

Tartu Ülikool
Meditsiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Svetlana Gromova

**PALLIATIIVSET RAVI OSUTAVATE ÕDEDE PÄDEVUSED –
INTEGREERIV KIRJANDUSE ÜLEVAADE**

Magistritöö

Tartu 2021

Vastutav juhendaja: Airin Treiman-Kiveste, MSc (õendusteadus)

Juhendaja: Reet Urban, MSc (õendusteadus)

Retsensent: Katrin Randviir, MSc (õendusteadus)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendajate otsusega 17.11.2021.

Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

LIHTLITSENTS MAGISTRITÖÖ REPRODUTSEERIMISEKS JA ÜLDSUSELE KÄTTESAADAVAKS TEGEMISEKS

Mina, Svetlana Gromova,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

PALLIATIIVSET RAVI OSUTAVATE ÕDEDE PÄDEVUSED – INTEGREERIV KIRJANDUSE ÜLEVAADE,

mille vastutav juhendaja on Airin Treiman-Kiveste ja juhendaja Reet Urban, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 4.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, alates 16.12.2022, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Svetlana Gromova

17.11.2021

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

1. SISSEJUHATUS	3
2. PALLIATIIVSE RAVI OLEMUS JA ÕDEDE PÄDEVUSED PALLIATIIVSES RAVIS	5
2.1. Palliativse ravi olemus	5
2.2. Pädevuste valdkonnad palliativses ravis	6
2.3. Palliativset ravi osutavate õdede pädevused	7
3. METOODIKA	11
3.1. Metodoloogilised lähtekohad	11
3.2. Kirjanduse otsing ja selekteerimine	11
3.3. Artiklite kvaliteedi hindamine	14
3.4. Andmete analüüs	14
3.5. Uurimistöö usaldusväärsuse tagamine	15
4. TULEMUSED	16
4.1. Palliativset ravi osutavate õdede pädevusi kirjeldavate artiklite taustandmed	16
4.2. Patsiendi heaolu	17
4.3. Interdistsiplinaarne meeskonnatöö	20
4.4. Palliativse ravi eetika	23
5. ARUTELU	25
5.1. Tulemused	25
5.2. Uurimistöö piirangud	31
5.3. Tulemuste olulisus ja rakendatavus	32
5.4. Uued uurimisprobleemid	32
6. JÄRELDUSED	33
KASUTATUD ALLIKAD	34
LISAD	41
Lisa 1. Kirjanduse otsingu protokoll	41
Lisa 2. Kaasatud uurimuste tulemused	42
Lisa 3. Kaasatud kirjanduse ülevaadete kvaliteedi hindamine PRISMA kontrollloendi järgi	45
Lisa 4. Kaasatud kvalitatiivsete uurimuste hindamine COREG: 32 kontroll lehe järgi (Tong jt 2007)	46
Lisa 5. Läbilõikeuurimuste hindamine STROBE kontroll-loendi alusel (Vandenbroucke jt 2007)	47
Lisa 6. Kaasatud uurimuste tulemused vastavalt pädevuste valdkondadele	48

KOKKUVÕTE

Palliativset ravi osutavate õdede pädevused – integreeriv kirjanduse ülevaade

Vajadus palliativse ravi järele on Euroopas kasvava trendiga vananeva rahvastiku ja krooniliste haiguste leviku kasvu tõttu. Palliativne ravi on patsientidele näidustatud alates hetkest, kui nad on saanud elu ohustava või raske haiguse diagnoosi. Palliativne ravi põhineb interdistsiplinaarsel lähenemisel ning seda pakutakse erinevates keskkondades. Kuna õed veedavad rohkem aega vahetus kontaktis patsientidega, mis ühtlasi tagab parema arusaama patsiendi soovidest ja probleemidest, on õdedel palliativse ravi pakkumisel ülioluline roll. Seetõttu vajavad õed kvaliteetse palliativse ravi pakkumiseks mitmesuguseid spetsiifilisi pädevusi. Magistritöös kirjeldati palliativset ravi osutavatele õdedele vajalikke pädevusi tõenduspõhisele kirjandusele tuginedes.

Uurimistöö eesmärgi saavutamiseks valiti integreeriv kirjanduse ülevaate meetod. Kirjanduse otsinguid teostati 2020. aasta detsembris ja 2021. aasta märtsis. Olulise ja usaldusväärse teadusliku kirjanduse leidmisel kasutati kahte andmebaasi, Web of Science ja MEDLINE (Ovid). Kokku leiti allikat 214, millest 17 vastasid uurimistöö uuritava materjali kriteeriumidele ja need kaasati kirjanduse integreerivasse ülevaatesse.

Sisuanalüüsi tulemusena on palliativset ravi osutavatele õdedele vajalikud pädevused esitatud kolmes valdkonnas: 1) holistiline patsiendikäsitlus, 2) interdistsiplinaarne meeskonnatöö, 3) palliativse ravi eetika. Pädevuste kirjeldamisel lähtuti totaalse valu kontseptsioonist ja selle seostest eeltoodud pädevuste valdkondadega.

Märksõnad: pädevus, õde, palliativne ravi, elulõpuravi, totaalne valu.

SUMMARY

Competencies of palliative care nurses – integrated literature review

The demand for palliative care in Europe is steadily growing, as the general population is aging and chronic illnesses have become widespread. Palliative care is indicated from the moment the patient receives a terminal diagnosis. Palliative care is based on an interdisciplinary approach and is provided in various environments. Prolonged interactions with the patient give nurses a better opportunity to understand patients' wishes and problems, which in turn highlights the importance of nurses' role in palliative care. Therefore, a number of different specific nursing competencies are required in order to provide quality palliative care. This thesis describes essential palliative care nursing competencies using evidence-based literature.

The research was conducted using the integrated literature review method. In order to find relevant and reliable sources, the literature search was performed in December 2020 and March 2021 in two databases, Web of Science and MEDLINE (Ovid). 214 results were found, out of which 17 articles were compatible with the inclusion criteria and were included in the integrated review.

As a result of the content analysis, the palliative care nursing competencies were divided into three categories: 1) holistic approach to patients, 2) interdisciplinary teamwork, 3) ethics in palliative care. Competencies were described on the basis of the concept of total pain, which in turn is connected with the aforementioned categories of competencies.

Keywords: competence, nurse, palliative care, end-of-life care, total pain.

1. SISSEJUHATUS

Maaailma Terviseorganisatsiooni (MTO) hinnangul vajavad ligikaudu 40 miljonit inimest igal aastal palliatiivset ravi, kuid ainult 14% nendest saavad seda (WHO 2020). MTO on koostöös Euroopa Palliatiivse Ravi Ühinguga (*European Association for Palliative Care - EAPC*) uurinud palliatiivse ravi teenuse osutamist erinevates riikides. Uurimuse tulemustest lähtudes kuulub Eesti riikide hulka, kus palliatiivse ravi arendamine ei ole jätkusuutlik ja riikliku püsirahastusega toetatud ning palliatiivse ravi ja hospiitsteenuste osutamine on piiratud. Lisaks sellele tõdetakse dokumendis, et palliatiivse ravi teenuse arendamine riigis on keeruline ilma põhjaliku strateegiata. Seetõttu on mitmetes arenenud riikides palliatiivse ravi teenuste osutamine riiklikul tasandil reguleeritud ning on koostatud palliatiivse ravi juhendid või standardid, mida praktikas rakendatakse. (Global Atlas of Palliative Care at the End of Life 2020.) Eestis on küll koostatud palliatiivse ravi juhend, kuid puudub riiklik strateegia palliatiivse ravi arendamiseks ja süsteemsed koolitused tervishoiutöötajatele. See omakorda tekitab olukorra, kus erialase ettevalmistusega tervishoiutöötajaid kvaliteetse palliatiivse ravi teenuse osutamiseks napib. (Palliatiivse ravi juhend... 2020.)

Palliatiivne ravi on lähenemine, mille eesmärk on parandada ravimatute haigustega patsientide ja lähedaste elukvaliteeti, ennetades ja leevendades kannatusi varajase märkamise, hindamise, valuravi ja teiste füüsiliste, psühhosotsiaalsete ja spirituaalsete probleemide lahendamise abil (WHO 2020). Vastavalt MTO põhimõtetele jaatab palliatiivne ravi elu ja peab surma normaalseks loomulikuks protsessiks, võimaldab patsiendil elada võimalikult aktiivselt, ei sea eesmärgiks patsiendi eluea pikendamist ega lühendamist, pakub patsiendi lähedastele abi haiguse ajal ja raske kaotusvaluga toime tulemiseks. Suurem osa patsiente vajab palliatiivset ravi ainult haiguse progresseerumise staadiumis, kuid mõned ka varasemates staadiumides kriisi ja/või haiguse ägenemise ravi ajal. Abi vajamise perioodi pikkus võib varieeruda mitmest aastast, kuust või nädalast mõne päevani. Üleminek radikaalselt ravilt palliatiivsele ravile ei toimu konkreetsel ajahetkel, vaid pigem järk-järgult, kuna ravi eesmärgid nihkuvad üha rohkem elu pikendamiselt elukvaliteedi tagamise suunas, kus seejuures tuleb säilitada tasakaal ravist tuleneva kasu ja kahju vahel. Tänapäevases kontekstis on palliatiivne ravi näidustatud igas vanuses patsientidele sõltumata diagnoosist, elu ohustava või kurnava haiguse diagnoosi saamise hetkest alates. (Krom jt 2017, Gomez-Batiste jt 2019.)

Palliativne ravi on oma olemuselt interdistsiplinaarne lähenemine, kus meeskonna liikmed varieeruvad lähtuvalt patsientide vajadusest ja saadaval olevatest ressurssidest. Palliativse ravi meeskonda kuuluvad erinevad tervishoiu spetsialistid: arst, õde, hingehoidja, proviisor, toitumisspetsialist, tegevusterapeut, füsioterapeut jt. (Tetrault 2012, Дойл 2017.) Õel on palliativses ravis keskne roll, mis hõlmab mitmekesiseid pädevusi nagu palliativset ravi vajava patsiendi abistamine erinevates situatsioonides ja haigete ning nende lähedaste vajaduste rahuldamine mis tahes haiguse või seisundi korral. Õed puutuvad igapäevases töös kokku palliativset ravi vajavate patsientidega erinevates osakondades ja asutustes. Kõik see nõuab uute lähenemiste ja programmide väljatöötamist õendustöötajate koolitamiseks nii põhi- ja erioppes kui ka tööalasel tasemel. (Fitch jt 2015.)

Läbiviidud uurimistööde tulemustest selgub, et õed hindavad oma pädevusi palliativset ravi vajava patsiendi abistamisel ebapiisavana/puudulikuna (Baumgartner jt 2007, Grutzner jt 2013, Bergstedt jt 2015). Õdede hinnangul vajavad nad täiendkoolitusi ja väljaõpet palliativse ravi valdkonnas ning nad on arvamusel, et suuremat rõhku tuleb panna elulõpuravi temaatikale (Alain jt 2007, Grutzner jt 2013, Barrere ja Durkin 2014, Bergstedt jt 2015). Eestis on varasemalt uuritud õdede hinnangut kutsepädevustele üldiselt (Freimann 2012), kuid pole läbi viidud sarnase fookusega uurimusi, kus keskendutakse palliativse ravi osutamisel vajalikele pädevustele.

Õe baaspädevusi on kirjeldanud Eesti Õdede Liit (Õe baaspädevused 2018). Eestis ei ole kokku lepitud ega kirjeldatud miinimumnõudeid palliativset ravi osutavate õdede pädevustele. Palliativset ravi osutava õe pädevuste kirjeldamine aitab tulevikus toetada õdede palliativse ravi alast õpet. Selgelt määratletud pädevused kvaliteetse palliativse ravi osutamisel on sisendiks olemasolevate õe õppekavade täiendamisele ning täiendkoolituste planeerimisele. Kirjeldatud pädevuste põhjal on võimalik hinnata õdede ettevalmistust õendusabi osutamiseks palliativses ravis ning määratleda koolituse vajadust (Alain jt 2007, Bergstedt jt 2015).

Magistritöö eesmärk on kirjeldada palliativset ravi osutavatele õdedele vajalikke pädevusi tõenduspõhisele kirjandusele tuginedes.

2. PALLIATIIVSE RAVI OLEMUS JA ÕDEDE PÄDEVUSED PALLIATIIVSES RAVIS

2.1. Palliatiivse ravi olemus

Palliatiivne ravi kui iseseisev suund tekkis maailmas esmalt onkoloogias, kuna just lõppstaadiumis vähihaiged vajavad kõige enam valust ja talumatutest kannatustest vabanemist. Nüüdseks on jõutud järeldusele, et palliatiivset ravi ei vaja üksnes pahaloomuliste kasvajatega, vaid ka muude eluohtlike/surmaga lõppevate progresseeruvate haigustega patsiendid, sealhulgas lapsed. (Vvedenskaya 2013.) Palliatiivne ravi tähendab patsiendile ja tema lähedastele igakülgse abi tagamist alates diagnoosi saamise hetkest, toetab patsienti kogu haiguse kulu vältel ning hõlmab endas elulõpuravi, terminaalset ravi ning leinanõustamist. Seetõttu on kirjanduses sageli sünonüümidenä kasutusel mõisted: palliatiivne ravi (*palliative care*), elulõpuravi (*end-of-life care*), terminaalne ravi (*terminal care*), hosiitsravi (*hospice care*). Elulõpuravi on palliatiivse ravi osa, mis suunatud patsientidele nende elu lõpu lähenedes. Kuigi seda on keeruline täpselt ette ennustada, on elulõpuravi eelkõige suunatud inimestele nende elu viimase aasta vältel; juriidilistel ja tervishoiusüsteemist tulenevatel põhjustel tavapäraselt elu viimasel 6 kuul. Elulõpuravi keskendub elukvaliteedi säilitamisele ning selle üheks oluliseks osaks on terminaalne/hosiitsravi, mis tagab patsientidele vääriliku surm ning patsiendi lähedaste leinanõustamine. (Krau 2016, Palliatiivse ravi juhend... 2021.)

Eri riikide palliatiivse ravi asjatundjad eristavad sõltuvalt osutatava abi sisust ja spetsialistide kvalifikatsioonist palliatiivse ravi kolme tasandit. Esimest tasandit ehk palliatiivset lähenemist rakendatakse eluohtlike progresseeruvate haiguste korral tõsiste tervislike probleemide perioodil kõigil tervishoiu tasanditel, sealhulgas esmatasandil, kõigi arstide ja õdede poolt, sõltumata nende spetsialiseerumisest. Palliatiivse lähenemisviisi rakendamine nõuab spetsialistidelt palliatiivse ravi põhikoolituse läbimist ja selle põhiprintsiipide ning filosoofia rakendamist oma eriala piires - patsiendile kannatusi põhjustavate sümptomite aktiivne tuvastamine ja leevendamine, kaastunne, mõistmine, patsiendi isiksuse austamine ja tema enesemääramisõiguse tunnustamine. Teine tasand - üldist palliatiivset ravi osutavad spetsialistid, kellel on diplomijärgne erialane haridus palliatiivse ravi alal. Kolmas tasand - spetsialiseeritud palliatiivset ravi osutavad kvalifitseeritud palliatiivse ravi spetsialistid. Spetsialiseeritud palliatiivse ravi osutamine nõuab spetsialistidelt põhjalikku erialast ettevalmistust selles valdkonnas, sertifikaadi olemasolu ja pidevat professionaalset arengut. (Radbruch 2009, Vvedenskaya 2013, Gomez-Batiste jt, 2019.) Palliatiivses ravis töötamiseks tuleb õdedel loobuda rutiinsetest lähenemistest ja selle asemel usaldada intuitsiooni ning lähtuda olukorrast. Selleks on vajalikud omavahel tihedalt põimunud professionaalsed ja

suhtlemisega seotud oskused. (Sekse jt 2017.) Kolm tasandit on eristatud õdede spetsialiseerumise alusel, küll aga osutatakse palliatiivset ravi ja selles sisalduvat elulõpuravi ning terminaalset ravi kõigil kolmel tasandil.

Palliatiivset ravi vajavate inimeste peamiseks probleemiks on valusündroom. Nende patsientide valukogemus on teistest märgatavalt erinev, mistõttu soovitatakse palliatiivses ravis kasutada ja rakendada totaalse valu mõistet. Mõiste „totaalne valu“ viitab sellele, et ka valul on füüsiline, psühholoogiline, sotsiaalne, emotsionaalne ja spirituaalne komponent. Need komponendid kombineerituna loovad totaalse valu kogemuse, mis on iga patsiendi jaoks individuaalne ja olukorrast sõltuv. (Mehta ja Chan 2008.) Totaalse valu puhul ei käsitleta sümptomeid üksikuna, vaid vaadeldakse pigem sümptomite kogumina, mis teineteist mõjutada võivad. Sageli esinevad koos valuga ka teised füüsilised sümptomid nagu väsimus, düspnoe, uimasus, unehäired, iiveldus ja isutus, mida tuleks hinnata samaaegselt valuga. Vaimse tervise probleemidest esineb koos valuga kõige sagedamini depressioon. Tuleb arvestada sellega, et valu võib võimendada ülejäänud sümptomeid ja valu leevendamine võib leevendada korraga kõiki kaebusi. (Brant 2017.) Totaalse valuga patsientide abistamisele lisab keerukust asjaolu, et patsiendid ise ei oska alati valu põhjust väljendada ega oska näha valu põhjustajana erinevate aspektide kombinatsiooni (nt füüsilise valutunde suurenemist põhjustab üksildustunne). Seetõttu võivad tekkida olukorrad, kus valu põhjustab psühholoogiline või spirituaalne aspekt, mistõttu omakorda füüsiline valu ei allu tavapärastele ravimitele. Medikamentoosne valuravi on asjakohane pärast seda, kui on teadvustatud ja tegeletud kõigi totaalse valu aspektidega. (Mehta ja Chan 2008.)

2.2. Pädevuste valdkonnad palliatiivses ravis

Mõistet „pädevus“ on defineeritud kui teadmistest, oskustest ja hoiakutest koosnevad holistilist raamistikku, mida on tarvis õenduse professionis töötamiseks, mis mõjutab suurt osa töötaja igapäevatööst ja korreleerub töösooritusega. Pädevused on lahutamatu osa tervishoiuga seotud tegevustest ning neid saab arendada läbi praktika ja koolituste. (Gamondi jt 2013a, Kirkpatrick jt 2017, Gromova 2019, Hökkä jt 2020.) Magistritöös lähtuti sellest pädevuse definitsioonist.

Arnaert ja Wainwrighti (2009) sõnul on palliatiivses ravis kesksseteks põhimõteteks meeskonnatöö, vaevuste leevendamine, elukvaliteedi säilitamine, patsiendi tundma õppimine, väarikuse, mugavuse ja toe tähtsuse rõhutamine. USA onkoloogiaõded arvavad, et sümptomite leevendamine, info jagamine ja patsientide ja lähedaste toetamine on palliatiivse ravi peamised aspektid (Ceronky ja Pavlish 2009). Teise USA-s läbi viidud uuringu tulemustest selgub, et palliatiivset

ravi osutavate õdede põhipädevusteks loetakse patsientide ja lähedastega surmast rääkimist ja palliatiivse ravi sisu selgitamist ning elulõpuraviga seotud teadmisi ja oskusi (Coyne ja White 2011). Norra uurijad Slåtten jt (2010) jõudsid järeldusele, et head palliatiivset ravi iseloomustab usalduslik suhe patsiendiga, sealhulgas praktilised suhtlemisoscused ning teadmiste/info edastamise oscused.

Palliatiivse ravi praktiseerimisel ja õpetamisel on vajalik leida ühine keel ning kasutada praktikas ühist terminoloogiat. Selleks on EAPC eksperdid Gamondi jt (2013b) kirjeldanud kümmet põhipädevust, mis on kohustuslikud igale palliatiivset ravi osutavale spetsialistile: palliatiivse ravi põhimõtete rakendamine keskkonnas, kus patsient ja tema lähedased asuvad; patsiendi maksimaalse füüsilise heaolu tagamine kõigis haiguse etappides; patsiendi psühholoogiliste, sotsiaalsete ning spirituaalsete vajaduste rahuldamine; patsiendi lähedaste toetamine ning nende vajadustega arvestamine; suutlikkus lahendada palliatiivses ravis ette tulevad kliinilisi ja eetilisi dilemmasid; hoolduskoordinatsiooni ja interdistsiplinaarset meeskonnatöö praktiseerimine kõigis keskkondades, kus palliatiivset ravi pakutakse; suhtlemisoscuse arendamine; eneseanalüüsi teostamine ning järjepidev professionaalne areng.

Pastrana jt (2016) jagavad palliatiivset ravi osutavatele õdedele vajalikud pädevused kuueks kategooriaks: palliatiivse ravi mõiste ja põhimõtted, sümptomite tuvastamine ja kontrollimine, elulõpuravi, eetilised ja õiguslikud küsimused, psühhosotsiaalsed ja vaimsed küsimused, meeskonnatöö. Soikkeli-Jalonen jt (2020) poolt tehtud integreerivas kirjanduse ülevaates pädevused jaotusid laias laastus kolme gruppi: patsiendi hooldusega seotud pädevused, lähedaste toetusega seotud pädevused, professionaalsed pädevused. Elulõpuraviga seotud õdede pädevused on eetikast lähtumine ja julgus tegutsemisel, tugi patsiendile, lähedaste toetamine, hoolduse planeerimine ja füüsiline hooldus (Haavisto jt 2020). Hõkka jt (2020) eristasid kuut põhipädevuste valdkonda: koostöö patsiendi, lähedaste ja meeskonnaga; suhtlemine ja kultuurilised eripärad; kliinilised pädevused; psühhosotsiaalsed ja spirituaalsed pädevused; eetika ja juriidika; õe professionaalsus ja juhtimine.

2.3. Palliatiivset ravi osutavate õdede pädevused

Patsiendi füüsiline heaolu. Hõkka jt (2020) ning Haavisto jt (2020) rõhutavad valu juhtimise pädevuse juures valu hindamise ja valuravi eesmärkide määratlemise oskust, suutlikkust luua seoseid valu ja elu piirava haiguse vahel ning valu holistilist käsitlust. Samuti on olulised valu kontrollimise tehnikad ja meetodid ning terminaalne sedatsioon. Kuigi valu juhtimine hõlmab

rohkemat kui ravimite manustamine, on see siiski võtmetähtsusega. Siin kohal on oluline tunda erinevaid valuravimeid ja mõista nende toimemehhanismi ning kasutada neid efektiivselt. Palliatiivse ravi patsientide valuravis kasutatakse sageli opioide kas iseseisvalt või kombineeritud teiste ravimitega. Efektiivne valuravi opioididega nõuab dünaamilist lähenemist ning keskendumist suhtlemisoscusele ja patsiendi seisundi järjepidevat hindamist. Opioidide vajavad patsiendid võivad karta sõltuvuse teket või raskeid kõrvaltoimeid. Samuti võidakse näha opioide kui ravimeid, mida kasutatakse ainult elu lõpufaasis. Seetõttu on äärmiselt oluline sage suhtlus patsiendiga. (Swift 2012.)

Oluline on vajalike sekkumiste planeerimine ja ellu viimine selleks, et leevendada lisaks valule teisi raskeid füüsilisi sümptomeid, sh respiratoorse sümptomite leevendamine (düspnoe ja agonaalne hingamine), seedeelundkonna sümptomite leevendamine (suu niisutamine, iivelduse, oksendamise ja kõhukinnisuse leevendamine) (Haavisto jt 2020). Soikkeli-Jalonen jt (2020) kirjeldavad farmakoloogiaalaseid pädevusi, tuues välja oskuse märgata muutusi patsiendi sümptomaatikas, leevendada raskeid füüsilisi sümptomeid ning juhtida valuravi. Farmakoloogiaalased pädevused eeldavad sügavaid teadmisi ravimite tõhususe, koos- ja kõrvaltoimete ning manustamise viiside kohta, oskust valida patsiendi sümptomitele vastavat ravimit ning märgata ja selgitada võimalikku väärinfot, näiteks patsiendi eelarvamus mingi ravimiga seoses.

Patsiendi psühhosotsiaalne ja spirituaalne heaolu. Hökka jt (2020) ja Haavisto jt (2020) leiavad, et suureks väljakutseks õdedele on oskus pakkuda psühhosotsiaalset ja spirituaalset tuge. Siinkohal on oluline hinnata patsiendi subjektiivset kogemust ja emotsionaalset seisundit, märgata ja mõista patsiendi kurbust ja leina, toetada patsienti raske haigusega toimetulekul, soodustada suhtlust patsiendi ja lähedaste vahel. Spirituaalsete vajaduste hindamine ja märkamine ning spirituaalsete teguritega arvestamine aitab planeerida ja pakkuda nii parimat hooldust kui ka toetada patsienti suremisprotsessi ajal. Olulised on ka teadmised, kuidas heaolu tagada ning oskus patsiendi jaoks olemas olla (Sekse jt 2017).

Elulõpuravi. Haavisto jt (2020) pööravad erilist tähelepanu oskusele märgata saabuva surma sümptomeid, eriti neid, mis mõjutavad patsiendi teadvusel olekut ja mugavustunnet. Olulisel kohal on oskus rääkida peatselt saabuvast surmast, olla patsiendi jaoks olemas surma hetkel. Hökka jt (2020) järeldasid, haiguse viimase staadiumiga seotud protsesse tuleb tunda selleks, et nõustada patsiendi ja lähedasi haiguse kulu ja elu lõpu osas. Tähtis on oskus tuvastada lähenevat surma ning patsiendi ja lähedase ette valmistamine saabuva surma aktsepteerimiseks, võttes arvesse nende

individuaalsust. Erilisi oskusi nõuab töötamine keerulistes olukordades, kui lähedased ei aktsepteeri patsiendi suremisprotsessi.

Kvaliteetse palliatiivse ravi oluline osa on õde oskus vestelda patsiendi ja lähedastega rasketel teemadel nagu haiguse prognoos, elu lõppemine, surm ja sellega seotud soovid. Halbu uudiseid tuleb edastada taktitundeliselt; rääkida patsiendiga ausalt ja otse suremisest ja suremise protsessist. (Sousa ja Alves 2015, Pastrana jt 2016.) Siinkohal on tähtis märgata, kui patsient soovib mingitel kindlatel teemadel vestelda ja olla valmis küsimusi esitama. Küll aga tuleb olla märkamisel oskuslik ja taktitundeline ning leida küsimuste esitamiseks ja raskete või eksistentsiaalsete teemade käsitlemiseks sobiv hetk. Väga sageli on kasu füüsilisest lähedusest, nt patsiendi käe hoidmisest. Seejuures ei pea õde oskama kõigile eksistentsiaalsetele küsimustele vastata, küll aga peab ta olema valmis neid ära kuulama. (Hemberg ja Bergdahl 2020.) Oluline on lähedaste toetamine pärast patsiendi surma (Haavisto jt 2020).

Interdistsiplinaarne meeskonnatöö. Palliatiivse ravi interdistsiplinaarne meeskonnatöö nõuab head suhtlemisoskust, mis aitaks toetada head arsti-patsiendi suhet ning annaks võimaluse patsientidel ja lähedastel saada piisavalt informatsiooni ravimeeskonnalt. Nõustamispädevuse aluseks on efektiivne suhtlemine, oskus tekitada dialoogi patsiendi ja lähedastega ning valmisolek erinevate osapoolte aktiivseks ära kuulamiseks, patsiendi harimine ja neile oskuslikult meditsiinilise informatsiooni edastamine, tehes selle patsiendile arusaadavaks. (Pastrana jt 2016, Hökka jt 2020.) Patsientide arvates on hea õde toetava hoiakuga. Uurimuses toodi välja, et õdedel peab olema hooliv, professionaalne, avatud ja reflektiivne hoiak; nad peavad olema tolerantsed erinevuste osas ja mitte hukkamõistvad. (Haavisto jt 2020.)

Koostöösuhe õega aitab patsiendil hoida häid suhteid lähedastega. Õde saab informeerida lähedasi patsiendi seisundist ja prognoosist ning aidata patsiendil näha olukorda lähedaste perspektiivist. Sageli tuleb olla patsiendi ja lähedaste suhete vahendajaks, toetades ausat suhtlust ning mõlema osapoolte soovide arvestamist eetiliste dilemmade lahendamisel. Tähtis on oskus julgustada patsiente ja lähedasi vestlema rasketel teemadel ning näitama üles ehedaid emotsioone (sageli arvatakse, et ei tohi näidata välja nõrkust, kurbust jm negatiivseid emotsioone). (Hemberg ja Bergdahl 2020.)

Palliativse ravi eetika. Kvaliteetse palliativse ravi pakkumise eelduseks on eetilised pädevused, mis on seotud õdede otsuste langetamise protsessiga. Elustamiskeeluga seotud otsused on sagedasem eetiline probleem, millega palliativset ravi osutavad õed kokku puutuvad. Eetikaga seotud pädevuste hulka kuulub ka oskus märgata iga patsiendi ja lähedaste ainulaadsust, et patsienti austada ja väärilt kohelda. Eetiline tegevus seisneb patsiendi kaitsjana tegutsemises, kaitstes patsientide huve elulõpuravi perioodil. Teadmised patsiendi tahteavalduse juriidilistest aspektidest on aluseks oskusele juhendada ja abistada patsienti ning tema lähedasi tahteavalduse protsessi mõistmisel ja tahteavalduse vormistamisel ning kinnitamisel. (Sekse jt 2017, Haavisto jt 2020.)

Kultuuritundlikkuse pädevus koosneb Martin ja Barkley (2016) arvates teadvustamisest, kuidas mõjutavad patsiendi ja tema lähedasi otsuseid/seisukohti kultuurilised tegurid. Näiteks suhtumine surma ja elu lõpu teemadel arutlemisse, suhtumine valusse ja valu välja näitamisest, suhtumine ravimeetoditesse (hirm opioidide ees, uskumus, et kangem ravim tähendab peatselt saabuvat surma, rahvameditsiin jt mittemeditsiinilised leevendusmeetodid), abi palumine, rituaalid surma hetkel ja pärast surma (palvetamine, lahkunu keha puudutamine, lahkunu asetus ruumis jms), keelebarjäär (tõlgi vahendusel info teisenemine, sõnade tähendus eri keeltes („hospiti“)). Üks viis on esitada patsiendile küsimusi haiguse kohta, et saada infot, kuidas patsient näeb oma haigust, ennast patsiendina; kuidas mõistab surma.

Palliativse ravi õe pädevustepagasisse kuuluvad oskus teadmisi kaasajastada ja tõenduspõhise info süvitsi tundmine. Elukestev õpe või haridustee jätkamine on ülioluline, tagamaks kvaliteetse teenuse pakkumist professionaalsel tasemel. Kogenud ja spetsialiseerunud õed on ekspertteadmiste allikaks teistele õdedele. Neil peaks olema oskus õpetada ja juhendada oma kolleege. (Soikkeli-Jalonen jt 2020.) Samas tuleb kasuks oskus märgata iseenda vajadusi ja ressursse ning oskus leida tuge töökeskkonnast ja oskus toetada kolleege (Sekse jt 2017).

3. METOODIKA

3.1. Metodoloogilised lähtekohad

Uurimistöö eesmärgi saavutamiseks valiti integreeriv kirjanduse ülevaate meetod. Wittemore ja Knafl (2005) andmetel on see kõige laiahaardelisem kirjanduse ülevaate koostamise meetod, mis koondab kokkuvõtlikult varasemad empiirilised tõendid ja teoreetilise kirjanduse seisukohad, et luua parem arusaam mingist probleemist või nähtusest ning millel on potentsiaal omada suuremat rolli tõenduspõhises õenduspraktikas. Integreeriv kirjanduse ülevaade võimaldab arendada õendusteadust, olla infoallikaks uurimustele, praktikale ja poliitikakujundamisele. Laialivalguse, ebatäpsustuse ja kallutatuse vältimiseks jälgiti detailset ja süstemaatilist lähenemist – selgelt määratleti uurimisprobleem ja eesmärk, teostati põhjalik, objektiivne ja korratav kirjanduse otsing, teostati kriitiline andmete hindamine ja analüüs ning esitati tulemused.

3.2. Kirjanduse otsing ja selekteerimine

Magistritöö otsingustrateegia väljatöötamisel ning analüüsivate artiklite selekteerimisel järgiti kirjanduse ülevaate koostamise juhendit *CRD`s guidance for undertaking reviews in health care* (Centre for Reviews...2009). Kirjanduse otsingu protsessi dokumenteeriti Wittemore ja Knafli (2005) soovitusi järgides. Esmane kirjanduse otsing teostati 01.12.2020. Olulise ja usaldusväärse teadusliku kirjanduse leidmisel kasutati kahte andmebaasi, Web of Science ja MEDLINE (Ovid), millest otsiti teemakohaseid artikleid. Uuritava materjali otsingul kasutati järgmisi märksõnu: „*hospice nursing*“, „*palliative nursing*“, „*terminal care*“, „*palliative care*“, „*clinical competence*“, „*knowledge*“, „*attitude*“. „*skill*“. Otsingutes kasutati Boole'i loogikaoperaatoreid „OR“ ja „AND“ ning nende abil kombineeriti otsingu fraase. Kokku leiti allikat 214. Allikate andmebaasist otsimise tulemused on esitatud tabelis 1.

Tabel 1. Otsingutulemused andmebaaside kaupa

Andmebaas	Üldised otsingu sõnad ja nende kombinatsioonid	Tulemused	Kasutatud
Web of Science	<i>(hospice nursing OR palliative nursing) AND (terminal care OR palliative care) AND (clinical competence OR knowledge OR attitude OR skill)</i>	94	6
Medline (Ovid)		120	7
Kokku		214	13

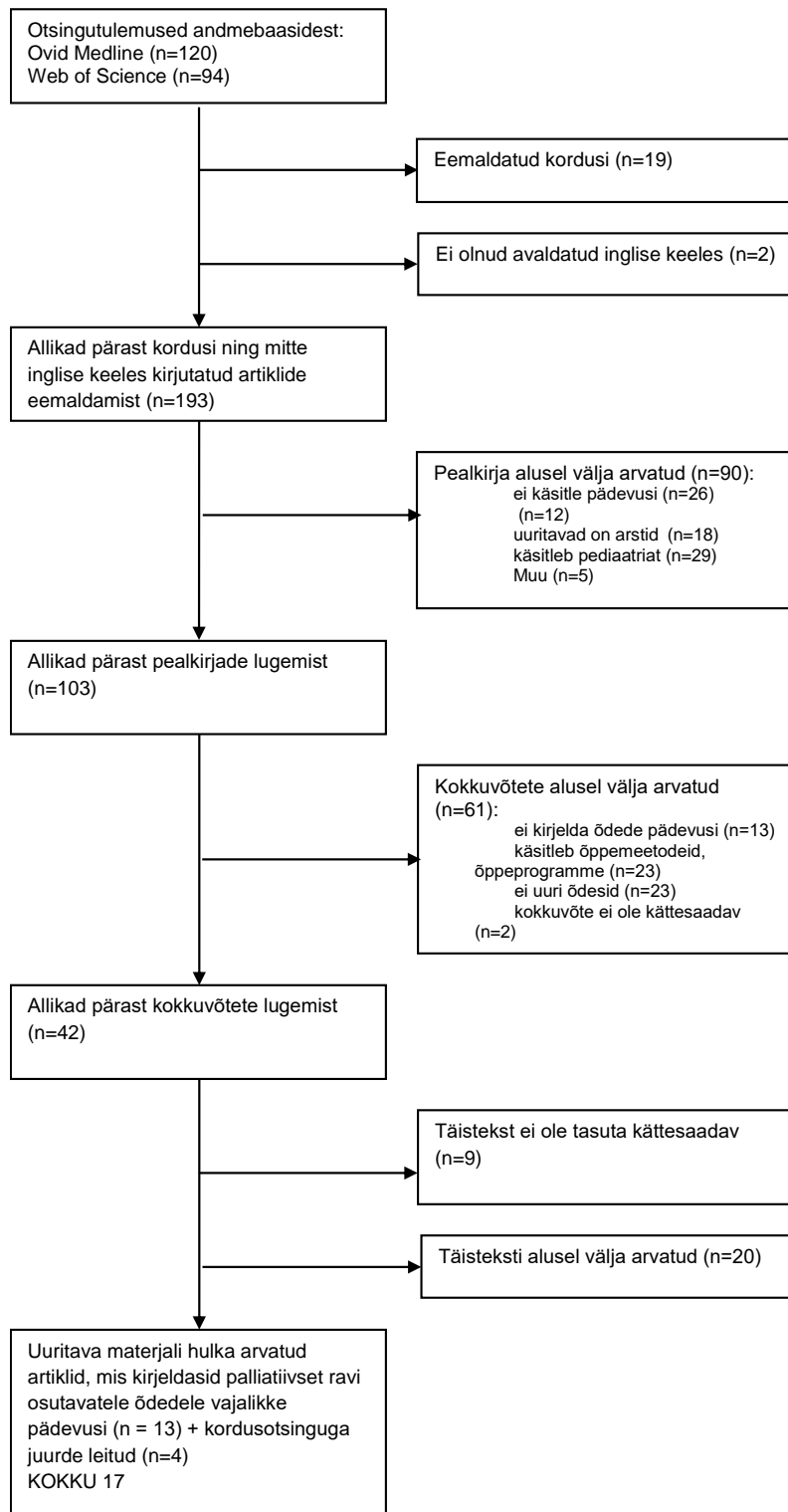
Saadud tulemused visualiseeriti otsingusõnade ja nende kombinatsioonide kaupa ja lisati kirjanduse otsingu protokoll (lisa 1). Otsingu protsessi ja allikate selekteerimise käigu visualiseerimiseks kasutati PRISMA voodiagrammi (Preferred Reporting Items...), kus on näha kaasatud ja välja arvatud allikate arv ning väljaarvamise kriteeriumid (joonis 1). Artiklite esmane valik toimus publikatsiooni pealkirja alusel ning uurimusse kaasati artiklid, mille pealkirjad sisaldavad otsingusõnu või selle sünonüüme, viidates õdede pädevustele palliatiivses ravis (n=214). Vaatamata sellele, et üheks otsingu kriteeriumiks oli inglise keel, sattus valitud artiklite hulka üks hispaaniakeelne ja üks hiinakeelne artikkel, mis loetelust kohe eemaldati. Eemaldati ka 19 artiklit, mis esinesid mõlemas andmebaasis. Järgmisena loeti artiklite (n=193) pealkirju. Pealkirja sobivuse korral keskenduti artiklite kokkuvõtete lugemisele (n=103). Nende hulgast arvati erinevatel põhjustel välja 61 allikat (joonis 1). 42 artiklite kokkuvõtted olid vastavuses uurimistöö teemaga ja eesmärgiga, kuid 9 artikli täistekst ei olnud autorile tasuta kättesaadav ja need arvati valikust välja. Alles jäänud artiklid (n=33) loeti läbi täies mahus korduvalt.

Lõplikult kaasati integreerivasse kirjanduse ülevaatesse 13 allikat, mis vastasid järgmistele kriteeriumitele:

- artikkel käsitleb täiskasvanute palliatiivset ravi osutavate õdede vajalikke pädevusi
- artikkel on kirjutatud inglise keeles
- artikkel on eelretsenseeritud
- artikli täistekst on uurijale tasuta kättesaadav
- artikkel on ilmunud viimase viie aasta jooksul (alates aastast 2016)

Kuna laste palliatiivne ravi nõuab õdedelt eripädevusi (Kirkpatrick jt 2017), siis otsustati kaasata ülevaatesse artikleid, mis käsitlevad ainult täiskasvanud patsientidele palliatiivse ravi osutamiseks vajalikke õdede pädevusi.

2021. aasta märtsis teostati kirjanduse korduv otsing ning kaasati kirjanduse ülevaatesse veel 4 artiklit. Lõplikult kasutati integreerivas kirjanduse ülevaates 17 artiklit.



Joonis 1. Uuritava materjali selekteerimise etapid

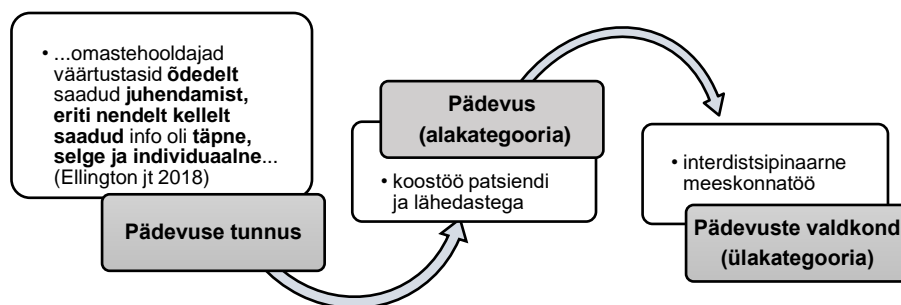
Andmete kogumise visualiseerimiseks kasutati andmete väljavõtu lehte (lisa 2). Andmete väljavõtu lehele kanti artiklite andmed, mis sisaldavad uurimistöö tüüpi ja metoodikat, artikli autorit/autoreid, ilmumisaastat, uurimistöö riiki, uuritavaid või uuritavat materjali, eesmärki, olulisemaid tulemusi.

3.3. Artiklite kvaliteedi hindamine

Tuginedes Wittemore ja Knafl (2005) arvamusele, et artiklite kvaliteedi hindamine integreeriva kirjanduse ülevaate meetodi puhul on keeruline, kuna need võivad sisaldada erinevat tüüpi uurimusi ning puudub kindel hindamisstandard, hinnati uuritavat materjali vastavalt allikas kasutatud uurimismeetodile ning erinevat tüüpi uurimused hinnati eraldi, kasutades sobivaid kvaliteedi hindamise instrumente konkreetse allika jaoks. Sõltuvalt leitud uurimistööde tüüpidest valiti vastav kontroll-loend allikate usaldusväärsuse hindamiseks *Equator Network Resource Centre* koduleheküljelt (*Enhancing the QUALity and Transparency of Health Research*). Teoreetiliste uurimuste hindamiseks kasutati PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis*) kontroll-loendit (Moher jt 2009), kvalitatiivsete uurimistööde hindamiseks aga COREQ:32 (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*) kontroll-loendit (Tong jt 2007) ja kvantitatiivsed uurimistööd hinnati STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) kontroll-loendi järgi (Vandenbroucke jt 2007). Kaasatud uurimuste hindamislehed on esitatud lisades 3, 4, 5.

3.4. Andmete analüüs

Tuginedes Wittemore ja Knafl (2005) soovitudele ülevaate andmete analüüsi etapis korrastati, kodeeriti ning kategoriseeriti andmed erinevatest allikatest. Ülevaates kasutati kvalitatiivset sisuanalüüsi meetodit. Uurimistöö andmebaas on sõnaline, analüüsiühikuks on pädevuse tunnus. Andmete kodeerimiseks ja korrastamiseks kasutati manuaalset kodeerimist.



Joonis 2. Näide pädevuste grupeerimise kohta

Kirjalik materjal loeti läbi ning igast allikast kirjutati välja sisu kirjeldavaid märksõnu (pädevuste tunnuseid). Iga allika kohta üks eraldi leht. Kokku leiti kõikidest allikatest 40 pädevuste tunnust.

Seejärel kõik allikatest leitud pädevuste tunnused kanti edasi kodeerimislehele, võrreldi pädevuste tunnuste sisulisi sarnasusi ja erinevusi ning tehti kindlaks, millised pädevuste tunnuseid saab grupeerida. Kategooriad grupeeriti laiemate pealkirjade alla ehk pädevuste tunnuseid grupeeriti alakategooriatesse (pädevustesse), millele anti neid ühiselt iseloomustav nimetus. Sarnased kategooriad koondati kokku ja üksikud kategooriad jaotati laiemate pealkirjade vahel. Saadud andmed tõlgendati ning loodi ülakategooriad (pädevuste valdkonnad), mis kirjeldavad uurivat teemat.

Viimases etapis igat kategooriat analüüsiti eraldi, sünteesiti olulised aspektid ja tehti lõplikud järeldused palliatiivset ravi osutavatele õdedele vajalike pädevuste kohta. Tulemusi esitati nii sisutiheda analüüsitud tekstina, joonistena kui ka tabelina.

3.5. Uurimistöö usaldusväarsuse tagamine

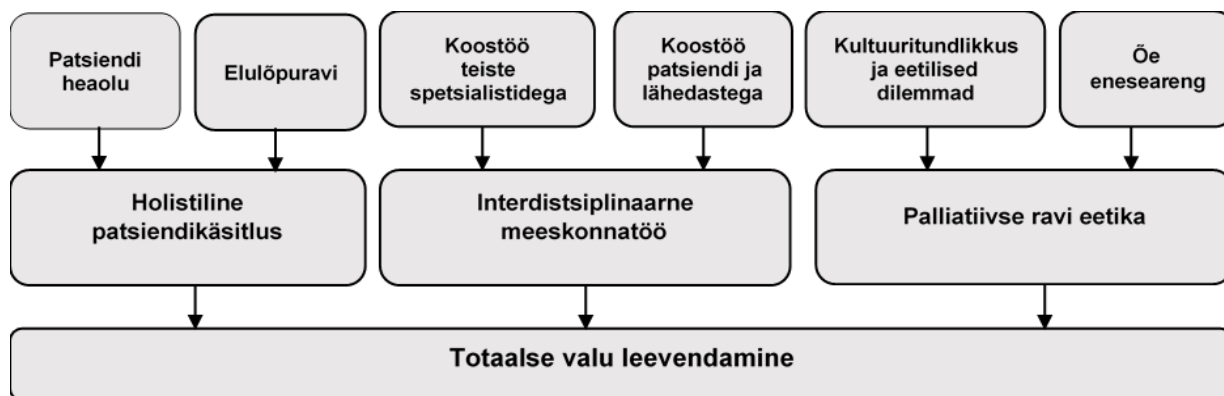
Uurimistöö usaldusväarsuse suurendamiseks jälgiti uurimisprotsessi süsteemsust ja organiseeritust. Andmete kogumise ja analüüsi protsessi kirjeldati põhjalikult, tänu millele on võimalik seda korrata uurijast sõltumatult mis tahes teises uurimuses. Igas sisuanalüüsi protsessi etapis toetuti kriitilisele mõtteviisile, teostades eneserefleksiooni ning enesekontrolli kogu uurimuse vältel. Saadud tulemused esitati täpselt ja ausalt, vältides plagiaati, andmete võltsimist või kallutamist. Usaldusväarsuse suurendamiseks arutati uurimistöös kogu analüüsi protsessi piirangute üle. Uurimistöös kasutatud allikatele viidati korrektselt ning toodi need tähestiku järjekorras välja kasutatud allikate loetelus. Allikate kvaliteedi kontrollimiseks kasutati erinevaid hindamisskaalaid (PRISMA, COREQ:32, STROBE), mis valiti vastavalt allikate tüübile. Magistritöö vormistati vastavalt Tartu Ülikooli õendusteaduse õppetoolis kehtivale kirjalike tööde vormistamise juhendile.

4. TULEMUSED

4.1. Palliatiivset ravi osutavate õdede pädevusi kirjeldavate artiklite taustandmed

Lõpliku andmebaasi moodustas 17 eelretsenseeritavas teadusajakirjas avaldatud artiklit, mis olid läbi viidud järgmistes riikides: USA (7), Hiina (2), Korea (1), Singapur (1), Rootsi (1), Saksamaa (1), Iraan (1), Šveits (1), Austraalia (1), Prantsusmaa (1). Artiklid põhinesid uurimustel, millest 7 olid tehtud kvantitatiivse, 5 kvalitatiivse, 1 kombineeritud metoodikaga ja 1 kirjanduse ülevaade. Lisaks kasutati üht ravijuhendit, üht dokumendi analüüsi raportit ning üht COVID-19 olukorda kirjeldavat eriartiklit. Artiklites avaldatud uurimuste valimite suurus varieerus 13 kuni 1197 osalejani. Enamasti olid osalejad õed, kuid lisaks olid esindatud ka teised tervishoiuspetsialistid, patsiendid ja nende lähedased ning üliõpilased. Uurimused viidi läbi erinevates keskkondades: koduhospiitsis, haigla erinevates osakondades, hooldekodus, vähikeskuses, ülikoolis. Uurimused käsitlesid palliatiivse ravi õenduspädevuste erinevaid aspekte. Uuriti pädevuste seoseid professionaalse rolliga, kindla haiguse või sekkumisega. Enamasti olid artiklites uuritud pädevused sisuliselt sarnased nagu näiteks valu juhtimine (Yamani jt 2018, Bui jt 2020, Jors jt 2020, Kim jt 2020, Rajdev jt 2020, Rosa jt 2020, Zhou jt 2020), kuid oli ka selliseid, mida mainiti ainult ühel või kahel korral nagu näiteks eetiliste teooriate ja põhimõtete tundmine (Pettersson jt 2020), surma teemal arutlemine (Rajdev jt 2020, Rosa jt 2020).

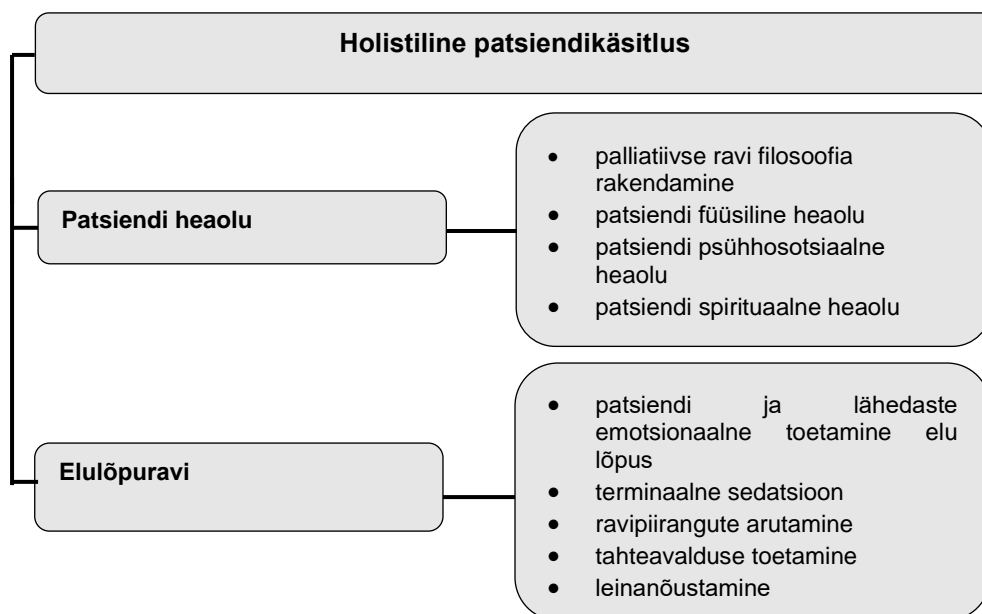
Süsteematisel otsingu tulemusel leitud teadusartiklitest selekteeriti sisuanalüüsi käigus 40 pädevuste tunnust, mis jagunesid 6 alakategooriasse, kolme ülakategooriasse. Tulemuste visualiseerimiseks koostati tabel (vt lisa 6) ja joonised (vt joonised 3, 4, 5, 6), milles palliatiivset ravi osutavatele õdede vajalikud pädevused on esitatud ülakategooriate kaupa: 1) holistiline patsiendikäsitlus, 2) interdistsiplinaarne meeskonnatöö, 3) palliatiivse ravi eetika. Peakategooria totaalse valu leevendamine hõlmab kõiki eelnimetatud palliatiivse ravi õenduspädevusi.



Joonis 3. Palliatiivse ravi õenduspädevuste kategooriad

4.2. Patsiendi heaolu

Holistilise patsiendikäsitlusega seotud pädevuste valdkond koosneb kahest alakategooriast: 1) patsiendi heaolu, 2) elulõpuravi.



Joonis 4. Holistiline patsiendikäsitlus

Patsiendi heaolu. Palliativse ravi filosoofiat ning selle aktsepteerimist kui kvaliteetse palliativse ravi teenuse osutamise alust rõhutavad oma uurimustes Jors jt (2016), Montagnini jt (2018), Khalil jt (2019), Bennardi jt (2020) ja Zhou jt (2020). Palliativse ravi filosoofiat iseloomustab patsiendikeskne ja holistiline lähenemine. Üheks filosoofiliseks põhiseisukohaks on patsiendi elukvaliteedi tagamine, mitte tema elu pikendamine või suremise kiirendamine. Elukvaliteedi tagamisel tuleb keskenduda patsiendi füüsilistele, psühholoogilistele, sotsiaalsetele ja spirituaalsetele aspektidele. Samuti tuleb rakendada palliativse ravi lähenemist võimalikult varakult, mõista elu lühendava või elu ohustava haiguse tähendust, märgata patsiendi ja lähedaste vajadusi kõikehõlmavaks hoolduseks, pakkuda patsiendile tugisüsteemi.

Holistilise patsiendikäsitluse eelduseks on oskus planeerida ja ellu viia vajalikke sekkumisi, et tagada patsiendile maksimaalset füüsilist, psühhosotsiaalset ja spirituaalset heaolu (Jors jt 2016, Montagnini jt 2018, Khalil jt 2019, Mann 2019, Eggenberger jt 2020, Cheong jt 2020, Kim jt 2020). Palliativsele ravile saabuvad erinevate diagnoosidega patsiendid, mistõttu vajavad õed teadmisi erinevatest haigustest ja nende staadiumidest. Hoolduse planeerimine nõuab kompleksset seisundi hindamist ning oskust märgata uusi sümptomeid ja vajadusi, võttes arvesse patsiendi ja lähedaste eelistusi ja valikuid. Olulisel kohal on toetav hooldus haiguste ja ravi kõrvaltoimete

ennetamiseks, kontrollimiseks ja leevendamiseks, patsiendi elukvaliteedi säilitamine ja võimalusel ka tõstmine. (Yamani jt 2018.)

Füüsilise heaolu tagamise peamiseks pädevuseks on valuravi juhtimise oskus. Õdede valuravi juhtimisega seotud teadmisi ja oskusi on kirjeldanud oma uurimuses Jors jt (2016), Rosa jt (2018), Yamani jt (2018), Bui jt (2020), Kim jt (2020), Rajdev jt (2020), Zhou jt (2020). Sümptomite kontrolli teemal arutlesid lisaks samadele autoritele ka Montagnini jt (2018) ja Shi jt (2019). Valu juhtimise juures on oluline valu hindamine ja valuravi eesmärkide määratlemine, riskihindamine, suutlikkus luua seoseid valu ja elu piirava haiguse vahel ning valu holistiline käsitlus. See hõlmab oskust manustada patsiendile valuravi, kasutades farmakoloogilisi vahendeid nagu suukaudsed ja parenteraalsed opioidid. Siinkohal tuleb informeerida patsienti manustatavate ravimite osas ning vastata patsiendi küsimustele, vähendamaks teatud ravimitega (nt opioidid nagu morfiin) seotud eelarvamusi ja hirme. Sageli seostavad patsiendid näiteks morfiini manustamist peatselt saabuva surmaga. Patsiendi nõustamine valuravi teemal eeldab õelt põhjalikke teadmisi farmakoloogilise ja mittefarmakoloogilise valuravi meetoditest ja oskust leevendada patsiendi valukaebusi mittefarmakoloogiliste meetmetega (soe/külm aplikatsioon, massaaž, lõõgastustehnikad vms) (Montagnini jt 2018). Valuravi meetodi valikul tuleb hinnata sellega seotud riske nagu kõrvaltoimed ja sümptomite intensiivistumine (Rajdev jt 2020). Palliatiivses ravis lähtutakse sümptomite leevendamisel põhimõttest minimeerida patsiendi kannatusi ja toetada tema individuaalseid eelistusi. See tähendab, et välditakse uute sümptomite tekitamist ja sellest tulenevat elukvaliteedi halvenemist. Näiteks ei soovitata nasogastraalsondi paigaldamist kaugelearenenud dementsusega patsientidel, kelle puhul võib seetõttu suureneha rahutus, ärevus, fikseerimise ja erakorralise meditsiiniabi vajadus (Bui jt 2020).

Lisaks füüsilistele põhjustele võivad valu vallandada faktorid, mis on seotud psühhosotsiaalsete ja/või spirituaalsete aspektidega. Kuigi võib tunduda, et teised meeskonna liikmed (psühholoog, sotsiaaltöötaja) vastutavad psühhosotsiaalse heaolu eest, on õdedel siin oma roll (Jors jt 2016). Usaldusliku patsiendisuhte tekkides saab õde tõenäoliselt esimesena patsiendilt infot psühholoogiliste ja sotsiaalsete probleemide kohta, millest tulenevalt viib ta vajadusel läbi psühholoogilise seisundi hindamise. Terviklik lähenemine patsiendile annab võimaluse märgata seoseid psühhosotsiaalsete tegurite ja füüsiliste või spirituaalsete kaebuste vahel ning valida sellele vastavalt sobivad sekkumismeetodid: patsiendi või lähedaste nõustamine, teiste meeskonnaliikmete kaasamine. Psühholoogilistest probleemidest esinevad kõige sagedamini depressioon ja üksildus. Kuigi võidakse nendest muredest teadlikud olla, jäävad depressioon ja üksildus sageli kannatuste põhjustajatena märkamata. (Bui jt 2020) Samuti tunnevad patsiendid

frustratsiooni ja hirmu seoses palliatiivse ravi alustamisega, ravi võimalustega või haiguse prognoosiga. (Bennardi jt 2020.) Palliatiivse ravi meeskonnas aitavad leevendada psühhosotsiaalset valu hingehoidja, sotsiaaltöötaja ja psühholoog. Eesmärgiks on vähendada patsiendi ärevust, hirme, depressiivsust, sotsiaalset isoleeritust ja toetada autonoomsust. (Bui jt 2020.)

Spirituaalse heaolu aspekt muutub enamasti aktuaalseks elu lõpus, kui patsient on leppinud terminaalse haigusega ning mõtiskleb üha enam eksistentsiaalsetel teemadel. Patsiendi individuaalne kultuuriline ja religioosne taust mõjutavad patsiendi spirituaalse valu iseloomu ja suhtumist elulõpuravisse (Rajdev jt 2020). Näiteks pidasid mitmed erineva kultuuri esindajad patsiendi tahteavalduste üle arutamist tähtsusetuks, kuna surm on nangunii vältimatu elu osa. Mõnes kultuuris on surm tabuteema; inimeste arvates toob surmast rääkimine ebaõnne ja nad kardavad seda (Shi jt 2019, Rajdev jt 2020). Palliatiivse ravi vältel on oluline teadvustada spirituaalseid ja eksistentsiaalseid probleeme ning nende seoseid patsiendi kultuuri ja religiooniga. Näiteks võivad spirituaalne valu ja teised sümptomid süveneda juhul, kui patsient viibib haiglakeskkonnas, kuigi tema kultuuris on loomulik inimese suremine oma kodus. (Rajdev jt 2020). Palliatiivse ravi õel on võimalus patsiendiga eksistentsiaalseid ja spirituaalse valuga seotud teemasid tõstatada ja sügavamalt avada. Vajadusel saab õde julgustada patsienti ja lähedasi vestlema teemadel nagu elu lõpp ja sellega seotud soovid, hirmud, mõtted. Patsiendi ja lähedaste jaoks leevendab see sageli spirituaalset valu, teisalt aga annab õele parema arusaama patsiendi kaebustest ja aitab näha spirituaalse valu seoseid teiste samaaegselt esinevate sümptomitega. (Bennardi jt 2020, Rosa jt 2020.)

Elulõpuravi. Palliatiivsel ravil viibivat patsienti tuleb igakülgsest toetada kogu palliatiivse ravi perioodil (Ellington jt 2018, Montagnini jt 2019, Rajdev jt 2020, Rosa jt 2020). Emotsionaalne tugi ja aktiivne kohalolek on aga võtmetähtsusega elulõpuravi ajal, mil patsiendi kannatused võivad seisundi halvenedes võimenduda. Oluline on luua hea kontakt patsiendi ja lähedastega varem, kui patsiendi terminaalseisundisse jõudes ja pere kriisi saabudes. Lisaks soovitatakse arutleda elu lõpu teemal ka haiglaväliselt (perearsti või eriarsti vastuvõtul), kui patsiendi seisund ei ole veel kriitiline. Sellised arutelud kontrollitud keskkonnas annavad patsiendile ja lähedastele võimaluse oma soovid läbi mõelda ja ette valmistada seisundi halvenemiseks. (Rajdev jt 2020.) Samuti on tähtis oskus aegsasti arutada patsiendi ja lähedastega ravipiiranguid ja patsiendi tahteavaldust puudutavaid küsimusi (Eggenberger jt 2020, Rajdev jt 2020). Patsiendi haiguse ja raviga seotud soove kajastav tahteavaldus on viis, kuidas patsiendi autonoomsust ja väärikust kaitsta ning säilitada. See hõlmab reageerimist sureva patsiendi soovile ravi lõpetada. Õe

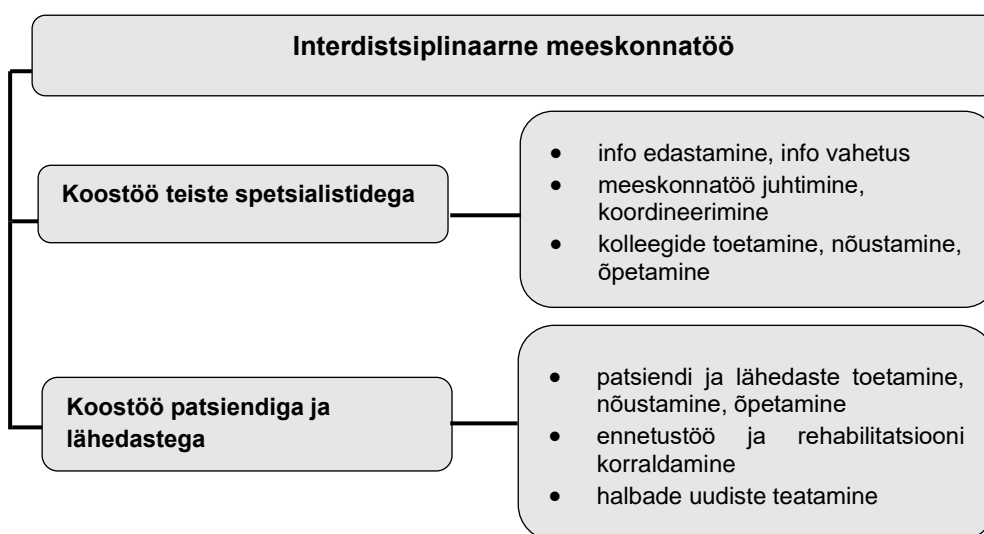
ülesandeks on selgitada patsiendile tahteavalduse dokumendi sisu ja sellega seotud juriidilisi aspekte.

Patsiendil on õigus otsustada elu lõpus sedatsiooni kasuks, küll aga peab selline otsus olema informeeritud ja kaalutletud. Sedatsiooniga alustades lähtub õde objektiivsest leiust, millele tuginedes langetatakse koostöös patsiendi, lähedaste ja ravimeeskonnaga otsus sedatsiooni asjakohasuse ja kasu osas. Sedatsiooniga alustamise ja jätkamisega kaasneb palju eetilisi dilemmasid nagu otsustamine akontaktse patsiendi eest või sedatsiooniga alustamine patsiendi palvel sümptomite puudumisel. Selliste olukordade lahendamisel tuleb tugineda patsiendi seisundi ja prognoosi põhjalikule hindamisele ja jagada vastutust ülejäänud ravimeeskonnaga. (Leboul jt 2017.)

Elulõpuravi vältel ja pärast patsiendi surma tõuseb esile leinanõustamise vajalikkus. Oskus toime tulla patsiendi ja lähedaste leinaga on palliatiivse ravi osa ja kuulub palliatiivset ravi osutava õe pädevuste hulka (Montagnini jt 2018, Khalil jt 2019, Kim jt 2020, Rosa jt 2020, Rajdev jt 2020). Siin kohal on oluline tagada patsiendi lähedastele ligipääs leinanõustamise teenusele ning pakkuda infot lähedase surma ja leina kohta (Khalil jt 2019).

4.3. Interdistsiplinaarne meeskonnatöö

Interdistsiplinaarne meeskonnatöö pädevuste valdkond koosneb kahest alakategooriast: 1) koostöö teiste spetsialistidega, 2) koostöö patsiendi ja lähedastega.



Joonis 5. Interdistsiplinaarne meeskonnatöö

Koostöö teiste spetsialistidega. Palliatiivse ravi õed töötavad eranditult interdistsiplinaarses meeskonnas. Meeskonnatöö abil suudetakse saavutada paremaid tulemusi ning sellel on suurem kasutegur võrreldes individuaalse ravitööga. Erinevatest spetsialistidest koosnevas meeskonnas tuleb palliatiivse ravi õel tunda väga hästi meeskonnaliikmete ülesandeid, et osata patsienti ja lähedasi selles osas informeerida. Teisalt aga kannavad õed ka ise meeskonnas mitut erinevat rolli nagu juht, korraldaja, info vahendaja, patsiendi eestkõneleja. (Ellington jt 2018, Bennardi jt 2020.) Selleks, et täita meeskonnas juhtivat rolli, tuleb osata märgata ja leevendada kolleegide ja tugispetsialistide stressi. Õed osalevad interdistsiplinaarse meeskonna aruteludel patsiendi prognoosi osas, kus kannavad sageli korraldaja ja info vahendaja rolli ning tagavad efektiivse suhtluse meeskonnaliikmete vahel. Infovahetusoskus ja juhtumikorralduslikud oskused aitavad patsiendi ja lähedaste toetamisel kaasata erinevaid tugispetsialiste ning korraldada nende sujuv koostöö (Bennardi jt 2020). Õdede pädevuste hulka kuulub ka oskus tekitada toetavat ja avatud õhkkonda meeskonna igapäevapraktikas. Patsiendile parima teenuse pakkumiseks on ülioluline, et õed ja arstid töötavad meeskonnana ning austavad teineteise seisukohti (Rajdev jt 2020). Seejuures tuleb alati lahendada meeskonnaliikmete vahelised konfliktid/eriarvamused enne patsiendi/lähedastega kohtumist (Montagnini jt 2018).

Lisaks palliatiivse ravi meeskonna töös osalemisele kuulub õe pädevuste hulka ka koostöösuhete arendamine teiste osakondade, raviasutuste või spetsialistidega. Palliatiivse ravi meeskonna strateegiline nähtavus osakonnas ja haiglaülestel üritustel soodustab suhtlust teiste osakondade spetsialistidega ja aitab teadvustada palliatiivse ravi alaste konsultatsioonide kasulikkust. Palliatiivse ravi temaatika tutvustamine aktiivraviosakondades ning tõenduspõhise info kasutamine konsultatsioone läbi viies toetab ravimeeskonna otstarbekamat rakendamist. (Bennardi jt 2020.)

Koostöö patsiendi ja lähedastega. Palliatiivset ravi osutavavad õed teevad tihedat koostööd patsiendi ja lähedastega (Ellington jt 2018, Montagnini jt 2018, Mann jt 2019, Bui jt 2020, Kim jt 2020, Rajdev jt 2020, Rosa jt 2020). Õed kohtuvad patsiendiga ja lähedastega regulaarselt, et hinnata patsiendi seisundit ja vastata tekkinud küsimustele. Kohtumisel meeskonnaga antakse patsiendile ja lähedastele infot seisundi, prognoosi ja ravivõimaluste, sh komforti tagamise kohta. See aitab patsiendil diagnoosi ja haigusega kohaneda, seisundi ja prognoosidega leppida ning toetab informeeritud otsuste langetamist palliatiivse ravi vältel. (Montagnini jt 2018, Rajdev jt 2020.) Suhtlemine patsientidega ja lähedastega aitab õdedel mõista nende elu ja mõtteid ning luua vastastikune mõistmine ja austus (Shi jt 2019). Õde nõustab patsienti ja lähedasi haiguse kulu ja elu lõpuga seotud protsesside osas. Samuti tõuseb õdede endi enesekindlus, kui nad oskavad

paremini märgata patsientide füüsilisi ja emotsionaalseid vajadusi, luua patsiendi ja lähedastega lihtsamini kontakti ning usalduslikke suhteid (Mann jt 2019).

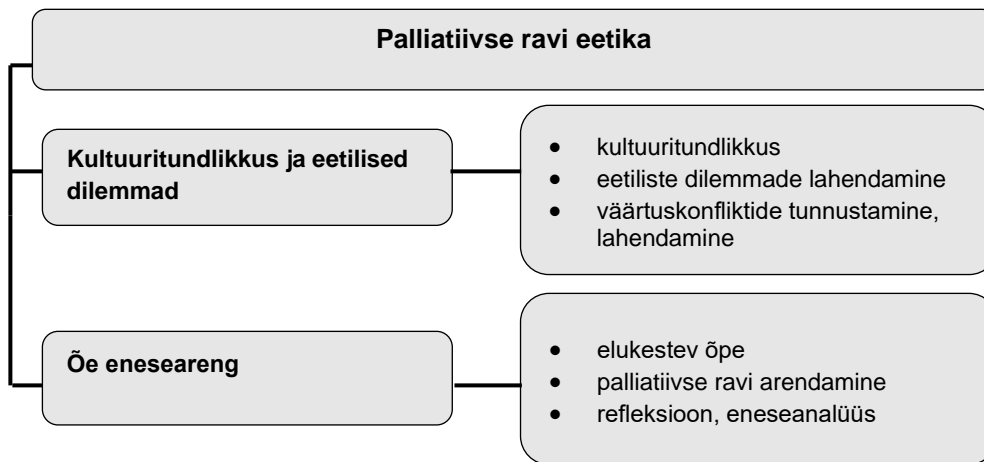
Kirjandus toetab seisukohta, et efektiivne suhtlus patsiendi lähedastega tõstab suremise kogemuse kvaliteeti ja vähendab psühholoogilist stressi (Rajdev jt 2020). Õde informeerib patsienti palliatiivse ravi kasulikkuse osas, valmistab patsienti ja lähedasi ette personali vahetumiseks, näitab palliatiivse ravi toimimist praktikas ning pakub selgelt mõistetavat infot elulõpu kohta (Montagnini jt 2018). Samuti on oluline see, et patsiendi ja lähedastega tegelev õde oleks ise suuteline toime tulema nende hirmude, eelarvamuste või negatiivsete reaktsioonide ja emotsioonidega. (Bennardi jt 2020.) Õde saab õpetada patsiendile oskusi, kuidas paremini toime tulla oma haiguse ja sümptomite kontrolliga, aga ka emotsioonide juhtimist ning ärevuse ja hirmude maandamist. Yamani jt (2018) arvates on olulisel kohal oskus palliatiivse ravi kontekstis ennetada haigust, haiguse süvenemist või ägenemist ehk julgustada patsiente osalema näiteks rehabilitatsiooniprogrammides ja sõeluuringutes.

Kuna enamus patsientidest soovib saada korrektset ja asjakohast infot oma ravimatu haiguse kohta, siis kuulub õdede pädevuste hulka oskus halbu uudiseid teatada (Yamani jt 2018, Shi jt 2019.) Siinkohal võivad tulla esile probleemid enese emotsioonide juhtimisega, eriti kui on tarvis arutada patsiendi ja lähedastega diagnoose, prognoosi ja palliatiivse ravi võimalusi. Õded tunnevad sageli ise ebamugavustunnet seoses surma ja suremisega seotud teemadega, läbikukkumise ja alistumise emotsioonidest tulenevat rusetust, raskusi patsiendi ja lähedastega tekkivate emotsionaalsete suhete juhtimisel, raskusi patsiendi/lähedaste võimalikku reaktsiooni hindamisel. Eeltoodud probleeme aitavad leevendada toetavad ja terapeutilised suhted nii patsiendi kui ka kolleegidega või ülejäänud ravimeeskonnaga. (Bennardi jt 2020.)

Patsiendi lähedasi toetades tuleb pöörata tähelepanu ka sellele, et lähedased võivad patsiendi toetamisel nii füüsiliselt kui ka psüühiliselt väsida. Sellest tulenevalt keskendutakse patsiendiga seotud pereliikmete või teiste lähedaste psühhosotsiaalsele toetamisele haiguse ajal, surma hetkel ja pärast patsiendi surma leinaperioodil. (Zhou jt 2020.)

4.4. Palliatiivse ravi eetika

Peakategooria palliatiivse ravi etikaga seotud pädevused koosneb kahest alakategooriast: 1) kultuuritundlikkus ja eetilised dilemmad, 2) õe eneseareng.



Joonis 6. Palliatiivse ravi eetika

Kultuuritundlikkus ja eetilised dilemmad. Individuaalset lähenemist patsiendi ja lähedaste vajadustele toetavad kultuuritundlikkusega seotud pädevused. Rajdev jt (2020) leidsid oma uurimuses, et inimeste lähenemised ja hoiakud palliatiivsele ravile ja elulõpuravile on väga erinevad ning sõltuvad paljuski kultuurilisest taustast. Kultuuriline ja religioosne taust mõjutab suhtumist surma ja elu lõppemisse, valu jt sümptomite väljendamist, valmisolekut spirituaalsetel või eksistentsiaalsetel teemadel vestelda. (Shi jt 2019, Zhou jt 2020). Lisaks selgus uurimustest, et kultuurilised vähemused surevad suurema tõenäosusega oma kodus ja kasutavad vähem hospitaalsust. Seesugused kultuurilist ja religioosset mitmekesisust kajastavad uurimistulemused näitavad, et õed peavad keskenduma patsiendi individuaalsele kultuurilisele ja religioossele taustale ja sellele, kuidas uskumused mõjutavad patsiendi suhtumist elulõpu hooldusesse (Rajdev jt 2020). See toetab õe-patsiendi usalduslikku suhet, annab võimaluse sekkumisi (valuravi, dieet, tugipersonal) kohandada ja parandab koostööd ravimeeskonnaga. Kultuuritundlik õde suudab seostada patsiendi eelistusi ja hoiakuid tema taustaga ning tegutseb patsiendi eestkõnelejana juhul, kui ravikeskkonda või -sekkumisi tuleb vastavalt sellele kohandada.

Mõned uurimused (Yamani jt 2018, Khalil jt 2020, Cheong jt 2020, Kim jt 2020, Pettersson jt 2020) toovad välja eetilisi probleeme, millega õed võivad kokku puutuda. Näiteks meeskonna lahkarvamused, patsiendi ja pere autonoomia rikkumine, sedatsiooniga ja eutanaasiaga seotud

küsimused. Pettersson jt (2020) keskenduvad oma uurimuses DNR otsusega (*do not resuscitate*; elustamiskeeld) seotud eetilistele dilemmadele ning õe eetilisele pädevusele. Pädev õde saab eetilisele dilemmale tähelepanu pöörata, käsitleda seda koos patsiendi ja lähedastega või vajadusel korraldada laiemat arutelu ravimeeskonnaga. Lisaks sellele tuleb eetiliste dilemmade puhul esile õe roll patsiendi eestkõnelejana. Selles rollis peavad õed aitama patsiendil säilitada autonoomsust ja otsustusõigust tahteavaldusele või varasemale infovahetusele tuginedes ka olukordades, kus patsient ise ei ole oma soove võimeline väljendama. Eetika jätkuõpe, interdistsiplinaarsed arutelud ja kogenumate kolleegide mentorlus olid olulised aspektid eetilise pädevuse arendamisel. Eetikaga seotud pädevusi omandati kõige edukamalt patsientidega suheldes ja laiapõhjalise eetikaõppe käigus, mis keskendub meditsiinile ja õendusele, patsiendi eelistusele, elukvaliteedile ja kontekstile. (Pettersson jt 2020.)

Õe eneseareng. Yamani jt (2018), Mann jt (2019), Pettersson jt (2020) rõhutavad oma uurimustes, et kvaliteetne palliatiivne ravi ei ole võimalik ilma õdede järjepideva professionaalse arenguta ning eneseanalüüsita. Õdede professionaalsust näitab oskus olemasolevaid teadmisi, oskusi, kogemusi ja käitumist põhjalikult analüüsida ning sellest lähtuvalt keskenduda puudujääkide arendamisele. Pädev palliatiivse ravi õde tunneb ja suudab järgida palliatiivse ravi põhimõtteid, tunneb palliatiivse ravi erinevaid võimalusi ja teenuseid, omab teadmisi ja oskusi palliatiivse ravi spetsiifikast lähtudes. Õel on oluline teada, kuidas ja millal palliatiivset ravi alustada, olla suuteline orienteeruma ise ning aidata patsiendil navigeerida palliatiivse ravi teenuste süsteemis, tunda erinevate teenuste sisu ja rakendatavust patsientidele. Oskuslik hindamisinstrumentide kasutamine ning kliiniliste ravijuhendite tundmine on kvaliteetse palliatiivse õendusabi aluseks. (Bennardi jt 2020.) Professionaalne õde värskendab pidevalt oma palliatiivse ravi teadmisi, hoiab end kursis värskes tõenduspõhises teaduskirjandusega ning osaleb koolitustel. Palliatiivse ravi kontekstis annavad parimaid tulemusi aktiivne ja kogemuslik õpe, näiteks simulatsiooniõpe või praktilise kogemuse saamine palliatiivse ravi patsientidega (Zhou jt 2020). Regulaarne enesetäiendamine, vajalike oskuste arendamine, hariduse jätkamine, elukestev õppimine mõjutab positiivselt õdede hoiakuid palliatiivse ravisse ning vähendab surmaga seotud ärevust ja hirme (Shi jt 2019).

5. ARUTELU

5.1. Tulemused

Palliativse ravi patsientide valukogemus on teistest patsientidest märgatavalt erinev, mistõttu palliativses ravis on kasutusel totaalse valu kontseptsioon. Ülevaatesse kaasatud artiklites ei kasutatud mõistet „totaalse valu leevendamine“ pädevuste kirjeldamisel, küll aga on erinevates artiklites käsitletud totaalse valu kõiki komponente. Kirjeldatud on õdede pädevusi, mis aitavad tagada patsiendi füüsilist, psühhosotsiaalset ja spirituaalset heaolu ning on leitud, et valu tuleb käsitleda komplekselt. (Bui jt 2020, Zhou jt 2020.) Totaalse valu leevendamise mõiste on kasutusel ainult palliativse ravi kontekstis, lähtub palliativse ravi filosoofilistest ja eetilistest lähtekohtadest ning on seotud suure osa palliativse ravi õe eripädevustega.

Palliativse ravi õdede spetsiifilised pädevused aitavad tagada kõrgekvaliteedilist õendusabi ning toetavad oma mitmekülguses palliativse ravi filosoofia holistilise lähenemise põhimõtet. Pädev palliativse ravi õde lähtub holistilisest patsiendikäsitlusest, töötab edukalt interdistsiplinaarses ravimeeskonnas ning lähtub oma igapäevapraktikas palliativse ravi eetikast. Uurimuses on palliativse ravi õe pädevused jagatud ülalloodud kolme ülakategooriasse, kuna ülevaatesse kaasatud kirjandust analüüsid tulid kõige rohkem esile just need teemad. Kolm ülakategooriat hõlmavad suuremat osa palliativse ravi pakkumiseks vajalikest spetsiifilistest pädevustest, mis on täpsemalt kirjeldatud alakategooriates. Arutledes totaalse valu leevendamise üle ilmnes, et oskus märgata ja hinnata füüsilisi, psühhosotsiaalseid ja spirituaalseid muutusi ja vajadusi ning oskus leida kombinatsioon meditsiinilistest ja mittemeditsiinilistest sekkumistest probleemide lahendamiseks on totaalse valu leevendamise aluseks.

Holistiline patsiendikäsitlus. Osutamaks kvaliteetset õendusabi palliativses ravis, tuleb õdedel olla kursis holistilise patsiendikäsitlusega - palliativse ravi filosoofia ja põhimõtete mõistmisega, palliativse ravi kui aktiivse sekkumisega, palliativse ravi sobivusega aktiivraviga ja teiste ravimeetoditega, hindamisega, kas palliativne ravi sobib patsiendile või kas patsient kvalifitseerub palliativse ravi teenusele. Kogemus näitab, et paljudel õdedel puudub täielik arusaam palliativse ravi komponentidest nagu interdistsiplinaarne lähenemine, elukvaliteet, kannatuste leevendamine ja raske haiguse spetsiifikast sõltuv hooldus. Ei tunta palliativse ravi erinevaid teenuseid, nende sisu või rakendatavust patsientidele (Bennardi jt 2020). Parandades personali arusaama palliativse ravi tähenduse osas ja selgitades, kuidas see parandab patsientide elukvaliteeti, saab oluliselt arendada praktilisi oskusi.

Valu juhtimise ja füüsiliste sümptomite kõikehõlmav leevendamine on üks põhilistest palliatiivset ravi osutavate õdede pädevustest. Palliatiivse ravi alases kirjanduses loetakse valuravi ja sümptomite kontrolli üheks palliatiivse ravi aluseks. Seisukohad on muutumatud olnud kaua aega ning ilmselt jäävad domineerima ka edaspidi. Valu juhtimisel mängib olulist rolli patsiendi seisundi hindamise oskus, eriti valu ja kliiniliste sümptomite tekke osas. Patsiendi individuaalsetest vajadustest lähtudes tuleb osata planeerida ja ellu viia vajalikke sekkumisi, kasutada valukontrolli tehnikaid ja meetodeid, kasutada sümptomite leevendamisel patsiendilt ja lähedastelt saadud infot ning kombineerida seda olemasoleva õenduspraktikaga. Füüsilise valu käsitlemise mehhanismid on kirjeldatud sarnaselt nii palliatiivravi alases kirjanduses kui ka ülevaatesse kaasatud uurimustes.

Üks valuraviga seotud palliatiivse ravi õe eripädevusi on opioidide manustamine, kuid ülevaatesse kaasatud artiklitest mainiti seda teemat ainult Rajdev jt (2020) artiklis. On selge, et suukaudsete ja parenteraalsete opioidide manustamine nõuab õdedelt põhjalikke teadmisi sellise valuravi mõjust patsiendile - võimalik sõltuvus, ravimi kumuleerumine, uimasus, hingamisraskused jne. Samas kogemus näitab, et opioidide manustamisel tunnevad õed end ebakindlalt. Põhjuseks on ilmselt ebatäpsed hindamismeetodid, opioidide vähene määramine ja kasutamine, opioidide toime ning kõrvaltoimete ebapiisav tundmine ja märkamine, teisisõnu opioidide manustamise pädevuse valdamise puudulikkus.

Mitmed ülevaatesse kaasatud uurimused kinnitavad palliatiivse ravi alases kirjanduses esitatud seisukohti, et psühhosotsiaalse heaolu tagamiseks tuleb aidata patsiendil kohaneda kaugelearenenud, progressiivse või ravimatu haigusega seotud seisundi muutustega, osata märgata patsiendi majanduslikke ja emotsionaalseid pingeid, märgata ja mõista patsiendi kurbust ja leina, pakkuda konkreetseid toetavaid teenuseid ja spetsialistide abi ning leevendada patsiendi isoleeritust, soodustades suhtlust patsiendi ja lähedaste vahel. Olulisel kohal on regulaarne psühhosotsiaalse seisundi hindamine. Sarnaselt psühhosotsiaalse heaoluga on spirituaalse heaolu tagamisel oluline märgata ja hinnata spirituaalseid vajadusi, arvestada spirituaalsete teguritega hoolduse planeerimisel, säilitades patsiendi väärikust. Siinkohal tuleb mainida, et spirituaalsusega seotud teemad on kirjanduses enamasti seotud patsiendi elu lõpuga.

Elulõpuravi on oluline osa õenduspraktikast, eriti vananeva rahvastikuga riikides. Elulõpuravis keskendutakse sageli patsiendi füüsilistele kaebustele ja jäetakse tähelepanuta psühhosotsiaalne ja spirituaalne pool (Zhou jt 2020). Samas Bui jt (2020) sõnul tingib puudulik õdede väljaõpe valuraviks sobilike ravimite ja riskihindamise osas patsiendi valukaebuste süvenemise elulõpuravi

perioodil. Kuna ühelt poolt tuleb suuremat rõhku panna just psühhosotsiaalsele ja spirituaalsele toele ning teisalt valu leevendamiseks sobivate ravimite ning riskihindamise teemale, siis on mõistlik ka elulõpuravil toetuda totaalse valu kontseptsioonile ehk käsitleda valu komplekselt, tagades sellega patsiendi üldist heaolu.

Terminaalne sedatsioon muutub aktuaalseks elulõpuravi perioodil ning on omane just sellele etapile. Kuigi mitmed ülevaatesse kaasatud uurimused käsitlesid elulõpuravi, kirjeldasid ainult Leboul jt 2017 õe eripädevusi terminaalse sedatsiooni teostamisel - teadmised sedatsiooni näidustustest ja võimalustest, selle otstarbeks koostatud ravijuhenditest, sedatiivsete preparaatide toimest ja kõrvaltoimetest; oskused lahendada praktilisi, eetilisi ja emotsionaalseid dilemmasid. Mitmetes uurimustes on sedatsiooni teemat puudutatud teiste pädevuste kontekstis (nt valu juhtimisel, eetiliste dilemmade käsitlemisel jms). Seega võib arvata, et terminaalne sedatsioon on lahutamatu osa palliatiivsest ravist. Sellest hoolimata pole sedatsiooni teostamist reguleeritud Eesti seadusandluses ega ravijuhendites (Palliatiivse ravi juhend... 2021). Loodetavasti võetakse lähitulevikus teema Eestis päevakorda ning arutelusse peaksid olema kaasatud ka õed, kes informeerivad patsiente ja lähedasi sedatsiooni võimalustest, manustavad sedatiivseid preparaate ning jälgivad patsiendi seisundit ja sümptomeid sedatsiooni ajal. Vältimaks õdede ebakindlust ja haavatavust sedatsiooni teostamisel ning jagamaks vastutust ülejäänud ravimeeskonnaga on äärmiselt oluline piiritleda seadusandlusega õe roll ja vastutusala (Leboul jt 2017).

Patsiendi tulevikuga seotud raviotsuste ning tahteavalduse toetamine on oskused, mida peab valdama palliatiivset ravi osutav õde. Ülevaatesse kaasatud uurimused on kinnitanud, et elulõpu perioodil otsuste langetamisel peab õde lähtuma juriidilistest juhistest ja ravijuhenditest. Samuti on vajalik tõsta patsientide ja lähedaste teadlikkust tahteavalduse vormistamise võimalustest ja piirangutest ning suunata oma terviseiga seotud soovidele mõtlema kõiki täisealisi inimesi – ka neid, kellel tõsiseid terviseprobleeme ei esine. Lisaks põhiteadmistele peab palliatiivse ravi õde suutma tahteavalduse mõtet, eesmärki ja vormistamise protsessi ka süvitsi lahti seletada. Kuna õed suhtlevad sageli patsiendi ja lähedastega edasiste raviplaanide/otsuste teemal, siis oskuslik teema käsitlemine annab patsiendile võimaluse ja julguse omada kontrolli iseenda ravi ja hoolduse üle ning õdedele omakorda julgust ja kindlustunnet teema arutlemisel. Patsiendi tahteavalduse teema on viimastel aastatel osutunud ka Eestis väga aktuaalseks. Tänavu on kutsutud kokku töörühm, mille eesmärk on välja töötada patsiendi tulevikujuhised, kus on täpselt määratletud patsiendi õigused tervishoiuteenuste osutamisel ja nendest loobumisel. Töörühma on kaasatud tervishoiutöötajad (ka õed), juristid, eetikud ja teised teemaga seotud spetsialistid. Ilmselt

kirjeldatakse põhjalikult ja selgelt õe roll nendes protsessides. Sellele tuginedes võib väita, et ravi otsuste planeerimine kuulub palliativset ravi osutavate õdede pädevuste hulka.

Elu lõpu faasis olid efektiivne suhtlus koos ühiste otsuste langetamisega patsientide ja nende lähedaste jaoks olulisteks prioriteetideks (Shi jt 2019). Tõenäoliselt tunnevad sama patsiendid ja nende lähedased Eestis. Palliativset ravi osutav õde peab suutma vestelda emotsionaalselt rasketel või eksistentsiaalsetel teemadel: ära kuulata, toetada, julgustada, esitada küsimusi, vahendada suhtlust patsiendi ja lähedastega ning teiste ravimeeskonna liikmetega. Siiski kinnitavad uurimuste tulemused, et keeruliste vestluste juhtimist kas patsiendi/lähedastega või meeskonnasiseselt peavad õed ise oma nõrgaks küljeks (Shi jt 2019, Bennardi jt 2020, Rajdev jt 2020). Kogemus näitab, et raskeid diagnoose ja patsiendi seisundiga seotud vestlusi peavad väga paljude erinevate erialade arstid ja õed, aga siiani kohtab suhtumist, et "patsient ei kannata tõde kuulda" või tehakse ise otsus osa infost rääkimata jätta, sest see "on patsiendile parim". Selliste väidete taha on peidetud spetsialistide ebakindlus, teadmiste ja kogemuste puudulikkus. Patsientide ja lähedaste jaoks aga on asjakohase informatsiooni saamine ülioluline, et teha oma ravi, hoolduse ja elu lõpuga seoses vajalikud otsused ja sammud õigeaegselt.

Elulõpuravi juurde kuulub sageli leinanõustamine ehk lähedaste toetamine pärast patsiendi surma. Siinkohal on oluline õe valmisolek ja julgus suhelda lähedastega surma hetkel ja vahetult pärast surma - lähedaste häirituse märkamise, religioossete vajaduste rahuldamine, lähedaste toetamine just neile omaste traditsioonide osas surma hetkel ja pärast surma (Bennardi jt 2020). Õigete sõnade leidmisest olulisem on kohalolek, ära kuulamine, lähedaste ja iseenda emotsioonide juhtimine. Juhul, kui lähedased ei viibinud patsiendi surma hetke juures, saab lähedaste soovi korral kirjeldada surma saabumise hetke. Lähedastega suhtlemisel on oluline toetav, julgustav ja personaalne lähenemine. Vajadusel saab õde pakkuda lähedastele asjakohaseid infomaterjale (nt dokumentatsiooni, matusetootuse, matuste korraldamise kohta) või suunata nad pikemaajalise toe saamiseks hingehoidja, psühholoogi või kogemusnõustaja poole.

Interdistsiplinaarne meeskonnatöö. Meeskonnatöö pädevuse valdamine tagab õdedele vajalikud oskused toetada ja õpetada kolleege ning koordineerida meeskonnatööd, eriti juhul kui on vaja patsiendile või tema lähedastele edastada negatiivseid uudiseid. Halbade uudiste edastamise juures saab õde rakendada kogu meeskonna ressursse, et tagada patsiendi ja lähedaste piisav informeeritus ja teisalt tulla toime võimalike negatiivsete või emotsionaalsete reaktsioonidega. Õde saab juhtida kogu protsessi nii patsiendi ja lähedaste kui ka kolleegide jaoks, märgates ja lahendades emotsionaalselt keerulisi olukordi või julgustades osapooli keerulisi teemasid

tõstatama. Koordineeritud interdistsiplinaarne meeskond suudab saavutada paremaid tulemusi ning arusaam meeskonnaliikmete funktsioonidest aitab meeskonna ressursse sihipäraselt kasutada ja selle kohta asjakohast infot jagada. (Ellington jt 2018.) Üheks barjääriks meeskonnatöös on õdede arvamusega mitte arvestamine (Pettersson Jt 2020). Kogemus näitab, et see peegeldab situatsiooni ka Eesti praktikas. Probleemi aitaks lahendada meeskonnatöö koolituste korraldamine osakonnapõhiselt (osakonna spetsiifikast lähtuvalt). Jätkusuutlikku meeskonnatööd saavad toetada pikaajalisema kogemusega õed, olles praktikas mentoriteks ja juhendajateks algajatele ja edasijõudnutele, kes palliatiivse ravi pakkumist õpivad. Kasulikuna nähti mentorlusprogramme ja patsiendi käsitlemist koos kogenuma kolleegiga. (Mann jt 2019.)

Kuna palliatiivses ravis nähakse patsienti ja lähedasi ravimeeskonna võrdsete liikmetena, tuleb selle toetamiseks tagada nende informeeritus ning tihe suhtlus teiste spetsialistidega. Vastasel juhul ei saa patsient ja tema lähedased olla ravimeeskonnale võrdseks partneriks. Kui koostöö õdede ja lähedaste vahel on tõhus, järjepidev ja usaldusväärne, tunnevad lähedased sellest suuremat tuge ja kindlust. Nende jaoks on oluline olla meeskonna osa (Ellington jt 2018). Oskus kaasata interdistsiplinaarne meeskond lähedastega otsuste vastu võtmise protsessi, eriti silmas pidades hooldus ja toetava raviga seotud eetilisi probleeme, aitab säilitada patsiendi väärikust ja autonoomsust.

Arvatakse, et avatud ja toetav suhtlus meeskonna sees toetab koostööd patsiendi lähedastega ning palliatiivse ravi pakkumist ja selle rakendamist üldiselt (Bennardi jt 2020). Patsiendi ja lähedaste informeerimine viib olukorra parema mõistmiseni ja sellega leppimiseni, samuti vähendab see psühholoogilist stressi. Seejuures on oluline usalduse loomine, proaktiivne lähenemine, patsiendi ja lähedaste kaasamine hooldusplaani koostamisse ja otsuste langetamisse, meditsiiniterminite selgitamine ja “tõlkimine” lihtsamasse keelde. Uurimustöö tulemustes leidub infot ka patsiendi ja lähedaste õpetamise kohta, mille kohaselt õdedel tuleb rakendada patsiendiõpetuse põhimõtteid, tagada piisav ja arusaadav informeeritus. Oluline on see, et patsient mõistaks arstidelt ja personalilt saadud infot ning tagasisidet. (Bennardi jt 2020.) Patsiendiõpetuse osaks on rehabilitatsioon ehk toetamine patsienti oma seisundi eripäradega toime tulekul, näiteks erinevate stoomide hooldus, ravimipumpade kasutamine, lamatiste ennetamine ja ravi. Samuti tuleb palliatiivse ravi patsientide puhul tegeleda ennetustööga – nii sümptomite ennetamisega (keemiaravi järgsed või konkreetse ravimi tarvitamisega seotud sümptomid) kui ka kaasuvate haiguste ennetamisega (sõeluuringutele suunamine). (Yamani jt 2018.) Koostöö aluseks patsiendi lähedastega on nende vajaduste/muutuste märkamine ja hindamine ning selle sidumine lähedaste ressursidega. Lisaks tuleb hinnata, kuidas haigus mõjub lähedastele ning pärast patsiendi surma pöörata tähelepanu

lähedaste toetamisele leinaga toimetulekuks ning selleks vajalike ressursside leidmisele. Sisuliselt seisneb koostöö lähedastega nende totaalse valu leevendamises.

Kultuuritundlikkus ja eetilised dilemmad. Yamani jt (2018), Pettersson jt (2020) viitasid eetilisi pädevusi kirjeldades õdede võimele tegutseda eetiliste otsuste alusel, oskusele anda realistlikku ja ausat infot, toetada otsuste langetamist ning lähtuda hooldamisel ja informeerimisel väärikusest. Kuna õed osalevad otsuste vastuvõtmise protsessis, siis eetiliste dilemmade lahendamine, arusaam, kuidas otsus/sekkumine mõjub ravile/tervisele või mõjutab patsienti/lähedasi, konfidentsiaalsus ja taktitunne on need eetiliste pädevuste tunnused, millele tuleb pädevuse omandamisel ja arendamisel keskenduda. Kim jt (2020) lisavad, et tuleks keskenduda nõustamisele ning süstemaatilistele ja eetilistele sammudele, mis kaitsevad patsiendi ja lähedaste õigusi. Pettersson jt (2020) uurimusest selgus, et eetiliste pädevuste õppimise ja arendamise eelduseks on haridus ja kursused, kogemused, refleksioon ning hea eetiline kliima organisatsioonis. Mitmed uurimuses osalenud õed tõid olulisena välja teadmised eetilistest teooriatest ja printsiipidest. Mõned uurimused käsitlesid seda, millised väärtusi peaks endas kandma hea õde. Mõned neist on seotud patsiendi-abistaja suhtega (nt lahkus, empaatia, kaastunne). Teisi võib vaadelda kui väärtusi, mis on toeks abistajale endale. Õel on tarvis julgust tegutseda üldises meditsiinipraktikas heaks kiidetud viisil, seista kvaliteetse õenduspraktika eest organisatsioonis ja vajadusel prioriteerida ülesandeid (lükata midagi edasi) selleks, et toetada patsiendi ja lähedasi.

Nii palliatiivse ravi alases kirjanduses kui ka ülevaate tulemustes pööravad uurijad tähelepanu õdede kultuuritundlikkusele ning järeltavad, et see aitab säilitada patsiendi autonoomsust ja paremini kaasata patsiendi raviprotsessi ning kannab endas patsiendikeskse lähenemise põhimõtet. Lisaks tagab kultuuritundlikkus palliatiivse ravi teenuse kättesaadavuse sarnase sisuga kõigile patsientidele. Nii tunneb patsient, et tema hoiakuid ja uskumusi austatakse ning ta ei pea palliatiivse ravi teenuse saamiseks selles osas järeleandmisi tegema. (Martin ja Barkley 2016, Rajdev jt 2020.) Olulisel kohal oleksid kultuuritundlikkuse teemalised koolitused, mis aitaksid õdedel paremini orienteeruda erinevate kultuuride eripärades, eesmärgiga saavutada iga patsiendiga usalduslik suhe ning osutada kvaliteetset õendusabi palliatiivses ravis. Pädevuseks tõlgituna võiks see tähendada ühelt poolt nende probleemide märkamist ja teadvustamist, teisalt patsiendi eestkõnelejaks olemist (nt kui patsient ei soovi meessoost/naissoost arsti, siis kas õde loobub teenust osutamast või seisab patsiendi vajaduste eest).

Õe eneseareng. Palliatiivset ravi osutavad õed puutuvad tihti kokku surma ja surevate patsientidega, mis võib neis põhjustada ärevust, kuna teeb nad teadlikuks nende enda surelikkusest. Seega palliatiivset ravi osutavatel õdedel võiks olla hea eneseteadlikkus, nad peaksid suutma käituda vabalt surijatega töötades ja analüüsima enda tundeid, väärtusi ja ootusi seoses surmaga. Ilma piisava ettevalmistuseta kogevad õed elulõpu staadiumis olevaid patsiente käsitledes ebapädevust ja frustratsiooni. Isegi kogunud õed võivad oma leina ja ärevust alla suruda, et jätta professionaalne ja tugev mulje ning olla võimeline tööga hakkama. Selline suhtumine ja käitumine on ebatervislik, kuna võib viia erinevate negatiivsete tagajärgedeni, mille hulgas on ka läbipõlemine. (Cheong jt 2020.) Õel tuleb osata ära tunda enda ja kolleegide juures läbipõlemise tunnuseid, mõelda enda jaoks läbi sobivad enesehoiu meetodid ja vajadusel otsida tuge meeskonnalt või superviisorilt.

5.2. Uurimistöö piirangud

Integreeriv kirjanduse ülevaade on meetod, mis hõlmab mitmesuguste ülesannete samaaegset lahendamist alates asjakohase materjali leidmisest ja hindamisest informatsiooni sünteesimiseni, kriitilisest mõtlemisest ümbersõnastamise oskuseni. Kirjanduse ülevaate metoodika on algaja uurija jaoks väljakutse ning eksida igas uurimistöö etapis on lihtne. Vigade vältimiseks jälgiti täpselt Wittemore ja Knafli (2005) juhiseid ning igas uurimistöö etapis osalesid juhendajad, kes aitasid defineerida teemat, püstitada eesmärki, koostada otsingustrateegiat, läbi viia analüüsi ning presenteerida tulemusi.

Allikate selekteerimise protsessi teostasid uurija ise ja tema magistrikraadiga kolleeg paralleelselt. Pealkirjade, kokkuvõtete ning täistekstide lugemisel ja võrdlemisel esinesid mõned lahkarvamused uurimuste valimisse kaasamise kohta. Põhjaliku arutamise ja argumenteerimise põhjal jõuti üksmeelsele selles osas, milliseid uurimusi valimisse kaasata. Kõik otsingud dokumenteeriti ja tööde organiseerimiseks loodi andmemaatriks. Oluline teave võis aga kaduda, kuna töösse kaasati ainult artiklid, mille täistekst on autorile tasuta kättesaadav.

Andmeanalüüs ja tulemuste sünteesimine on keerukad tööosad. Need etapid võisid olla veel komplitseeritumad, kuna autori palliatiivse ravi valdkonnas töötamise kogemuse tõttu võisid uurija isiklikud hoiakud ja vaated analüüsiprotsessi oluliselt mõjutada. Selle probleemi vältimiseks järgiti rangelt süstemaatilist lähenemist ning andmete analüüsi protsessi kirjeldati detailselt.

5.3. Tulemuste olulisus ja rakendatavus

Integreeriv kirjanduse ülevaade on esimene uurimistöö Eestis, mis kirjeldab palliatiivset ravi osutavatele õdedele vajalikke pädevusi. Uurimistöös kirjeldatud pädevused võiksid olla sisendiks olemasoleva õe õppekava täiendamisele ning täiendkoolituste planeerimisele. Samuti kirjeldatud pädevuste põhjal oleks võimalik hinnata õdede ettevalmistust õendusabi osutamiseks palliatiivses ravis ning määratleda koolituse vajadust. Lisaks on kirjeldatud pädevused abiks riiklike valdkonnaga seotud strateegiate ja teenusstandardite loomisel.

5.4. Uued uurimisprobleemid

Kuna kirjeldatud pädevuste põhjal on võimalik koostada koolitusprogramm, siis võiks järgmisena uurida ja kirjeldada efektiivseid õppemeetodeid, mis toetaksid õdede pädevuste arenemist palliatiivse ravi koolitust läbides. Samuti on oluline koguda koolitustelt tagasisidet ja hinnata, mil määral õdede pädevus õpetatud teemadel paranes. Tuleks süsteemselt hinnata ja sünteesida empiirilisi tõendeid teemal, kas pädevused varieeruvad palliatiivse ravi erinevate tasemete lõikes. Võimalik oleks läbi viia empiirilisi uurimistöid, mille eesmärgiks on uurida Eesti õdede arusaama palliatiivsest ravist, ettevalmistust palliatiivseks raviks või õdede hoiakuid palliatiivse ravi suhtes.

6. JÄRELDUSED

Kõrgekvaliteedilise õendusabi osutamine palliatiivses ravis eeldab õdedelt mitmekesiseid pädevusi, mis peegeldavad palliatiivse ravi põhimõtteid ja väärtusi:

- pädevus hinnata patsiendi vajadusi ning tagada patsiendi heaolu totaalse valu kontseptsioonist lähtuvalt kogu palliatiivse ravi perioodi vältel;
- pädevus rakendada süstemaatilist õendusabi patsiendi elulõpuravi perioodil;
- pädevus hinnata patsiendi lähedaste vajadusi, kaasata lähedasi hooldus- ja raviprotsesse ning tagada lähedaste heaolu totaalse valu kontseptsioonist lähtuvalt kogu palliatiivse ravi perioodi vältel;
- pädevus kaasata interdistsiplinaarne meeskond patsiendi ja lähedaste toetamise ning totaalse valu hindamisse;
- pädevus lähtuda õendusabi pakkumisel kultuuritundlikest ja eetilistest põhimõtetest kogu palliatiivse ravi perioodi vältel;
- pädevus märgata iseenda ning kolleegide vajadusi ja ressursse kvaliteetse õendusabi pakkumisel palliatiivses ravis.

KASUTATUD ALLIKAD

Alain, D., Brajtman, S., Casey, A., Fiset, V., Fothergill-Bourbonnais, F. (2007). Providing direction for change: assessing Canadian nursing students learning needs. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(5): 213-21.

Arnaert, A., Wainwright, M. (2009). Providing care and sharing expertise: reflections of nurse-specialists in palliative home care. *Palliative & Supportive Care*, 7(3): 357-64.

Barrere, C., Durkin, A. (2014). Finding the right words: the experience of new nurses after ELNEC education integration into a BSN curriculum. *Medsurg Nursing*, 23(1): 35-43, 53.

Baumgartner, J., Becker, G., Gigl, A., Momm, F., Wagner, B. (2007). Competency and educational needs in palliative care. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 119(3-4): 112-6.

Bennardi, M., Diviani, N., Gamondi, C., Stüssi, G., Saletti, P., Cinesi, I., Rubinelli, S. (2020). Palliative care utilization in oncology and hemato-oncology: a systematic review of cognitive barriers and facilitators from the perspective of healthcare professionals, adult patients, and their families. *Journal of Palliative Care*, 19(1): 47.

Bergstedt, TW., Eriksson, G., Melin-Johansson, C. (2015). The need for palliative care education, support, and reflection among rural nurses and other staff: A quantitative study. *Palliative & Supportive Care*, 15(1): 79.

Brant, JM. (2017). Holistic Total Pain Management in Palliative Care: Cultural and Global Considerations. *Palliative Medicine and Hospice Care Open Journal*, SE(1): S32-S38.

Bui, N., Halifax, E., David, D., Hunt, L., Uy, E., Ritchie, C., Stephens, C. (2020). Understanding Nursing Home Staff Attitudes Toward Death and Dying: A Survey. *American Journal of Nursing*, 120(8): 24-31.

Centre for Reviews and Dissemination (2009). CRD`s guidance for undertaking reviews in health care. Systematic Reviews. University of York.

(järgneb)

Ceronsky, L., Pavlish, C. (2009). Oncology nurses' perceptions of nursing roles and professional attributes in palliative care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(4): 404-12.

Cheong, CY., Ha, NHL., Tan, LLC., Low, JA.(2020). Attitudes towards the dying and death anxiety in acute care nurses – can a workshop make any difference? A mixedmethods evaluation. *Palliative and Supportive Care*, 18(2): 164–169.

Coyne, PJ., White, KR. (2011). Nurses' perceptions of educational gaps in delivering end-of-life care. *Oncology Nursing Forum*, 38(6): 711-7.

Дойл, Д. (2017). С чего начать - руководство и предложения для планирующих организацию хосписа или службы паллиативной помощи. Москва.

Eggenberger, T., Howard, H., Prescott, D., Luck, G. (2020). Exploring Quality of Life in End-of-Life Discussions. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 37(6): 465-473.

Ellington, L., Cloyes, K.G., Jiayun X., Bellury, L., Berry, P. H., Reblin, M., Clayton, M.F. (2018). Supporting home hospice family caregivers: Insights from different perspectives. *Palliative & Supportive Care*, 16(2): 209–219.

Fitch, M., Fliender, M., O'Connor, M. (2015). Nursing perspectives on palliative care 2015. *Annals of Palliative Medicine*, 4(3): 150-155.

Freimann, J. (2012). Õdede hinnangud oma pädevusele Tartu Ülikooli Kliinikumis. Magistritöö. Tartu Ülikool. Tartu.

Gamondi C, Larkin P, Payne S. (2013a). Core competencies in palliative care: An EAPC White Paper on palliative care education. Part 1. *European Journal of Palliative Care*, 20(2): 86-91.

Gamondi C, Larkin P, Payne S. (2013b). Core competencies in palliative care: An EAPC White Paper on palliative care education. Part 2. *European Journal of Palliative Care*, 20: 140–145.

(järgneb)

Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. (2020). The Worldwide Palliative Care Alliance. London. <http://www.thewhpca.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care> (06.11.2021).

Gomez-Batiste, X., Amblas, J., Costa, X., Lasmarias, C., Santa Eugenia, S., Sanchez, P., Bullich, I., Ela, S., (2019). Development of palliative care: past, present and future. Textbook of Palliative Care (pp.1-12). Project: Director of Chronic Care Model in Health Department. Ministry of Health. Catalonia.

Gromova, S. (2019). Pädevus. Mõisteanalüüs. Tartu Ülikool. Tartu.

Grutzner, F., Kern, M., Muller, M., Markett, S., Pfister, D., Radbruch, L., Rolke, R., Schmidt-Wolf, G. (2013). German nursing home professionals' knowledge and specific self-efficacy related to palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 16(7): 794-8.

Haavisto, E., Hupli, M., Soikkeli-Jalonen, A., Tonteri, M. (2020). Nurses' required end-of-life care competence in health centres inpatient ward - a qualitative descriptive study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 35(2): 577-585.

Hemberg, J., Bergdahl, E. (2020). Dealing with ethical and existential issues at end of life through co-creation. *Nursing Ethics*, 27(4): 1012–1031.

Hökkä, M., Pereira, S.M., Pölkki, T., Kyngäs, H., Hernández-Marrero, P. (2020). Nursing competencies across different levels of palliative care provision: A systematic integrative review with thematic synthesis. *Palliative Medicine*, 34(7): 851–870.

Jors, K., Seibel, K., Bardenheuer, H., Buchheidt, D., Mayer-Steinacker, R., Viehrig, M., Xander, C., Becker, G. (2016). Education in End-of-Life Care: What Do Experienced Professionals Find Important? *Journal of Cancer Education*, 31: 272–278.

Khalil, H., Byrne, A., Ristevski, E. (2019). The development and implementation of a clinical skills matrix to plan and monitor palliative care nurses' skills. *Collegian Journal*, 26: 634–639.

(järgneb)

Kim, S., Lee, K., Kim, S. (2020). Knowledge, attitude, confidence, and educational needs of palliative care in nurses caring for non-cancer patients: a cross-sectional, descriptive study. *Journal of Palliative Care*, 19: 105.

Kirkpatrick, A.J., Cantrell, M.A., Smeltzer, S.C. (2017). Concept Analysis of Palliative Care Nursing. *Advancing Nursing Theory. Advances in Nursing Science*, 40(4): 356-369.

Krau, S.D. (2016). The Difference Between Palliative Care and End of Life Care: More than Semantics. *Nursing Clinics of North America*, 51(3): ix-x.

Krom, I.L., Erugina, M.V., Shmerkevich, A.B., Balakina D.D. (2017). Palliative care vectors for the patients with chronic diseases. *Psychosomatic and Integrative Research*, 3: 0103.

Leboul, D., Aubry, R., Peter, J.-M., Royer, V., Richard, J.-F., Guirimand . F. (2017). Palliative sedation challenging the professional competency of health care providers and staff: a qualitative focus group and personal written narrative study. *BMC Palliative Care*, 16: 25.

Mann, C M., Aldossary, Sullivan, SS. (2019). Providing Palliative Care: Oncology nurses' perceptions of their self-reported abilities. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 23(6): 647-654.

Martin, E.M., Barkley, T.W. (2016). Improving cultural competence in end of life pain management. *Nursing*, 46(1): 32-41.

Mehta, A., Chan, L. (2008). Understanding of the Concept of "Total Pain". *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 10: 26-32.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G, the PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6: e1000097 <http://www.prisma-statement.org/documents/PRISMA%20Russian%20checklist.pdf> (26.12.2020).

Montagnini, M., Smith, HM., Price, DM., Ghosh, B., Strodtman, L. (2018). Self-Perceived End-of-Life Care Competencies of Health-Care Providers at a Large Academic Medical Center. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 35 (11): 1409-1416.

(järgneb)

Palliativse ravi juhend (I osa). Süмптоaatiline ravi. (2020). Ravijuhendite Nõukoda.

Palliativse ravi juhend (II osa). Erakorraliste seisundite käsitus, elulõpuravi ja palliativse ravi korraldus. (2021). Ravijuhendite Nõukoda.

Pastrana, T., Wenk, R., De Lima, L. (2016). Consensus – Based Palliative Care Competencies for Ungraduate Nurses and Physicians: A Demonstrative Process with Colombian Universities. *Journal of Palliative Medicine*, 19(1): 76–82.

Pettersson, M., Hedström, M., Höglund, A.T. (2018). Ethical competence in DNR decisions –a qualitative study of Swedish physicians and nurses working in hematology and oncology care. *Journal of Medical Ethics*, 19: 63.

Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). PRISMA Checklist. <http://www.prisma-statement.org> (29.05.2019).

Radbruch, L. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. *European Journal of Palliative Care*, 17(1): 22-33.

Rajdev, K., Loghmanieh, N., Farberov, M.A., Demissie, S., Maniatis, T. (2020). Are Health-Care Providers Well Prepared in Providing Optimal End-of-Life Care to Critically Ill Patients? A Cross-Sectional Study at a Tertiary Care Hospital in the United States. *Journal of Intensive Care Medicine*, 35(10): 1080-1094.

Rosa, W., Gray, T.F., Chow, K., Davidson, P. M., Dionne-Odom, J.N., Karanja, V., Khanyola, J., Kpoeh, J.D.N., Lusaka, J., Matula, S.T., Mazanec, P., Moreland, P. J., Pandey, S., Parekh de Campos, A., Meghani, S.H. (2020). Recommendations to leverage the palliative nursing role during covid-19 and future public health crises. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 22(4): 260-269.

Sekse, R.J.T., Hinskår, I., Ellingse, S. (2018). The nurse`s role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2): e21-e38.

(järgneb)

Shi, H., Shan, B., Zheng, J., Peng, W., Zhang, Y., Zhou, X., Hu, X. (2019). Knowledge and attitudes toward end-of-life care among community health care providers and its influencing factors in China. *Medicine (Baltimore)*, 98(45): e17683.

Slåtten, K., Fagerström, L., Hatlevik, O. (2010). Clinical competence in palliative nursing in Norway: The importance of good care routines. *International journal of palliative nursing*, 16(2): 79, 81-6.

Soikkeli-Jalonen, A., Stolt, M., Hupli, M., Lemetti, T., Kennedy, C., Kydd, A., Haavisto, E. (2020). Instruments for assessing nurses' palliative care knowledge and skills in specialised care setting: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 29: 736–75.

Sousa, J.M., Alves, E.D. (2015). Nursing competencies for palliative care in home care. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(3): 264-9.

Swift, A. (2012). Opioids in palliative care: the NICE guidance. *Nursing Times (online)*, 108: 45, 16-19.

Tetrault, A. (2012). The palliative care team – competences necessary for its success and factors that influence the team functionality. *Program in Nursing*.

Tong, A., Sainsbury, P., Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32- item checklist for interviews and focus groups. *International Journal of Quality in Health Care*, 19, 349-357.

Vandenbroucke, J.P., von Elm, E., Altman, D.G., Gøtzsche, P.C., Mulrow, C.D., Pocock, S.J., Poole, C., Schlesselman, J.J., Egger, M. (2007). Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE): Explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 147(8): W-163–W-194.

Vvedenskaya, Y. (2013). About formation of actual comprehension of palliative care. *Проблемы социальной жизни здравоохранения*, (3): 29-32.

(järgneb)

Õe baaspädevused. (2018). Eesti Õdede Liit. Tallinn.

https://ena.ee/images/KUTSE_ARENG/OE_BAASPaDEVUSED_27apr18.pdf (26.09.21).

Whittemore, R., Knafl, K. (2005) The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5): 546– 553.

WHO: Palliative care. Key facts. (2020). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (06.11.2021).

Yamani, N., Taleghani, F., Alizadeh, M., Khabaz-Mafinejad, M. (2018). Determining the expected competencies for oncology nursing: A needs assessment study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23: 188-92.

Zhou, Y., Li, Q., Zhang, W. (2020). Undergraduate nursing students' knowledge, attitudes and self-efficacy regarding palliative care in China. A descriptive correlational study. *Nursing Open*, 8: 343–353.

LISAD

Lisa 1. Kirjanduse otsingu protokoll

Andmebaas	Otsingustrateegia	Tulemused	Kasutatud
MEDLINE (Ovid)	<p><i>exp "Hospice and Palliative Care Nursing"/</i></p> <p><i>(Hospice or palliative).ti,ab.</i></p> <p><i>nurs*.ti,ab.</i></p> <p><i>(hospice or palliative) or (nursing)</i></p> <p><i>(exp "Hospice and Palliative Care Nursing") or (hospice or palliative nursing)</i></p> <p><i>exp Terminal Care/</i></p> <p><i>(end-of-life* or terminal* or hospice*).ti,ab.</i></p> <p><i>(exp Terminal Care/) or (end-of-life or terminal or hospice)</i></p> <p><i>exp Clinical Competence/</i></p> <p><i>(Competen* or skill*).ti,ab.</i></p> <p><i>exp Clinical Competence/) or (Competence or skill)</i></p> <p><i>exp knowledge/</i></p> <p><i>knowledg*.ti,ab.</i></p> <p><i>(exp knowledge/) or (knowledge)</i></p> <p><i>exp "Attitude of Health Personnel"/</i></p> <p><i>(attitude* or stand* or regard*).ti,ab.</i></p> <p><i>(exp "Attitude of Health Personnel"/) or (attitude or stand or regard).ti,ab.</i></p> <p><i>((hospice palliative nursing) or (terminal palliative care)) and</i></p> <p><i>((clinical competence) or knowledge or attitude)</i></p> <p><i>limit 18 to yr="2016 -Current"</i></p>	<p>1032</p> <p>51363</p> <p>270671</p> <p>315759</p> <p>315945</p> <p>333568</p> <p>352008</p> <p>84109</p> <p>224096</p> <p>275931</p> <p>10094</p> <p>529092</p> <p>532316</p> <p>134086</p> <p>1812369</p> <p>1908817</p> <p>421</p> <p>120</p>	<p>7</p>

Lisa 2. Kaasatud uurimuste tulemused

Jrk nr	Uurimuse tüüp ja meetodika	Autor	Uurimuse läbiviimise koht	Uuritavad	Eesmärk	Sisu
Kvantitatiivne (7)						
1.	Küsitluspõhine läbilõikeuuring	Rajdev jt (2020)	Northwelli Tervise Staten Islandi ülikoolihaigla New-York, USA	238 tervishoiutöötajat üld- ja kirurgiaosakonnast (ka registreeritud õed)	Hinnata ja võrrelda erineva väljaõppega tervishoiuspetsialistide valmisolekut pakkuda palliatiivset ravi intensiivravi osakonnas	Välja toodud konkreetset kompetentsid koos vastanute hinnangutega, lisaks pädevused, mida vastajad ise välja tõid. Seosed väljaõppega (arst, resident, õde vms); uuritud, kus ja mis mahus on spetsialistid saanud palliatiivse ravi väljaõpet. Palliatiivne ravi kui siduseriala intensiivravis jt meditsiinivaldkondades, mitte neist eraldi toimiv.
2.	Läbilõikeuurimus, ankeetküsitlus	Shi jt (2019)	Changzhi linn, Hiina	Hiina esmatasandi tervishoiuteenuse pakkujad, ka 96 õde	Uurida esmatasandi tervishoiutöötajate hoiakuid ja teadmisi seoses palliatiivse raviga; samuti väljaõppe vajadust.	Hiina esmatasandi tervishoiuteenuse pakkujate seas läbi viidud uuring, täpsustamaks nende hoiakuid ja teadmisi seoses palliatiivse raviga; samuti väljaõppe vajadust.
3.	Kirjeldav, korrelatsiooniline läbilõikeuuring	Kim jt (2020)	Korea	102 õde, kes töötavad üld- ja intensiivravi osakonnas	Kirjeldada Korea õdede hinnangut nende enda hoiakutele ja pädevustele seoses palliatiivse raviga	Kirjeldav uuring Korea õdede hinnangust enda hoiakutele ja pädevustele seoses palliatiivse raviga; samuti arutletakse, millist väljaõpet oleks vaja pädevuste parandamiseks.
4.	Kirjeldav, läbilõike- ja pilootuuring. Elektrooniline ankeet	Mann jt (2019)	Vähikeskus New-York, USA	79 onkoloogia õde	Uurida, kuidas onkoloogia õed tajuvad oma võimet pakkuda patsientidele ja nende lähedastele esmast palliatiivset ravi	Onkoloogiaõdede hinnang enda pädevustele; pädevused ja nende sisu detailsemalt välja toodud. Seosed õdede väljaõppe tasemega; formaalne väljaõpe + kogemused.
5.	Kvantitatiivne, kirjeldav. Elektrooniline ankeetküsitlus	Montagnini jt (2018)	USA	1197 erinevate erialade esindajate (ende hulgas õed n=613) hinnangud enda pädevusele seoses palliatiivse raviga	Kirjeldada erinevate erialade esindajate (ka õdede) hinnanguid enda pädevusele seoses palliatiivse raviga	Uurimus käsitles erinevate erialade esindajate hinnanguid enda pädevusele seoses palliatiivse raviga. Jagatud meditsiinilised erialad vs mitte-meditsiinilised. Välja toodud eraldi pädevused, kus spetsialistid andsid endale kõrgemaid skoori ja need, milles tundsid end ebakindlamalt.
6.	Kirjeldav läbilõikeuuring	Bui jt (2020)	San Francisco, USA	Õenduskodude töötajad n=146, õed n=22	Kirjeldada õenduskodude töötajate suhtumist surma ja suremisse ning määratleda töötajate vajadused palliatiivse ravi hariduse ja koolituse osas	Palliatiivse ravi väljaõppe vajadus õenduskodu personali seas; uuringusse kaasatud nii meditsiiniline kui ka mitte-meditsiiniline personal. Välja toodud õenduskodu personali hoiakud seoses palliatiivse raviga ja pädevused, kus on puudujäägid teadmistes/oskustes.
7.	Kirjeldav läbilõike- ja korrelatsiooniuuring	Zhou jt (2020)	Hiina	3. aasta õenduse tudengid n=187	Kirjeldada õendustudengite teadmisi, hoiakuid palliatiivse ravi osas	Hiinas läbi viidud uurimus õendustudengite seas (3. aasta tudengid), uurimaks nende teadmisi ja hoiakuid seoses palliatiivse raviga. Välja toodud pädevused, mida võiks rohkem õppekavas kajastada ja millele keskenduda. Lisaks tõenditi selle kohta, et palliatiivne ravi võiks olla ametlikult integreeritud Hiina õendustudengite õppekavasse.

Kvalitatiivne (6)						
8.	Kvalitatiivne-kvantitatiivne Enne-pärast segameetodil uurimus	Cheong jt (2020)	Singapur	45 öde Singapuri haiglas	Välja selgitada ödede teadmiste tase palliatiivse ravi valdkonnas; ödede suhtumine elulõpu hooldusesse ja surma ning kas intensiivne palliatiivse ravi koolitus muudab hoiakuid ja vähendab surmaärevust	Singapuris läbi viidud uurimus; ödedest vähem kui pooltel on väljaõpe palliatiivse ravi pakkumiseks; sekkumismeetodina palliatiivse ravi teemaline töötuba. Tulemustes eraldi välja toodud surma kartusega seotud muutused, aga ka kompetentside lõikes.
9.	Kvalitatiivne	Jors jt (2016)	16 haiglat Baden-Wuerttemberg, Saksamaa	483 öde	Välja selgitada mida peavad öed palliatiivses ravis oluliseks, millistest teadmistest/oskustest on puudus ja kuidas eelistavad selles osas väljaõpet saada; mille kohta tahaksid rohkem õppida.	Uuritud ödede ja arstide käest, mida peavad palliatiivses ravis oluliseks, millistest teadmistest/oskustest on puudus ja kuidas eelistavad selles osas väljaõpet saada; mille kohta tahaksid rohkem õppida.
10.	Kvalitatiivne, individuaalsed intervjuud	Pettersson jt (2018)	Sweden	15 onkoloogia ja hematoloogia öde	Uurida, kuidas öed kirjeldavad eetilise pädevuse mõistet, et teha DNR otsuseid või osaleda nende langetamise protsessis	Millest koosneb öe eetiline pädevus ja millest sõltub otsuste langetamine (eriti DNR otsuste puhul); vajalike eetiliste juhiste roll; kuidas öde saab arendada oma eetilist kompetentsi.
11.	Kvalitatiivne; poolstruktureeritud telefoni intervjuud, fookusgruppi intervjuud.	Ellington jt (2018)	USA	Omastehooldajad, öed (n=13), hospitsi juhid	Välja selgitada tegurid, mis parandavad või takistavad omastehooldajate arusaamu ja hoiakuid palliatiivse ravi osas	Uurimus omastehooldajate ja koduhoopi teenuseid pakkuvate ödede perspektiivist, millised on nende vajadused. Lisaks hospitsiravi riiklikul tasemel juhtinud inimeste vaade. Palliatiivse ravi ideaaliks on patsiendi- ja perekeskne lähenemine, aga tegelikkuses sageli pere või omastehooldaja jääb tagaplaanile erinevatel põhjustel.
12.	Kvalitatiivne Kolmeefaasiline, segatud meetodiga lähenemine vajadustele Kasutati modifitseeritud Delfit tehnika, kirjanduse ülevaade, intervjuud ja ekspertide rühm.	Yamani it (2018)	Isfahani meditsiiniteaduste ülikool, Iraan	Onkoloogiaöed, õppejõud, omastehooldajad osalesid uuringu erinevates etappides	Arendada onkoloogiaödede pädevusi Iraanis; tuua välja vajadused.	2013-2016. aastal viidi Iraanis meditsiiniteaduste ülikoolis läbi uurimus, millesse olid kaasatud erinevad huvigrupid (öed, patsiendid ja lähedased, siduserialade spetsialistid). Osalejatelt saadud info põhjal tuli esile 13 põhivaldkonda ja nende alla kuuluvat 123 kompetentsi/tegevust.
13	Kvalitatiivne. Fookusgruppi intervjuud ja kirjalikud narratiivsed vastused	Leboul jt (2017)	Prantsusmaa , palliatiivse ravi osakonnad	Palliatiivse ravi meeskonna spetsialistid, nende hulgas öed (n=35)	Kirjeldada ödede kogemusi seoses sedatsiooni teostamise praktikaga palliatiivse ravi osakondades, millele on seadusandluse muutudes hakatud rohkem avalikku tähelepanu pöörama.	Uuriti, kuidas saavad palliatiivse ravi meeskonnad hakkama patsientide sedatsiooniga; millised tööalased ja isiklikud kogemused, arvamused on sellega seotud; öe roll sedatsiooni teostamisel; eetilised dilemmad sedatsiooni teostamisel.

Kirjanduse ülevaade (1)						
14.	Süsteemaatiline kirjanduse ülevaade	Bennardi jt (2020)	Šveits	52 artiklit	Sünteesida teadmisi kognitiivsete tõkete ja soodustavate tegurite kohta palliatiivse ravi rakendamisel onkoloogia ja hemato-onkoloogia tervishoiutöötajate, patsientide ja nende perede kogemuste põhjal	Keskendub suhtlemis- ja informeerimisoskusele, mille eesmärgiks on vähendada palliatiivse raviga seoses esinevaid eelarvamusi, tõsta üldist teadlikkust, kujundada palliatiivse ravi kui ravimeetodi mainet nii tervishoiuspetsialistide kui ka patsientide/perede seas.
Dokumentide, juhiste analüüs (1)						
15.	Kvalitatiivne	Eggenberger jt (2020)	USA	50 osariigi (k.a DC) kehtivaid temaatilised dokumendid ja juhised	Uurida dokumente ja/või juhiseid (patsiendi tahteavalduse, patsienditestamendi teemal) ning analüüsida nende sisu erinevate osariikide lõikes	Elu lõpu hoolduse planeerimise ja patsiendi tahteavalduse teema; keskendub rohkem sellele, kuidas pakutakse USA osariikides patsientidele võimalust tahteavalduse vormistamiseks (millist keelt ja väljendeid kasutatakse, millele keskendutakse); samas ka kirjeldatud, kuidas peaks ja võiks palliatiivse ravi meeskond patsienti ja peret toetada elu lõpu hoolduse ja tahteavalduse koostamisel.
Maatriks (1)						
16.	Austraalia riiklikul palliatiivse ravi juhendil põhinev õdede pädevuste maatriks	Khalil jt (2019)	Austraalia, Victoria regioon	Palliatiivse raviga seotud huvigrupid (sh õed) ja pädevuste standardiseerimise ja hindamise maatriks	Töötada välja ja rakendada palliatiivse ravi oskuste maatriks.	Austraalia Victoria regiooni kontekstis rakendatud oskuste maatriksit, mille abil õed saavad hinnata iseenda palliatiivse ravi pädevusi; samuti ühtlustatud hindamismeetod terve regiooni jaoks, üheselt määratletud pädevused (põhinevad Austraalia riiklikul palliatiivse ravi juhisel).
Eriartikkel (1)						
17.	Ülevaade artikkel	Rosa jt (2020)	USA	Palliatiivse ravi õed, kui lisa ressurss Covid-19 pandeemia ajal	Soovitused palliatiivõdedele, et tagada nende optimaalse väärtuste realiseerimine COVID-19 ajal	Kirjeldatud palliatiivravi olulisuse kasvu covid-19 pandeemia ja sellega kaasnevate raskete haigete ja terminaalses seisundis patsientide rohkuse valguses. Palliatiivravi õe roll covid-19 patsiendi ja perega töötades, arvestades pandeemiast tulenevaid piiranguid ja kasvanud stressitaset

Lisa 3. Kaasatud kirjanduse ülevaadete kvaliteedi hindamine PRISMA kontrollloendi järgi

Artikkel: Bennardi, M., Diviani, N., Gamondi, C., Stüssi, G., Saletti, P., Cinesi, I., Rubinelli, S. (2020). Palliative care utilization in oncology and hemato-oncology: a systematic review of cognitive barriers and facilitators from the perspective of healthcare professionals, adult patients, and their families. <i>Journal of Palliative Care</i> , 19:47.			Lk.
Pealkiri	1	Pealkiri võimaldab kindlaks teha uurimuse tüübi-kirjanduse ülevaade	1
Struktureeritud kokkuvõte	2	Struktureeritud kokkuvõte sisaldab eesmärki, meetodit, tulemusi	1-2
Sissejuhatus			
Vajaduse põhjendus	3	Kirjeldab ja põhjendab uurimuse vajadust	2
Eesmärk	4	Eesmärk selgelt kirjeldatud. Eesmärk on sõnastatud, küsimused ja ülesanded vastavad PICOS* nõuetele	2
Meetod			
Protokoll ja registreerimine	5	Olemas lisana	5-9
Kaasamise kriteeriumid	6	Sõnastatud, välja toodud tabelina	3, 5
Informatsiooni allikad	7	Loetleb otsingute andmebaase artiklis	3
Otsing	8	Esitleb elektroonilist otsingut, kehtestatud piiranguid. Korratavus kontrollitav kättesaadavates andmebaasides	3
Uurimuste valimine ülevaatesse	9	Esitab uurimuste valiku protsessi	3
Andmete kogumise protsess	10	Kirjeldatud	3
Leitud andmed	11	Kirjeldatud tekstis ja lisan	4, 5-9
Risk individuaaluurimust mõjutada/kallutada	12	Ei selgu	
Tulemuste kokkuvõtted	13	Esitletud	3
Tulemuste süntees	14	Esitletud	3
Risk uurimuste kallutamisele	15	Ei selgu	
Täiendav analüüs	16	-	
Tulemused			
Uurimuste valik	17	Esitatud	4
Uurimuste tunnused	18	Põhjalikult	4-5
Risk uurimuste tulemuste kallutatud tõlgendamisele	19	Ei selgu	-
Individuaaluurimuste tulemused	20	Esitatud ülevaatlilikult, struktureeritult	4-5
Tulemuste süntees	21	Protsess jälgitav, loogiline ja arusaadav	5, 9-13
Risk tulemuste kallutatusele	22	Ei selgu	
Täiendav analüüs	23	Ei	
Arutelu			
Tõendatud kokkuvõte	24	Esitatud	13-14
Piirangud	25	Esitatud	14
Järeldused	26	Esitamata, teema vajab edasist uurimist	15
Rahastamine	27	Deklareeritud huvide konflikti puudumine	15

Lisa 4. Kaasatud kvalitatiivsete uurimuste hindamine COREG: 32 kontroll lehe järgi (Tong jt 2007)

Autor	Cheong jt (2020)	Jors jt (2016)	Pettersson jt (2018)	Ellington jt (2018)	Yamani jt (2018)	Leboul jt (2017)
Uurimismeeskond ja refleksiivsus (uurija mõju)						
<u>Personaalsed tunnused</u>						
1. Intervjueerija/abistaja	Ei selgu	Ei selgu	Ei selgu	Ei selgu	Ei selgu	Ei selgu
2. Akadeemiline kraad	Jah	Ei	Ei	Jah	Ei	Ei
3. Kutseala	Jah	Ei	Ei	Ei	Ei	Jah
4. Sugu	Ei selgu	Ei selgu	N	N	Ei selgu	Ei selgu
5. Ettevalmistus (treening, kogemused vms)	Ei selgu	Ei selgu	Ei selgu	Ei selgu	Ei selgu	Ei selgu
<u>Seosed uuritavatega</u>						
6. Kindlaks määratud suhe	Ei selgu	Ei selgu	Ei selgu	Ei selgu	Ei selgu	Ei selgu
7. Uuritavate teadmised uurijast	Ei selgu	Ei selgu	Ei selgu	Ei selgu	Ei selgu	Ei selgu
8. Intervjueerijat iseloomustavad tunnused	Ei selgu	Ei selgu	Ei selgu	Ei selgu	Ei selgu	Ei selgu
Uurimuse struktuur						
9. Metodoloogiline orientatsioon või	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah
<u>Uuritavate valik</u>						
10. Valim	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah
11. Valimi moodustamine	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah
12. Valimi suurus	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah
13. Mitteeosalised	Ei selgu	Jah	Jah	Jah	Jah	Ei selgu
<u>Koht</u>						
14. Andmete kogumise koht	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah
15. Mitteeuritavate juures viibimine	Ei selgu	Ei selgu	Ei selgu	Ei selgu	Ei selgu	Ei selgu
16. Valimi kirjeldus	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah
Andmete kogumine						
17. Intervjuu läbiviimise juhised/standard	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah
18. Intervjuu üle kordamine	Jah	Jah	Ei	Ei	Ei	Ei
19. Intervjuu salvestamine	Jah	Jah	Jah	Jah		Jah
20. Märgete tegemine	Ei selgu	Ei selgu	Jah	Ei selgu	Jah	Jah
21. Andmete kogumise kestus	Jah	Jah	23-67	Ei	Jah	Jah
22. Andmebaasi küllastatus	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei	Jah
23. Transkriptsiooni juurde	Ei	Ei	Ei selgu	Ei selgu	Jah	Ei selgu
Andmete analüüs ja tulemused						
24. Andmekodeerijate arv	Ei	Ei	Kõik	Ei	Ei	Ei
25. Kodeeriva puu kirjeldus	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah
26. Teemade tuletamine	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah
27. Tarkvara	Ei	Jah	Ei	Ei	Ei	Ei
28. Uuritavate tagasiside	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei
Aruandlus						
29. Tsitaatide esitletus	Jah	Jah	Jah	Ei	Ei	Jah
30. Andmebaasi ja tulemuste kokkusobivus	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah
31. Peateemade selgus	Ei	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah
32. Alateemade selgus	Ei	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah

Lisa 5. Läbilõikeuurimuste hindamine STROBE kontroll-loendi alusel (Vandenbroucke jt 2007)

Autor	Rajdev jt (2020)	Shi jt (2019)	Kim jt (2020)	Mann jt (2019)	Montag nini jt (2018)	Bui jt (2020)	Zhou jt (2020)
Nõuded artikli osadele							
Pealkiri ja abstrakt	+	+	+	+	+	+	+
Uurimistöö taust ja probleem	+	+	+	+	+	+	+
Uurimistöö eesmärk	+	+	+	+	+	+	+
Uurimistöö tüüp ja meetod	+	+	+	+	+	+	+
Uurimistöö protsessi kirjeldus	+	+	+	+	+	+	+
Uuritavad, vastavalt uurimistöö tüübile	+	+	+	+	+	+	+
Muutuvad tunnused	+	+	+	+	+	+	+
Kasutatud andmete ja mõõdiku kirjeldus	+	+	+	+	+	+	+
Tulemuste kallutatuse vältimise kirjeldus	-	-	-	-	-	-	-
Valimi moodustamine	+	+	+	+	+	+	+
Kvantitatiivsed muutujad Andmete töötlemise ja analüüsi kirjeldamine	+	+	+	+	+	+	+
Statistiliste meetodite kirjeldus vastavalt metoodikale	+	+	+	+	+	-	+
Uuritavate kaasamine ja mittekaasamise kriteeriumid	-	-	-	+	-	+	+
Taustamuutujate kirjeldus	+	+	+	+	+	-	+
Tulemuste esitlus vastavalt uurimistöö tüübile	+	+	+	+	+	+	+
Olulisemate tulemuste esitlus vastavalt uurimistöö tüübile	+	+	+	+	+	+	+
Täiendav analüüs	+	-	-	-	-	-	-
Kokkuvõte olulisematest tulemustest	+	+	+	+	+	+	
Arutelu piirangute üle	+	+	+	+	-	+	+
Järeldused	+	+	+	+	+	+	+
Tulemuste teoreetiline/praktiline väärtus	+	+	+	+	+	+	+
Rahastamine/huvide konflikt	-	-	-	-	-	Info puudub	-

Lisa 6. Kaasatud uurimuste tulemused vastavalt pädevuste valdkondadele

Ülakategooria (pädevuste valdkond)	Alakategooria (pädevus)	Pädevuste tunnused	Autorid
Holistiline patsiendikäsitlus	Patsiendi heaolu	Palliatiivse ravi filosoofia tundmine, rakendamine	Jors jt 2016, Montagnini jt 2018, Khalil jt 2019, Bennardi jt 2020, Kim jt 2020, Zhou jt 2020
		Mugavuse tagamine	Yamani jt 2018, Khalil jt 2019
		Hoolduse planeerimine	Jors jt 2016, Montagnin jt 2018, Khalil jt 2019, Mann jt 2019, Eggenberger jt 2020, Cheong jt 2020, Kim jt 2020,
		Valuravi	Jors jt 2016, Yamani jt 2018, Bui jt 2020, Kim jt 2020, Rajdev jt 2020, Rosa jt 2020, Zhou jt 2020
		Kliiniliste sümptomite leevendamine	Jors jt 2016, Montagnini jt 2018, Yamani jt 2018, Shi jt 2019, Bui jt 2020, Kim jt 2020, Rajdev jt 2020, Rosa jt 2020, Zhou jt 2020
		Valu ja kliiniliste sümptomite farmakoloogiline ja mittefarmakoloogiline ravi	Cheong jt 2020
		Haiguste ja ravimite kõrvaltoimete ennetamine	Zhou jt 2020
		Ennetustöö ja rehabilitatsiooni korraldamine, sõeluuringutel osalemine	Yamani jt 2018
		Psühhosotsiaalsete vajaduste leevendamine	Ellington jt 2018, Mann jt 2019, Bui jt 2020, Kim jt 2020, Rajdev jt 2020, Rosa jt 2020, Zhou jt 2020
		Isoleerituse ja üksinduse leevendamine	Rosa jt 2020, Zhou jt 2020
		Autonoomsuse tagamine	Zhou jt 2020
		Emotsionaalne toetamine	Ellington jt 2018, Montagnin jt 2018, Rajdev jt 2020, Rosa jt 2020
		Vaimsete vajaduste hindamine ja leevendamine	Kim jt 2020
		Religioosne toetamine	Montagnini jt 2018, Yamani jt 2018, Mann jt 2019, Bui jt 2020, Cheong jt 2020, Kim jt 2020, Rajdev jt 2020, Zhou jt 2020
		Erinevate religioossete tavade mõistmine	Cheong jt 2020
	Elulõpuravi	Terminaaelses seisundis patsiendi abistamine	Jors jt 2016, Yamani jt 2018, Kim jt 2020, Zhou jt 2020
		Toetamine raske olukorraga kohandamisel	Rosa jt 2020
		Raskete otsuste toetamine	Montagnini jt 2018, Mann jt 2019, Shi jt 2019, Rosa jt 2020
		Tahteavalduse toetamine	Eggenberger jt 2020, Rajdev jt 2020
		Raviipiirangute arutamine	Montagnini jt 2018, Mann jt 2019, Rajdev jt 2020
		Surma teemal arutlemine	Bennardi jt 2020, Rajdev jt 2020, Rosa jt 2020
		Sedatsioon elu lõpus	Leboul jt 2017
		Lähedaste toetamine leinas	Montagnini jt 2018, Khalil jt 2019, Kim jt 2020, Rajdev jt 2020, Rosa jt 2020

Interdistsiplinaarne meeskonnatöö	Koostöö teiste spetsialistidega	Info edastamine	Ellington jt 2018, Shi jt 2019, Bennardi jt 2020
		Juhtumite korraldamine	Bennardi jt 2020
		Meeskonna juhtimine, koordineerimine	Yamani jt 2018, Kim jt 2020,
		Personali toetamine	Montagnini jt 2018, Rosa jt 2020
		Kriisi reguleerimine, juhtimine	Kim jt 2020
		Kolleegide õpetamine nõustamine	Yamani jt 2018, Mann jt 2019, Shi jt 2019
	Koostöö lähedastega	Lähedaste igakülgne toetamine	Ellington jt 2018, Montagnini jt 2018, Mann jt 2019, Bui jt 2020, Kim jt 2020, Rajdev jt 2020, Rosa jt 2020
		Lähedaste nõustamine, õpetamine	Ellington jt 2018, Yamani jt 2018, Shi jt 2019, Kim jt 2020, Rajdev jt 2020
		Lähedaste informeerimine	Ellington jt 2018, Montagnini jt 2018, Mann jt 2019, Bui jt 2020, Kim jt 2020, Rajdev jt 2020, Rosa jt 2020
		Halbade uudiste edastamine	Yamani jt 2018, Shi jt 2019
Palliatiivse ravi eetika	Kultuuritundlikkus ja eetilised dilemmad	Palliatiivse ravi filosoofia tundmine, rakendamine	
		Kultuuriline tundlikkus	Montagnini jt 2018, Mann jt 2019, Cheong jt 2020
		Eetiliste dilemmade lahendamine	Yamani jt 2018, Khalil jt 2019, Cheong jt 2020, Eggenberger jt 2020, Kim jt 2020, Pettersson jt 2020
		Eetiliste teooriate ja põhimõtete tundmine	Pettersson jt 2020
		Väärtuskonfliktide tunnustamine, lahendamine	Pettersson jt 2020
	Õe eneseareng	Elukestevõpe	Yamani jt 2018, Mann jt 2019, Shi jt 2019, Pettersson jt 2020
		Palliatiivse ravi arendamine	Yamani jt 2018
		Eneserefleksioon, eneseanalüüs	Pettersson jt 2020