab nende igapäevast toimetulekut. Hoolduskoormuse mõju sõltub hoolduse intensiivsusest, kus suurema koormusega hooldajad kogevad tugevamaid negatiivseid tervisemõjusid (Bom jt, 2019).

Liigse hoolduskoormuse risk (00401, valdkond 9) kirjeldab olukorda, kus on võimalik üle jõu käiv mitmemõõtmeline pingutus lähedase eest hoolitsemisel (Herdman jt, 2024). Hooldajate tervisemõjude vähendamiseks on vajalikud sihitud sekkumised, mis toetavad toimetulekut ja vähendavad hooldusest tulenevat koormust (Bom jt, 2019). Olulised sekkumised on hooldaja toetamine (7040), emotsionaalne toetamine (5270), õpetamine: individuaalne (5606) ning õpetamine: haiguse protsess (5602) (Butcher jt, 2018). Tõhus hooldajate toetamine eeldab nende vajaduste hindamist, koolitamist ning neile suunatud toetavate teenuste pakkumist kogu raviteekonna vältel (Hudson jt, 2020).

Hooldaja toetamise sekkumise käigus hindab õde hooldaja teadmisi, valmisolekut ja toimetulekut, aktsepteerib tema emotsioone ning toetab hooldusrolliga kohanemist. Samuti aitab õde hooldajal mõista oma vastutust, julgustab abi otsima ning toetab tema füüsilise ja vaimse heaolu säilitamist. Sekkumised hõlmavad hooldaja tunnete ärakuulamist, turvalise suhtluskeskkonna loomist ning ärevuse ja stressi vähendamist. Õde pakub kohalolu ja toetust, aidates hooldajal toime tulla hirmu, kurbuse ja ebakindlusega. Lisaks hooldaja õppimisvajaduste hindamist ning sobivate õpetamisviiside valikut. Õde annab juhiseid vastavalt hooldaja teadmistele ja võimetele, selgitab hooldusvõtteid ning kontrollib arusaamist, et tagada ohutu ja tõhus hooldus. Haiguse protsessi õpetamise käigus selgitab õde haiguse kulgu, sümptomeid ja võimalikke muutusi patsiendi seisundis. Samuti annab ta teavet sümptomite leevendamise, ravi ning võimalike tüsistuste kohta, mis aitab hooldajal paremini mõista olukorda ja vähendab ebakindlust (Butcher jt, 2018). Perehooldajatele suunatud haridus ja juhendamine on oluline, et valmistada neid ette hooldusrolliga seotud ülesanneteks ja vähendada sellega seotud koormust (Hudson jt, 2020).

3.3. Tervisedenduslikud õendusdiagnoosid ja sekkumised

Tervisedenduslik õendusdiagnoos on kliiniline otsus, mis käsitleb inimese motivatsiooni ja soovi edendada heaolu ning realiseerida tervisepotentsiaali, mis tähistab võimalikku paranemist. Neid reaktsioone väljendatakse valmisolekuga tõhustada teatavat tervisekäitumist ja neid saab kasutada igasuguse tervise seisundi korral. Kui inimene ei suuda väljendada oma valmisolekut tervisekäitumist tõhustada, teeb õde kindlaks tervisedendusliku seisundi olemasolu ja saab seejärel kliendi heaks tegutseda. (Herdman jt, 2024)

Patsiendid soovivad aktiivselt osaleda ravivalikutes ja teha oma väärtustest lähtuvaid otsuseid, mis on seotud autonoomia ja elukvaliteedi säilitamisega (López-Salas jt, 2024). Samuti rõhutatakse palliatiivses ravis patsiendi rolli oma eelistuste väljendamisel ja elu lõpu otsustes osalemisel, mis toetab tema toimetulekut haiguse lõppfaasis (Radbruch jt, 2020).

Valmisolek tõhusamaks iseseisvaks tervisejuhtimiseks (00293, valdkond 1) tähendab kroonilise haiguse sümptomite, ravirežiimi, tagajärgede ja eluviisi muutustega tegelemise muster, mida saab tugevdada. Määravateks tunnusteks on soov seisundiga paremini leppida, teha tervise-eesmärkide saavutamiseks paremaid igapäevaelulisi valikuid, täiustada otsuste tegemist ning paremini toime tulla haigussümptomitega (Herdman jt, 2024). See avaldub patsiendi soovina paremini leppida oma seisundiga, teha teadlikumaid igapäevaelulisi valikuid ning osaleda otsustusprotsessides. Elulõpu kontekstis on see seotud patsiendi autonoomia ja kontrollitunde säilitamisega, mis mõjutab otseselt tema elukvaliteeti (Radbruch jt, 2020).

Õendussekkumisteks on terviseõpetus (5510), õpetamine: individuaalne (5606), otsuste tegemise toetamine (5250) ning enesetõhususe suurendamine (5395). Terviseõpetuse sekkumine hõlmab tervisekäitumist mõjutavate tegurite, teadmiste ja vajaduste hindamist, terviseuskumuste ja väärtuste selgitamist ning õpetuse kohandamist patsiendi valmisoleku ja eelistuste järgi. Samuti hõlmab see pere ja sotsiaalse toe kaasamist ning sobivate õpetusstrateegiate kasutamist tervisekäitumise muutmiseks. Individuaalne õpetamine hõlmab patsiendi õppimisvajaduste ja valmisoleku hindamist, eesmärkide seadmist, sobivate õpetamismeetodite ja materjalide valikut, arusaamise kontrollimist ning vajadusel õpetamise kohandamist, et tagada info mõistmine ja rakendamine. Otsuste tegemise toetamise sekkumine hõlmab patsiendi väärtuste ja ootuste selgitamist, erinevate valikute eeliste ja puuduste tutvustamist, patsiendi õiguse austamist informatsiooni saada või sellest keelduda ning suhtluse toetamist patsiendi, perekonna ja tervishoiutöötajate vahel. Enesetõhususe suurendamise

sekkumine hõlmab patsiendi tajutud suutlikkuse hindamist, informatsiooni andmist soovitud tervisekäitumise kohta, patsiendi julgustamist tegevusplaani koostama, käitumismuutuste toetamist ning positiivse tagasiside andmist, et suurendada kindlustunnet ja toimetulekut (Butcher jt, 2018). Selline lähenemine toetab patsiendi autonoomiat, vähendab ebakindlust ning aitab säilitada elukvaliteeti olukorras, kus haigusega toimetulek ja otsuste tegemine muutuvad elu lõpus keskseks (López-Salas jt, 2024; Radbruch jt, 2020).

Terminaaelses seisundis patsiendi hoolduses avalduvad olulised väljakutsed ka perekonnale, kes peab toime tulema hoolduskoormuse, emotsionaalse stressi ja läheneva kaotusega. Lähedased vajavad tuge nii igapäevase hoolduse korraldamisel kui ka emotsionaalse distressi ja ebakindlusega toimetulekul. (López-Salas jt, 2024).

Perekonna valmisolek paremaks toimetulekuks (00075, valdkond 9) kirjeldab perekonna kognitiivsete ja/või käitumuslike pingutuste muster stressirohkete või ebameeldivate olukordadega toimetulekuks, mida saab tugevdada (Herdman jt, 2024). Õendussekkumisteks on perekonna toetamine (7140), toimetuleku parandamine (5230), nõustamine (5240) ning emotsionaalne toetamine (5270).

Perekonna toetamise sekkumine hõlmab perekonna emotsionaalse reaktsiooni ja psühholoogilise koormuse hindamist, toetava suhte loomist ning perekonna väärtuste ja vajaduste aktsepteerimist. Samuti hõlmab see perekonnaliikmete kuulamist, nende küsimustele vastamist, perekonna kaasamist otsustusprotsessidesse ning nende toimetulekuoskuste ja tugevuste toetamist. Õde aitab perekonnal tuvastada olemasolevaid ressursse ning suunab neid vajadusel täiendavate tugiteenuste juurde. Toimetuleku parandamise sekkumine hõlmab patsiendi ja perekonna toimetulekustrateegiatega hindamist, realistlike eesmärkide seadmist ning probleemide lahendamise toetamist. Õde aitab jagada keerukad olukorrad väiksemateks sammudeks, toetab emotsioonide väljendamist ning julgustab kasutama varasemaid toimivaid toimetulekuväidseid. Samuti toetab õde perekonda olukorra mõtestamisel ja stressoritega kohanemisel. Nõustamise sekkumine keskendub terapeutilise suhte loomisele, kus õde pakub turvalist ja usalduslikku keskkonda tunnete väljendamiseks. See hõlmab empaatias, soojuse ja toetuse pakkumist, probleemide ja distressi allikate selgitamist ning võimalike lahenduste leidmise toetamist. Õde aitab perekonnal mõista olukorda ning toetab neid otsuste tegemisel. Emotsionaalse toetamise sekkumine hõlmab patsiendi ja perekonna emotsionaalsete reaktsioonide ärakuulamist, tunnete tunnustamist ning julgustamist nende väljendamiseks. Õde pakub rahustust, turvatunnet ja kohalolu, toetades perekonda ärevuse, kurbuse ja hirmuga

toimetulekul ning aidates vähendada emotsionaalset pinget (Butcher jt, 2018). Selline lähenemine on oluline, kuna hooldajate ja pereliikmete toimetulek sõltub suuresti neile kättesaadavast informatsioonist, toest ning oskusest tulla toime hoolduskoormuse ja emotsionaalse stressiga (Usai jt, 2025; Lapa jt, 2025). Perekonna kaasamine ja toetamine on oluline ka seetõttu, et hoolduskoormus ja emotsionaalne distress võivad mõjutada nii hooldaja kui ka patsiendi toimetulekut ning elukvaliteeti, mistõttu on vajalik süsteemne ja järjepidev tugi (Bom jt, 2019; Hudson jt, 2020).

ARUTELU

Käesolevas lõputöös kirjeldas autor terminaalses seisundis patsiendi ja tema lähedaste probleeme ja vajadusi ning kirjeldas terminaalses seisundis patsiendi õendusdiagnoosi ja õenduslikke sekkumisi palliatiivses koduõenduses. Õendusdiagnooside valiku aluseks olid teaduskirjanduses kõige sagedamini kirjeldatud probleemid, mis puudutavad nii patsientide füüsilist ja psühholoogilist seisundit kui ka lähedaste hoolduskoormust ja toimetulekut. Autori hinnangul annavad õendusdiagnoosid õendusabile selge struktuuri ning toetavad tõenduspõhiste sekkumiste valikut.

Töö põhjal ilmnes, et elulõpu hooldus ei ole ainult sümptomite leevendamine, vaid patsiendi ja perekonna samaaegne füüsiline, psühholoogiline, sotsiaalne ja hingeline toetamine. Radbruch jt (2020) käsitlevad palliatiivset ravi tervikliku lähenemisena, kus keskmes on elukvaliteedi ja väärikuse säilitamine. Sallnow jt (2022) laiendavad seda käsitlust, rõhutades, et suremine ei ole ainult meditsiiniline, vaid ka sotsiaalne ja relatsiooniline protsess. Autori hinnangul kinnitab see, et elulõpu hoolduses ei ole võimalik keskenduda ainult sümptomite ravile, sest patsiendi heaolu sõltub samaaegselt ka tema lähedaste toimetulekust ja toetatusest.

Koduse palliatiivse ravi puhul tõuseb esile vastuolu patsiendi soovide ja tegeliku hoolduskorralduse vahel. Sørstrøm jt (2024) rõhutavad, et paljud patsiendid soovivad elu lõpus viibida kodus ning koduõendus on selle võimaldamisel oluline. Samas näitavad Kalda jt (2023) ja Suija jt (2012), et Eestis on palliatiivse ravi kättesaadavus ebaühtlane ning teenuse pakkumise võimalused ei kata tegelikku vajadust. Autori hinnangul viitab see olukorrale, kus patsiendi soov surra kodus võib sõltuda rohkem piirkondlikest võimalustest ja lähedaste suutlikkusest kui patsiendi enda eelistustest. See võib suurendada nii patsiendi kui ka lähedaste ebakindlust ja koormust.

Terminaalses seisundis patsiendi probleemidest oli keskne valu ja üldine sümptomikoormus. Radbruch jt (2020) rõhutavad valu ja kannatuste leevendamist palliatiivse ravi põhieesmärgina. Samal ajal näitavad Sallnow jt (2022), et kannatus ei piirdu ainult füüsiliste sümptomitega, vaid hõlmab ka psühholoogilist, sotsiaalset ja eksistentsiaalset mõõdet. Autori hinnangul kinnitab see, et kroonilise valu diagnoosi kõrval on oluline kasutada ka laiemaid diagnoose, nagu häirunud elulõpumugavuse sündroom, kuna patsiendi probleemid on enamasti omavahel seotud ega avaldu eraldiseisvalt.

Psühholoogiliste probleemide osas ilmnes, et surmaga seotud ärevus ja eksistentsiaalne ebakindlus on terminaaelses seisundis patsiendi hoolduses sama olulised kui füüsilised sümptomid. López-Salas jt (2024) rõhutavad patsiendi vajadust selge info, otsustes osalemise ja emotsionaalse toe järele. Flemming jt (2019) näitavad omakorda, et ebaselge või hilinevad info suurendab ebakindlust nii patsiendi kui ka lähedaste hulgas. Autori hinnangul viitab see sellele, et õe roll ei piirdu ainult hooldustoimingutega, vaid oluline osa on ka kommunikatsioonil ja patsiendi ettevalmistamisel haiguse lõppfaasiks. Samas võib see olla praktikas keeruline, kuna surmast rääkimine on sageli emotsionaalselt raske nii patsiendile, lähedastele kui ka tervishoiutöötajatele.

Lähedaste puhul ilmnes kõige tugevamalt hoolduskoormuse probleem. Koo jt (2025) kirjeldavad hooldajate vajadusi sageli nähtamatutena, kuigi just nemad kannavad koduses hoolduses suurt osa vastutusest. Li jt (2026) näitavad, et hoolduskoormus suureneb haiguse progresseerudes ning mõjutab hooldaja igapäevaelu, und ja tervist. Reblin jt (2016) seovad hoolduskoormuse ärevuse ja depressiivsete sümptomitega. Autori hinnangul näitab see, et lähedaste probleemid ei ole ainult patsiendi hooldamise kõrvalnähtus, vaid eraldi tähelepanu vajav terviseprobleem. Samuti ilmnes, et lähedaste vajadused on seotud nii praktilise õpetuse kui ka emotsionaalse toetusega, mis tähendab, et ainult informatsiooni andmisest ei pruugi piisata.

Valitud õendusdiagnoosid võimaldasid patsiendi ja lähedaste probleeme süsteemselt struktureerida. Probleemikesksetest diagnoosidest osutusid sobivaks krooniline valu, surmaga seotud liigne ärevus, häirunud elulõpumugavuse sündroom, häirunud hingeline heaolu, liigne hoolduskoormus ja perekonna ebatõhus tervisejuhtimine. Autori hinnangul võimaldasid need diagnoosid siduda kirjanduses kirjeldatud probleemid konkreetsete õendussekkumistega ning muuta elulõpu hoolduse vajadused süsteemsemalt käsitletavaks. Samas ilmnes, et mitmed diagnoosid kattuvad omavahel. Näiteks võib surmaga seotud ärevus olla samaaegselt seotud nii hingelise distressi kui ka häirunud elulõpumugavusega. See näitab, et diagnoose ei saa kasutada järgalt eraldiseisvate kategooriatena.

Riskikesksete diagnooside puhul ilmnes, et nende väärtus seisneb probleemide varajases märkamises ja ennetamises. Leinaga kohanematuse risk, hingelise heaolu halvenemise risk ja liigse hoolduskoormuse risk võimaldavad hinnata probleemide süvenemise võimalust enne nende tegelikku avaldumist. Autori hinnangul on see koduses palliatiivses hoolduses oluline, sest patsiendi seisund võib kiiresti muutuda ning lähedaste toimetulek mõjutab otseselt

hoolduse kvaliteeti. Samas sõltub riskide märkamine suurel määral koduõe kogemusest ja ajast, mistõttu ei pruugi kõiki probleeme alati piisavalt varakult märgata.

Tervisedenduslikud diagnoosid tõid välja, et ka elulõpu hoolduses on võimalik toetada patsiendi ja perekonna olemasolevaid ressursse ja toimetulekut. Valmisolek tõhusamaks iseseisvaks tervisejuhtimiseks ja perekonna valmisolek paremaks toimetulekuks rõhutavad patsiendi autonoomiat ja aktiivset osalemist otsustes (Herdman jt, 2024; Radbruch jt, 2020). Autori hinnangul on see oluline, kuna terminaalses seisundis patsient võib kogeda kontrollitunde kaotust. Samas võib tervisedenduslik lähenemine olla vastuoluline olukorras, kus patsiendi seisund kiiresti halveneb ja tema võime aktiivselt otsustes osaleda väheneb. Seetõttu peab õde hindama realistlikult patsiendi suutlikkust ja valmisolekut.

Õendussekkumiste analüüs näitas, et enim kordusid emotsionaalne toetamine, nõustamine, õpetamine ja perekonna toetamine. See viitab, et elulõpu hoolduses ei ole keskmis ainult tehnilised hooldustoimingud, vaid suhtlemine, toetamine ja patsiendi ning lähedaste ettevalmistamine haiguse lõppfaasiks. Butcher jt (2018) kirjeldatud sekkumised olid kooskõlas kirjanduses esile toodud vajadustega. Autori hinnangul on standardiseeritud õendussekkumiste tugevuseks see, et need aitavad muuta hoolduse süsteemsemaks ja eesmärgipärasemaks. Samas võib nende rakendamine praktikas olla piiratud, kui koduõel puudub piisav aeg, väljaõpe või tugivõrgustik.

Autori hinnangul on palliatiivses koduõenduses kõige realistlikumad ja praktiliselt enim rakendatavad sekkumised emotsionaalne toetamine, õpetamine, nõustamine ning perekonna toetamine, kuna need ei eelda keerulisi tehnilisi vahendeid, kuid mõjutavad otseselt patsiendi ja lähedaste toimetulekut. Kirjandus näitab, et terminaalses seisundis patsiendid ja nende lähedased vajavad eelkõige selget informatsiooni, emotsionaalset tuge ja turvatunnet, samas kui ebapiisav kommunikatsioon suurendab ärevust ja ebakindlust (Flemming jt, 2019; López-Salas jt, 2024; Usai jt, 2025). Seetõttu on koduõe roll sageli seotud mitte ainult sümptomite jälgimise, vaid ka pideva juhendamise, kuulamise ja toetamisega. Samas võib osa sekkumisi olla praktikas raskemini teostatavad. Näiteks põhjalik hingeline toetamine või ulatuslik nõustamine eeldavad aega, erialast ettevalmistust ja multidistsiplinaarse meeskonna olemasolu, kuid Eesti koduõenduses võivad nende rakendamist piirata töökoormus, piirkondlikud erinevused teenuste kättesaadavuses ja spetsialistide vähesus. Ka kirjanduses on välja toodud, et koduse palliatiivravi kvaliteeti mõjutavad otseselt ressursside olemasolu, tervishoiutöötajate pädevus ja koostöövõimalused erinevate teenuste vahel (Sørstrøm jt, 2024; Kalda jt, 2023)

JÄRELDUSED

1. Terminaalses seisundis patsiendi ja tema lähedaste probleemid palliatiivses koduõenduses on seotud nii füüsiliste vaevuste kui ka emotsionaalse ja psühholoogilise koormusega. Patsiendid kogevad hirmu, ärevust ja ebakindlust seoses läheneva surmaga ning vajavad eelkõige selget infot, emotsionaalset tuge ja turvatunnet. Lähedaste puhul on kõige suuremaks probleemiks hoolduskoormus, mis väljendub väsimuses, unehäiretes ja stressis. Nende toimetulekut raskendavad vähene info, ebapiisav tugi ja keeruline orienteerumine tervishoiusüsteemis. Seetõttu vajavad nad praktilist juhendamist, emotsionaalset tuge ja paremat ligipääsu abile.
2. Õendusdiagnoosid aitavad neid probleeme selgemalt mõista ja suunavad õe tegevust. Kõige sagedamini on need seotud ärevuse, emotsionaalse distressi, hoolduskoormuse ja hingeliste raskustega. Nendest lähtuvad sekkumised on peamiselt seotud toetamise, nõustamise ja õpetamisega. Oluline on patsiendi ja lähedaste kuulamine, arusaadava info andmine ning nende kaasamine otsustesse. Samuti on tähtis toetada lähedaste toimetulekut ja vähendada nende koormust. Selline lähenemine aitab paremini toime tulla olukorraga ja toetab nii patsiendi kui ka lähedaste heaolu elu lõpus.

KASUTATUD KIRJANDUS

Alhazmi, J. D., Alenezi, T. A. H. A., Alanazi, A. M. F., Alshammari, N. O. K., Alanazi, N. R. L., Alrashdi, H. R. F., & Alenezi, H. D. (2024). Nursing strategies to improve the quality of life for terminally ill patients. *Gland Surgery*, 9(2), 111–117. <http://www.glandsurgery.net/index.php/GS/article/view/69>

Aoun, S. M., Breen, L. J., & Howting, D. (2014). The support needs of terminally ill people living alone at home: a narrative review. *Health Psychology and Behavioral Medicine: an Open Access Journal*, 2(1), 951-969. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4346018/pdf/rhpb-2-951.pdf>

Aoun, S. M., Breen, L. J., Howting, D. A., Rumbold, B., McNamara, B., & Hegney, D. (2015). Who needs bereavement support? A population based survey of bereavement risk and support need. *PloS one*, 10(3), e0121101. <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0121101&type=printable>

Austin, P. D., Lee, W., Keall, R., & Lovell, M. R. (2025). Efficacy of spiritual interventions in palliative care: An umbrella review of systematic reviews. *Palliative medicine*, 39(1), 70-85. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/02692163241287650>

Bom, J., Bakx, P., Schut, F., & Van Doorslaer, E. (2019). The impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: a systematic review. *The gerontologist*, 59(5), e629-e642. <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/59/5/e629/5159652>

Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). Nursing interventions classification (NIC) (7th ed.). *Elsevier*.

Cleveland Clinic. (2024). Terminal Illness. Health Library. Articles. Last reviewed on 15.10.2024. <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/terminal-illness> (28.08.2025).

Danielson, B.V., Sand, A.M., Rosland, J.H., Førland, O. (2018). *Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study*. BMC Palliative Care. 2018, 17: 95. doi: [10.1186/s12904-018-0350-0](https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0)

Demuro, M., Bratzu, E., Lorrain, S., & Preti, A. (2024). Quality of life in palliative care: a systematic meta-review of reviews and meta-analyses. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 20(Suppl-1), e17450179183857. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11311734/>

Flemming, K. A., Atkin, K. M., Ward, C., & Watt, I. S. (2019). Adult family carers' perceptions of their educational needs when providing end-of-life care: a systematic review of qualitative research. *AMRC Open Research*, 1-26. https://eprints.whiterose.ac.uk/id/eprint/177401/1/f9b5912e_da28_4c63_9434_5a4d33a5922e_12855_kate_flemming.pdf

Herdman, T. H., Kamitsuru, S. & Lopes, C. T. (toim). (2024). NANDA International, Inc. Õendusdiagnosid, definitsioonid ja klassifikatsioon 2024–2026 (13. vlj). Thieme Medical Publishers.

Hudson, P., Morrison, R. S., Schulz, R., Brody, A. A., Dahlin, C., Kelly, K., & Meier, D. E. (2020). Improving support for family caregivers of people with a serious illness in the United States: strategic agenda and call to action. *Palliative Medicine Reports*, 1(1), pmr-2020. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1089/pmr.2020.0004>

Kalda, L., Pedjasaar, M., Toomla, A. (2023). *Palliatiivse ravi korraldus Euroopas fookusega tervise teenustele ja ettepanekud Eestile*. Uuring. Haap Consulting. <https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2023-06/Palliatiivse%20ravi%20korraldus%20Euroopas%20fookusega%20vaimse%20tervise%20teenustele%20ja%20ettepanekud%20Eestile.pdf> (26.08.2025)

Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., De Lima, L., Bhadelia, A., Kwete, X. J., ... & Zimmerman, C. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet*, 391(10128), 1391-1454. <https://www.knowledge-action-portal.com/sites/default/files/2025-03/ALLIVIATING-THE-DIFERENCES.-KNAUL-LANCET.pdf>

Koduõenduse tegevusjuhend (2015). *Eesti Õdede Liit, Eesti Haigekassa, Koduõdede seltsing*. Tallinn. <https://www.keskhaigla.ee/wp-content/uploads/2015/02/Koduoenduse-tegevusjuhend-2015.pdf> (6.08.2025)

Koo, A., Low, M., Yeo, Z. Z., Ee, J., & Chong, P. H. (2025). Caregiver needs in end-of-life care are diverse, yet invisible: a narrative review. *Annals of Palliative Medicine*, 14(2), 160-171. https://journals.lww.com/apm/fulltext/2025/03000/caregiver_needs_in_end_of_life_care_are_diverse..7.aspx

Lapa, L., Cardoso, M., & Rego, F. (2025, April). Informal caregiver burden in palliative care and the role of the family doctor: a scoping review. In *Healthcare* (Vol. 13, No. 8, p. 939). MDPI. <https://www.mdpi.com/2227-9032/13/8/939>

Li, Y., Shi, S., Lu, Y., Zhang, D., Liu, R., Chen, Y., ... & Wang, X. (2026). The burden and needs of primary caregivers in home-based palliative care: a qualitative study based on social-ecological systems theory. *BMC Palliative Care*. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12904-026-02001-7>

López-Salas, M., Yanes-Roldán, A., Fernández, A., Marín, A., Martínez, A. I., Monroy, A., ... & Fernández, B. (2024). End-of-life care needs in cancer patients: a qualitative study of patient and family experiences. *BMC palliative care*, 23(1), 157. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11191331/pdf/12904_2024_Article_1489.pdf

Luna-Meza, A., Godoy-Casasbuenas, N., Calvache, J. A., Díaz-Amado, E., Gempeler Rueda, F. E., Morales, O., ... & de Vries, E. (2021). Decision making in the end-of-life care of patients who are terminally ill with cancer—a qualitative descriptive study with a phenomenological

approach from the experience of healthcare workers. *BMC palliative care*, 20(1), 76. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12904-021-00768-5>

Murtagh, F. E., Bausewein, C., Verne, J., Groeneveld, E. I., Kaloki, Y. E., & Higginson, I. J. (2014). How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliative medicine*, 28(1), 49-58. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269216313489367>

NICE. (2019). End of life care for adults: service delivery. *National Institute for Health and Care Excellence*. NICE guideline. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558771/bin/bm1.pdf>

Palliativravi keskus. (2023). Patsiendiõpetus. Regionaalhaigla. https://www.regionaalhaigla.ee/sites/default/files/documents/2024-10/Palliativravi_keskus_0.pdf (26.08.2025)

Palliativravi. Regionaalhaigla. Vähikeskus. <https://onkoloogiakeskus.ee/palliativravi> (26.08.2025)

Pino, M., Parry, R., Land, V., Faull, C., Feathers, L., & Seymour, J. (2016). Engaging terminally ill patients in end of life talk: how experienced palliative medicine doctors navigate the dilemma of promoting discussions about dying. *PloS one*, 11(5), e0156174. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0156174>

Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., ... & Pastrana, T. (2020). Redefining palliative care—a new consensus-based definition. *Journal of pain and symptom management*, 60(4), 754-764. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392420302475>

Radbruch, L., Payne, S., Caraceni, A., Vlieger, T., Hegedus, K., Nabal, M. (2009). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*. 2010, 17(1): 22-33. https://www.researchgate.net/publication/279547069_White_paper_on_standards_and_norms_for_hospice_and_palliative_care_in_Europe_Part_1 (26.08.2025)

Reblin, M., Donaldson, G., Ellington, L., Mooney, K., Caserta, M., & Lund, D. (2016). Spouse cancer caregivers' burden and distress at entry to home hospice: The role of relationship quality. *Journal of Social and Personal Relationships*, 33(5), 666-686. <https://www.academia.edu/download/77865501/3f570d6c3c5c3742eae4b5f3cb1541b9fa0c.pdf>

Sallnow, L., Smith, R., Ahmedzai, S. H., Bhadelia, A., Chamberlain, C., Cong, Y., ... & Wyatt, K. (2022). Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *The Lancet*, 399(10327), 837-884. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02314-X/fulltext?s=09](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02314-X/fulltext?s=09)

Shefeek, S. K., Joy, T. M., Olickal, J. J., Nezrin, M. A., George, A., & Thankappan, K. R. (2024). Caregiver burden and quality of life in palliative care: cross-sectional study. *BMJ Supportive & Palliative Care*. <https://spcare.bmj.com/content/early/2024/11/12/spcare-2024-005220.abstract>

Sjöberg, M., Edberg, A. K., Rasmussen, B. H., & Beck, I. (2021). Documentation of older people's end-of-life care in the context of specialised palliative care: a retrospective review of patient records. *BMC palliative care*, 20(1), 91. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12904-021-00771-w>

Sørstrøm, A. K., Kymre, I. G., & Ludvigsen, M. S. (2024). Nursing care to patients who have the home as the preferred place of death: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1302. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-024-11757-8>

Suija, K., & Suija, K. (2012). Palliative home care for cancer patients in Estonia. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(4), e4–e5. [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(12\)00026-7/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(12)00026-7/fulltext)

Zanghelini, F., Zimmermann, I. R., Souza de Andrade, C. A., & Wu, O. (2018). Early palliative care for improving quality of life and survival in patients with advanced cancer: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Palliative Care and Medicine*, 8(5). <https://eprints.gla.ac.uk/225877/>

Tervisekassa. Ravijuhendid. <https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid> (26.08.2025)

Tikito, I., & Souissi, N. (2019). Meta-analysis of systematic literature review methods. *International Journal of Modern Education and Computer Science*, 11(2), 17. https://www.researchgate.net/profile/Nissrine-Souissi/publication/330970123_Metaanalysis_of_Systematic_Literature_Review_Methods/links/5c5dbff0299bffd14cb4bb72/Meta-analysis-of-Systematic-Literature-Review-Methods.pdf

Usai, M., Sguanci, M., De Benedictis, A., Piredda, M., & De Marinis, M. G. (2025). Caring for the informal caregivers: systematic review of unmet needs in palliative care. *Nursing open*, 12(11), e70343. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nop2.70343>

WHO (World Health Organization). (2020). Palliative care. Key facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (28.08.2025)

World Health Assembly, 67 (2014). *Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*. <https://iris.who.int/handle/10665/162863>

Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes*. Tartu Ülikool. Tartu.