



# EESTI ÕENDUS AJAS JA MUUTUMISES

Teadus- ja õppemetoodiliste artiklite kogumik

2020



Personal ja patsiidid Priihospitalis, umbes 1910. aastal. (Foto Eesti Tervishoiu Muuseum)

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

Õenduse õppetool



## Eesti õendus ajas ja muutumises

Teadus- ja õppemetoodiliste artiklite kogumik

Koostajad  
Taimi Tulva  
Merle Talvik  
Ülle Ernits

Tallinn 2020

Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli väljaanded  
Seeria A: Teadus- ja õppemetoodiliste artiklite kogumik

## **Eesti õendus ajas ja muutumises**

### **Koostajad**

Taimi Tulva  
Merle Talvik  
Ülle Ernits

### **Toimetajad**

Taimi Tulva  
Merle Talvik  
Kristi Puusepp  
Ülle Ernits  
Pirkko Elina Routasalo

### **Retsensent**

Merike Sisask

### **Keeletoimetaja**

Signe Väljataga

### **Tõlge soome keelest**

Kristiina Käit

### **Kujundaja ja küljendaja**

Merike Pinn

**Väljaandja** Tallinna Tervishoiu Kõrgkool  
Materjale võib kasutada viitega autoritele ja väljaandele.

**Autoriõigus** © Tallinna Tervishoiu Kõrgkool ja autorid, 2020

ISSN: 2733-2128

ISSN: 2733-2136

ISBN 978-9949-7395-6-1 (pdf)

## Saateks

Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli 80 tegevusaasta juubelile pühendatud kogumikul on eriline koht kõrgkooli kujunemisloos. Käesolevas kogumikus on esitatud suu- repärane valik kõrgkooli õppejõudude teadusartikleid viimaste aastate õendus- alastest uurimistöödest, mida täiendavad õppe-metoodilise suunilusega artik- lid. Rakenduskõrgkoolina on meie õppeprotsessi lahutamatu osa uurimistöö ja selle tulemuste avaldamine omakorda hindamatu panus õppetöö arendusse.

Teadustöö populariseerimisest on väga palju räägitud. Nii Eestis kui kogu maailmas peetakse üha olulisemaks teaduse viimist võimalikult paljude ini- mesteni, esmajoones praktikuteni. Maailmapilt, mis kujuneb teaduse toel, aitab meil senisest paremini tulla toime kiirelt muutuvate oludega. Omamoodi täht- sal positsioonil on siinkohal vaated minevikust tulevikku, aga ka uuenduste ra- kendamine praktikasse. Kuulun kindlalt nende inimeste hulka, kes eriti kõrgelt väärtustavad eestikeelse teaduskirjanduse avaldamist. Ei ole võimalik üle hin- nata eestikeelsete teadusartiklite väärtust õenduse ja õendusele lähedaste eri- alade üliõpilastele ning õppejõududele. Kindlasti leiavad artiklitest palju olulist õed-praktikud ja juhid. Kuid siin on ka palju mõtteainet kõigile, kes soovivad olla kursis õendusteamadega.

Tunnustan kõiki artiklite autoreid, sest uurimistöö omab vaid siis väärtust, kui selle tulemusi avaldatakse. Oma seisukohtade väljendamise kaudu pakuvad uurijad lugejatele uusi teadmisi, vallanduvad avatud arutelud ning luuakse sood- ne pind teadustulemuste loovaks kasutamiseks. Tänuõnad kuuluvad kõigile, kes ühel või teisel viisil panid õla alla ning toetasid nõu ja jõuga kogumiku ilmu- mist veebiväljaandena.

Avaldan tänu idee autoritele ja kogumiku eestvedajatele Taimi Tulvale, Merle Talvikule, Ülle Ernitsale, Kristi Puusepale ja Pirkko Elina Routasalole.

**Ulvi Kõrgemaa, RN, MA**  
Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli õppeprorektor

## Sisukord

<b>Õenduse ja professionaalse abi filosoofilisi lähtekohti tervishoius</b> Pirkko Elina Routasalo, Anne Ehasalu	<b>7</b>
<b>Eesti õenduse ja õdede koolituse kujunemisest ühiskonna muutumise tõmbetuultes</b> Ülle Ernits, Merle Talvik, Taimi Tulva, Kristi Puusepp	<b>16</b>
<b>Florence Nightingale'i pärand ja selle peegeldused Eesti õenduse teerajajate tegevuses</b> Merle Talvik, Taimi Tulva, Ülle Ernits	<b>43</b>
<b>Standarditud õenduskeele kasutuselevõttust tervishoiuasutustes uuringutele ja koostööprojektidele tuginedes</b> Irma Nool, Mare Tupits, Kristi Puusepp	<b>73</b>
<b>Projekti „Õed tagasi tervishoidu“ kulg ja tulemused</b> Kadri Kõöp	<b>86</b>
<b>Eesti õendustöö longituuduuring: õendustegevused ja patsientide heaolu</b> Ülle Ernits, Päivi Åstedt-Kurki, Eija Paavilainen	<b>93</b>
<b>Süsteematilise kirjanduse ülevaate koostamisest</b> Pirkko Elina Routasalo, Ülle Ernits	<b>123</b>
<b>Eriõe professionaalne areng ja võimestamine magistriõppe arendusprojekti kaudu</b> Merle Ojasoo	<b>133</b>

# Õenduse ja professionaalse abi filosoofilisi lähtekohti tervishoius

Pirkko Elina Routasalo, PhD; Anne Ehasalu, MA

## 1 Lähteks

Professionaalse abi andmise puhul õenduses on tegemist kahe inimese vahelise koostoimega: ühel on vaja saada abi või nõu ja teisel on kutsealases väljaõppes omandatud teadmised ja oskused aitamiseks ja nõustamiseks. Tavaolukorras on tegemist võrdsete partnerite suhtega, aga nende kokkupuute põhjus muudab olukorda. Abivajaja on abi osutajaga võrreldes nõrgemas positsioonis, ta on haavatav ja kaitsetu. Tavaliselt ei ole tal piisavalt oskusi hindamaks temale osutatava abi õigsust ja kvaliteeti, küll aga seda, kuidas professionaalse abi osutajad teda kohtlevad. Ta hindab abi kvaliteeti selle järgi, kuidas tema inimõigusi austatakse, kuidas teda ära kuulatakse ja kas õendusabi osutades võetakse arvesse ka tema nägemus. Professionaalse abi osutamine õenduses peab tuginema uuringutel põhineval infol, väljakujunenud ravipraktikatel ja abivajaja enda elu jooksul on omandatud teadmistel. (Korhonen jt, 2018).

Heade kutseoskustega spetsialist tunneb ära abivajaja haavatavuse ja toetab tema inimväärikust. Õendusabi puhul on abi vajaja ja abi osutaja erilises eetilises olukorras, milles inimväärikus, inimkäsitlus ja ravieetika juhivad vastastikust koostoimet. Tervishoius juhivad spetsialisti tegevust eetilised põhimõtted, milleks on abivajaja inimväärikuse austamine, õigus heale hooldusele, enesemääramisõigus ning abi ja ravi õigsus. (Terveysthuollon ... 2001, Korhonen jt, 2018). Heas abi osutamise- ja ravisuhtes abivajaja mõistab ja tunnustab tehitud otsuseid ja kohustub ka ise jagama vastutust ravi õnnestumise eest. Lisaks sellele toetab ravi õnnestumist ka organisatsioon, mis mõistab spetsialistide heaolu edendava sisekliima, koostöö ja teineteise väärtustamise tähtsust. (Terveysthuollon ... 2001, Korhonen jt, 2018).

**2 Inimväärikus on inimõiguste alus** (*United Declaration of Human Rights, 1948*). Sellega kaasneb üksikisiku ja tema vabaduse austamine. Inimene on absoluutväärtus, st inimese olemasolu on väärtuslik. Igal inimesel on õigus olla

väärtustatud ja saada hea ning sõbraliku kohtlemise osaliseks. Inimväärikuse austamine tähendab inimese isiksuse, tema väärtuste, elukogemuste ja tema elu ainulaadsuse austamist ja nendega arvestamist. (Davis & Aroskar, 1991). Õendustöös ollakse sunnitud tegema inimväärikust riivavaid otsuseid nagu ravi- le allumise sundus, enesemääramisõiguse piiramine või ravi kestel privaatsus- võimaluse puudumine. Inimväärikuse küsimusega kaasneb ka probleem, kelle- le antakse võimalus raviks, kui ressursid on piiratud ehk teisisõnu prioriteetide seadmine. Privaatsuse austamisega kaasneb ametis olevate töötajate konfi- dentsiaalsuskohustus. Ehkki meie teadmist mööda on haigestumise põhjusta- nud inimene ise oma käitumisega, ei ole meil õigust teda selle eest hukka mõis- ta või kohelda teda inimväärikust haavavalt. (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2009). Filosoof Kanti järgi ei tohi teist inimest kohelda millegi saavutamise vahendina, sest iga inimene on väärtuslik sellisena nagu ta on. Poikkimäki (2004) uuringu kohaselt said sisehaiguste ja kirurgia osakondade patsiendid õendustöö tegija- telt üsna head inimväärikust säilitavat kohtlemist, kuid puudusi oli nende enese- määramisõiguse ja privaatsuse arvestamises.

**3 Inimkäsitus.** Ontoloogiline inimkäsituse analüüs otsib vastust sellele, mis on inimene, mismoodi on olla inimene, kuidas inimene erineb teistest olenditest ja mis on inimesele tüüpiline. See inimkäsitus hõlmab nägemust inimese põhi- olemusest ja -omadustest, sellest, missugused inimesed on, mis võimalused neil on ja kuidas inimene kasvab ja areneb. Inimkäsitus kujuneb isiklike koge- muste, kultuuri, ideoloogiate, uskumuste ja koolituse mõjul ja reguleerib meie suhtumist inimestesse nii eraelus kui töös. Inimkuju on teaduse poolt loodud pilt inimesest kui füüsilisest, psüühilisest, sotsiaalsest ja vaimsest olendist. (Rauhala, 1983, 1990). Õpetused inimesest ei loo siiski inimkäsitust, vaid see sünnib filosoofilis-ontoloogilise analüüsi tulemusena. (Purjo, 2014).

Monistlik inimkäsitus lähtub oletusest, et inimesel on vaid üks olemise vorm, mille kaudu saab inimest kirjeldada või mõista. See on kas hing või aine ehk spirituaalne või materiaalne olemise vorm. Dualistliku inimkäsituse kohaselt kirjeldab inimest kaks olemise vormi, millega inimest vaadeldes peab arves- tama. Nendeks on hing ja aine ehk meel ja keha. Pluralistlik inimkäsitus näeb inimese olemust mitmesuguste allsüsteemidena, mis on suhteliselt iseseisvad alates raku tasandist kuni ühiskonna tasandini. Inimest võidakse uurida nende allsüsteemide kaudu, kuid üks allsüsteem ei seleta inimest tervikuna. Holistilise inimkäsituse kohaselt koosneb inimene erinevatest olemise vormidest, mida ei saa siirdada ühest olemise vormist teise, vaid neid kõiki tuleb arvesse võtta, kui püütakse kirjeldada ja mõista inimese olemust. Need olemise vormid on füüsi- line, psüühiline ja vaimne olemus ja olukorrast lähtumine. Inimene on füüsiline olend, kes mõtleb ning on alati seotud mingi reaalsusega. (Rauhala, 1983; Purjo, 2014).



Spetsialisti poolt omandatud inimkäsitus juhib tema otsuste tegemist. Kui õde ei teadvusta ametialast inimkäsitust, võib tema tegevus olla suunatud vaid nähtava vigastuse või kõrvalekalde ravimisele ning ta unustab, et abivajaja vajab ka vaimset tuge ja abi. Abivajaja ei ela vaakumis, ta on seotud oma elukeskkonnaga. Ravi õnnestumise seisukohalt võib olla oluline, et arvestatakse tema lähedaste abiga nii abi andmist korraldades kui ka ravi planeerides. Abi vajavate laste puhul arvestatakse küll nende vanematega, kuid eakate ravis unustatakse lähedased sageli ära. Hea kutseoskuse juurde kuulub see, et spetsialist tunneb ära enda inimkäsituse ning mõistab selle mõju abistamis- ja raviotsuste tegemisel.

**4 Inimesekesksus ja inimesest lähtumine.** Inimesekesksuse eesmärgiks seadmise puhul on soov tegutseda sel viisil, et kogu tegevus ja arendamine toetaks otsuse tegijate vaatenurgast inimsust ning inimeseks olemist. Abi osutamise ja ka ravi kontekstis räägitakse kliendi- ja patsiendikesksusest. Sel juhul on abivajaja abi andmise ja raviotsuse keskpunktis ja nii abi andmine kui ravi korraldatakse tema vajaduste järgi spetsialistide ja kutseala professionaalide teadmisele toetudes. (Pitkälä jt, 2005). Selle vastand on eksperdi- ja professionaalikesksus, kus raviotsused põhinevad eksperdi võimul, küsimata abivajaja arvamust. Sellisel juhul ei ole abivajaja kutseala töötajaga võrdväärset positsioonil talle abi andmise ja raviotsuste tegemisel.

Inimsusest lähtudes võetakse arvesse otsustamise taustaks olev inimkäsitus ja see, missugune tegevus on eetilise, aktsepteeritava ja inimlik. Kliendi- ja patsiendikesksusest võib rääkida siis, kui raviotsus on tehtud koos abivajajaga, olles teadlik tema väärtustest, soovidest, valmisolekust ja vajadustest. See eeldab abivajaja ärakuulamist, mitte vaid kuulmist. (Pitkälä jt, 2005). Lisaks peavad eksperdid ja professionaalid olema kindlad, et nad on abivajaja sõnumit õigesti mõistnud. Vastuolu tekib siis, kui kutseala professionaali ja abivajaja nägemused heaolust ei kattu. Kutseala professionaalilt eeldatakse eetikatundlikkust, empaatiat ja abivajaja tegelikku kuulamist leidmaks eetiliselt õige lahendus, mida ka abivajaja aktsepteerib. Oma heaolu kaudu võib abivajajat näha ravi teostamise ressursina. Abi lähtekohaks on abivajaja kuulamine ja abi andmise ning ravi kohandamine vastavalt tema soovidele, vajadustele ja valmisolekule. (Routasalo & Pitkälä, 2009).

**5 Eetika ja moraal.** Argikeeles mõeldakse eetika ja moraali all sageli üht ja sama asja ehk õigesti ja aktsepteeritavalt tegutsemist. Moraali all mõeldakse üldiselt aktsepteeritud reegleid tegevuse juhtimiseks. Eetika on oma tähenduselt laiem ja hõlmab inimlikke väärtusi, elustiili ja eetilisi põhimõtteid. Võib ka öelda, et moraal on otsuste langetamine igapäevaelus, eetika tähendab moraali uurimist. Eetika peegeldab ühiskonna väärtusi, mis muutuvad vastavalt kultuu-

rile. (Molander, 2014). Praeguses aina multikultuursemas ühiskonnas on vältimatu ühiselt heaks kiidetud väärtuste ja eetiliste põhimõtete üle mõtisklemine ja nende ajakohastamine, et oma kutseala spetsialistid oskaksid toimida õigel ja heaks kiidetud viisil erinevatesse väärtusmaailmadesse kuuluvate abivajajatega.

Ametkondade töötajatel on oma eetikajuhised, mis on sündinud hoolikalt kaalutledes ja eeldusel, et ametkonnad kohustuvad neid ka täitma (*Ethics codes collection*). Lähtekoht on ametkonna poolt õigeks tunnustatud toimimisviisid. Hippokratese vanne on üks vanimaid ametkonnale kohustuslikke eetikareegleid. Seetõttu peab arst püüdma eemale tõrjuda kõike haiget kahjustavat või ebaõiget ning hoidma konfidentsiaalsena talle usaldatud infot. Eri ametkondade eetikareeglites pannakse rõhk erinevatele asjadele, kuid eesmärgiks on aidata ametkonnal tegutseda kollegiaalselt ja õigesti abivajaja jaoks parimal viisil. Vastuolu sünnib sellest, et erinevate ametirühmade eetikareeglid ei ole samad, sest iga ametirühm rõhutab erinevaid asju, lähtudes oma ametirühma vaatenurgast. Erinevad rõhuasetused ja mõisted raskendavad ühiste abiandmis- ja ravipõhimõtete loomist. Haigele või abivajajale abi andmisel peavad eetikareeglid olema kõigile ühised, et nende järgimist oleks võimalik üheskoos hinnata. (Routasalo, 2014).

**6 Eetika vaatenurgad.** Abiandmis- ja ravieetikat ning eetiliste otsuste tegemist võib vaadelda eetikateooriate järgi. Need ei anna vastust üksikolukorras toimimiseks, kuid aitavad mõista, missugune tegu või otsus on õige või vale ja mis põhjusel.

Konsekventsialism koosneb kasu, õnnelikkuse ja teo parima võimaliku tagajärje mõistetest. Tegude eetilisust hinnatakse vastavalt teo tagajärjele. Utilitarismist võib rääkida, kui tagajärjeks soovitakse võimalikult suurt kasu võimalikult paljudele. See on oluline, kui koostatakse üleriigilisi või piirkondlikke sotsiaal- ja tervishoiu plaane ja otsuste puhul, kus majanduslikel kaalutlustel on tähtis roll. Konsekventsialismi üksikisiku vaatenurgast uurides saab otsustavaks see, kas teo tagajärg on egoistlik või altruistlik. Sel puhul hinnatakse teo motiive ja tagajärgi vastavalt sellele, kas motiiviks on isekus ja tagajärjeks suurim kasu tegijale (egoism) või ebasekuse ja suurim kasu teisele (altruism). Egoistliku nägemuse järgi on tagajärje hinnates otsustav see, kas tegu on moraalses mõttes hea või mitte. Tegu võidakse hinnata egoistlikuks siis, kui selle ainus motiiv on isikliku heaolu taotlemine. Tegu on altruistlik juhul, kui teo motiiviks on suurendada teise inimese heaolu ja õnnetunnet ehk kui eesmärgiks on teha teisele head. (Kalkas & Sarvimäki, 1996; Launis, 2013). Abi andes aitab abivajaja positsioonile asumine ehk empaatiavõime mõista, missugune tegu võiks abivajajat aidata ja talle heaolu luua. Milliken (2018) räägib eetilisest tundlikkusest, mille puhul abi andja teab oma tegevuse lähtekohti. Oma tegevust reflekteerides võib abi and-

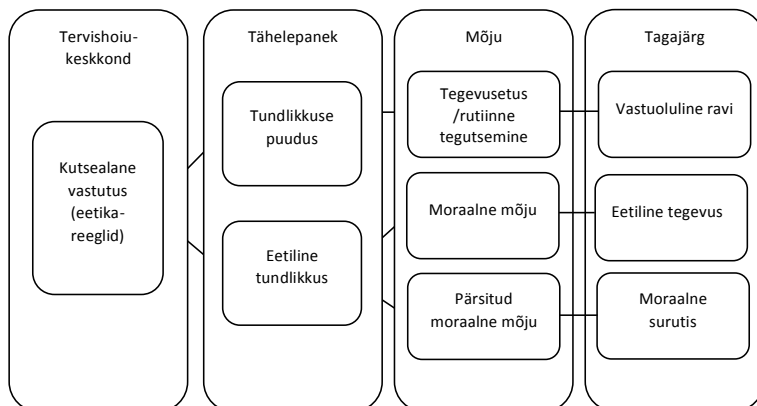
ja näha selles nii egoistlikke kui altruistlikke jooni. Tegu teeb teisele inimesele head ja märgates, et tal on õnnestunud head teha, teeb see heameelt ka tegijale.

Deontoloogiaga kaasnev kohustuseetika rõhutab tagajärgedele vaatamata järgima moraalnormi ehk tegema peab seda, mis on õige. Immanuel Kanti (1724–1804) kategooriline imperatiiv on käsk tegutseda alati nii, et tegevuses järgitud reegel võiks muutuda üldiseks moraalnormiks. Kanti eetika põhineb sisemisel vabadusel, see on sõltumatu välistest ja juhuslikest teguritest. (Kannisto, 2014). Kanti kohustuseetika eeldab, et abi andmise ja ravi lähtekohaks on iga abivajaja võrdne inimväärikus. (Launis, 2013). Kohustuseetika ei anna võimalust individuaalseks otsustamiseks, kõigi abivajajate suhtes toimitakse samal, üldiselt kõigile sobival viisil. Tegevus on sirgjooneline ja kooskõlas võrdväärsuse nõudega. Abiandmise ja ravi puhul on kohustuseetika järgimine problemaatiline, sest abivajajate väärtused, olukorrad ja olukordade lahendused on erinevad ja individuaalsed. Ka prioriteetide seadmise nõue on vastuolus kohustuseetikaga.

Liberalistlik eetika nõuab üksikisikule vabadusi ja õigusi, kuid samas rõhutab indiviidi kohustusi. ÜRO inimõiguste deklaratsioon rõhutab liberalistlikku eetikat ehk seda, et kõigil inimestel on samasugused õigused. Kõik sünnivad vabadena ja võrdsetena, oma väärtuste ja õigustega. Teoreetilisel tasandil on lihtne nõustuda liberalistliku eetika nõuetega, aga praktikas see nii ei toimi. Seetõttu praktilisel abi osutamisel ja ravimisel näib liberalistliku eetika järgimine keerulisena.

Neljas eetika uurimise vaatenurk on vooruse eetika. See innustab üksikisikut vooruslikkusele ja hea elu saavutamisele. Vooruse eetika rõhutab omadusi, mis peavad moraalselt tegutsejal olema, et ta suudaks teha õigeid ja häid otsuseid ka keerulistes olukordades. Vooruste kasutamine aitab tegutsejal leida ise selliseid hea elu juhiseid, mis aitavad kaasa elu õnnestumisele. Aristoteelse (384–322 e.m.a) väitel pürgivad voorusliku inimese tunded ja mõistus sama eesmärgi poole ja on omavahel harmoonias. Kesksed voorused on tarkus, julgus, õiglus, empaatilisus ja abistamissoov. Neid voorusi arendades õpivad spetsialistid suhtuma abivajajatesse positiivselt ja tundma, et abi andmine ja ravimine on tänuväärne. (Koskinen, 1995; Kalkas & Sarvimäki, 1996; Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2009; Launis, 2013).

**7 Eetiline tundlikkus.** USA uurija Milliken (2018) lõi kirjanduse põhjal õe eetilise tundlikkuse mõistete mudeli (Joonis 1). Mudel on seotud tervishoiu-keskkonnaga, kus eetikareeglid toetavad kutsealast vastutust.



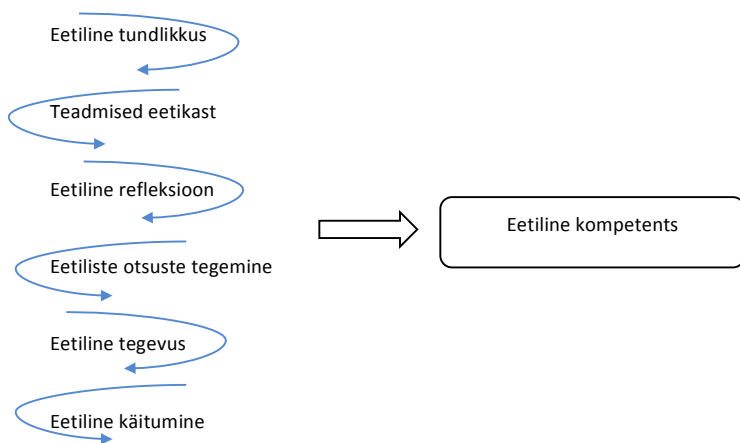
Joonis 1. Eetilise tundlikkuse mõistete mudel. (Milliken, 2018: 285)

Õe eetiline tundlikkus on kas ilmne või ei ole tal seda üldse. Kui õel puudub eetiline tundlikkus, kirjeldab tema tegevust kas tegevusetus või rutiinile orienteeritud tegevus. See viib selleni, et õendusabi ja ravi ei vasta patsiendi soovile ja ravi eesmärk jääb saavutamata. Tulemuseks on vastuolu ka siis, kui patsiendi soovide ja vajadustega arvestatakse vaid suvaliselt. Eetiline tundlikkus mõjutab õe moraalset otsuseid ja viib eetilise tegutsemiseni. Töökeskkonnas on üldiselt valitsevatel eetilistel hoiakutel mõju tööõhkkonna kujunemisele. Negatiivne töökeskkond ei toeta eetilist tegevust ning pärsitud moraalse otsustuste tegemine viib moraalse surutiseni. (Milliken, 2018).

Millikeni nägemus töökeskkonna tähendusest saab toetust Lemmenseni ja kolleegide (2018) nägemusest, mille kohaselt õdede eetilist tegevust mõjutab töökoha eetiline sisekliima. See avaldub õdede rahulolus tööga, organisatsioonile pühendumises, töökohal püsimises ja koostöös arstidega. (Lemmenes jt, 2018). Vryonidese ja kolleegide (2018) kohaselt jätavad õded õendustöö hooletusse, kui töökoha sisekliimas valdavad õdede egoistlikud pürgimused või isiklik väärtusmaailm. Teisalt, kui õded tunnevad, et eetilises mõttes on sisekliima heatahtlik ja toetab utilitaristlikku nägemust või tegevust juhivad eetiline pädevus (*compliance*) ja eetiliste juhiste ja eetikareeglite järgimine, on tulemuseks õendustöö vähene hooletusse jätmine.

Millikeni loodud eetilise tundlikkuse mudel sisaldab nii organisatsiooni kui üksikisiku mõju eetilise ja kvaliteetse abi andmisele ja ravi hea lõpptulemuse saavutamisele. Mudel toimib organisatsiooni eetikareeglite koostamise ja analüüsi alusena. Selles on ühendatud organisatsiooni eetikakoodeksi ja spetsialisti eetilise südametunnistuse mõju abivajaja ja ravi kvaliteedile. Kui töökollektiiv on koostamas professionaalse abi andmise ja ravi eetikareegleid, on selle juures abiks eetikateooriad, mis aitavad mõista juhiste ja reeglite sisulist tähendust nii laiemas inimlikus kui ka kitsamas üksikisiku kontekstis.

**8 Eetiline kompetents.** Kanadalane Lechasseur koos kolleegidega (2018) uuris kirjanduse põhjal eetilise kompetentsi olemust õendustöös. Tulemuseks oli kuus tegurit ja ressursi (Joonis 2).



**Joonis 2. Eetiline kompetents.** (Lechasseur jt, 2018: 700)

Eetiline tundlikkus (*ethical sensitivity*) on keskne tegur õendustöös otsuste tegemisel. See on seotud patsiendi vajaduste märkamisega ning oskusega tõlgendada tema verbaalset ja mitteverbaalset käitumist. Praktilises õendustöös moodustab eetiline tundlikkus eetilise kompetentsi teistele teguritele. Teadmised eetikast (*ethical knowledge*) panevad aluse filosoofiliste ja teoreetiliste ning praktiliste teadmiste kombinatsioonile, mis võtab arvesse olukordi ja inimesi. Eetiline refleksioon (*ethical reflection*) on seotud kriitilise hinnangu andmisega õdede oskustele, sellele, kes nad on ja mis nad teevad. See eeldab õdedelt tähelepanelikkust, et ära tunda oma tegevuse mõjusid. Eetiliste otsuste tegemise (*ethical decision-making*) eesmärk on teha mõistlik ja vastutustundlik valik paljudest erinevatest valikutest. Eetiline tegevus (*ethical action*) on refleksiooni, analüüsi ja otsuste tegemise tulemus. See paneb aluse üksikisikute, nende olukordade ja haavatavuse sügavamale mõistmisele. Eetiline käitumine (*ethical behavior*) kirjeldab sallivat hoiakut ja teiste austamist eetiliste hoiakute kaudu. Need tegurid on üksteisega seotud ja moodustavad üheskoos eetilise kompetentsi olemuse. (Lechasseur jt, 2018).

**9 Moraalne julgus õendustöös.** Soomlased Numminen ja partnerid (2017) märkasid mõisteid analüüsides seitset moraalse julguse omadust õendustöös. Tegelikult kohaloleku korral (*true presence*) oli julguseks tahtmine olla patsiendi lähedases, inimlikus suhtes. Julge õe puhul oli ta patsiendi ravisituatsioonis

ka tegelikult kohal. Õe julge tegevus andis patsiendile lootust, optimismi ning oli inimlik. Moraalne terviklikkus (*moral integrity*) tähendas seda, et julge õde tundis ära oma väärtused ning tegutses neile vastavalt. Julgus moraalse tegevusena oli seotud mõjujõuga ning oskusega jääda eriarvamusele. Mõjujõuga õel oli julgust sekkuda olukorda, kui ta nägi patsiendile osaks saanud ebaeetilist käitumist. Lisaks oli tal julgust teha iseseisvaid otsuseid ja võtta nende eest vastutus. Vastutusvõime puhul (*responsibility*) tähendas julgus teise isiku haavatavuse ja heaolu arvestamist tegelikus vastastikus mõjus ja tema puutumatus kaitsmist. Julgus oli ka oma vigadega silmitsi seista ning nendest rääkida ja neist õppida. Ausus (*honesty*) seisnes julguses ausalt rääkida oma mõtetest ja tegevustest. Aus tegevus tähendas usaldusväärust, avatust ja puhast südametunnistust. Huvide kaitsmine (*advocacy*) tähendas seda, et julge õde seisis patsiendi kõrval ning seisis riske kartmata tema huvide eest. Moraalne julgus seisnes isiklike ja professionaalsete väärtuste vahelises sillas, mis aitas õel tuua esile erinevaid väärtusi patsiendi vaatenurgast. Pühendumine ja vankumatus (*commitment and perseverance*) näitasid julgust ning olid seotud hea raviga, raskuste talumisega ning kergeima tee valimise vältimisega. Julge tegutsemine oli seotud riskitegevusega juhul, kui sooviti kindlustada patsiendile turvalist ravi. Isiklik risk (*personal risk*) moraalse julgusena kirjeldas oskuslikku õde, kes pühendus ja osales ravis jäägitult. Julgus tähendas õigete asjade eest seismist ja käsukorras kompromissidega mittenõustumist. Julgus oli ka seista oma tunnetega silmitsi ning neid väljendada ja näha oma haavatavust ja piiratusi. Moraalse julguse eelduseks olid moraalne tundlikkus, südametunnistus, hirmu ületamine, professionaalsus ja elukogemus.

Eetiline tundlikkus ja kompetents ning moraalne julgus kirjeldavad tegureid, mis on seotud abi osutaja eetiliste otsustega. Need moodustavad teoreetilise aluse, millele toetudes analüüsida ja reflekteerida oma eetilist nägemust ja tegevust abi osutamisel ja ravis. Need toimivad ka töökollektiivi ühiste eetikareeglite alusena, samuti siis, kui analüüsitakse töökollektiivi tegutsemisviise. Kui abi osutamise ja ravi lähtekohaks ning eesmärgiks on abivajaja inimväärikuse austamine, õigus tõhusale ravile ja enesemääramisõigusele ning õendusabi ja ravi õigsus, on olemas ka tööriistad eetilise tegutsemise mitmekülgselt vaatlemiseks nii üksikisiku kui organisatsiooni tasandil.

## Kasutatud allikad

- Davis, A. J. Aroskar, M. A. (1991). *Ethical Dilemmas and Nursing Practice*. Appleton-Century-Grofts, Norwalk, Connecticut. Ethics codes collection. <http://ethics.iit.edu/ecodes/codefunctions>. (21.08.2020)
- Kalkas, H., Sarvimäki, A. (1996). *Hoitotyön etiikan perusteet*. WSOY, Juva.
- Kannisto, T. (2014). *Kant: etiikka*. <http://filosofia.fi/node/2426>. (21.08.2020)
- Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T., Holopainen, A. (2018). *Tarpeesta tuloksiin. Näyttöön perustuva toiminta*. Hotus. Skhole Oy, Norderstedt.
- Koskinen, L. (1995). *Mikä on oikein? Etiikan käsikirja*. WSOY, Juva.

- Launis, V. (2013). Lääkintä- ja hoitoetiikan peruseriaatteet. Raamatus: Saarni S, Kattelus M, Nummi V (toim.) Lääkäriin etiikka. Lääkäriliitto, Suomen Hammaslääkäriliitto. 7. painos. Esa Print Oy, Lahti, 25–29.
- Lechasseur, K., Caux, C., Dollé, S., Legault, A. (2018). Ethical competence: An integrative review. *Nursing Ethics* 25, 694–706.
- Lemmenen, D., Valentine, P., Gwizdalski, P., Vincent, C., Liao, C. (2018). Nurses' perception of ethical climate at a large academic medical center. *Nursing Ethics* 25, 724–733.
- Milliken, A. (2018). Nurse ethical sensitivity: A integrative review. *Nursing Ethics* 25, 278–303.
- Molander, K. (2014). Hoidanko oikein? Eettinen kuormitus hoito- ja hoivatyössä. PS-kustannus, Juva, 279–286.
- Numminen, O., Repo, H., Leino-Kilpi, H. (2017). Moral courage in nursing: A concept analysis. *Nursing Ethics* 24, 878–891.
- Pitkälä, K., Savikko, N., Routasalo, P. (2005). Asiakslähtöisyys ja potilaskeskeisyys sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Pitkälä K, Savikko N, Routasalo P. (toim.) Kuntoutuspolun solmukohtia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 10. Vanhustyön keskusliitto ry, Saarijärvi, 99–113.
- Poikkimäki, I. (2004). Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Purjo, T. (2014). Arvot ovat ihmisen toiminnan perusta. Tampere University Press, Tampere.
- Rauhala, L. (1983). Ihmiskäsitys ihmistyössä. Gummerus, Jyväskylä.
- Rauhala, I. (1990). Humanistinen psykologia. Yliopistopaino, Helsinki.
- Routasalo, P. (2014). Loppusanat. Teoksessa K. Molander Hoidanko oikein? Eettinen kuormitus hoito- ja hoivatyössä. PS-kustannus, Juva.
- Routasalo, P., Pitkälä, K. (2009). Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. [http://www.laaketietokeskus.fi/tiedostot/Omahoidon\\_tukem\\_opas\\_12\\_09.pdf](http://www.laaketietokeskus.fi/tiedostot/Omahoidon_tukem_opas_12_09.pdf)
- Sarvimäki, A., Stenbock-Hult, B. (2009). Hoitotyön etiikka. Edita, Helsinki.
- Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Etene-julkaisuja (2018). [https://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja. \(21.08.2020\)](https://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja. (21.08.2020)
- United Declaration of Human Rights. (1948). <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
- Vryonides S., Papastavrou E., Charalambous A., Andreou P., Eleftheriou C., Markouris A. (2018) Ethical climate and missed nursing care in cancer care units. *Nursing Ethics* 25, 707–723.

# Eesti õenduse ja õdede koolituse kujunemisest ühiskonna muutumise tõmbetuultes

**Ülle Ernits**, PhD; **Merle Talvik**, PhD; **Taimi Tulva**, PhD; **Kristi Puusepp**, RN, MSc

Artikkel analüüsib professionaalse õenduse arengut ja õdede koolitust Eestis ühiskonna muutumise kontekstis. Õenduse areng Lääne-Euroopas, Põhjamaades, Venemaal ja Baltikumis aitab kaasa Eesti õenduse ajaloo avamisele. Eesti õenduses eristatakse nelja perioodi: Eesti iseseisvumise eelne (alates 1700 kuni 1918), Eesti Vabariigi (1918–1940), Nõukogude Eesti (1940–1991) ning taasiseseisvumise järgne periood (alates 1991).

## 1 Sissejuhatus

Eestis on veel vähe õenduse ajaloo alaseid uurimusi. (Aro, 2006; Kõrran, Onoper, Pruuden, Roots, Ruul-Kasemaa, Saluvere, Sarv & Õunapuu, 2008; Ernits & Sepp, 2010; Ernits, Talvik & Tulva, 2019; Ernits, Puusepp, Kont & Tulva, 2019; Talvik, Ernits & Tulva, 2019). Käesolev uurimus esitab dokumenteeritud info selle kohta, kuidas neli ajaloolist perioodi on muutnud õe elukutse arengut ja prestiiži ning kuidas need teadmised aitavad mõtestada õe elukutset minevikus, olevikus ja tulevikus.

Virginia M. Dunbar, Ameerika Punase Risti aktivist on öelnud: „Maailma õenduse ajalugu on erinevate maade ajaloo peegeldus. Näib, justkui iga riik kirjeldaks mõne teise riigi minevikku või tulevikku. Iga riik etendab teise riigi arengus mingit osa.” (Dunbar, 1937). Kuna ühiskond pidevalt muutub ja õdedel tuleb ühiskonna vajadustega kohaneda, siis peab ka õdede koolitus olema pidevas muutumises. (Kyrkjebø, Mekki, & Hanestad, 2002).

Ühes riigis toimunud arengud õenduses mõjutasid naaberriike. Nüüdisaegne õendus niisuguses tähenduses nagu me seda täna tunneme, sai alguse Euroopast. Õenduse arendaja, Florence Nightingale (1820–1910), kes asutas Londonis 1860. aastal õdede kooli, mõjutas kogu Euroopat, kaasa arvatud Eestit. Umbkaudu sama aega peetakse Eestis ämmaemanduse ja õenduse koolituse alguseks. (Onoper, 2008: 281–282).

Oma ajaloo tundmine aitab paremini mõista õe elukutse arengut ning seda kujundanud sotsiaalseid ning poliitilisi tegureid. Õdede koolitus on edenenud läbi ühiskonna muutumise ja kasvuraskuste ning asub Eesti haridussüsteemis kindlal kohal.



## 2 Meetod

Uurimismaterjal koosnes dokumenteeritud allikatest, mida koguti muuseumidest ja raamatukogudest (ajalehed, ajakirjad, raamatud ja fotod). Dokumenteeritud andmed ja faktiline materjal õendushariduse ajaloost ulatub tagasi 19. sajandi algusesse. Lähiajaloo kohta, alates 1991. aastast käesoleva ajani, koguti teavet fookusega tänapäevaste õppekavade ja õpetamismeetodite arengule.

Analüüsi ka teistes Euroopa riikides läbiviidud õenduse ajaloo alaseid uurimusi. Dokumenteeritud allikaid Eesti õenduse ajaloo kohta koguti aastatel 2017 kuni 2020. Andmed süstematiseeriti, kaardistati nelja perioodi kaupa, üldistati ning analüüsi. Ajaloolise uurimuse metodoloogiliseks aluseks on Toomas Karjahärmi käsitus ajalooteadusest, mille omaduseks on minevikuline ja olevikuline ühekorraga ning seejuures võime mõjutada tuleviku võimalusi. (Karjahärm, 2010: 17). Ajalookultuur hõlmab ajaloo kogemise, teadvustamise, tõlgendamise ja esitamise kõiki vorme, mille abil inimene puutub kokku minevikuga ja mille kaudu toimub mineviku esitlemine olevikus. (Karjahärm, 2010: 20). Olevikku saab Carri väitel tundma õppida mineviku valgusel ja minevikku oleviku valgusel. Tema järgi on ajalooteaduse ülesanne soodustada mõlema, nii mineviku kui ka oleviku sügavamalt mõistmist nendevahelise seose uurimise kaudu. Carr väidab, et mineviku üldistamisega tõmbab ajaloolane tuleviku piirjooni. (Carr, 1965: 56–86).

Uurimuses on kasutatud hulgaliselt visuaalset materjali fotodena ajaloolistest perioodidest. Piltide kasutamine ajalooteaduses aktiveerus 1990. aastatel, kui toimus nn pildiline pööre kultuuri uurimises ning toimus visuaalse teabe pealetung Lääne ühiskondades üldisemalt. Hakati ümber hindama tavaarusaama sõna ja pildi vahekorra: pilt pole pelgalt sõna illustratsioon, vaid kannab endas märke ja tähendusi (Tamm, 2016: 18), mis aitavad mõtestada minevikku tänase päeva kontekstis. Piltidel on tähendust loov väärtus. (Frank & Lange, 2015: 11, 79).

Uurimismaterjali mitmekülgsus võimaldab uurimisprobleemi fokuseerida õenduse ja õdede koolituse analüüsile ja sünteesile ühiskonna muutumise kontekstis.

### **Teema analüüsiks esitati järgmised uurimisküsimused:**

- kuidas muutused ühiskonnas mõjutasid õenduse ja õdede koolituse kujunemist;
- millised on rahvusvahelistumise ja globaliseerumise mõjud Eesti õenduse arengule;
- mida on võimalik mineviku pärandist üle võtta tänapäeva?

### 3 Õenduse ja õdede koolituse ajaloolisi arenguhooni

Järjepidevust ja oma juurte tundmist on Eesti kultuuris alati oluliseks peetud. Õendus kui eriala on aja jooksul märgatavalt teisenenud. Ajaloo tundmine aitab paremini mõista õe elukutse kujunemist, teisenemist ning seda mõjutanud tegureid. Õendus kasvas välja hooldusest. 1955. aastal avaldatud teoses „The Principles and Practice of Nursing” defineeris Virginia Henderson õendust järgmiselt: „Õe unikaalsus seisneb patsiendi, olgu ta terve või haige, abistamises toimingutega, mis toetavad tema taastumist, tervist (või leppimist rahuliku surmaga) – tegevustes, millega patsient saaks hakkama, kui tal oleksid selle jaoks vastavad teadmised, jõud või tahe.” (Virginia Henderson’s ..., 2012). Eestis on termin „õendus” kasutusel aastast 1996. (Gaidajenko, 2007).

Eesti õenduse arengus saab välja tuua neli üksteisest välja kasvavat, aga samas eristuvat perioodi (vt joonis 1).



Joonis 1. Õdede koolituse areng ajateljel. (Autor Ülle Ernits)

### 3.1 Õenduse kujunemise algus

Keskajal pühendusid haigete põetamisele põhiliselt nunna- ja mungaordud. (Kõrran jt, 2008: 121). Õenduse ajalugu Eestis ulatub tagasi 1700. aastatesse. Kui Eesti inkorporeeriti Venemaa koosseisu (1710), avati Tallinnas 1715. aastal esimene mereväehospital. (Juske, 2016). Esimesed õed tulid Eestisse tööle Venemaalt 1724. aastal Peeter I käsul, nad hakkasid tööle mereväehospitalis. (Sooväli, 1998). Õenduse arengut soodustas haigla avamine Põltsamaal 1766. aastal. Põltsamaale ehitati P. E. Wilde projekti järgi haigla ja seal hakati noormeestele õpetama ka arstiteadust, et valmistada ette tulevasi velskreid-kirurge ja apteekreid. Põltsamaa meditsiinikool tegutses kuni 1785. aastani. Õpe oli praktiline ja näitlik. (Kõrran jt, 2008: 119).

Haigla ehitati ka Pärnusse (1801), Tartu Ülikooli Kliinikum asutati 1804. aastal. Ämmaemandatest, õdedest, velskritest ja põetajatest oli puudus. Kuigi esimene ämmaemandate kool avati Tartu Ülikooli ämmaemanduse kliinikuna juba 1811. aastal, algas süsteemne õdede koolitus alles 19. sajandi teisel poolel, kui hakati õpetama õdesid-haavasidujaid-kupupanijaid. (Kuppo ja aadrelaskjad, 1863).

Europas sai õdede koolitus ametliku staatuse 1860-ndatel, kui esile kerkis Florence Nightingale. Londonis 1860. aastal avatud Nightingale'i õdedekooli tuli õpilasi õppima kogu maailmast. Pärast kooli lõpetamist suundusid nad tagasi kodumaale, enamasti õendusjuhtidena ja õpetajatena. Algusaegadel domineeris õdede koolituses väljaõpe kliinikutes, praktika oli organiseeritud õpipoisi süsteemis. (McMillan & Dwyer, 1989; Tallberg, 1994; Sarkio, 2007). Ämmaemandaid ja põetajaid hakati 1860. aastatel koolitama ka Eestis (Onoper, 2008: 281–282). Selle vajaduse tingis vastsündinute suur suremus ning rüugeepideemia Eesti maapiirkondades. Teisalt mõjutas meid Vene impeeriumis toimuv, sealhulgas 1867. aastal Peterburis Philipp Karelli algatusel loodud Venemaa Haavatud ja Haigete Sõjameeste Hooldamise Ühing ja selle tegevus. Organisatsiooni embleemiks oli punane rist ja ühingu põhikirjas oli ette nähtud halastajaõdede väljaõpetamine. (Kõrran jt, 2008: 45).

Siiski iseloomustab seda ajajärku suuresti põetajate ja õdede väljaõpe kirkude ja kloostrite juures. 1867. aastal avati Tallinnas Diakonisside Maja, mis tegutses hooldushaiglana ja õdede koolina. Selles koolis õppisid Eesti esimesed halastajaõed. (Sooväli, 1998).

Diakonissimajas, nn emamajas töötamine oli teatavas mõttes jumalateenistus. Diakon – see on kiriku teener ja diakoniss samuti. Kloostrisse minna tähendas kurjast maailmast põgeneda. Diakonissiks minna, see tähendas vabalt ja ilma muredeta pühendada end jumala teenimisele ligimeses. Diakoniss ei olnud ainult haigepõetaja. Emamaja valmistas kristlikule tööle pühendunud õpilasi ette väga mitmesugusteks aladeks, algkooliõpetajateks ja keskkooliõpetaja-

teks, lasteaednikeks ja kasvatajateks ning haigepõetajateks. Diakonisside tööpõld olid kiriklik hoolekanne ja igasugused sisemisjoni alad. Välismaailm saatis vaid teate, missugust õde vajatakse, ja emamajast saadeti selline. Majanduslikke muresid diakonissil endal ei olnud, kõik korraldas emamaja. Ka vanadus oli neil kindlustatud. Neid õdesid, kes emamajast eraldi iseseisvalt tööle asusid või abiellusid, emamaja enam ei toetanud. (Otsasoo, 1940). Diakonisside maja asus Tallinnas Luise tänaval. (Reinart, 2019: 12).

1872. aastal loodi Venemaa Haavatud ja Haigete Sõjameeste Hooldamise Ühingu Eestimaa Daamidekomitee, mille eesmärk oli valmistuda sõjaolukorras arstiabi andmiseks ja õpetada välja halastajaõdesid. 1875. aastal asutati seltsi soovitusel Tartu haavakliinikus haigetalitajate kool. (Kõrran jt, 2008: 13, 46).

1880. aastatel hakati juba pöörama tähelepanu ka õdede töötingimustele. 1893. aastal hakati eesti soost velskreid koolitama arstide abilisteks Peterburis. Aasta hiljem, 1894, avati Mellin'i kliinik Tartus ja selle juurde õdede erakool. Õdesid nimetati diakonissideks ning õpetamine toimus saksa keeles. 1912. aasta lõpul võeti esimest korda kursusele ka eesti tütarlapsi. 1925. aastal sai Mellin'i kliiniku kool riigikooli õigused. Õpilasi nimetati endiselt diakonissideks, õpetamine toimus saksa keeles. (Onoper, 2008: 285–314).

Esimese maailmasõja ajal muutus halastajaõe kutse noorte naiste seas väga populaarseks. Naised soovisid meestega võrdselt panustada, ennast vajalikuna tunda ning soov halastajaõeks õppida kasvas hüppeliselt. (Halastaja õde, 1914; vt joonis 2).



**Joonis 2. Eesti halastajaõe Sinaida Laasik Tartus haigemajas haavatute juures.**  
Eesti Rahva Muuseum (ERM Fk 371: 284). (Foto A. Kontorovitš)

Vaja oli aidata haavatud sõdureid ja epideemiate ohvreid. Järk-järgult suurenes nõudlus abistamisvaldkonna spetsialistide järele ja just nii hakkas tähelepanu suunduma õendusele (vt joonis 3). Esimese maailmasõja ajal korraldati palju venekeelseid erikursusi. (Kõrran jt, 2008: 123).

Õdede väärikust rõhutas nende korrektne välimus ja riietus (vt joonis 4).



**Joonis 3. Esimeses maailmasõjas osalenud Punase Risti õed.**

Eesti Tervishoiu Muuseum SA (THM F 3660).  
(Fotograaf teadmata)



**Joonis 4. Halastajaõde Elisabeth Baum, 1915.**

Eesti Rahva Muuseum (ERM Fk 371: 16).  
(Fotograaf teadmata)

Esimesele maailmasõjale järgnenud Eesti Vabadussõja (1918–1920) ajal oli samuti puudus arstiabist ja hoolekandest. Sanitaarolud nõudsid tungivalt paremat ettevalmistust õdedele, mistõttu Vabadussõja ajal toimusid Viljandis esimesed eestikeelsed kursused. (Kõrran jt, 2008: 123–124).

## 3.2 Esimese Eesti Vabariigi periood – õenduse arenemine elukutseks

Esimese Eesti Vabariigi ajal (1918–1940) osutati suurt tähelepanu rahvatervisele ja epideemiavastaste meetmete rakendamisele, rõhku pandi ka õdede koolitamisele. Ideid õenduse arendamiseks ja õdede koolitamiseks saadi põhiliselt Saksamaalt ja Skandinaaviast. 1920. aastaks oli riiklik tervishoiusüsteem leidnud üldise heakskiidu. Riigi kõrval oli õdede koolitamises suur osakaal vabatahtlikel erialaorganisatsioonidel, näiteks Eesti Punasel Ristil (1919) ja Eesti Halastajaõdede Ühingul (1922). Need ühingud andsid võimalusi õdede ja ämmaemandate koolitamiseks. 1920. aastal avati Tallinna Keskhaigla juures Eesti Punase Risti Halastajaõdede Kool. 1922. aastal see õppeasutus küll suleti, kuid samal ajal jätkas õdedekool Tartus. (Kõrran jt, 2008: 14). 1925. aastal asutati Tartu Ülikooli juurde Eesti Õdede Ühingu Õdede Kool ning selle juhatajaks kutsuti õde Anna Erma. (Kõrran jt, 2008: 16).

Eesti Õdede Ühingu Õdede Kooli võeti vastu kuni 25-aastasi keskkaridusega naised, sisseastumiseksameid ei olnud, kuid Anna Erma vestles iga sisseastujaga isiklikult. Koolis oli küllalt vali distsipliin (vt joonis 5), sest „kasvandikele püüti sisse kasvatada, et haiged pole mitte õdede jaoks, vaid nemad, s.o haigemaja personal, on haigete jaoks“. (Reinart, 2019: 14).

Peagi muutus õdede kool populaarseks. Kümme aastat pärast asutamist võeti kooli vastu juba 70 õpilast korraga. Soome õdede kutsel viibisid kooli õpilased tihti Helsingi haiglates mitmenädalastel praktikatel ja parimad saadeti Inglismaale end hoolekande alal täiendama. (Reinart, 2019: 14).

Anna Erma oli Eesti Õdede Liidu üks asutajaid ning esimene ja ainus sõjajärgne president. Nõukogude okupatsioon lõpetas ühingu tegevuse Eestis 1940. aastal ja Õenduskooli tegevuse 1941. aastal.





**Joonis 5. Tartu õdedekooli õpilased kooli ja internadi juhataja Anna Erma õdedekooli II lennu pidulikul koosviibimisel internadis, 1929. Eesti Tervishoiu Muuseum SA (THM F 839). (Fotograaf teadmata)**



**Joonis 6. 1923. aastal asutatud Eesti Õdede Ühingu esimene rinnamärk. Märkil on T-kuju-line Püha Antoniuse rist. Antonius on haigete eest, eriti katku eest kaitsja. Kirikukunstis kujutatakse Antoniust mustas rüüs T-kujulise ristiga, jalgade juures tervenemist paluvad haiged. (Anna Erma, dateerimata)**

Sel ajajärgul tegutsesid erialaorganisatsioonid Eestis, Lätis ja Leedus väga tulemuslikult, korraldati konverentse ja sõlmiti rahvusvahelisi kontakte. Eesti Õdede Ühingu liikmed võtsid aktiivselt osa rahvusvahelistest konverentsidest ja kongressidest (Riia, Helsingi, Pariis, Brüssel), kus käsitleti kutsehariduse ja rahvatervise probleeme, õendushariduse õppekavasid ja nende täiustamise võimalusi. (Onoper, 2008: 301–316). Sel ajal alanud rahvusvaheline koostöö võimaldas saata Eesti õdesid välismaale täiendõppele, nt Londonisse. (Tähelepanemiseks ..., 1921) ja New Yorki (Stipendium ..., 1925).

1928. aastal loodi Balti Riikide Punase Risti Õdede Komitee Eesti, Läti ja Leedu riigi Punase Risti rahuaegsete õdede koostöö arendamiseks. (Kõrran jt, 2008: 16). Selle organisatsiooni eesmärk oli erialaste küsimuste arutamine ja õendusstandardite tõstmiseks tehtav koostöö. Balti riikide õed leppisid kokku, et õdede teoreetilisi ja praktilisi õpinguid peavad juhendama õed, mitte arstid. Väljaõpe peab kestma kaks aastat ja vastu võetakse ainult keskkooli lõpetanud. Tunnistati vajadust erinevate õendusvaldkondade alaseks enesetäiendamiseks, seda eriti rahvatervise vallas. (Onoper, 2008: 425).

Esimese Eesti vabariigi ajal pakuti mitmekülgseid sotsiaalteenuseid, sotsiaalhoolekanne ja tervishoid ehitati üles süsteemsele alusele. Õena said töötada ainult isikud, kes olid õdede kooli lõpetanud. (Kõrran jt, 2008: 124). Enne Teist maailmasõda iseloomustasid kõigi kolme Balti riigi – Eesti, Läti ja Leedu – õendust eriala kõrge prestiiž, tugevad erialaorganisatsioonid, palju rahvusvahelisi kontakte ja range kontroll õenduse õppekavade ja õdede töötingimuste üle. (Kalnins, Barkauskas & Šeškevičius, 2001). Esimese ja Teise maailmasõja vahel õendus kui eriala arenes jõudsalt. Õed püüdisid oma väljaõppe ja töötingimuste parandamise poole, kasutades selleks diskussioone ja erialaorganisatsioonide tuge. (Karosas & Riklikienė, 2011). Praktilises töös tähtsustati meeskonnatööd, õe tegevust nähti koostööna nii õdede endi kui ka arstide ja õdede vahel (vt joonis 7). Eesti Vabariigi aastatel valitud suund õenduse arendamiseks on siiani aktuaalne ja elujõuline. (Kõrran jt, 2008: 187).



**Joonis 7. Arstid ja õed, 1927–1940.** Eesti Rahva Muuseum (ERM Fk 2977: 441). (Fotograaf teadmata)



### 3.3 Nõukogude periood: suletus ja arengu seiskumine

Nõukogude okupatsioonid Eestis olid aastatel 1940–1941 ja 1944–1991, mil Eesti Vabariigi territoorium oli okupeeritud Nõukogude Venemaa ning hiljem Nõukogude Liidu poolt. Aastatel 1940–1941 kestnud okupatsiooni ajal annekteeriti Eesti NSV Nõukogude Liidu koosseisu. 1941. aastal asendus Nõukogude okupatsioon Eestis Saksa okupatsiooniga. 1944 vallutasid Nõukogude väed Eesti territooriumi ning algas teine Nõukogude okupatsioon.

Nõukogude võimu ajal varises õdede koolitussüsteem kokku nagu paljud teised valdkonnadki. Pärast Balti riikide sunniviisilist Nõukogude Liidu koosseisu inkorporeerimist kaotasid õded oma erialase staatuse ning nad assimileeriti Nõukogude tervishoiusüsteemi kui kesktasemel meditsiinitöötajad, keda pärast põhikooli lõpetamist õpetati kutsekoolides. (Kalninsš jt, 2001). Õdede väljaõpe Nõukogude Liidus kajastas õdede suhteliselt madalat staatust karjääriredelil. Väljaõpe toimus kutseõppeasutustes, mitte kõrgkoolides ja õendust ei peetud väärikaks elukutseks. (Karanikolos, Kühlbrandt & Richardson, 2014: 87). Hiljem sai meditsiinkoolides õppida ka keskhariduse baasil.

Nõukogude ajal töötasid meditsiinkoolid erinevate nimede all, mida muudeti vastavalt poliitilistele otsustele. 1941. aastal kasvas Eesti Õdede Ühingu Õdede Koolist välja Tartu Meditsiinkool. (Kõrran jt, 2008: 134). 1944.–1964. aastal kandis kool nimetust Vabariiklik Tartu Meditsiiniline Keskkool ning 1964. aastal muudeti see taas Tartu Meditsiinkooliks. (Kõrran jt, 2008: 137).

1940. aastal moodustati Tallinna Keskaigla juurde Tallinna Õdede Kool. 1941. aastal kujundati Tallinna Õdede Koolist Tallinna Meditsiiniline Keskkool. Alanud sõja tõttu olid meditsiinkoolid sunnitud õppetöö peatama. Olukorra lahendas otsus evakueerida eesti õppekeelega Tallinna velsker-ämmaemandate kool Vene NFSV territooriumile Tambovi linna. Loodud õppeasutust hakati kutsuma Tambovi Eesti Velskrite Kooliks, õppetööga alustati 2. mail 1943. aastal. (Põldla, Sepp & Sepp, 2010: 12). Sõjajärgsetel aastatel taastati sõjajärgsed nõukogude seadused ning meditsiinkoolid taasavati. 1944. aasta septembris asus meditsiinkool uuesti Tallinnasse ja sai tagasi ka endise nime – Tallinna Meditsiiniline Keskkool. (Põldla jt, 2010: 19). 1945.–1964. aastal kandis kool nimetust Tallinna Vabariiklik Meditsiiniline Keskkool ning 1964. aastast alates Tallinna Meditsiinkool. (Põldla jt, 2010: 28, 35).

Pärast Teist maailmasõda pakkusid linnades tervishoiuteenuseid polikliinikud ja haiglad. Maal pakkusid esmast arstiabi velskri- ja ämmaemandapunktid, keerukamat eriravi saadi suuremates rajoonihaiglates ja -polikliinikutes. (Tulva, 1995).

Nõukogude Liidus loodi ulatuslik rahvatervise keskuste võrk. Selle nn sanitaar-epidemioloogilise (san-epid) teenistuse ülesandeks oli tervisekaitse, mis pööras erilist tähelepanu nakkushaiguste tõrjele massvaktsineerimise, veevarude sanitaarkontrolli, hügieenilise jäätmete kõrvaldamise ja kanalisatsiooni ning piima pastöriseerimise kaudu. 1950. ja 1960. aastatel laiendati san-epid teenuse ulatust nii, et see hõlmaks ka töötervishoidu ja keskkonnatervist. (Petrea & Haggensburg, 2014: 159).

Nõukogude võimu tsentraliseeritus avaldas tervishoiusüsteemile tugevat mõju, rahvusvahelised kontaktid olid napid ja suletus oli märgatav kõigil elualadel, sealhulgas tervishoius. Nõukogude riigi jaoks polnud tervishoiuteenus mitte ainult üksikisiku õigus, vaid ka „poliitiline akt”. (Starks, 2017: 1718). Tervishoid oli politiseeritud vastavalt Nõukogude riigi kommunistlikule suunitlusele. Nais-traktoristi ja -kosmonaudi kuju kõrval oli aukohal relva kandev Teises maailmasõjas osalenud õde (vt joonis 8 ja 9). Nõukoguliku ideaalse naisetüübi konstrueerimisel oli eeskujuks meessoost kodanik. Stalini-aegne soopoliitika soodustas naiste massilist kaasamist tööprotsessi ja ühiskondlikku tegevusse, nende rollide muutumist ja ühiskondlike hoiakute teisenemist. (Kivimaa, 2015).



**Joonis 8. Nõukogude õde, Punaarmee meditsiiniteenistuse leitnant, kellele on antud neli NSV Liidu medalit. (Adams-Graf, dateerimata)**



**Joonis 9. Julia Jarovskaja, nõukogude õde, kes päästis Teise maailmasõja ajal Stalingradi lahingus 56 haavatud sõdurit. (Stewart, 2017)**

Õendus oli nõukogude ajal kultusprofessioon, olles tihedalt seotud propagandaga. See väljendus erinevates kunstivormides nagu plakatid ja seinamaalingud ehk pannood (vt joonis 10, 11 ja 12).



Joonis 10. Plakat „Au meie võitlusõdedele”.  
Nõukogude Liit, 1942. (Meier, 2014)



Joonis 11. Plakat „Organiseerime sanitaarset kaitset!”. Eesti Ajaloomuuseum SA  
(AM \_ 4234/R F158 1: 49)



Joonis 12. Pannoo. (What was Soviet ..., 2019)

Paternalistliku sotsiaalpoliitika suuniste kohaselt loodi lastesõimed ja mammutlastepäevakodud, mis kandsid hoolt laste eest. See võimaldas emadel maksimaalselt panustada tööellu. Lapsehoolduspuhkus oli väga lühike, 56 päeva enne ja 56 päeva pärast sünnitust. (Laan, Luiga & Tamm, 1975: 344). Lastesõimes töötasid lisaks kasvatajatele laste tervise tagamise huvides soovitatavalt ka õed, keda tollal nimetati meditsiiniõdedeks. Meditsiiniõed pidid täitma erinevaid ülesandeid, et luua lastele kasvuks ja arenemiseks optimaalseid tingimusi ning vältida haiguste levikut. Meditsiiniõed töötasid arstiga kooskõlastatud tööplaanil, mis hõlmas järgmisi tööloike: ravi-profülaktiline töö, sanitaar-hügieenilise režiimi kontroll, ratsionaalse toitlustamise organiseerimine, nakkushaiguste vältimine, päevarežiimi täitmise jälgimine, sanitaarharidustöö, dokumentatsiooni vormistamine ja kvalifikatsiooni tõstmine. (Laan jt, 1975: 325).

Samas oli selles süsteemis ka positiivset: kõigile kodanikele anti võimalused tasuta esmaste meditsiiniteenuste saamiseks. Rahva tervisekaitse tasuta süsteemi loomist Nõukogude Liidus loeti üheks tähtsamateks sotsialismi saavutuseks. Kodanike meditsiinilise teeninduse kvaliteedi ja teeninduskultuuri tase sõltus sellest, kui professionaalselt oli ette valmistatud keskastme meditsiini-personal, sealhulgas õed. (Odiņa, 2013: 30). Samas oli väga positiivne kuvand antud nõukogude süsteemile, kus võimaldati tasuta arstiabi ja esmaste meditsiiniteenuste saamist kõikidele kodanikele. Tihti osutati arstiabi kohapeal koolides ja töökohtades. (Healy & McKee, 1997; vt joonis 13).



**Joonis 13. Alklassilaste tervisekontroll. Kontrolli jms protseduure võidi toimetada klassi ees. (What was Soviet ..., 2019)**

Kogu õdede töö ja koolitus oli politiseeritud. Suur osakaal õdede õppeprogrammis oli ideoloogilisel kasvatusel üleliiduliselt koostatud ja heaks kiidetud õppeplaanide järgi. (Kõrran jt, 2008: 131).

Õe elukutsele oli Nõukogude Liidus iseloomulik autonoomia puudumine, viletsad töötingimused ja ebapiisav palk. Jahmatavad on tolelaegses trükisõnas ilmunud kirjeldused õe peamisest rollist. Õde kirjeldakse kui „arstide korralduste ja käskude täpset ja vastuvaidlematut täitjat”. Ei mainita õdede iseseisvat rolli patsientide seisundi hindamisel ja õendusabi planeerimisel ning rakendamisel. (Kalnins jt, 2001)

Õde pidi tundma haigusi ja oskama läbi viia erinevaid meditsiinilisi protseduure. Õe töö kvaliteeti hinnati selle järgi, kui kiiresti ja täpselt ta oma tööd tegi. Õde pidi olema kuulekas ja tema iseseisvus oli pärsitud. „Meditsiiniõde täidab arsti korraldusi. Mõningaid protseduure (süstimised, kupud, sinepiplaastrid, klishtiirid jt) teeb ta iseseisvalt, keerulisemateks valmistab haige ja instrumendid ette ning abistab arsti. Palatiõde võtab iga päev osa arsti ringkäigust, abistab teda haigete vaatlusel, teatab oma tähelepanekuist ja saab arstilt uusi korraldusi. Ringkäigu vältel tutvub õde iga patsiendi haiguse olemusega ja temale määratud raviga ning teeb enesele selgeks, mida peab eriti tähelepanelikult jälgima.” (Gagunova 1977, 8). 1980. aastatel oli Balti regiooni tervishoiusüsteem lääne standarditest kaugemale maha jäänud. Valitses töötajate, ravimite ja varustuse puudus. Haiglavoodite ja patsientide suhe oli ebaproportsionaalne. Puudu oli ka õdedest ja parameedikute. Polikliinikutes töötas vanemaealine personal, kellel puudusid oskused ja kes oli vähese erialase koolitusega. Nooremaeline personal koondus haiglatesse. (Healy & McKee, 1997). Maapiirkondades osutasid esmatasandi arstiabi velskrid, kes täitsid ennetavaid, diagnostilisi ja terapeutilisi ülesandeid, kirjutasid välja ravimeid ja täitsid mõningaid haldusfunktsioone. (Karanikolos jt, 2014: 79).

Nõukogude ajal domineeris erialases hariduses kommunismi ideoloogia. Pärast Teist maailmasõda nimetati halastajaõed ümber meditsiiniõdedeks. (Odiņa 2013: 50). Haridustase langes, kuna koolitusperioodi lühendati. Noorte seas muutus õe elukutse ebapopulaarseks, kuna õppeprogrammid muudeti nõukogulikuks. Kommunistlik-marksistliku ideoloogia õpetamisele kulutati suur hulk õppetunde ja seetõttu jäid õppeprogrammidest välja põetamise õpetus ja suhtlemisoscuste õpetamine, rääkimata halastusest. (Kõrran jt, 2008: 64).

Õe eriala õppeaeg oli erinev: lõpetamata keskhariduse puhul kolm aastat ning keskhariduse baasil kaks aastat. (Odiņa 2013: 32). Õpikud kehtestati üleliidulisi juhtnööre silmas pidades. Osa õpikuid olid kogu Nõukogude Liidus kasutatavate ühtsete õpikute tõlked. Paljudes ainetes toimus õppetöö küll Eesti autorite õpikute järgi, kuid nende poliitiline taust pidi järgima kommunistlikku ideoloogiat ja jäljendama üleliidulisi õpikuid. Õppekavades oli suur roll kommunistliku ideoloogia õpetamisel. (Hiio, 2012).



Aja jooksul Eesti meditsiiniõdede koolituse õppeplaanide täiendati uute õppeainetega, need jaotati tsükliteks ning õppetöö toimus eesti keeles (vt joonis 14 ja 15). Lõpetajad suunati kohustuslikus korras neisse haiglatesse, kus neid kõige rohkem vajati. Meditsiiniõpetajate koolides oli õppeplaanide muutmine keelatud. Tulevastele õdedele lugesid loenguid arstid, kuid praktilisi toiminguid haiglates juhendasid õed. (Odiņa 2013: 33).



**Joonis 14. Vabariikliku Tartu Meditsiinilise Keskkooli õpilased endise Burdenko tänava õppehoone õuel koos farmakoloogia õppejõu Madisega 16. mail 1959. (Foto Taimi Tulva erakogust)**



**Joonis 15. Vabariikliku Tartu Meditsiinilise Keskkooli lõpumärk, 1960. (Foto Taimi Tulva erakogust)**

Tulevaste medikute ettevalmistamisel pöörati suurt tähelepanu kommunistliku ideede populariseerimisele (vt joonis 16). Ideelise kasvatustöö parendamiseks võeti arvesse kõigi kommunistliku partei kongresside resolutsioone. (Odiņa 2013: 33).



**Joonis 16. Viljandi Haigla 15. jaoskonna meditsiiniõed poliitunnis, u 1968.** Viljandi Muuseum (VM VMF 566:2 F)

Eesti oli nõukogude ajal militariseeritud ühiskond ja õdede koolitus oli seotud militaarvaldkonnaga. 1950. aastatel muutus maailma poliitiline olukord teravamaks ning Nõukogude Liidus hakati reservõdesid koolitama kaheksakuuliste kiirkursuste või kaheaastaste kursuste abil. Kursuste eesmärk oli ette valmistada reservõdesid Nõukogude Armeed ja õhutõrje asutuste jaoks. Pärast kaheaastaste kursuste läbimist said õed õiguse töötada tervishoiuasutustes. Kui nad töötasid vähemalt kaks aastat, loeti nende ettevalmistust võrdseks keskerihariduseks saanud meditsiiniõdedega. (Odiņa 2013: 33).

1970. aastatel päevakorda tõusnud tuumasõja oht tõi kaasa tervet riiki hõlmava tsiviilkaitseorganisatsiooni väljakujundamise. Peamise osa moodustasid 543 varjendit ligi 100 000 inimesele ja 7343 lihtradiatsioonivarjet 780 000 inimesele ning arvele võeti varjenditena ka 21 000 ettevõtete keldrit. (Hiio, 2012).

1970. aastatel oli pearõhk pööratud Balti riikide venestamisele. Venekeelset elanikkonda paigutati ümber Balti riikidesse, kus juba olid venekeelsed alg- ja keskkoolid ning Eesti kõrgkoolides mitmel erialal vene õpperühmad, samuti meditsiiniõdede koolid. (Kaasik, 2009).

Nõukogude liiduvabariikide inimeste tervise halvenemine sai nähtavaks 1980. aastate teisel poolel ning Nõukogude Liidu kollapsi järel täheldati tervisenäitajate halvenemise märke veelgi. (Roberts, Karanikolos & Bernd Rechel, 2014: 9).

50 aastat kestnud okupatsioon lõppes Eesti taasiseseisvumisega 1991. aastal. Otsus võeti vastu Eesti Komiteega kooskõlastatult Eesti Vabariigi Ülemnõukogu istungil 20. augustil. Algas demokraatliku õigusriigi ülesehitamise periood.

### 3.4 Õendus ja õdede koolitus pärast Eesti taasiseseisvumist (1991– k.a)

Eesti õendushariduse arengut oli mitu aastakümnet takistanud Nõukogude okupatsioon. Nõukogude režiimi kokkuvarisemise tagajärjeks oli tohutu majanduslik šokk koos kasvava inflatsiooniga. (Healy & McKee, 1997). Iga endine liiduvabariik pidi üles ehitama uue rahvusliku identiteedi, looma uue põhiseaduse, poliitilise süsteemi, taaslooma rahvuslikud sümbolid ning leidma uued lahendused tervishoiuteenuste pakkumiseks. (Rechel jt, 2014: 1).

Eesti taasiseseisvumisega muutus kogu tervishoiualane haridus, sealhulgas õdede väljaõpe, mille eeskujuna nähti Euroopa riikide vastavat haridust. (Põldla jt, 2010). Esimene suurem muutus toimus 1992. aastal, kui põhiharidusel rajanev õendus õppekava suleti ja avati keskharidusel põhinevad õppekavad. (Kannus & Varik, 2011: 538; Körran jt, 2008: 144).

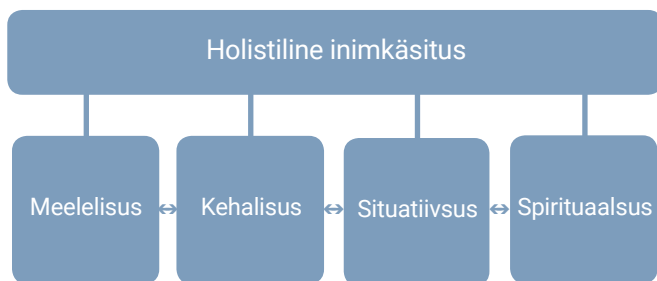
Juba enne riikliku iseseisvuse taastamist 1991. aastal taasasutasid õed kõigis kolmes Balti riigis rahvuslikud õdede ühingud. Nad vaatasid uhkusega tagasi oma varasemale ajaloole ja saavutustele ning uurisid süvitsi rahvusvahelisi kogemusi õenduspraktika ja -hariduse eri mudelite kohta. Taas hakati toonitama meeskonnatöö tähendust kogu õendusprotsessis. Uus ajastu tähendas suuri väljakutseid nii sotsiaalhooldus- ja tervishoiusüsteemile kui ka valdkonna haridusasutustele.

Ühiskondlik areng oli kiire ja intensiivne. Tunduvalt elavnes Eesti Õdede Liidu (EÕL) tegevus ja süvenesid rahvusvahelised kontaktid eeskätt Soome, Rootsi ja Taaniga. (Ende, 2000). Professionaalse õenduse arendamisel Eestis lähtuti Lääne-Euroopa riikide eeskujul inimõigustest, eetikast ning inimkäsitusest. Holistiline inimkäsitus (Rauhala, 1989; Rauhala, 2005) muutus Eesti õenduse teoreetiliseks aluseks.

Inimkäsitus, hõlmates tõlgendused inimese väärtusest, elu mõttest, hea ja halva olemusest, määrab viisi, kuidas inimesed suhtuvad endasse ja teistesse. (Rautava-Nurmi jt, 2016). Holistiline inimkäsitus põhineb humanistlikul vaateviisil, mille järgi on inimene füüsiline, psüühiline, sotsiaalne ja hingeline tervik. (Rauhala, 2005).

Rauhala (1989) toob välja inimeksistenti neli ontoloogilist olemisvormi (vt joonis 17): meelelisus (psüühilis-vaimne eksistent), kehalisus (konkreetne kehaline tegevus, elundite ja elutähtsate funktsioonide omavahelised seosed), situatiivsus (seotus reaalsusega läbi eluolukorra), spirituaalsus (sügavaimad väärtused ja tähendused, mille järgi inimesed elavad). Need inimese eksistenti erinevad vormid on omavahel läbi põimunud ja muudavad inimese ainulaadseks. (Rauhala, 2005: 31).





**Joonis 17. Inimeksistentsi elemendid.** (Harra, 2004: 29; Rauhala, 1989 järgi)

Õendustegevustes peetakse kõige olulisemaks patsiendi heaolu ja tema tervenemist. Patsiendi heaolu mõjutab tervis, keskkond ning tähtsaks peetakse ka õdede kultuuritundlikkust. Tervishoiutöötajad näevad patsienti tervikuna ning teda püütakse aidata järgides õenduseetika põhimõtteid. Neid lähtekohti hakati arvestama eestikesksete õppekavade täiustamisel ja uuendamisel.

1991. aastal loodi Tartu Ülikooli arstiteaduskonna juurde õendusteaduse osakond. Õendusteaduse õppekava avati 1991/1992. õppeaastal. Õppetöö toimus kolmeaastase õppeplaani alusel ja esimesed üliõpilased lõpetasid 1994. aastal. (Aro, 2006). Tallinna ja Tartu meditsiinkoolides koolitati jätkuvalt õdesid, ämmaemandaid jt spetsialiste.

Uute otsingutega seotud kasvuraskusi õdede erialases väljaõppes pärast nõukogude perioodi kirjeldab Ameerika Ühendriikide Missouri osariigi Saint Louis' Ülikooli õenduse professor Irene Kalnins järgnevalt: „1991. aastal alustati kõigis kolmes Balti riigis uute õppekavade väljatöötamist ning õpilaste valimist. Majanduslikud ja poliitilised kaalutlused nõudsid õppekavade võimalikult kiiret juurutamist, kuid kahjuks polnud seda võimalik teha ilma eelnevate uuringute ja planeerimisetapita. Eesti, Läti ja Leedu ülikoolide õppejõud tutvusid Skandinaavia ja Ameerika Ühendriikide õenduse bakalaureuseõppe õppekavadega ning püüdsid neid kohandada vastavalt oma riikide vajadustele ja võimalustele. Seepärast ei ole üllatav, et nendel õppekavadel oli algul rõhuasetus meditsiini- ja vaid piiratud mahu käsitleti õendust. Kõigis kolmes riigis juhtisid õppekavade koostamist arstid ning ka õppejõud olid arstid. Õppekavades puudus õenduse kontseptuaalne raamistik, õenduse filosoofia ning pädevuste kogum.” (Kalnins, 1995).

Eesti Õdede Liit (EÕL) sai 1993. aastal Madridis taas Rahvusvahelise Õdede Liidu liikmeks. EÕL asus arendama tõenduspõhist õendust koostöös Tartu Ülikooliga, rakenduskõrgkoolidega ja sotsiaalministeeriumiga; osales tervishoiu regulatsioonide väljatöötamisel ja koolitusvajaduste väljaselgitamisel, õendusterminoloogia parendamisel ja õdede pädevusstandardite ühtlustamisel. (Kõrran jt, 2008).

1993. aastal käivitus Eesti–Taani ühisprojekt „Meditsiiniõdede põhikoolituse arendamine Eestis”. (Kõrran jt, 2008: 33). Koos Taani õppejõududega alustati meditsiiniõdedes euroopaliku õe õppekava koostamist ja uute õppeainete ettevalmistamisega algas koolide elus tormilise arengu ajajärk.

1996/1997. õppeaastal hakati meditsiiniõdedes õpetama kutsekõrghariduse tasemel. (Kannus & Varik, 2011: 538). Vaatamata sellele, et algus oli pisut kaootiline ja keeruline, koostati 1996. aastal Taani Õdede Liidu, Eesti Õdede Liidu ja Tartu Ülikooli koostöös ühine õe õppekava (3 aastat 6 kuud) kõigile õe kutset andvatele koolidele. Õppejõududele korraldati täienduskoolitus, mis lõppes kolmenädalase praktikaga Taanis. (Põldla jt, 2010: 50; Kannus & Varik, 2011: 538).

Tartu Ülikoolis avati 1997/1998. õppeaastal õenduse erialal bakalaureuseõpe ja järgmisel õppeaastal (1998/1999) magistriõpe. (Aro, 2006: 9). Eesmärgiks seati kõrgetasemelise akadeemilise hariduse andmine õdedele, kes oleksid analüüsivõimelised ja asjatundlikud. Kõrgharidusega õdede koolitamise vajadus kerkis esile seoses tervishoiusüsteemi arendamisega. Akadeemilise haridusega õdesid vajati haigla ülemõe, õendusjuhtide ja teistele juhtivatele ametikohtadele, samuti õdede koolitajateks. (Ende, 2000).

On hakatud analüüsima varasemaid saavutusi, õpitud tundma õenduse ajalugu ja kavandama tulevikuperspektiive. 1996. a loodi ajakiri Eesti Õde, mis ilmub neli korda aastas.

1999. aasta juunis võeti vastu üldõe kutsestandard (Kutsestandardid..., 1999). Kutsestandard oli õppekavade loomisel üheks alusdokumendiks. 2004. aastal võeti vastu Vabariigi Valitsuse määrus „Arstiõppe, loomaarstiõppe, proviisoriõppe, hambaarstiõppe, ämmaemandaõppe, õeõppe, arhitektiõppe ja ehitusinseneriõppe raamnõuded” (Arstiõppe ..., 2019), õe õppe nõuded vastavad selles määruses Euroopa Liidu direktiivile 2005/36/EL. Nii on õeõpe Eestis reguleeritud väga täpsete nõuetega, mis annab aluse diplomi automaatseks tunnustamiseks kõikides Euroopa Liidu liikmesriikides. Uutest kutsenõuetest tulenevalt on tõusnud oluliseks sotsiaalne aspekt õe töös. Lisaks seadusele (Tervishoiuteenuse ..., 2019) reguleerib õdede tööd Rahvusvaheline Õdede Nõukogu (The ICN ..., 2012), mille eesmärk on toetada õdesid otsuste langetamisel nende igapäevases töös.

Vastavalt Bologna protsessile on õendusharidus eri riikides reguleeritud kõrgharidusseadustega. (Råholm jt, 2010). Õdede koolitus on harmoniseeritud, mistõttu Eesti õed saavad töötada igal pool Euroopas. Võttes arvesse Bologna deklaratsiooni ja 3+2 süsteemi, avas Tartu Ülikool 2002. aastal uuendatud magistriõppe õppekava. Uus õppekava (Õendusteadus, 120 EAP, nominaalkestus 2 aastat) keskendub õenduse juhtimisele ja pedagoogikale. Õppekavade arendamist, sealhulgas rahvusvaheliste spetsialistide kaasamist ja õppejõudude ettevalmistust toetavad Eesti Vabariik ja Euroopa Liit. (Aro, 2006). Magistriõppe

lõpetajad töötavad valdavalt rakenduskõrgkoolides õppejõududena, õendusjuh-  
tidena ja haiglates õdedena.

Vajadus doktorikraadiga õdede järele on välja toodud Eesti õenduse aren-  
gustrateegias aastateks 2011–2020 „Kaheksa sammu inimese tervise heaks”.  
(Kaheksa sammu inimese ..., 2011), mis näeb ette doktorikraadiga õdede arvu  
kasvu suurendamiseks õendusteaduse kui ühe olulise teadusharu arengut ja jätk-  
kusutlikkust Eestis. Seni on neli terviseteaduse doktorit (Hinno, 2012; Toode,  
2015; Demidenko, 2018; Ernits, 2018) kaitsnud kraadi Soome ülikoolides.

Õppeaastal 2005/2006 korraldati meditsiinikoolid ümber rakenduskõrgkoo-  
lideks. 2020. aasta seisuga koolitatakse õdesid rakenduskõrghariduse tasemel  
Tallinnas, Tartus, Kohtla-Järvel, Pärnus ja Kuressaares. Õe põhiõppe õppeka-  
va vastab Kõrgharidusstandardile. (Kõrgharidusstandard, 2019). Õe õppekava  
(210 EAP) läbinu võib õena töötada Eesti tervishoiu kõikides valdkondades, nii-  
samuti teistes Euroopa riikides.

Uue kõrghariduseaduse (2019) järgi antakse rakenduskõrghariduse lõpeta-  
misel lõpetajale bakalaureuse kraad. Tallinna ja Tartu tervishoiukõrgkoolides on  
alates 2018. aastast avatud 1,5 aastane terviseteaduse magistriõppe õppekava  
(90 EAP, spetsialiseerumisega terviseõenduse, vaimse tervise õenduse, kliinilise  
õenduse ja intensiivõenduse erialadele), mille seisuga 1. veebruar 2020 on lõpe-  
tanud kokku 97 üliõpilast. Õppekavad on välja töötatud kahe tervishoiu kõrgkoo-  
li koostööna ning järgivad samu printsiipe.

Õppetöö moderniseerimisest. Õenduse õppes kasutatakse traditsiooniliste  
meetodite kõrval ka uuenduslikke õppemeetodeid. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool  
arendab simulatsioonikeskuses simulatsioonõpet ja rakendab õppes NANDA-I  
õendusdiagnoose, olles samal ajal Eestis NANDA-I rakendamise eestvedaja.  
NANDA International (endine Põhja-Ameerika õendusdiagnostika assotsiat-  
sioon) on õdede professionaalne organisatsioon, mis töötab välja, uurib, levitab  
ja täpsustab õendusdiagnooside nomenklatuuri, kriteeriume ja taksonoomiat.  
(Puusepp, 2017).

Õenduspraktikas ilmnes 2000. aastatel vajadus õpetada õendusprotsessi ja  
selle dokumenteerimist. Kõrgkoolid pidid sellele vajadusele vastu tulema. Tuli  
leida ühtne õendustöö keel, mis põhineks õendustoimingute terminoloogial.  
(Puusepp, 2017). Nii võeti kasutusele NANDA (alates 2002. aastast NANDA In-  
ternational, lühendatult NANDA-I), mille puhul on tegemist USAs 1982. aastal  
loodud tõendus põhise klassifikatsiooniga. NANDA-I diagnoosid on ka edaspidi  
uurimisobjektiks ning seetõttu tehakse neisse vajadusel täiendusi ja uuendusi  
iga kolme aasta järel. (Herdman 2013; Herdman & Kamitsuru, 2016). Eesti kuu-  
lub nende 20 maailma riigi hulka, kus NANDA-I diagnoosid on kättesaadavad  
riigikeeles. 2017. aastaks oli ligi kolmandik Eesti õdedest kas põhikursustel või  
täienduskursustel õppinud osutama õendusabi NANDA-I põhiselt. (Puusepp,  
2017).

Teiseks uudseks õpetamise meetodiks on kujunenud simulatsioon. Teaduse ja tehnoloogia arenedes on simulatsioonist saanud innovaatiline õpetamismeetod õendusoskuste õpetamisel. (Fisher & King, 2013). Simulatsiooni peetakse õenduskooolituse lahutamatuks osaks. (Rutherford-Hemming, Nye, & Coram, 2016). Tänapäevane simulatsioon tähendab kõrgtehnoloogilisi vahendeid, mis võimaldavad tekitada reaalsena tunduva olukorra. Kõrgtehnoloogiline simulatortnukk (vt joonis 18) suudab matkida füsioloogilisi reaktsioone, haigussümptomeid ja haigussümpptomite kulgu ning salvestada kõik õendusabi sekkumised. (Nehring & Lashley, 2009).



**Joonis 18.** Elustamise õppimine ja õpetamine Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli õppe-kiirabiautos.

Praegu juhendatakse Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis simulatsioonõppe (vt joonis 19) planeerimisel ja läbiviimisel INACSL (The International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning) loodud simulatsioonõppe hea tava standarditest. (Ristikivi, 2016).



**Joonis 19.** Õppetöö Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli simulatsioonikeskuses. (Foto Kristi Puusepa erakogust)

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool väärtustab rahvusvahelist koostööd, milles on tähtis osa õppurite ja õpetajate mobiilsusel (nt Erasmus-vahetusprogrammid, vt joonis 20), arendusprojektidel (nt NordPlus programm) ja osalemisel rahvusvahelistes võrgustikes ning tööühmades.

Rahvusvahelised võrgustikud, milles kõrgkool osaleb, võib jaotada kõrgharidusega seotud võrgustikeks nagu EURASHE (European Association of Institutions in Higher Education), IUHPE (European Association of Institutions in Higher Education) ja COEHRE (Consortium of Institutes of Higher Education in Health and Rehabilitation in Europe) ning erialadega seotud võrgustikeks, näiteks ATCN (Advanced Trauma Care for Nurses).



**Joonis 20.** Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli õppejõud koos Portugali, Soome, Türgi ja Ungari kolleegidega Erasmus+ projekti raames. Foto on tehtud Portugalis 2019. aastal. (Foto Merle Talviku erakogust)

Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis tehakse hulgaliselt rakendusüraeringuid, osaletakse rahvusvahelistes teadusprojektides, arendatakse õendusharidust ja praktikat ning organiseeritakse rahvusvahelisel ja kohalikul tasemel konverentse ja seminare. Teadus- ja arendustegevust viiakse läbi koostöös sotsiaal- ja tervishoiuasutustega, teiste kõrgkoolide ja kolmanda sektoriga.

## 4 Arutelu ja järeldused

Enne Teise maailmasõja algust oli õendus ja õdede koolitus Eestis saavutanud kõrge taseme. Nõukogude aeg lammutas varem loodu. Õe erialale sai iseloomulikuks madal prestiiž, autonoomia puudus, halvad töötingimused ja madal töötasu. Pärast Eesti taasiseseisvumist on tulnud eriala uuesti väärtustada ja viia koolitus euroopalikele alustele.

Eesti õenduse õpe on hakanud omandama interdistsiplinaarset iseloomu ning ei ole enam kitsalt orienteeritud, üksnes meditsiiniline. Õenduse probleeme lahendatakse koostöös tervishoiutöötajate, sotsioloogide, arstide, terviseteaduse üliõpilaste ja patsientidega. Vuolanto (2015) rõhutab, et suhted õendusteaduse ja ühiskonnateaduste vahel teisenevad ja muutuvad ajas. Mitmed autorid (Gibbons, Limoges, Nowotny, Schwartzman, Scott, & Trow, 1994: 3–4; Etzkowitz & Leydesdorff, 1998: 204) rõhutavad teadmiste omandamisel interdistsiplinaarsuse olulisust, kuid kõige kandvama tähendusega on siiski erialakeskne akadeemiline kontekst.

Nii erialakesksust kui interdistsiplinaarsust on arvestatud õe õppekavade arendamisel. Kõrgkoolide üks tähtsamaid tegevusi on selliste õppekavade arendamine, mis vastaksid riiklikele ja rahvusvahelistele nõuetele ja võimalustele.

Õendus toetub tõendus põhisele teaduslikule teadmisele ja uurimistööde tulemustele, mis on väljakutseks ka õppejõududele. Väga oluline on rakendada teadustöös saadud tulemusi ja lülitada neid teadmisi õppesse. Õendushariduse kvaliteeti aitab tõsta praktikajuhendajate sihipärane koolitamine ja koolitusprogrammide uuendamine praktikabaaside ja kõrgkoolide koostöös. Õppekavasid täiustatakse, arvestades tööturu, Euroopa Liidu ja Eesti vajadusi.

Õendusabi vajaduse suurenemine tuleneb nii tervisetehnoloogiate arengust kui ka rahvastiku vananemisest (Mets & Veldre, 2017). Tänapäevases arstiabis on õdedel võtmeroll, kuna õendusabi vajadus kasvab. Nüüdisaegne õde on spetsialist, kes oskab näha, hinnata ja analüüsida patsiendi vajadusi ning koostada õendusplaane, samuti läbi viia iseseisvaid vastuvõtte.

Bologna protsessi eesmärk oli luua ühtlustatud, konkurentsivõimelised ja kõrgekvaliteedilised õppekavad. Sellega kaasnes aga teine probleem – kasv Eestist naaberriikidesse lahkuvate õdede arv. Kogu maailmas valitseb suur õdede puudus. (Kiivet, Visk & Raag, 2013). Tervishoiusüsteemile on avaldanud üleilmset mõju kasvav õdede väljaränne nende kodumaalt teistesse riikidesse. Aastatel 2006–2016 oli erialase haridusega õdede massiline lahkumine Eestist kõrgema sissetulekuga riikidesse eriti silmatorkav. Alates 2017. aastast on märke õdede migratsiooni langustendentsist.

Õdede töö tulemuslikkus sõltub ka töökeskkonnast ning asutuse organisatsioonikultuurist. (Ernits, 2018). Pidevalt tegeldakse õdede töö- ja palgatingimuste parandamisega, juurutatakse uusi tehnoloogilisi ja digitaalseid lahendusi,

muutmaks õdede töö ökonoomsemaks.

Teemat kokku võttes võimaldab teaduskirjanduse ja uurimismaterjali analüüs esitada uurimisküsimuste läbilõikes järgmist.

Õenduse ajaloo ja õdede koolituse arengulugu tundes saab mõtestada olevikku ning tõmmata tuleviku piirjooni. Areng on toimunud lainetena ja igal arenguetaapil on olnud ühiskonna muutustest ajendatud väljakutsed, mille sügavam mõistmine aitab seletada toimunut ja toimuvat.

Eesti õenduse arengut iseloomustab rahvusvahelises läbi aegade, vaid nõukogude ajal oli see pärsitud. Rahvusvahelistumise heaks eelduseks on võimalus efektiivselt kasutada digikultuuri ja täiendada digipädevuste alaseid teadmisi. Oluline on jätkata rahvusvahelist koostööd ning osalemist võrgustikes.

Vajadus õdede koolituse järele kasvab ja õdede koolitamine ongi üks tervishoiukõrgkoolide põhiülesanne. Õdede arv Eestis ei vasta tegelikule vajadusele, kuna demograafilisest situatsioonist lähtudes õendusteenuse vajadus kasvab. Edaspidi on kõrgkoolidele väljakutseks õppekohtade täituvus, juhul kui vastuvõtuarve tõstetakse veelgi. Üheks õeõppe motivaatoriks võiks olla õppe ajal arendustegevuses, rahvusvahelistumises ja rakendusuringutes osalemise võimalus. Õppekavasid tuleb jooksvalt täiendada ja vajadusel avada uusi, rahuldavaks kiirelt muutuva ühiskonna nõudmisi.

Õendus on Eesti kõrgharidusmaastikul saavutanud oma kindla koha erialana, õpetamisdistsipliinina ja uurimisvaldkonnana. Tulevikus on minevik, ja peamised tervishoiutöötajate koolitamise ning tervishoiusüsteemi arendamise väljakutsed tõstatuvad ühiskonna ajaloolis-kultuurilisest taustast, nii nagu Euroopas, nõnda ka Eestis. Ühiskonnamuutuste tõmbetuultes kujunenud õenduse valdkond täiustub ja loob uusi paindlikke toimimisviise.

## Kasutatud allikad

Adams-Graf, J. (dateerimata). <https://i.piniimg.com/originals/65/27/aa/6527aada56a55b36e8e12ee6e1901de6.jpg> (23.04.2020)

Anna Erma. (dateerimata). Käsikirjaline materjal. Tallinn: Eesti Tervishoiu Muuseum SA.

Aro, I. (2006). Õendusteaduse osakond 1991–2006. Kogumikus: Toode, K. (toim). (2006). 15 aastat akadeemilist õendusharidust Eestis. Tartu Ülikooli arstiteaduskonna õendusteaduse osakonna juubelikonverentsi kogumik, 10.10. Tartu. Arstiõppe, loomaarstiõppe, proviisoriõppe, ambaarstiõppe, ämmaemandaõppe, õeõppe, arhitektiõppe ja ehitusinseneriõppe raamnõuded. (2019). RT I, 31.07.2019, 6. <https://www.riigiteataja.ee/akt/811216?leiaKehtiv> (18.05.2020)

Carr, E. H. (1965). What is history? Penguin Books.

Demidenko, J. (2018). Older patients' and their families' wellness and social support in emergency departments. Doctoral dissertation. University of Tampere, Department of Health Sciences.

Dunbar, V. (1937). Nursing in Northern Europe. American Journal of Nursing, 37, 123–130.

Ende, E. (2000). Leedid lambikesega. Terviseleht, 16.

Ernits, Ü. (2010). Murrangulised 1990-ndad ja 2010. Kogumikus: Ernits, Ü. & Sepp A. (toim). (2010). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool 1940–2010: artiklite kogumik. Tallinn: Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, 1–4.

Ernits, Ü. (2018). Viron hoitoyön kehittyminen ja muutoutuminen yhteiskunnallisessa muutoksessa: seurattututkimus. Doctoral dissertation, Acta Universitatis Tamperensis 2372, Tampere University Press.

Ernits, Ü., Puusepp, K., Kont, K.-R., Tulva, T. (2019). Development of Estonian nursing profession and nurses' training:



- Historical, political and social perspectives. *Professional Studies: Theory and Practice*, 5 (20), 9–27. <https://svako.lt/uploads/pstp-2019-5-20-2.pdf> (21.04.2020)
- Ernits, Ü., Talvik, M. & Tulva, T. (2019). Nursing education in the wind of changes: Estonian experience. *Kogumikus: Proceedings of the International Conference on Research in Education, Barcelona, Spain*, 1–14. Diamond Scientific Publication. <https://www.dpublication.com/wp-content/uploads/2019/05/icreconf-60-174.pdf> (21.04.2020)
- Etzkowitz, H. & Leydesdorff, L. (1998). The triple helix as a model for innovation studies. *Science and Public Policy*, 25, 3, 195–203.
- Fisher, D. & King, L. (2013). An integrative literature review on preparing nursing students through simulation to recognize and respond to the deteriorating patient. *Journal on Advanced Nursing*, 69(11), 2375–88.
- Frank, G. & Lange, B. (2015). *Sissejuhatus pilditeooriasse. Pildid visuaalkultuuris*. Kaugver, K. (tõlk.) Tallinn: TLÜ Kirjastus.
- Gagunova J. (1977). *Haigete põetamine*. Tallinn.
- Gaidajeno, A. (2007) *Õendus eile, täna... Regionaalhaigla Kuukiri. Õendushoolduse eri*, 1. mai.
- Gibbons, M., Limoges, C., Nowotny, H., Schwartzman, S., Scott, P. & Trow, M. (1994). *The new production of knowledge: The dynamics of science and research in contemporary societies*. London: SAGE.
- Halastaja öde. (1914). *Ettekujutus halastajaõest: iseloom, välimus, tööst sõja ajal*. Tallinna Teataja, 30.09., 222, 1.
- Harra, K. (2004). *Muusikoiden epäsuotuisat stressikokemukset ja niiden hallinta*. Tampereen Yliopisto. Akateeminen väitöskirja.
- Healy, J. & McKee, M. (1997). Health sector reform in central and eastern Europe: The professional dimension. *Health Policy and Planning*, 12(4), 286–295.
- Herdman, H. T. (2013). *Õendusdiagnoosid. Definitsioonid ja klassifikatsioon 2012–2014*. Tartu: Elmatar.
- Herdman, H. T., Kamitsuru, S. (2016). *Õendusdiagnoosid. Definitsioonid ja klassifikatsioon 2015–2017*. Greif OÜ.
- Hiiu, T. (2012). *Haridus- ja teaduskorraldus ENSV-s 1940–1991*. *Estonica Entsüklopeedia Eestist*, 01.10.
- Hinno, S. (2012). *The professional practice environment: Hospital nurses' perspectives in three European countries*. Publications on the University of Eastern Finland, Dissertation in Health Sciences. Kuopio: University of Eastern Finland, Department of Nursing Science. [http://www.estonica.org/et/Haridus-ja\\_teaduskorraldus\\_Eesti\\_NSVs\\_1940-1991/](http://www.estonica.org/et/Haridus-ja_teaduskorraldus_Eesti_NSVs_1940-1991/) (6.04.2020)
- Juske, J. (2016). *Härjapea jõe saladus*. Tallinn: Hea Lugu.
- Kaasik, P. (2009). *Eesti NSV Militariseeritud ühiskond*. *Estonica Entsüklopeedia Eestist*, 09.10. [http://www.estonica.org/et/Eesti\\_NSV\\_militariseeritud\\_ühiskond/](http://www.estonica.org/et/Eesti_NSV_militariseeritud_ühiskond/) (6.04.2020)
- Kaheksa sammu inimese tervise heaks. *Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2011–2020*. (2011). Tallinn: Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing. [https://tervis.ut.ee/sites/default/files/tervis/eesti\\_õenduse\\_ammaemanduse\\_arengustrateegia.pdf](https://tervis.ut.ee/sites/default/files/tervis/eesti_õenduse_ammaemanduse_arengustrateegia.pdf) (20.02.2020)
- Kalnins, I. (1995). *Pioneers in academia: higher education for nurses in Estonia, Latvia and Lithuania*. *Nursing Outlook*, 43, 84–87.
- Kalnins, I., Barkauskas, V. H. & Šeškevičius, A. (2001). *Baccalaureate nursing education development in 2 Baltic countries: Outcomes 10 years after initiation*. *Nursing Outlook*, 49(3), 142–147.
- Kannus, A. & Varik M. (2011). *Tartu Tervishoiu Kõrgkool – de facto 200 ja de jure 6 aastat tegevuse algusest*. *Eesti Arst*, 90(11), 538–539.
- Karanikolos, M., Kühlbrandt, C. & Richardson, E. (2014). *Health workforce*. *Kogumikus: Rechel, B., Richardson, E. & McKee, M. (toim.). (2014). Kogumikus: Trends in health care system in the former soviet countries. Observatory Studies Series 35*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe, 77–90. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/261271/Trends-in-health-systems-in-the-former-Soviet-countries.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/261271/Trends-in-health-systems-in-the-former-Soviet-countries.pdf) (16.04.2020)
- Karjahärm, T. (2010). *Oleviku minevikud. Ajaloolase käsiraamat*. Tln: Argo.
- Karosas, L. & Riklikienė, O. (2011). *Development of the nursing profession in pre-war independent Lithuania (1918–1939): A comparison between past and present*. *The Journal Nursing Education, Research, & Practice*, 1, 4–11.
- Kiivet, R.-A., Visk, H. & Raag, M. (2013). *Õdede arvu prognoos aastaks 2032*. *Eesti Arst*, 92(11), 616–626.
- Kivimaa, K. (2015). *Naiste rollid ja õigused kui riikliku propaganda osa*. 29.10. <https://feministeerium.ee/naiste-rollid-ja-õigused-kui-riikliku-propaganda-osa/> (23.04.2020)
- Kõrgharidusseadus. (2019). RT I, 19.03.2019, 12. <https://www.riigiteataja.ee/akt/119032019012> (30.03.2020)
- Kõrgharidusstandard. (2019) RT I, 12.07.2019, 17. <https://www.riigiteataja.ee/akt/112072019017> (30.03.2020)
- Kõrran, T., Onoper, A., Pruuden, E., Roots, E., Ruul-Kasemaa, K., Saluvere, T., Sarv, H. & Õunapuu, M. (2008). *Sammud käänulisel teel: Eesti õenduse arengutest 21. sajandini*. Tartu: Eesti Õdede Liit.



- Kuppo ja aadrelaskjad. (1863). Perno Postimees, 9.01., 2, 12.
- Kutsestandardid: Üldöde III. 1999. Sihtasutus Kutsekoda. <https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/vaata/10417730> (17.04.2020)
- Kyrkjebø, J. M., Mekki, T. E. & Hanestad, B. R. (2002). Short report: Nursing education in Norway. *Journal of Advanced Nursing*, 38(3), 296–302.
- Laan, I., Luiga, E. & Tamm, S. (1975). *Lastehaigused*. Tallinn: Kirjastus Valgus.
- McMillan, M. & Dwyer, J. (1989). Changing times, changing paradigms (1). *Hospital training and college education in Australia. Nurse Education Today*, 9, 13–18.
- Meier, A. (2014). From Amazon Warrior to Angel of Mercy: The Many Faces of the Nurse. Oct 1. <https://hyperallergic.com/151519/from-amazon-warrior-to-angel-of-mercy-the-many-faces-of-the-nurse/> (23.04.2020)
- Mets, U. & Veldre, V. (koost.). (2017). Tulevikuvaade tööjõu- ja oskuste vajadusele: tervishoid. Tööjõuvajaduse seire- ja prognoosisüsteem OSKA. Tallinn: Kutsekoda. [https://oska.kutsekoda.ee/wp-content/uploads/2016/04/tervishoiu\\_uuringu\\_terviktekst.pdf](https://oska.kutsekoda.ee/wp-content/uploads/2016/04/tervishoiu_uuringu_terviktekst.pdf) (05.05.2020)
- Nehring, W., Lashley, F. R. (2009). Nursing simulation: A review of the past 40 years. *Simulation Gaming*, 40, 528–552.
- Odiņa, O. (2013) Development of the nurse profession in Latvia (18th-20th centuries). Rigas Stradina Universitate. Summary of the Doctoral Thesis. [https://www.rsu.lv/sites/default/files/dissertations/OOdina\\_Promocijas\\_darba\\_kopsavilkums\\_EN.pdf](https://www.rsu.lv/sites/default/files/dissertations/OOdina_Promocijas_darba_kopsavilkums_EN.pdf) (23.04.2020)
- Onoper, A. (2008). Ülevaade ödede, ämmaemandate ja velskrite ajaloost ja tegevusest: Bibliograafia. Raamatus: Kõrran, T., Onoper, A., Pruuden, E., Roots, E., Ruul-Kasemaa, K., Saluvere, T., Sarv, H. & Öunapuu, M. (2008). Raamatus: Sammud käänulisel teel: Eesti öenduse arengutest 21. sajandini. Tartu: Eesti Ödede Liit.
- Otsasoo, M. (1940). *Vestluses Anna Erma'ga. Eesti Naine*, 3.
- Petrea, I. & Haggenburg, M. (2014). Mental health care. Kogumikus: Rechel, B., Richardson, E. & McKee, M. (toim.). (2014). Kogumikus: Trends in health care system in the former soviet countries. *Observatory Studies Series 35*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe, 159–172. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/261271/Trends-in-health-systems-in-the-former-Soviet-countries.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/261271/Trends-in-health-systems-in-the-former-Soviet-countries.pdf) (16.04.2020)
- Pöldla, L., Sepp, A. ja Sepp, H. (2010). Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli eelkäijad. Kogumikus: Ernits, Ü. & Sepp A. (toim.). (2010). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool 1940–2010: artiklite kogumik. Tallinn: Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, 5–45.
- Puusepp, K. (2017). Kümme aastat NANDA-I jälgedes. *Eesti Öde*, 1, 28–30.
- Råholm, M.-B., Hedegaard, B. L., Löfmark, A. & Slettebø, A. (2010). Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden – from Bachelor's Degree to PhD. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), 2126–2137.
- Rauhala, L. (1989). Ihmisen ykseys ja moninaisuus. Helsinki: Sairaanhoitajien koulutussäätiö.
- Rauhala, L. (2005). Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Yliopistopaino.
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. (2015). Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro OY.
- Rechel, B., Richardson, E. & McKee, M. (2014). Introduction. Kogumikus: Rechel, B., Richardson, E. & McKee, M. (toim.). (2014). Kogumikus: Trends in health care system in the former soviet countries. *Observatory Studies Series 35*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe, 1–7. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/261271/Trends-in-health-systems-in-the-former-Soviet-countries.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/261271/Trends-in-health-systems-in-the-former-Soviet-countries.pdf) (16.04.2020)
- Reinart, H. (2019). Eesti haiglaödede esiema. *Postimees. Arter*, 11. mai 2019, 12–1.
- Ristikivi, J. (2016). Simulatsioonil kasutatavad õppemeetodid ja nende rakendamise tulemuslikkus ödede õppes: integreeriv kirjanduse ülevaade. Magistritöö. Tartu Ülikool, Arstiteaduskond, Öendusteaduse osakond.
- Roberts, B., Karanikolos, M. & Rechel, B. (2014). Health trends. Kogumikus: Rechel, B., Richardson, E. & McKee, M. (toim.). (2014). Kogumikus: Trends in health care system in the former soviet countries. *Observatory Studies Series 35*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe, 9–28. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/261271/Trends-in-health-systems-in-the-former-Soviet-countries.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/261271/Trends-in-health-systems-in-the-former-Soviet-countries.pdf) (16.04.2020)
- Rutherford-Hemming, T., Nye, C. & Coram, C. (2016). Using simulation for clinical practice hours in nurse practitioner education in the United States: A systematic review. *Nurse Education Today*, 37, 128–135.
- Sarkio, M. (2007). Sairaanhoidajaksi Kasvattaminen. Sairaanhoidajakoulutus ja siinä käytetyt oppikirjat suomessa vuoteen 1967 asti. Doctoral dissertation, Research Report 208. Department of Education, Helsinki: University of Helsinki.
- Sooväli, E.-M. (1998). Öenduse ajalooline ülevaade maailmas ja Eestis. *Eesti Öde*, 1, 18–19.
- Starks, T. A. (2017). Propagandizing the healthy, bolshevik life in the early USSR. *American Journal of Public Health*, November, 107(11), 1718–1724.

- Stewart, J. (2017). Colorized photos breathe new life into famous faces from Russian history. July, 28. <https://mymodern-met.com/colorized-photos-russian-history-olga-shirmina/#.WYgMDmmRwiY.pinterest> (23.04.2020)
- Stipendium Eesti õdede ühingule. (1925). *Vaba Maa*, 28.07, 171, 4.
- Tallberg, M. (1994). Nursing and medical care in Finland from the eighteenth to the late nineteenth century. The background for the introduction of nurses' training in Finland in 1889 with some comparisons with developments in Sweden. *Nursing History Review*, 2, 169–190.
- Talvik, M., Ernits, Ü. & Tulva, T. (2019). The past is in the future: The challenges of educating Estonian nurses in historical-cultural context. *Kogumikus: Proceedings of International Conference Sustainable Caring for Health and Wellbeing: International Conference Sustainable Caring for Health and Wellbeing*, 1.–3.10.2019. Vaasa, Finland. Abo Academy Press, 46–46.
- Tamm, M. (2016). *Humanitaarteaduse metodoloogia. Uusi väljaavaateid*, 2016. Tallinn: TLÜ Kirjastus.
- Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise tingimused ja kord. (2019) RT I, 12.09.2019, 5. <https://www.riigiteataja.ee/akt/112092019005?leiaKehtiv> (30.03.2020)
- The ICN Code of Ethics for Nurses. 2012. Geneva: International Council of Nurses. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012\\_ICN\\_Codeofethicsfornurses\\_%20eng.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf) (30.03.2020).
- Toode, K. (2015). *Nurses' work motivation. Essence and associations*. Doctoral dissertation. Tampere: University of Tampere.
- Tulva, T. (1995). *Viron sosiaalityön muotoutuminen murroskaudella. Akateeminen väitöskirja*. Rovaniemi: Lapin Yliopisto.
- Tähelepanemiseks halastajatele õdedele. (1921). *Tallinna Teataja*, 16.09, 214, 1.
- Virginia Henderson's Need Theory. (2012). *Nursing theories: a companion to nursing theories and models*. [http://current-nursing.com/nursing\\_theory/Henderson.html](http://current-nursing.com/nursing_theory/Henderson.html) (07.04.2020)
- Vuolanto, P. (2015). The universities' transformation thesis revisited: A case study of the relationship between nursing science and society. *Science and Technology Studies*, 30(2), 34–52.
- What was Soviet medicine. (2019). 06.01. <https://buzzon.live/4500-what-was-soviet-medicine/> (23.04.2020)

# Florence Nightingale'i pärand ja selle peegeldused Eesti õenduse teerajajate tegevuses

**Merle Talvik, PhD; Taimi Tulva, PhD; Ülle Ernits, PhD**

Tänapäevase õenduse alusepanija Florence Nightingale'i sünnist möödus 12. mail 2020. aastal 200 aastat. Artikkel analüüsib Florence Nightingale'i (1820–1910) ideid ning nende ideede peegeldusi Eesti õenduse teerajajate tegevuses. Ühiskonnamuutuste taustal on esile kerkinud Nightingale'i õpetuse järgijad ja edasiviijad Eestis: Anna Erma, Anette Massov ja Ilve-Teisi Rimmel. Nightingale'i põhimõtted on jäänud vaatamata keerulistele aegadele püsima. Eesti õenduse eestvedajad on neid pidevalt ajakohastanud ja need väärivad edasiarendamist.

## 1 Uurimuse taust

Ühes riigis – Inglismaal – toimunud arengud õenduses laienesid teistele riikidele ja mõjutasid neid. Florence Nightingale'i uuendused avaldasid mõju kogu Euroopas ning tema põhimõtted on omaks võetud ka Eestis. Ideed levivad isiksuste kaudu, sellepärast on ka käesoleva uurimuse taustaks isiksuste kujunemislugu. Samuti laieneb taust ka ühiskonnas toimunud muutuste mõtestamisele.

Uurimuse teoreetiline raam on Pierre Bourdieu' teooria. Bourdieu' sõnul: „Mõistmine algab eelkõige selle välja mõistmisest, mille sees ja millega vastandudes me oleme välja kujunenud.” (Bourdieu, 1993: 38). Bourdieu ei analüüsi kaugeltki ainult „välju”, vaid ka inimesi nendel väljadel, põhjusi, miks nad toimivad nii, nagu toimivad. Bourdieu räägib palju kunstnikest, kirjanikest jt kultuuriväljal tegutsejatest, kuid seda võib võtta ka üldisemalt, st mõelda kunstniku või „agendi” all sotsiaalses ruumis tegutsevat mistahes ala inimest.

Bourdieu seletab iga konkreetse välja struktuure, mis sellel tegutsejate ehk „agentide” käitumist ja hoiakuid kujundavad, pöörates samal ajal tähelepanu sellele, kuidas iga inimene eri moel neid struktuure endale sobitab (seda struktuuride individuaalset ümberstruktureerimist nimetab Bourdieu keskaja skolasitikutelt laenatud sõnaga *habitus*). (Bourdieu, 2003: 24).

Pierre Bourdieu loominguga peamisi taotlusi on sümboolsete tegurite paljastamine ühiskonna toimimises: inimeste käitumist ja staatust mõjutavad lisaks majanduslikule ja sotsiaalsele „kapitalile” nende „sümboolne kapital”, st nende

kasvatus, haridus, maine jne. (Bourdieu, 2003: 123).

Sotsiaalsel väljal tegutsejad ehk „agendid” ei eksisteeri vaakumis, vaid keerulises institutsionaalses võrgustikus, mis volitab, võimaldab ja seadustab nende tegevuse. Agent on oma otsustustes ja valikutes vaba vaid sedavõrd, kui võrd väli seda võimaldab. Väli pakub kõigile asjaosalistele võimalikkuste ruumi. See ruum omakorda annab agendi otsingutele suuna, määratledes probleemide, osutuste, vaimsete orientiiride universumi, lühidalt öeldes terve koordinaatsüsteemi, mida tuleb tähele panna. Selle võimalusteruumi tõttu ongi ühe kindla ajastu agendid ruumis ja ajas paika pandud ning suhteliselt sõltuvad otsestest majandusliku ja sotsiaalse keskkonna tingitustest. Võimalused, mida pakub ajalugu, määravad selle, mida on võimalik või võimatu ühel antud ajahetkel ühel antud väljal teha või mõelda. (Bourdieu, 2003: 77).

Florence Nightingale elas viktoriaanlikul Inglismaal, kus naiste rollid oli ühiskonna poolt rangelt paika pandud ning vaatamata seisusest tulenevatele piirangutele viis ta läbi revolutsiooni tervishoius. Eesti õenduse teerajajad Anna Erma ja Anette Massov hakkasid õendust üles ehitama I Eesti Vabariigi ajal, kui sõdades oli selgunud suurenenud vajadus õendusabi järele ning Eesti oli avatud Euroopale, mis võimaldas õppida naabermaade kolleegidelt. Ilve-Teisi Rimmel asus õenduse arendamisele nõukogude ajal, kui võimalused olid piiratud, ning jätkas vabas Eestis, kus võimalusteruum oli uuesti avar ja mitmekesine.

## 2 Metoodilisi lähtekohti

### **Eesmärgist lähtuvalt moodustusi järgmised uurimisküsimused:**

- milliste ühiskonnamuutuste ja subjektiivsete asjaolude mõjul kujunes Florence Nightingale’ist õenduse eestseisja ja reformija;
- kuidas kerkisid esile ja milles järgisid Eesti õenduse teerajajad Florence Nightingale’i ideid;
- missugused Nightingale’i ideed peegelduvad nüüdisaegses Eesti õenduses?

Käesolev uurimus on kultuurilooline ja interdistsiplinaarne, hõlmates ajalooliste tekstide analüüsi, pilditeadust ja biograafiate uurimist. Antropoloog J. Clifford tõdeb (2003: 60), et igasugune teadmine on interdistsiplinaarne; teadmine ei sobitu lihtviisiliselt distsiplinaarsetesse vormidesse. „Inimene on endakoostud tähistusvõrkudesse püütud loom”, resümeerib inimkultuuride uurimise keerukust C. Geertz (2007: 79). Nii on inimese elutrajektor (Bourdieu 2003: 87), mis kujutab endast sotsiaalse välja järjestikustel staadiumidel üksteise järel hõivatud positsioonide ahelat, mis on kujunenud nii ühiskonnast tulenevate tingituste kui subjektiivsete isiklike kogemuste ja situatsioonide ühistoime tulemusena.

Välja ühe kindla olukorra piires, mille määrab võimalusteruumi seis, mida inime sõltuvalt oma positsioonist ja oma sotsiaalsest päritolust tingitud eelsoodumusest hindab erinevalt, orienteerub ta, enamasti täiesti teadmatult, ühele või teisele pakutud võimalusele. (Bourdieu 1993: 117). Inimese elu on Bourdieu järgi fragmentaarne, katkeline, koosnedes põhjendamatult kõrvuti asetsevatest sündmustest, mis kerkivad esile etteaimamatul moel, kuid ometi võimaldavad tavakogemust, milles tajutakse elu ühtse ja terviklikuna. (Bourdieu 2003: 93). Nii on tegelikult väga keeruline vastata küsimusele, miks üks või teine isik mingi konkreetse tee valis, kuid arvestades inimese elutrajektoori, tema suhteid, kuuluvust ja positsiooni sotsiaalsel väljal ning valikuvõimalusi, mida elu antud ajahetkel üldse pakkuda sai, on siiski võimalik konstrueerida rohkemal või vähemal määral adekvaatne ülevaade tõenduspõhise õenduse algusaegadel toimunud Euroopas ja Eestis.

Uurimuse metodoloogiat raamistab kaks asjaolu: biograafiline ja pildiline pööre. „Biograafiline pööre” tähendab biograafiliste uurimistööde kui tunnustatud kriitilise teadusliku uurimismeetodi ilmumist alates 1980. aastatest. (Renders, Haan & Harmsma, 2017: 3). Selle arengu keskmes on nihe mineviku abstraktsetelt ja struktuursetelt lähenemistelt ajaloolise tõlgendamise lähtekohana inimkogemuse asetamisele ajaloolise interpretatsiooni keskpunkti. Indiviidi seisukohta ja inimkogemust kasutatakse meetoodilise vahendina. (Renders jt, 2017: 5–10). Biograafias esitatakse subjekti elulugu, tuues välja tema elu erinevad aspektid, sealhulgas kogemuste intiimsed üksikasjad, ning see võib sisaldada subjekti isiksuse analüüsi. (Miller, 2000). Biograafilise uurimistöö keskne eesmärk on koostada rikkalik kirjeldus isikutest või „kontseptualiseerida toimingu struktuuritüübid”, mis tähendab „mõista toimimisloogikat või seda, kuidas isikud ja struktuurid on omavahel seotud”. (Zinn, 2004).

Uurimuse teostamisel on kasutatud hulgaliselt visuaalset materjali, peamiselt fotosid ajaloo erinevatest perioodidest. Piltide kasutamine ajaloo teaduses aktiveerus 1990-ndatel aastatel, kui toimus kultuuri uurimises nn pildiline pööre, st toimus visuaalse teabe pealetung Lääne ühiskondades üldisemalt. Hakati ümber hindama tavaarusaama sõna ja pildi vahekorra: pilt pole pelgalt sõna illustreerimine, vaid kannab endas märke ja tähendusi (Tamm, 2016: 18), mis aitavad mõtestada minevikku tänase päeva kontekstis.

Pilditeadus kujutab endast visuaalsete materjalide loomise, levitamise ja kasutamise uurimist, kirjeldamist ja peegeldamist ajalooliselt muutuvates kultuurikontekstides. Ka visuaalsuse hülgamine või piltide puudumine on pilditeaduse vaatenurgast kõnekas. „Pilguga näeb rohkem, kui näitavad mõõtmine, arvutused ja nende tõlgendused.” (Frank & Lange, 2015: 11). Pildid õenduse algusaegadest on tähendusrikkad arvestades Eesti kultuurilist identiteeti ja sotsiaalset mitmekesisust.

Nõnda konstrueeritakse käesolevas uuringus vaimsel tasandil ajastu, sündmused ja nendes osalejad esmaste allikate abil ning lugu interpreteeritakse neist lähtudes.

Ajalooliste dokumentide analüüs viidi läbi aastatel 2018 kuni 2020. Kasutati ajakirjandust, Eesti õdede biograafilist materjali Eesti Tervishoiu Muuseumi kogudest, kirikuraamatuid kui ka fotokogusid. Ajaloolised fotod pakuvad võimalusi õenduse arenguloo kultuurilise eripära üle arutlemiseks ja iseloomustavad isiksuste kujunemise subjektiivset teekonda. Foto kannab endas märke ja tähendusi, millest saab välja lugeda ajastu omapära ja kultuuride kohtumisi. (Frank & Lange, 2015: 79).

### 3 Florence Nightingale'i kujunemine õenduse eestseisjaks ja reformijaks

Tänapäevase õenduse rajajat Florence Nightingale'i nimetatakse õenduse kuningannaks. (Shetty, 2016: 144). Kuningannaks saamise eeltingimused olid: hea haridus ja võime rääkida paljusid keeli; osalemine õena Krimmi sõjas (1853–1856); esimeseks õendusteoreetikuks olemine; teedrajav roll õdede hariduse kontseptualiseerimisel; tervise- ja kanalisatsioonireformi algatamine; meetodiliseks uurijaks ja futuristikuks olemine ning umbes 200 raamatu kirjutamine.

Florence Nightingale'i oli esimene terviseõde maailmas, kes teadvustas hügieeni (sh käte pesemise), sooja toidu, hea söna ja nakkushaigete isoleerimise vajadust. Õde-hooldajast kujunes Nightingale'i ideede mõjul väljaõppinud õde, kes töötab meeskonnas koos teiste tervishoiu valdkonna töötajatega.

#### 3.1 Jumalik kutsumus

Florence Nightingale, tuntud ka kui „daam lambiga“, sündis 12. mail 1820 Firenzes, Itaalias jõukas briti perekonnas. Ta sündis ajal, kui tema vanemad, rikas maaomanik William Edward Nightingale ja tema abikaasa Frances Nightingale, olid pikemal Euroopa reisil. Isa muutis oma perenime Shore'ist Nightingale'iks pärast seda, kui ta 1815. aastal sai oma onult päranduse. Florence Nightingale sündis pere teise tütreina ning oma eesnime Florence võlgnes ta Firenze linnale, kus ta ilmale tuli. Nii nagu ka pere esimene tütar Parthenope sai oma nime Napoli linna järgi, kus ta sündis. (Florence Nightingale, 2018; vt joonis 1–2). 9. sajandil enne Kristust oli Napoli kreekapärase nimi Parthenope. Florence Nightingale'i sünnikodu, Villa Colombaia, on tänaseni erahoolduses olev populaarne turismiobjekt Firenzes (vt joonis 3–6).



**Joonis 1. Proua Frances Nightingale koos tütarde Parthenope (Parthe) ja Florence (Flo)'iga.** (Florence Nightingale ... 94M72/ F697/11)



**Joonis 2. Florence Nightingale koos oma kodustatud öökulli Athenaga, joonistanud tema õde Frances Parthenope Verney, leedi Verney (snd Nightingale). U 1850.** (Florence Nightingale ..., 94M72/ F697)



**Joonis 3. Vaade Firenze linnale.** (Foto Merle Talvik)



**Joonis 4. Villa Colombaia vaade aia poolt.** (Shiller, 2007)





RICORDIAMO IL GRANDE CUORE  
 DI  
 FLORENCE NIGHTINGALE  
 LA "SIGNORA DALLA LAMPADA"  
 QUI NATA IL 12 MAGGIO 1820  
 CHE DAGLI STRAZI DELLA GUERRA  
 E DALL'EROICA DEDIZIONE D'INFERMIERA  
 TRASSE DETERMINAZIONE A CREARE  
 IL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA  
 DEGNO DI UN MONDO CIVILE  
 —  
 WE REMEMBER THE GREAT HEART  
 OF  
 FLORENCE NIGHTINGALE  
 THE "LADY WITH THE LAMP"  
 WHO WAS BORN ON 12 MAY 1820  
 WHO FROM THE TORTURE OF WAR  
 AND FROM HEROIC DEDICATION TO PATIENTS  
 DREW DETERMINATION TO CREATE  
 A SERVICE OF HEALTH ASSISTANCE  
 WORTHY OF THE MODERN WORLD

Joonis 5. Mälestustahvel Florence Nightingale'i sünnikodu seinal. (Shiller, 2007)



Joonis 6. Artikli autorid Florence Nightingale'i sünnikodus, tema majamuseumis Colombaias Firenzes 15. veebruaril 2020.



Nightingale'ide perekond naasis 1821. aastal Inglismaale, jagades oma aega Kesk-Inglismaal Derbyshire'is asuva kodu Lea Hursti ja riigi lõunaosas mere äärses Hampshire'is asuva teise maja Embley vahel. Florence'it ja ta vanemat õde Parthenopet õpetas koduõpetaja Miss Sara Christie, kelle abiellumise järel jätkas tütardele hariduse andmist nende isa. (Florence Nightingale, 2018). Tüdrukud õppisid klassikalist kreeka ja ladina keelt ning prantsuse, saksa ja itaalia keelt. Nad õppisid ka ajalugu, grammatikat ja filosoofiat. Parthenope eelistas maalimist ja luulet, kuid Florence selliseid mehelikke õppeaineid nagu füüsika, keemia ja astronoomia. (Shetty, 2016: 144).

Juba varases nooruses puutus Florence kokku heategevusega, kuna ema abistas toiduga lähedal külas elavaid vaeseid. Florence tundis kutsumust inimesi aidata, lapsepõlves ravitses ta nukke ja koeri. (Florence Nightingale, 2018).

1837. aastal tabas Embley'd gripilaine, mille tagajärjel kogu pere ja teenijas-kond haigestus, välja arvatud perekonna kokk ja Florence. 16-aastane neiu hoolitses haigete pereliikmete, teenijate ja naabrite eest. Florence'il oli tugev usuline sättumus. 7. veebruaril 1837, kui gripiepidemia oli möödumas, tundis Florence müstilist kutset, „jumala häält”, mis ütles talle, et tema missiooniks on aidata inimesi ning parandada inimkonna heaolu. (Selanders, 2020). Ehkki ta ei mõistnud kohe selle missiooni tähendust, oli ta otsustanud selle välja uurida. Kuid Florence Nightingale'i sotsiaalse staatusega daamide jaoks ei peetud õeks saamist sobivaks. Suurbritannias 1800. aastate keskel polnud põetamine eriti lugupeetud elukutse. Haiglad olid väga räpased, ebameeldivad ja haigustest tulvil kohad ning kõrgema ühiskondliku staatusega noore naise jõukatele vanematele tundus ainuüksi selline püüdlus õudusunenäona. (Selanders, 2020). Florence aga uskus, et see on tema jaoks Jumala valitud tee. (Brand, 2018). Ta kirjutas, et kõrgeim au on olla Jumala teenistuses. (Selanders, 2020).

Tollal ei põetanud haigeid mitte väljaõppinud inimesed, vaid endised teenijannad või lehestunud naised. Victoria ajastu õe stereotüübiks oli ühe Charles Dickensi novelli tegelane, kes oli asjatundmatu ja hoolis alkoholist rohkem kui patsientidest. (Sarapuu, 2020). Selle kuvandi tõttu polnud Nightingale'i rikkad vanemad sugugi rõõmsad, kui tütar otsustas õppida õeks, kuid just Nightingale'ist sai selle kuvandi muutja. (Sarapuu, 2020).

Vaatamata vanemate vastuseisule, jäi Florence kindlaks oma kutsumusele ja registreeris end 1844. aastal protestantlike diakonisside õendusõpilaseks Saksamaal Kaiserswerthis pastor Fliedneri haigla juures, edasi kahenädalaseks väljaõppeks juulis 1850 ja uuesti kolmeks kuuks juulis 1851. Seal omandas ta õenduse põhioskusi, mõistis patsiendi jälgimise olulisust ja õppis tundma hea haiglakorralduse väärtusi. (Brand, 2018). 1849. aastal lükkas Florence Nightingale tagasi härra Richard Monckton Milnesi poolt tehtud „sobiva” abieluettepaneku, mees oli temast aastaid huvitatud. Florence'i aktiivne olemus nõudis midagi enam kui kodune elu. (Brand, 2018).



**Joonis 7. Florence Nightingale, u 1850. (Knight, 2015)**

1853. aastal jätkas Nightingale täienduskoolitust Pariisis rooma-katoliku ha-lastajaõdede juhendamisel. (Shetty, 2016: 145). Samal aastal naasis ta Inglis-maale ja asus tööle põetajana Londoni naistehaiglasse. Ta avaldas tööandjale nii suurt muljet, et ülendati palgata ametikohale superintendendiks. Sellel töö-kohal demonstreeris ta edukalt oma administraatorioskusi, parandades öendu-sabi, töötingimusi ja kogu haigla töökorraldust. (Brand, 2018).

Nightingale töötas vabatahtlikuna ka Middlesex'i haiglas, kus võitles koo-lerapuhangu ja ebasanitaarsete tingimustega, mis haigust veelgi levitasid. Ta parandas hügieenikorraldust, langetades haiglas surmade arvu märkimisväär-selt. (Lewis, 2019). Aasta pärast hakkas Nightingale mõistma, et tema oskused on väärtuslikumad asutuses, mis võimaldaks tal koolitada õdesid. Ta kaalus Londoni King's College Hospitali õdede superintendendi ametikohale asumist. (Selanders, 2020), kuid need kavatsused nurjas Krimmi sõda. Ning üksiku hea-teo asemel viis ta tervishoius läbi tõelise ja tänasesse päeva ulatuva revolutsiooni. (Sarapuu, 2020).

**12. mai 1820** – Florence Nightingale sündis Itaalias Firenzes rikkas briti perekonnas ja sai nime sünnilinn ingliskeelse nimekuju järgi.

**1821** – perekond naasis Inglismaale, kodustes õpingutes paistis Florence silma teadmistega matemaatikas ja teaduses.

**1837** – Florence tundis jumaliku kutset pühendada oma elu teiste teenimisele.

**1849** – vastas eitavalt abieluettepanekule, uskudes, et tema saatus on jääda vallaliseks.

**1850–1851** – vanemate vastuseisust hoolimata läks Saksamaa religioossesse instituuti õeks õppima.

**1853** – asus tööle ühes Londoni naistehaiglas.

**1853** – puhkes Krimmi sõda, kus olid vastamisi Venemaa keisririik ning Osmanite impeerium, Suurbritannia ja Prantsusmaa.

Esimene tänapäevane sõjakorrespondent William Howard Russell kirjeldas The Timesi veergudel kohutavaid tingimusi Türgis Üsküdaris püsti pandud sõjaväehaiglates.



Florence Nightingale Üsküdaris haavatuid vastu võtmas.

## Florence Nightingale

Tänapäevase õenduse rajaja oli hügieenipioneer, kelle tervishoiu parandamise põhimõtted kehtivad tänini.

**Oktoober 1854** – pärast avalikkuse hukkamõistu tegi sõjaminister Sidney Norbert Florence Nightingale'ile ülesandeks koos 38 õest koosneva meeskonnaga Üsküdari minna.

**1854–1855** – Nightingale parandas haavatud sõdurite haiglatingimusi märkimisväärselt, aga surmajuhumite arv kasvas.



Pilt lambiga daamist, kes käib lambiga sõdureid üle vaatamas, süüvis rahva mülli ja tegi Nightingale'i kuulsaks.

**1855** – avastati, et haiglabarakid olid ehitatud solgitorustiku kohale. Tehti ulatuslik puhastus ja parandati ventilatsiooni. Surmajuhumite arv hakkas vähenema.

**1856** – Krimmi sõda lõppes. Nightingale naasis kodumaale kurnatuna ja kehva tervisega.

**1858** – kuninganna Victoria abiga lõi Nightingale komisjoni sõdurite tervise parandamiseks. Tema statistilised andmed olid põhjalike reformide alused.



Nightingale oli pioneer andmete visualiseerimises. Ta näitas, kui paljud surmad olid tingitud haigustest (sinine) ja kui paljud lahingust saadud haavadest (punane).

**1859** – teosega „Märkmed õendusest“ õpetas ta inimesi haigete lähedaste eest hoolitsemata.

**1860** – asutas Londoni St. Thomase haigla juures õenduskooli.



Ühistel ringkäikudel Üsküdari barakkides kandis Florence Nightingale kaasas laternat.

**1862** – asutas King's College'i haigla juures ämmaemandate kooli.



Florence Nightingale koos kooli lõpetavate õdedega.

**1880. aastad** – kutsus üles parandama India tervishoiusüsteemi.

**1907** – sai esimese naisena silmapaistvate teenete eest Teenete ordeni.

**1910** – suri 90 aasta vanusena.

**Joonis 8. Florence Nightingale'i eluloo olulisemad faktid.** (Foto Graphic News Ltd (Bou, 2020); tõlge eesti keelde (Sarapuu, 2020))

## 3.2 Ingel Krimmi sõjas

Florence Nightingale korraldas Krimmi sõja ajal (1853–1856) haavatud sõdurite ravi ja põetamist. Temast on saanud kannatlikkuse ning haigete ja haavatute eest rasketes tingimustes hoolitsemise sümbol.

Oktoobris 1853 puhkes sõda Venemaa ja Türgi ning temaga liitunud Suurbritannia, Prantsusmaa ja Sardiinia koalitsiooni vahel ülemvõimu pärast Lähis-Idas. Sõja peatanner oli Krimmis ja Mustal merel. (Krimmi sõda, 1996). Tuhanded Briti sõdurid saadeti Mustale merele, kus varud kahanesid kiiresti. Pärast Alma lahingut oli Inglismaal meeleavaldus meditsiinilise abi puudumise ja õõvastavalt ebasanitaarsete tingimuste pärast, millega puutusid kokku haiged ja haavatud sõdurid Ottomani impeeriumi aladel asuvates sõjaväehaiglates. (Lewis, 2019).

Avalikkus nõudis võimudelt olukorra lahendamist. 1854. aastal hakkas Briti sõjaministeerium otsima sõdurite abistamiseks lahendusi ja nad teadsid kohe, kelle poole pöörduda abi saamiseks tuhandete haavatud, haigete ja surevate sõdurite esmaabi ja pikaajalise hoolduse korraldamisel. Nightingale'il paluti juhtida ulatuslikku õendusoperatsiooni ning ta võttis väljakutse kõhklemata vastu. (Brand, 2018). Nii suunduski Nightingale koos 38 enda väljaõpetatud õega Üsküdari (Scutari), mis on tänapäeva Istanbuli linnaosa, et haavatud Briti sõdurite eest hoolt kanda. (Sarapuu, 2020). Nightingale'ist sai Türgis Krimmi sõja ajal Suurbritannia ja sellega liitunud riikide sõdurite põetaja. (Selanders, 2020).

Üsküdari rajatud sõjaväehaigla barakkides avanes Nightingale'i meeskonnale koletu vaatepilt. Haavatud sõdurite eest hoolitsesid ületöötanud ja ükskõiksed meedikud (Sarapuu, 2020). Vesi oli joogiks kõlbmatu ja seetõttu hakkas osa õdedest jooma veini või õlut, mille tulemusena nad muutusid alkoholist sõltuvaks ning ei saanud enam õe tööga hakkama. (Florence Nightingale, 2018). Puudu oli ravimitest, hügieeni tingimused olid kehvad ja sõduritele polnud võimalik valmistada toitu. (Sarapuu, 2020). Barakkides elutsesid rotid, lutikad, täid ja kirbud, levisid tüüfus, koolera ning düsenteeria (Florence Nightingale, 2018). Sõjaväehaigla oli rajatud räpase kanalisatsioonisüsteemi kohale. „Haiglad olid lootusetud paigad, kus põrandad olid vere sisseimamiseks kaetud õlgedega.” (Sarapuu, 2020). Patsiendid lamasid oma väljaheites. Põhivarustust, näiteks sidemeid ja seepi, oli vähe. Rohkem sõdureid suri nakkushaigustesse, kui lahingus saadud haavadesse. (Lewis, 2019).

Sõdurite nõuetekohaseks põetamiseks oli vaja hankida piisavad varud. Nightingale ostis ajalehe London Times eraldatud raha eest varustust ja värbas sõdurite naisi pesu pesema. Hiljem pandi tööle ka pesumaja. Nightingale laskis palateid koristada. Kõige olulisem oli, et Nightingale kehtestas hooldusstandardid, nõudes sõduritele selliste põhivajaduste täitmist nagu vannitamine, puhas riietus ning piisav toit. Just head toitu pidas Nightingale sõdurite kiireks taastumiseks hädavajalikuks. Tähelepanu pöörati psühholoogilistele



vajadustele, pakuti abi sugulastele kirjade kirjutamisel ning võimaluste piires huvitegevusi. (Selanders, 2020; Sarapuu, 2020).

Nightingale kõndis ise öösel mööda palateid, pakkudes patsientidele tuge; sellega pälvis ta hüüdnime „daam lambiga“, sest just nii, lantern käes, käis ta haavatud sõdurite tervist kontrollimas. „Ta on nendes haiglates ilma igasuguse liialduseta kaitseingel, ja nõnda pea, kui tema sale keha liugleb mööda koridori, leebub teda nähes tänutundest iga hädise sõduri nägu,“ kirjutas Krimmi sõja päevil The Times. „Kui kõik arstid on ööseks puhkama läinud ja haigete ridades valitseb vaikus ning pimedus, võib näha teda üksinda, väikene lamp käes, ringkäike tegemas (vt joonis 9–11). (Sarapuu, 2020).



Joonis 9. Daam lambiga. H. E. Ratcliffe Rae maali reproduktsioon. 1891.



Joonis 10. Kunstnik Henrietta Emma Ratcliffe Rae (1859–1928).



Joonis 11. Florence Nightingale kõnnib Üsküdari (Scutari) kasarmuhaiglas voodiridade vahel tassi teed kandes, 1855. Roberts'i gravüür Casselli raamatus „Suurbritannia ajalugu“. (Evans, dateerimata, pilt nr 10076859)

Nightingale saavutas nii sõdurite kui ka meditsiinasutuste lugupidamise. Tema saavutused põetamisel ja suremuse vähendamisel tegid ta kuulsaks Inglismaal, kuulsus levis ajakirjanduse ja sõdurite kirjade kaudu. Haiglas langes suremus 60%-lt Nightingale'i saabumisel 2%-le kuus kuud hiljem. (Lewis, 2019).

1855. aastal haigestus Nightingale nakatunud piima joomise tagajärjel „Krimmi palavikku” (tõenäoliselt brutselloosi). Ta paranes visalt, kuna aktiivset ravi polnud võimalik saada ja haiguse tagajärjed kestsid 25 aastat, mis sundisid teda kroonilise valu tõttu sageli voodisse jääma. 30. märtsil 1856 lõppes Krimmi sõda ning 7. augustil 1856, peale haiglate sulgemist, naases väsinud Nightingale kangelannana koju Derbyshire'sse. (Selanders, 2020; vt joonis 12).



**Joonis 12. Florence Nightingale pärast naasmist Krimmist, august 1856.** Postkaart. (Lenthall, ca 1856)



**Joonis 13. Kullaga emailitud pross, mille kuninganna Victoria kinkis Florence Nightingale'ile teenete eest Krimmi sõjas. 1855.** The National Army Museum. (Evans, dateerimata, pilt nr 1119386)

1855. aastal kinkis kuninganna Victoria Florence Nightingale'ile kullaga emailitud prossi seoses Krimmi sõjaga (vt joonis 13). Teemantide ja emailiga kuld-ehe on kavandatud kuninganna abikaasa prints Alberti poolt ning valmistatud firmas R and S Garrard and Co aastal 1855. Mõnikord nimetatakse seda ehet ka „Nightingale'i juveeliks”. Sellele prossile, mille kujundust kontrollis prints Albert isiklikult, on graveeritud kuninganna Victoria pühendus: „Miss Florence Nightingale'ile lugupidamise ja tänulikkuse tunnusena tema ustavuse eest kuninganna vapratele sõduritele”, kuninganna Victoria R. poolt, 1855. Pross ei olnud mõeldud pelgalt ehteks, vaid naissoost tsiviilisikule sobiva medali või väljakujunenud teenetemärgi puudumise tõttu oli see kuningliku tunnustuse märgiks. (Lewis, 2019).

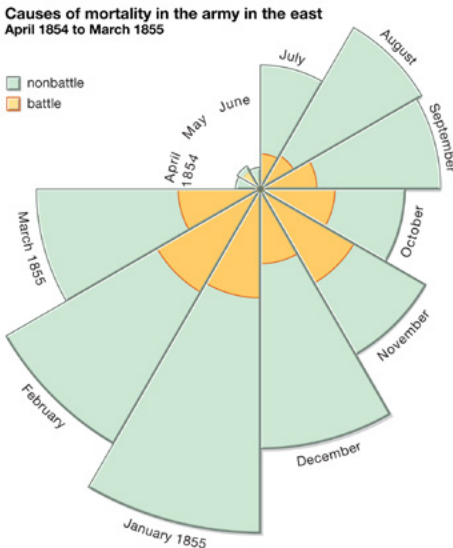
### 3.3 Nightingale uurija ja õpetajana

Ekki Nightingale meenub eeskätt seoses tema tegevusega Krimmi sõjas, kujunevad Nightingale'i suurimateks saavutusteks katsed teha tervishoiu ja õenduse ühiskondlikke reforme.

Inglismaale naasnuna kannatas Nightingale kurnatuse all. 16. märtsil 1856 sai temast armee sõjaväehaiglate esimene naissoost superintendent. Septembris 1856 kohtus ta kuninganna Victoria ja prints Albertiga, et arutada Suurbritannia sõjaväe reformimist. Nightingale pidas täpset arvestust sõjaväehaigla juhtimise, haiguste ja surma põhjuste, õendusabi- ja meditsiinitöötajate tõhususe ning meditsiinivarustuse hankimise raskuste üle. Loodi kuninglik komisjon, mis tugines oma töös Nightingale'i esitatud statistilistel andmetel ja nende analüüsil. Komisjoni töö tulemuseks oli sõjaväe meditsiini- ja maksesüsteemi reform. (Selanders, 2020). 1859. aastal kirjutab Nightingale raamatu „Märkusi põetamise kohta: mis see on ja mis see pole“, mis on esimene moodsa õenduse õpik. (Nightingale, 1859/2018). Seda teost on kogu maailmas korduvalt avaldatud.

Nightingale rakendas oma teadmisi matemaatikast haiguste ja suremuse statistiliseks analüüsimiseks, kasutades selleks ka diagramme.

Nightingale töötas välja statistilised mudelid, näiteks Coxcombi diagrammi, mille ta mõtles välja suremuse hindamiseks (vt joonis 14). Statistika abil tõestas Nightingale, et kasarmus elavate, varem tervete noorte sõdurite suremus oli tsiviilelanikkonnaga võrreldes kaks korda suurem. Ta leidis, et kasarmutes on elamistingimused võimatud ning sõjaamet võiks sama hästi „kutsuda 1100 meest Salisbury tasandikule ja lasta nad seal maha“. (Selanders, 2020).



Joonis 14. Nn Coxcomb-diagramm, mille Florence Nightingale töötas välja 1858. aastal. Diagramm näitab surmade arvu ja põhjusi Briti armees. (Selanders, 2020)



Infograafikute kasutamiseega oli Nightingale teerajaja andmete visualiseerimises, kasutades tõhusalt võimalust eristada statistilisi andmeid graafiliselt. Ta koostas tulpdiagramme ja leiutas oma argumentide edasiandmiseks uue diagrammivormi: suunadiagrammi, mida tuntakse ka roosdiagrammi ja radar-diagrammi nime all ning mis näitab mingi suuruse sõltuvust suunast. Pärast Krimmi sõjast naasmist ja sõdurite suremuse analüüsimist lõi Nightingale kolm roosdiagrammi. Samal ajal kinnitas Inglismaa peaarst John Simon, et suur suremus somaatilistesse haigustesse on praktiliselt vältimatu. Nightingale'i laiem eesmärk oli näidata, et infektsioonhaigustest põhjustatud surm on sekkumiste abil välditav ja seda tuleks rakendada kõigis haiglates. (Andrews, 2019). Nightingale'i on nimetatud „disainikangelannaks“ (Andrews, 2019), sest ta esitas oma argumente hõlpsasti mõistetavate graafiliste võrdluste kujul.

Nightingale kirjutas sadu raamatuid, neist „Märkusi põetamise kohta“ müüdi enim ja see aitas Nightingale'il kindlustada endale rahaline sõltumatus. Nightingale võeti vastu Briti kuninglikku statistikaühingusse ja Ameerika statistikaühingusse. 1861. aastal konsulteris USA armee temaga kodusõja ohvrite eest hoolitsemise suhtes. Nightingale kogus 1859. aastaks üle 40 000 naela ja kasutas seda raha, et rajada St Thomase haiglas 1860. aastal õdede kool. (Andrews, 2019; vt joonis 15–16). Kool tegutses 31 aastat. (Lewis, 2019). See oli esimene professionaalne õenduskool. Õpilased tulid kogu maailmast, et osaleda Nightingale'i koolis. Pärast õpingute lõpetamist naasid nad kodumaale, peamiselt juhtide ja koolitajatena. (Talvik, Tulva & Ernits, 2020: 79).



**Joonis 15. St. Thomase haigla Nightingale'i tegevuse perioodil, üle jõe paistavad Inglise Parlamendi hooned.** (McDonald, 2015)

Nightingale koos koolitatud õdedega levitas oma ideid üle kogu Suurbritania ja ka teistesse Euroopa riikidesse, Ameerikasse ja Austraaliasse. Õenduse võtmeisikud paljudest riikidest tulid Londonisse tutvuma õdede väljaõppega. Nightingale'i kool, ehkki mitte suurim õdede kool, panustas kõige rohkem, et kehtestada uusi õenduse standardeid. (McDonald, 2020: 66). Võib öelda, et



**Joonis 16. Florence Nightingale ja parlamendiliige Sir Harry Verney koos Nightingale'i kooli õpilastega.**  
(McDonald, 2015)

Nightingale'i kool oli esimene teaduspõhine õenduskool. Samuti oli Nightingale abiks haiglates ämmaemandate ja õdede täienduskoolituse korraldamisel.

Kuni selle ajani tegelesid Suurbritannias õendusabiga väljaõppeta inimesed kodus või haiglates ning pühendunud ja auväärset nunnad, kes järgisid oma töös usulisi põhimõtteid. Nightingale'i kooli originaalsust ja selle ilmalikku teaduspõhist lähenemisviisi tihti ei mõistatud. (Hallett, 2020: 139). Nightingale'i vaated õendusele olid sidusad, järjekindlad ja praktilised. Neid on võimalik jälgida kolmes suunas. Esiteks, viktorianaanlikule kultuurile omane võimas mõttevool, mis lähtus eeldusest „Jumal aitab neid, kes aitavad iseennast”. (Ellisor, 2005). Teiseks, teaduslik mõtteviis, mis julgustas aitajate ameti esindajaid teoreetiliselt analüüsima haiguse olemust. (Hallett, 2005). Kolmandaks väljandas Nightingale oma kirjutistes profefeminismi ideid ning tahet kujundada õendus naiste elukutseks. (Nightingale, 1928).

Põetuses tulemuslikkuse saavutamisel pidas Nightingale oluliseks kuut tegurit: värske õhk, valgus, soojus, vaikus ja puhkus, puhtus, toitumine ning „kõigi nende rakendamine täpsel hoolitsuse abil”. (Nightingale, 1859/2018). Meditsiini kontekstis pidas Nightingale väga eriliseks ametiks põetust koos oma eripäraste rõhuasetustega. Õe töö on keeruline. Et tagada tervise taastumist, on tema ülesanne reguleerida nii patsiendi väliskeskkonda kui sisemist seisundit. Nightingale'i filosoofia võtmemõisted – värske õhk, valgus, soojus, puhkus, puhtus ja toitumine – polnud otseselt ravivad, kuid nad olid looduse „võimaldajad” ja seetõttu palju olulisemad kui mis tahes meditsiiniline ravi. (McDonald, 2020: 140). „Õendus koosneb üldiselt pisiasjadest; neid kutsutakse pisiasjadeks, aga nad kulmineeruvad elu või surma küsimustega.” (McDonald, 2009: 872).

### 3.4. Nightingale'i pärand ja selle mõju tänapäeva tervishoiule

Olles 38-aastaselt haigestunud, elas Nightingale erinevates üürimajades, kuni 1865. aastal ostis isa talle maja Londoni Hyde Parki. Florence'iga oli raske koos elada, kuna ta pidas mitut kassi ning kritiseeris pidevalt teenijaid, kes ei vastanud tema kõrgetele elustandarditele. (Florence Nightingale, 2018).

Kuna Nightingale haiguse tõttu veetis palju aega kodus voodis (Bostridge, 2008: 282), siis oli tal aega mõelda põetamise teoreetiliste aluste üle ning töötada välja tervishoiuteenuste ja sotsiaalsete reformide filosoofia. (Baly, 1997).

1880. aastatel näis Nightingale'i tervis paranevat ja valusid esines harvemini. Ta külastas tihti enda loodud kooli ja sugulasi ning kooli õpilased käisid tema juures kodus teeõhtutel. Paljude õpilastega tekkis pikaajaline sõbralik suhe ning Nightingale jälgis nende edusamme karjääriredelil. (Florence Nightingale, 2018; vt joonis 17).



**Joonis 17. Florence Nightingale oma kodus South Streetil, 1906. Miss Bosanquet' foto järgi. (McDonald, 2015)**

Alates 1901. aastast oli Nightingale pime. 1907. aastal andis kuningas Edward VII Nightingale'ile teenetemärgi, tehes temast esimese naise Suurbritannias, kes sai sellise au osaliseks. (Lewis, 2019).

Florence Nightingale suri 90-aastasena oma tugitoolis. See juhtus 13. augusti pärastlõunal 1910. (Florence Nightingale, 2018). Mälestusjumalateenistus toimus Londoni Püha Pauluse katedraalis, ta maeti perekonna hauaplatsile St. Margareti kirikuaias East Wellow's Hampshire's. (Selanders, 2020). Ta keeldus

riiklikest matustest ja matmisest Westminsteri kloostris, taotledes, et tema haud oleks lihtsalt tähistatud. (Lewis, 2019).

Florence Nightingale pälvis kaasinimeste austuse mitte oma iseloomu pärast, mis võis mõnikord olla järsk ja autoritaarne, vaid ideede, visiooni ja intelligentsuse tõttu. (Florence Nightingale, 2018). Nightingale oli iseseisev majanduslikult kindlustatud tsivilist, kes ei allunud ametlikele sõjalistele ja meditsiinilistele hierarhiatele, kuid viis läbi revolutsiooni tervishoius. Ning ta oli naine. Paljud kõrgel ametipostil olevad mehed ei uskunud tema ideedesse, kartes tunnistada omaenda hoolimatust, vigu ja ebakompetentsust. (Andrews, 2019). Ometi avaldas Nightingale sadu kirjutisi. Ta saatis oma kirjutisi sõjaväe ülemjuhatajale, parlamendiliikmetele, käsundusohvitseridele, arstidele ja kuninganna Victorialle. Temast sai populaarne kangelane, keda pidevalt avaldati ajalehtedes jt perioodikaväljaannetes. Naisena kirjutab ta tihti anonüümselt. Kulisside taga nõustas ta kuninglike komisjonide loomist ja toimimist, millest oli kasu kogu ühiskonnale. Ta juhtis haiglareformi diivanilt, kasutades selleks vahendina sulepead. (Andrews, 2019).

Florence Nightingale oli üks 19. sajandi viljakamaid kirjutajaid (Hallett, 2020). Nightingale'i kirjutised on mahukad ja laiahaardelised. Tema üks olulisemaid teoseid on esse vormis kirjutatud raamat „Cassandra” (1852). Cassandra on väga isiklik teos, mis paljastab Nightingale'i enda võitlused oma identiteedi eest viktoriaanlikul ajastul. (Nightingale, 1928: 398). Cassandra kehastas metsikut rünnakut viktoriaanlaste kõige pühama institutsiooni – perekonna – vastu. (Bostridge, 2005). Cassandra taga peituv kibedustunne viitab selgelt Nightingale'i kogemusele erakordsete intellektuaalsete võimetega kõrgema keskklassi tütreks, kel oli sisimas soov järgida halastajaõe elukutset, mille vanemad ja õde aastateks keelasid. Raamatu autobiograafiline kangelanna Nofriani palub end nimetada Cassandraks, kreeka müütiliseks naisprohvetiks ja ennustajaks. Nofriani suri 30-aastaselt, see oli Nightingale'i vanus 1850.–1851. aastal, raamatu kirjutamise ajal. Nofriani viimased sõnad kuulutavad vabadust, mida saab tuua ainult surm. Aastate jooksul on Cassandra säilitanud oma positsiooni feministliku fookustekstina, luues dokumentaalse silla naiste varaste isiklike, juriidiliste ja poliitiliste vabaduste eest peetavate võitluste ning 20. sajandi esimesel kümnendil tekkinud täiemahulise emantsipatsiooni vahel. (McDonald, 2020: 142).

Nightingale soovis õdede staatuse muutmist. Asutades õdede kooli, tegi ta õdedest tugevad, vastutustundlikud ja osavad naised. „Nightingale polnud esimene inimene, kes üritas õendust reformida või muul viisil parandada, kuid ta oli esimene, kes üritas muuta selle ameti naistele tasustatavaks. Ta oli ise sügavalt usklik ja arvas, et usk on suurepärane motivaator ja abiks selles raskes töös. Lisaks leidis ta, et see töö peaks olema tasustatav, mitte üksnes vabatahtlik ja kvalifikatsioon peaks kujunema praktika ja kogemuse kaudu, mitte seisnema pelgalt usulises pühendumuses.” (McDonald, 2015).

Patsientidel on „õigus“ oodata „hooldust, millele on omane lahkus, tähelepanelikkus, leebus, viisakus ja rafineeritus“. (McDonald, 2020: 142). Nightingale tekitas revolutsiooni kätepesus. Veel kaheksa aasta eest ei pööratud sellele lihtsale abinõule suuremat tähelepanu. See muutus, kui Florence Nightingale tegi võimalolijatele selgeks, et rohkem kui rasked vigastused, nõuab ohvreid hoopis kehv hügieen. (Sarapuu, 2020).

Oma õilsa eesmärgi – haiglareformi – edukaks elluviimiseks kasutas Nightingale paljude tegevusalade lõimimist, nagu on seda haiglate strateegiline juhtimine, kommunikatsioon, info valdamine ja kasutamine, teenindus, arhitektuur, finantsala ja graafiline disain. (Andrews, 2019).

Nightingale'i mõtetele oli iseloomulik ratsionaalne optimism ning püüe liikuda inimväärse maailma poole. Nightingale'i sõnade kohaselt on inimkonnal olemas pidev võimalus arenemiseks. Rootsi teadlane Hans Rosling nimetas selliseid inimesi „possibilistideks“, st inimesteks, kellel on selge ettekujutus asjadest, veendumus ja lootus, et edasine areng on võimalik. Inimkonnal on võimalik ennast pidevalt täiustada. (Andrews, 2019). Ei ole mitte juhus, et Nightingale'i kodulinnas Londonis asuva mälestussamba kohal on kivisse raiutud kaks ladinakeelset sõna: *FIAT LUX* – „Saagu valgus“ (vt joonis 18).



**Joonis 18. Florence Nightingale'i mälestussammas London Roadil Derbys, kuningliku haigla juures.**  
(Biography of ..., 2020)

Raske on ülehinnata seda panust, mida andis Florence Nightingale tervishoiule, sealhulgas sanitaarias ja hügieenis, organisatsiooni ülesehituses, eriti aga põetamises. Igal aastal 12. mail peetaval rahvusvahelisel ödede päeval tähistatakse tema sünniaastapäeva ja tõstetakse esile ödede olulist rolli tervishoius.

## 4 Eesti õenduse teerajajad Florence Nightingale'i jälgedes

Florence Nightingale'i põhimõtteid ja ideid on Eestis rakendatud enam kui saja aasta jooksul. Nende ideede elluviimist on juhtinud põhiliselt kolm Eesti õenduse teerajajat – Anna Erma, Anette Massov ja Ilve-Teisi Rimmel. (Talvik, Tulva & Ernits, 2020: 80).

### 4.1 Anna Erma

Anna Erma (1884–1974) sündis 20. märtsil 1884 Raikküla vallas. Tema isa oli omaaegne suurärimees, kes asutas meierei, hakkas piima kokku ostma ning müüs talu saadusi Peterburis. 1910. aasta paiku valminud elumaja olnud oma 32 ruumiga üks suursugusemaid taluhäärbereid Eestis. Peale esiklapsena sündinud Anna oli peres kaks poega, kes kõik said korraliku hariduse. (Reinart, 2019: 12). Anna Erma lõpetas tütarlastekooli Tallinnas ja seejärel Peterburi kuubermangus Bethesda Strelna diakonissimajas Evangeelse Õdede Kooli. (Anna Erma, dateerimata). Alates 1907. aastast töötas Erma diakonissina Saksamaal Nürnbergi haiglas ja tegi seal läbi ka teoreetilised diakonissi kursused. Ta töötas ka Moskvast, Peterburis ja Soomes. Esimese maailmasõja ajal (1914–1917) oli ta Saksamaa sõjaväehaiglates ja Erlangeni ülikooli kliinikus operatsiooniõde. (Reinart, 2019: 12). Anna Erma naasis 1917. aastal kodumaale ja oli Vabadussõja ajal Tallinnas Juhkentali sõjaväehaiglas vanemõde. Selle töö eest autasustas Eesti riik 22. veebruaril 1921. aastal Anna Ermat Punase Risti III järgu mälestusmürgiga. (Anna Erma, dateerimata). 1920. aastal andis Inglise Punane Rist Eesti Punasele Ristile 250 naelsterlingi suuruse stipendiumi ühe halastajaõe saatmiseks Inglismaale, ja see langes osaks Anna Ermale, et ta saaks läbi teha erilised, kaheksa kuud kestvad halastajaõdede täienduskursused ning 1921. aastal sooritas ta ka eksamid. Tagasiteel Inglismaalt peatus Erma mõnda aega Prantsusmaal, Šveitsis ja Saksamaal, et tutvuda sealsete haiglate töö ja hoolekandega. (Reinart, 2019: 12) Saksamaalt naasnuna töötas Erma Tallinnas Naisliidu hoolekandeõena. (Anna Erma, dateerimata). Alates 1923. aastast tegutses ta Tallinnas Rinnalaste ja Emadekodu juures. (In memoriam ..., 1974).

Sarnaselt Nightingale'ile pühendas Anna Erma terve elu oma armastatud kutsealale, ta oli Eesti Haiglaõdede kutseorganisatsiooni loojaid. (In memoriam ..., 1974). Olles teadlik uuendustest ja tundes ravi ning põetamise olukorda Eestis, mõistis Anna Erma hästi, et lisaks ülikoolis ettevalmistatavatele arstidele vajavad haiglad ka hea ettevalmistusega kutsekindlaid õdesid. (Anna Erma, dateerimata).



Seoses Eesti iseseisvumisega läks hoolekanne suuremalt osalt üle riigile ja omavalitsustele. Ühtlasi hakati hindama õdede tööd nagu iga teist kutset. Esimene samm, mis muutis õed sõltumatuks igasugusest eraeestkostest, oli õdede registreerimine Riigi Tervishoiu Peavalitsuses. Sellega võrdsustati õdede kutseõigused arstide, ämmaemandate ning teiste ametite omadega. See andis Eesti õdedele teiste kultuurmaade eeskujul kutseõppe organiseerimise võimaluse. (Anna Erma, dateerimata).

1923. aastal asutati Eesti Õdede Ühing (EÕÜ) ja Anna Erma oli üks asutajaliikmetest. Erma oli ka EÕÜ esimene ja ainus sõjaeelne president. (Reinart, 2019: 12). Üks esimesi ja tähtsamaid ühingu ülesandeid oli õdede kooli asutamise küsimus, kuna mitmesugused õdede kursused ei suutnud traditsioonilist kooli asendada. Tänu Riigi Tervishoiu Peavalitsuse (RTP) direktori ja Tartu Ülikooli arstiteaduskonna huvile ja arusaamisele läks Õdede Ühingu korraldada 1925. aasta lõpul avada õdede kool TÜ juures. Kooli juhtis 5-liikmeline kuratoorium, mis koosnes RTP juhatajast, TÜ arstiteaduskonna dekaanist, ühest Naisliidu ja kahest EÕÜ esindajast. Esimene kuratooriumi juhataja oli prof Konik, kooli esimene direktor prof Vadi. Kooli internaadi juhatajaks kutsuti Anna Erma, kes töötas sellel kohal kuni kooli sulgemiseni 1941. aastal. (Anna Erma, dateerimata).

Kool pidi rahuldama vajaduse põhjalikult ettevalmistatud eesti soost õdede järele. Tartusse soovis Anna Erma kooli asutada seepärast, et oleks võimalik kasutada ülikooli õppejõude ja kliinikuid. Siin võib tõmmata paralleele Nightingale'i ideedega kooli asutamise suhtes: nagu Nightingale, nii ka Erma pidas väga oluliseks seda, et teooria oleks tihedalt seotud praktikaga. Erma ütles, et „haige voodi juures pole enam aega õppida“. Õdede Kooli ruumes seati sisse neli demonstratsioonituba mõne voodiga ning hoolduse ja põetamise vahenditega, kus õpetati vajalikke põetusvõtteid. (Anna Erma, dateerimata). Erma korraldas kooli õppetööd, suunas praktikale, pidas kontakti kliinikutega ja korraldas koos oma abilistega ka kasvatustööd. Abilisteks olid Meläne Nõmm, Ilse Vahtakand ja Margarete Kaama-Lehtmets. Õde Nõmm, kellest Erma lootis kasvatada endale järglast, suunati 1935. aastal Helsingisse õdede ettevalmistuskooli. (Anna Erma, dateerimata).

Nii nagu Nightingale, kasvas ka Anna Erma sügavalt usklikus peres. Kasvatuse õdede koolis tugines religioossetele põhimõtetele nii nagu Anna Erma ise oli seda kogunud. Toidukorrad algasid ja lõppesid palvega ning saalis lauldi vaimulikke laule. (Anna Erma, dateerimata). Koolis ja internaadis kehtisid kindlad reeglid, millest hoidsid kinni nii õpilased kui ka õpetajad. Õpilased pidid harjuma distsipliiniga, kohustuste täpse täitmisega. Nad pidid ise looma hubasust, korda ja puhtust elu- ja kõrvalruumides, et osata seda näha ja teha ka mujal. Olid nõudepesemise ja lauakatmise toimekonnad, samuti tuli hoolitseda kooliaia eest. Nii koolis kui ka tänaval ja kliinikus kanti koolivormi. (Anna Erma, dateerimata; vt joonis 19 ja 20).





**Joonis 19. Eesti Õdede Ühingu Õdedekooli V lend. 7.5.1933. Anna Erma on pildi keskel. Õpilased kannavad koolivormi: helesinine kleit, mille pikkus maast pidi olema 25 cm ja valge põll, valged või hallid sukad, peas valge tanu, jalas madala kontsaga kingad. (Anna Erma, dateerimata). Fotograaf teadmata. Eesti Tervishoiu Muuseum SA (THMF0993)**



**Joonis 20. Eesti Õdede Ühingu Õdedekooli II lennu lõpetajad 31.8.1931. Anna Erma ees vasakult teine, tema kõrval prof A. Lüüs. Õpilased kannavad pidulikku koolivormi: tumesinine villane kleit kõrge kraega, millel valge ääris. Samuti oli valge ääris varrukaotstes. Peas valge tanu. Sellist vormi kanti kooli lõpetamisel. (Anna Erma, dateerimata). Fotograaf Armin Lomp. Eesti Tervishoiu Muuseum SA (THMF1522)**

Anna Erma oli oma välimuse ja käitumisega ise eeskujuks noortele. Pikakasvuline, sale, tumedate juustega, kiirete liigutustega, nõudlik ja range naine (vt joonis 21). Tundes väga hästi oma õpilasi, oli ta alati valmis neid abistama hea nõuga, ja isegi majanduslikult. (Anna Erma, dateerimata).



**Joonis 21. Eesti Õdede Ühingu Õdedekooli asutaja Anna Erma. 1929 – 1930.**  
Eesti Tervishoiu Muuseum SA (THMF0788).  
(Fotograaf teadmata)

Erma võttis kooli vastu kuni 25-aastasi keskaridusega naisi. Kandidaadil pidi olema hea tervis ja abielus kandidaadid pidid esitama abikaasa nõusoleku. (Anna Erma, dateerimata). Erma rõhutas, et õe kutseala nõuab tugevat iseloomu, tagasihoidlikkust, vastupidavust ja koguni eneseohverdamist. „Haiged pole mitte õdede jaoks, vaid nemad, s.o haigemaja personal, on haigete jaoks”. (Reinart, 2019: 14).

Nõukogude okupatsioon lõpetas Eesti Õdede Ühingu tegevuse 1940. aastal ja õdede kooli tegevuse 1941. aastal. 1944. aastal lahkusid kodumaalt paljud eesti haritlased ja riigitegelased, sealhulgas Anna Erma. Ta põgenes Saksamaale. Oma kutsumusele truuks jäädes töötas naine Geislingenis rahvusvahelises põgenike organisatsioonis ametnikuna. Vend Karl, kes oli samuti sattunud Saksamaale, suri seal 1947. aastal, Anna aga siirdus pärast DP-laagrite laialisaatmist Lõuna-Ameerikasse Paraguaysse. 1950. aastal läks ta Brasiiliasse, kus elas teine vend Otto, kes oli selleks ajaks jõudnud juba asutada São Paulo keemiatahase. Viimased eluaastad veetis Anna Erma Staqueras Tolstoi-nimelises vanadekodus, kus suikus viimasele unele 12. juulil 1974. (Reinart, 2019: 14).

Anna Erma rakendas õdede ettevalmistamisel Nightingale'i põhimõtteid, eriti seda, kuidas kujundada naine heaks õeks ja kuidas luua patsientidele sobiv keskkond. (Nightingale, 1859/2018).

## 4.2 Anette Massov

Teine Eestis töötanud Nightingale'i ideede tunnustatud jätkaja oli Anette Massov (1883–?). Kahjuks on Anette Massovi elust ja tegevusest säilinud väga vähe kirjalikke materjale.

Anette Massov (Annette Vilhelmine Massow) sündis 23. märtsil 1883 eestlaste lapsena Peterburi lähedal Gatšinas, kus lõpetas progümnaasiumi. Anette isa Mats Massov oli pärit Rapla kihelkonnast, ema Anna Jüri kihelkonnast, vanaemad abiellusid Peterburis. Peres oli seitse last. 1899. aastal tuli perekond Gatšinast Tallinnasse, kus isa samal aastal suri, ema suri 1900. aastal. (Kikas, 2018). Anette Massov õppis Tallinnas Punase Risti õdede koolis 1902–1904. Kohe lõpetamise järel sattus ta Vene-Jaapani sõtta, võttes sellest osa rindeõena. (Rahvusvaheline ..., 1939). Ta tegutses suurvürstinna Maria Pavlovna sanitaarrongis. Selle tegevuse eest sai Massov mitu autasu: Maria Pavlovna annetas ketiga risti rinnal kandmiseks ja hõbemedali, keiser kuldmedali, Massov sai ka Vene Punase Risti märgi ja medali Aleksandri lindil kaelas kandmiseks. (Kikas, 2018).

1906 tuli Massov tagasi kodumaale ja asus tööle Tallinna priihospitalis, ruumikas puumajas praeguse Ida-Tallinna Keskhaigla krundil. Majja paigutati 12 haigevoodit. Linnarahvas hakkas uut haiglat nimetama priihospitaliks, kuna seal raviti vaeseid tasuta. (Karlep, 2015). Alates 1914. aastast võttis õde Massov osa Esimesest maailmasõjast, viibides osa ajast eesliinil (Rahvusvaheline ..., 1939). 1915. aastal autasustati Massovit Georgi 4. järgu medaliga (Kikas, 2018).

1917. aastal toodi Massov üle Tallinna sõjaväehaiglasse, seejärel töötas aasta Tallinna Linna Naha- ja Suguhaiguste hospitalis (Kikas, 2018) ning 1919. aasta 13. mail määrati ta keskhaiglasse vanemõeks. Ta töötas pidevalt Tallinna haiglates, olles üks vähestest õdedest, kes oli osa võtnud kahest sõjast ja ravinud ka Vabadussõjas haavatud võitlejaid. (Rahvusvaheline ..., 1939). Koos õpiajaga töötas Massov õena 37 aastat, sellest 28 aastat Tallinna linna teenistuses. Nende pikkade aastate jooksul tuli tal läbi teha vägagi raskeid katsumusi, eriti Kaug-Idas ja maailmasõjas, kus töö viis teda mõnikord otse tule alla. Jaapani sõja ajal haigestus ta „soojatõppe” ehk tüüfusesse, mis tol ajal tegi vene vägedes kohutavat laastamistööd. Töö kõrval täiendas Anette Massov end pidevalt: tal oli 1. järgu ämmaemanda kutse, hoolekandeõe kutse, samuti ka masseerija kutse. (Rahvusvaheline ..., 1939).

12. mail 1939 omistati Anette Massovile Florence Nightingale'i medal ja kingiti Miss Nightingale'i foto. Medal andis üle Punase Risti õdede ühingu esinaine Hilda Hamburger (vt joonis 22, 23). Medal anti lahinguväljal ja rahu ajal üles näidatud teenete eest Florence Nightingale'i nimelise ühingu poolt, mille alaline asukoht oli Genfis. (Kiviranna, 1939).



**Joonis 22. Anette Massov teenetemärgiga ja kaasõdedelt saadud lillekimbuga.** (Rahvusvaheline ..., 1939)



**Joonis 23. Medal Ad Memoriam Florence Nightingale, anetatud Anette Massovile.** (Eesti Tervishoiu Muuseum SA (TH-M05832E1701)). Medalit annab välja Genfi Rahvusvahelise Punase Risti Komitee iga kahe aasta tagant 12. mail, Florence Nightingale'i sünnipäeval. Alates 1912. aastast on medaliga autasustatud kokku üle 1400 halastajaõe, kes on pühendunud haigete ja kannatanute abistamisele rahu või sõja ajal. (Eesti Tervishoiu ..., 2016)

Anette Massov on ainus Nightingale'i medali saanud eestlane. (Pöder, 1997). Traditsioon ei saanud jätkuda, kuna Nõukogude okupatsioon katkestas järjepidevuse Eesti õenduses. Anette Massov andis I Eesti Vabariigi ajal meie praktilisele õendusele „Nightingale'i sisu”, töötades aastaid juhina ja vedades valdkonna arengut. Anette Massovi surma-aasta pole teada, ta jäi kadunuks Teise maailmasõja ajal.

### 4.3 Ilve-Teisi Rimmel

Tänapäeva Eesti õenduses on Nightingale'i põhimõtete elluviimise eestvedajaks olnud Ilve-Teisi Rimmel. Ta sündis 15. detsembril 1938. aastal Narvas.

Ilve-Teisi Rimmel kasvas üles suures peres. Tema isa oli olnud pastor ja see tõttu ei olnud tal nõukogude ajal ametlikku tööloba. Isa pidi töötama iseseisvalt: muretses endale hobuse, vankri, ree ja viis inimestele kütet. Lapsed käisid tihti kaasas, istusid reel isa kõrval sooja teki all. Nad õppisid nägema õnneluid ja vaeseid. Koos Pärnu koguduse noortega külastati koguduse vanu ja teisi abivajaid. Poisid lõhkusid puid, tüdrukud aitasid majapidamises. (Rimmel, 2008)

Ilve-Teisi otsustas valida velskri eriala. 1957. aastal lõpetas ta Tallinna Meditsiini kooli ja astus tööellu. (Kõrgkooli auliige ..., dateerimata; vt joonis 24).



Joonis 24. Ilve-Teisi Remmel, 1968.  
(Foto Ilve-Teisi Rømmeli erakogust)



Joonis 25. Ilve-Teisi Remmel tööpostil ülemõena, 1979.  
(Foto Ilve-Teisi Rømmeli erakogust)



Joonis 26. Esimene Rootsi Õdede Liidu korraldatud koolitus, 1993. Pildil esimeses reas keskel Ülle Ernits ja Ilve-Teisi Remmel. (Foto Ilve-Teisi Rømmeli erakogust)

Töö viis Rømmeli Tallinna Raudtee Lastehaiglas, Eesti Meremeeste Haiglas, pealinna sotsiaal- ja tervishoiuametisse ning vabakonda Koduõde. Pidev enesetäiendamine ja rahvusvaheliste koolituste läbimine kindlustasid edu eri ametites: velsker, polikliiniku vanemõde, ülemõde, õendusala juhtivspetsialist, tegevjuht. (Kõrgkooli auliige ..., dateerimata; vt joonis 25).

Arvukate täienduskursuste hulgas olid olulised spetsialiseerumiskursused: 1993–1997 õenduse alused ja õendusabi esmatasandil Rootsis, Malmö Õdede Instituudis (vt joonis 26) ning 1995 õendustegevuse juhtimine Eesti

sotsiaalministeeriumis. Helsingi Diakoonia Kõrgkoolis tutvus Rimmel aastail 1997–1998 põhjalikult õe rolliga tervishoius. 1996–2000 õppis tervishoiuasutuse juhtimise strateegiat ning õendustegevuse juhtimist Eesti Tervishoiujuhtide Kolleegiumis. Olles aktiivne õenduse arendaja, kuulus ta juba 1967. aastast Eesti Meditsiiniõdede Seltsi (MÕS) ja alates 1981. aastast MÕS-i juhatusse. 1988–1990 oli MÕS-i esinaine. 1990. aastal ennistati seltsile nimi Eesti Õdede Ühing ja aastatel 1990–2002 oli Ilve-Teisi Rimmel ühingu president. Aastatel 1990–1993 oli ta Baltimaade Õdede Ühingu president, aastatel 1999–2015 MTÜ Eesti Tervishoiujuhtide Kolleegiumi juhatuse liige, 1998–2002 Tervishoiu ja Sotsiaaltöö Kutsenõukogu esimees ning alates 2003 SA Tallinna Koolitervishoiu Nõukogu liige.

Ilve-Teisi Rimmeli esimesed kogemused õena ja juhina jäid nõukogude aega. Ärkamisaja saabudes saabus muutuste aeg ka õenduses. Jälle võis rääkida nii õenduse rajajast Florence Nightingale'ist kui ka Anna Ermast. (Rimmel, 2020). Ilve-Teisi Rimmel on olnud taasiseseisvunud Eestis õenduse põhimõtete, muutuste ja arengu eestvedajaks enam kui veerandsaja aasta jooksul. Ta on aktiivselt panustanud Eesti õenduse igakülgssesse arendamisse, seisnud koolitusprogrammide ning praktilise tegevuse muutmise ja õendustöö kvaliteedi parandamise eest. Oma tegevuse aluseks võttis Ilve-Teisi Rimmel nii Florence Nightingale'i kui ka Anna Erma õendustegevuse ideed ja põhimõtted. See sai tema elutööks.

Ilve-Teisi Rimmel toetas jõuliselt ja järjekindlalt õdede koolitamise viimist kõrghariduse tasemele. Rimmeli juhtimisel moodustati riiklik töörühm, kes alustas koos Taani Õdede Ühinguga kõrghariduse nõuetele vastava õe õppekava koostamist. Tänu koostööle avanes õppejõududel võimalus osaleda rahvusvahelistes koolitusprogrammides. Eesti Õdede Ühingu presidendina toetas Rimmel kindlameelselt meditsiinkoolide iseseisvumist. (Kõrgkooli auliige ..., dateerimata)

Alates 1980. aastate lõpust avanes Eesti õdedel võimalus tutvuda läänemaailma õendusorganistatsioonidega. Ilve-Teisi Rimmel korraldas Nightingale'ile ja Ermale pühendatud konverentse ja nende ideede tutvustamiseks arvukalt esitluskoosolekuid: 1989 toimus esimene õenduse konverents Haapsalus; 1993 Tallinnas rahvusvahelisele õdede päevale pühendatud konverents, kus käsitleti Nightingale'i elu ja tegevust. 1994 korraldati konverents „Õde Anna Erma 110” ja 1996 käsitleti vabariiklikul õdede kongressil teemat „Muutused õenduses”, lähtudes Nightingale'i ja Erma ideedest. Toimus veel teisigi koolitusi, konverentse ja ümarlaudu, kus käsitleti muutusi õenduses. (Rimmel, 2020).

Tänu Ilve-Teisi Rimmeli aktiivsele tegevusele 1996. aastal sai alguse koduõendusteenuse rajamine Eestis. Enne õdede iseseisvale tööle asumist tuli korraldada koduõendusteenuse osutamiseks asjakohane väljaõpe nii sotsiaal- kui tervishoiutöötajatele. Koduõendusteenus käivitus 1999. aastal, algul projek-



tipõhisena ja hiljem iseseisva teenusena. (Remmel, 2020). Tänu Remmeli järjekindlatele taotlustele loodi kaks iseseisvat õendusteenust – koduõendus- ja kooliõendusteenus – mis said juriidilise aluse 2002. aastal Tervishoiuteenuste korraldamise seaduses. (Tervishoiuteenuste ..., 2001).

Ilve-Teisi Remmelile on annetatud 1999. aastal Punase Risti orden ning 2006. aastal anti talle Tallinna linna aukodaniku teenetemärk õendusabi korraldamise eest Tallinnas (vt joonis 27).



**Joonis 27. Ilve-Teisi Remmel, Punase Risti ordeni omanik, 1999.** (Foto Ilve-Teisi Remmeli erakogust)

Ilve-Teisi Remmel saavutas kõrgeima, mida õe erialal oli võimalik saavutada. Kuna Ilve-Teisi armastatu hukkus enne, kui nad jõudsid abielluda, otsustas naine panustada maksimaalselt ametialasesse karjääri. (Remmel, 2008). Kuid see ei pakkunud talle siiski täit rahuldust. Üheksakümnendate aastate algul, kui Eestis oli raske üleminekuaeg, oli Remmel abiks paljudele abivajajatele. Juhtiva haiglaõena oli tal võimalik luua kontakte ning saada pakke nii Rootsist, Saksamaalt kui ka Soomest. Ta valmistas hulganisti jõulupakke ning jagas neid puudustkannatavatele peredele. Külarahvas oli sel ajal küllaltki vaene. Remmel osales Eesti Evangeeliumi Kristlaste ja Baptistide Koguduste Liidu kaudu sotsiaaltöös, olles sihtasutuse „Sõbra käsi” juhatuses. Remmel tegeles lastega, kes vajasisid toetust. Mõnedega nendest sai ta väga lähedaseks ning see lähedus kestab. (Remmel, 2008). Usk ja pühendumine on olnud Ilve-Teisi Remmeli elus tähtsal kohal ning tema panus Eesti õenduse arengusse on hindamatu.



## 5 Arutelu ja kokkuvõte

Käesoleva kultuuriloolise analüüsi peamiseks eesmärgiks oli koostada uurimus õenduse võtmeisikutest ja asetada nende elu kulg ühiskondlikule taustale. Nii elulookirjeldused kui ajaloolised fotod pakuvad võimalusi arutleda Eesti õenduse arenguloo ajaloolis-kultuurilise eripära üle Florence Nightingale'i ideede taustal. Uuringus konstrueeritakse ajastu sündmused esmaste allikate toel ning interpreteeritakse sündmusi neist lähtudes.

Nightingale'ist kujunes õenduse eestvedaja ja reformija tänu sellele, et tal oli väga palju looduse ja keskkonna poolt antud eeldusi, sh usk, päritolu ning tolle aja naise kohta väga põhjalik ja mitmekülgne haridus. Teiseks aeg, millesse ta sündis, lõi eeldused ja samas ka vajas niisuguste omadustega inimese esilekerkimist. Ta võitles ennast vabaks viktooriaanliku ühiskonna poolt naistele seatud piirangutest ning õenduse alal viis ta läbi täieliku revolutsiooni. Tema pärandi moodustab väga suur hulk kirja pandud tekste, mis pakuvad huvi ka tänapäeval. Tema sõnastatud õenduse põhitegurid – värske õhk, valgus, soojus, vaikus, puhtus ning korralik toitumine – on ka tänapäevase hügieeni ja põetamise vundamendiks. Paljuski on õendusabi edasi arenenud, kuid Nightingale'i rajatud põetamise põhimõtted on siiani elus. Nightingale'i tegid tähelepanuväärseks tema intelligentsus, energia ja muud isiklikud omadused, mis võimaldasid tal töötada kirglikult ja tohutu meeolekkindlusega ja mille tõttu ta elu kujunes saavutusrohkeks.

Florence Nightingale'i ideid tunnustas Briti valitsus ja neid hakati kiiresti järgima kogu maailmas, sh Eestis. Nightingale lõi koolkonna, mis kandis endas tervet väärtuste süsteemi kui sümboolset kapitali, mis ühendas endas kasvatuse, hariduse ja käitumiskultuuri, mida õdede kooli kasvandikud pidid omaks võtma ning järgima. Sama tugev oli Anna Erma ja Anette Massovi loodud õenduskultuur Eestis, mis samuti hõlmas õendustegevuste kõrval käitumisnorme, suhtumist, õeks ja vastutustundlikuks inimeseks olemise põhimõtteid. See õenduskultuur arenes pidevalt, kuni nõukogude aeg seda madaldas ja ruineeris. Nõukogude režiimi ajal muutus oluliselt varasem õdede koolitus, varem ehitatud õdede väljaõppesüsteem lammutati. Õdedest said keskastme meditsiinitöötajad, keda koolitati kutsekoolides pärast põhikooli (hiljem ka pärast keskkooli) lõpetamist vastavalt Nõukogude Liidu väljatöötatud programmidele. 1980. aastail algas järk-järguline vabanemine, läänemaailma ideed tungisid läbi raudse eesriide ja esile sai kerkida kolmas Eesti õenduse eestvedaja Ilve-Teisi Rimmel. Jälle oli võimalik hakata muutma õdede staatust. Nightingale'i vaateid edastati inimeselt inimesele, õelt õele. Muutunud ühiskonnas kerkisid Nightingale'i ideed uuesti esile, eriti seoses õendusfilosoofia ja uurimistööga.

1875. aastal kirjutas Nightingale eaka naise ning koolijuhatajana oma lõpetajatele järgmised read: „Terve, aktiivse meelega, töökas ja entusiastlik

naine, kes annab endast parima ega pea ennast teistest paremaks, sest ta on „Nightingale'i õde”, see on naine, keda me ootame kooli”. (Nightingale & Nash, 1914/2007: 108). Niisugune õde on oodatud ka tänapäeval.

## Kasutatud allikad

- Andrews, R. J. (2019). Florence Nightingale is a Design Hero. May her light forever shine bright. July 15. <https://medium.com/nightingale/florence-nightingale-is-a-design-hero-8bf6e5f2147> (15.06.2020).
- Anna Erma. (dat.-ta). Käsikirjaline materjal. Tallinn: Eesti Tervishoiu Muuseum SA.
- Baly, M. (1997). *Florence Nightingale and the Nursing Legacy*. London: Whurr Publishers.
- Biography of Florence Nightingale. (2020). *GreatestBritons.com*. <https://greatestbritons.com/florence-nightingale-biography.html#&gid=1&pid=dance-stairs> (19.08.2020)
- Bostridge, M. (2005). Women of the world unite... *The Guardian*. 29.01. <https://www.theguardian.com/books/2005/jan/29/featuresreviews.guardianreview35> (19.08.2020)
- Bostridge, M. (2008). *Florence Nightingale: The Woman and Her Legend*. London: Viking.
- Bou, J. (2020). Bicentenary of the birth of Florence Nightingale. *Graphic News Ltd*, May 12. <https://www.graphicnews.com/en/pages/40161/history-florence-nightingale-200th-anniversary> (16.06.2020).
- Bourdieu, P. (1993). *The Field of Cultural Production. Essays on Art and Literature*. Edited and introduced by Randal Johnson. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. (2003). *Praktilised põhjused. Teoteooriasid*. Tallinn: Tänapäev.
- Brand, S. (2018). Florence Nightingale – First Aid On The Frontline. *Seahaven Safety Training*, Dec 21. <https://seahaven-safetytraining.co.uk/blog/florence-nightingale-first-aid/> (16.06.2020).
- Clifford, J. (2003). *On the Edges of Anthropology. (Interviews)*. Chicago: Prickly Paradigm Press.
- Eesti Tervishoiu Muuseumi üheks ilusamaks museaaliks... (2016). *MuS*. Eesti Tervishoiu Muuseum. <https://www.facebook.com/misonmuisis/posts/1587326178232728/> (21.08.2020).
- Ellisor, S. (2005). *Florence Nightingale's Cassandra: The Prophet's Predecessors and Descendants*, Unpublished MA Thesis. The University of Georgia, Athens, Georgia. [https://getd.libs.uga.edu/pdfs/ellisor\\_sarah\\_p\\_200508\\_ma.pdf](https://getd.libs.uga.edu/pdfs/ellisor_sarah_p_200508_ma.pdf) (17.08.2020).
- Evans, M. (dat.-ta). *Mary Evans Picture Library*. The widest range of historical and cinema images for editorial and creative use. <https://www.maryevans.com/> (17.08.2020).
- Florence Nightingale. *A life from beginning to end*. (2018). *Hourly History*.
- Florence Nightingale. Hampshire Record Office. Archive Education Service. <http://www.hants.gov.uk/rh/archives/florence.pdf> (16.06.2020)
- Frank, G. & Lange, B. (2015). *Sissejuhatus pilditeooriasse. Pildid visuaalkultuuris*. Kaugver, K. (tõlk.) Tallinn: TLÜ Kirjastus.
- Geertz, C. (2007). *Tihe kirjeldus: Tõlgendava kultuuriteooria poole*. *Vikerkaar*, 4/5, 78–110.
- Hallett, C. E. (2005). *The Attempt to Understand Puerperal Fever in the Eighteenth and Early Nineteenth Centuries: The Influence of Inflammation Theory*. *Medical History*, 49 (1), 1–28.
- Hallett, C. E. (2020). *Nightingale, Florence: Visions and Revisions*. *Kogumikus: C. Sironi & A. La Torre (toim)*. International Conference on the History of Nursing, 13–15th February 2020, Florence, Italy. 139–145.
- In memoriam Anna Erma. (1974). *Vaba Eesti Sõna*, 01.08.
- Karlep, I. (2015). Tallinna esimene haigla ravis vaeseid tasuta. *Pealinn*, 19.10. <http://www.pealinn.ee/koik-uudised/tallinna-esimene-haigla-ravis-vaeseid-tasuta-n154893> (19.08.2020)
- Kikas, T. (2018). *Annette Vilhelmine Massov (Massov)*. *Geni*. 13.01. <https://www.geni.com/people/Annette-Vilhelmine-Massov/6000000008495367869> (17.08.2020)
- Kiviranna, R. (1939). *Rahvusvaheline teenetemärk Tallinna halastajaõele: kes oli Florence Nightingale? Eesti Kirik* (1939) 17.05., nr 20 (773), 7.
- Knight, R. (2015). *Photograph of Florence Nightingale*. Dec, 21. <https://blog.redcross.org.uk/health/2015/12/art-past-christmas-card-florence-nightingale/attachment/photograph-of-florence-nightingale/> (16.06.2020).
- Kõrgkooli auliige Ilve-Teisi Rimmel. (dat.-ta). *Tartu Tervishoiu Kõrgkooli koduleht*. <https://www.nooruse.ee/et/korgkoolist/ajalugu/auliikmed/ilve-teisi-remmel> (10.07.2020)
- Krimmi sõda. (1996). *Eesti Entsüklopeedia*, MerLe, 1996. [http://entsyklopeedia.ee/artikkel/krimmi\\_s%C3%B5da2](http://entsyklopeedia.ee/artikkel/krimmi_s%C3%B5da2). (17.06.2020).

- Lenthall, H. (ca 1856). Florence Nightingale. Printed by H. Lenthall, after W. E. Kilburn albumen carte-de-visite, 1864-1877. NPG x16136. National Portrait Gallery, London. <https://www.npg.org.uk/collections/search/portrait/mw123091> (17.08.2020).
- Lewis, J. J. (2019). Biography of Florence Nightingale, nursing pioneer. ThoughtCo. Humanities: History & Culture. July 21. <https://www.thoughtco.com/about-florence-nightingale-3529854>. (16.06.2020).
- McDonald, L. (2009). Florence Nightingale: Extending Nursing: Volume 13 of the Collected Works of Florence Nightingale. Guelph University Press, Waterloo.
- McDonald, L. (2015). The Lady with the Lamp: the Legacy of Florence Nightingale and the Evolution of Nursing. <https://87414007.weebly.com/florence-nightingale-school-of-nursing-and-midwifery.html> (19.08.2020)
- McDonald, L. (2020). Florence Nightingale, Nursing and Health Care: The Worldwide Legacy. Kogumikus: C. Sironi & A. La Torre (toim). International Conference on the History of Nursing, 13–15th February 2020, Florence, Italy. 66–67.
- Miller, R. L. (2000). Researching life stories and family histories. SAGE Publications Ltd.
- Nightingale, F. (1928). Cassandra. Raamatus: Strachey, R. (koost.). The Cause: A Short History of the Women's Movement in Great Britain. Bath, Cedric Chivers: Appendix 1, 395–418.
- Nightingale, F. (2018). Notes on Nursing. What it is and what it is not. New York: Dover Publications, INC. (Esmakordselt avaldatud 1859).
- Nightingale, F. & Nash, R. N. (2007). Florence Nightingale to her Nurses: a Selection From Miss Nightingale's Addresses to Probationers and Nurses of the Nightingale School at St. Thomas's Hospital. London: Macmillan. (Esmakordselt avaldatud 1914).
- Otsasoo, M. (1940). Vestluses Anna Erma'ga. Eesti Naine, 3.
- Pöder, M. (1997). Esimene ja seni ainuke Florence Nightingale'i medali pälvinud eesti öde – Anette Massov. Eesti Öde, 2, 18.
- Rahvusvaheline teenetemärk Eesti öele, kes ravinud haavatuid kolmes sõjas. (1939). Uus Eesti, nr 129, 13.05. <https://dea.digar.ee/cgi-bin/dea?a=d&d=uuseesti19390513.2.95> (17.08.2020)
- Reinart, H. (2019). Eesti haiglaõdede esima. Postimees. Arter, 11.05, 12–14.
- Rommel, I.-T. (2008). Kui jõuluajal on teistel kõigil keegi... Teekäija, 12. <http://teek.ee/index.php/teemad/8-person/442-kui-jouluajal-on-teistel-koigil-keegi> (21.08.2020).
- Rommel, I.-T. (2020). Telefoniintervjuu temaga. 06.07.
- Renders, H., Haan, B. de & Harmsma, J. (2017). The biographical turn. Biography as critical method in the humanities and in society. Kogumikus: H. Renders, B. de Haan, & J. Harmsma (toim.). The biographical turn. Lives in History. NY: Routledge.
- Sarapuu, B. (2020). Daam lambiga viis ellu revolutsiooni kätepesus. Postimees. Aja Peegel, 6. mai. <https://leht.postimees.ee/6966189/daam-lambiga-viis-ellu-revolutsiooni-katepesus> (12.05.2020)
- Selanders, L. (2020). Florence Nightingale. British nurse, statistician, and social reformer. Encyclopædia Britannica. <https://www.britannica.com/biography/florence-nightingale> (16.06.2020).
- Shetty, A. P. (2016). Florence Nightingale: The queen of nurses. Archives of Medicine and Health Sciences, 4, 1, 144–148, Jan–Jul.
- Shiller, J. (2007). The true Florence: Exploring the Italian birthplace of Florence Nightingale. RN Magazine. Dec 1. <https://www.countryjoe.com/nightingale/house.htm> (16.06.2020).
- Talvik, M., Tulva, T. & Ernits, Ü. (2020). Nursing in Estonia and its Initiators in the Context of Florence Nightingale's Ideas. Kogumikus: C. Sironi & A. La Torre (toim). International Conference on the History of Nursing, 13–15th February 2020, Florence, Italy. 79–80.
- Tamm, M. (2016). Humanitaarteaduse metodoloogia. Uusi väljavaateid. Tallinn: TLÜ Kirjastus.
- Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. (2001.) RT I 2001, 50, 284. <https://www.riigiteataja.ee/akt/110032011009?leia-kehtiv> (21.08.2020).
- Zinn, J. O. (2004). Introduction to Biographical Research (Working paper 2004/4). Canterbury: Social Contexts and Responses to Risk Network. University of Kent.

# Standarditud õenduskeele kasutuselevõttust tervishoiuasutustes uuringutele ja koostööprojektidele tuginedes

**Irma Nool, RN, MSc; Mare Tupits, RN, MSc; Kristi Puusepp, RN, MSc**

## 1 Sissejuhatus

Eesti on seadnud sihiks jõuda 2025. aastaks 3N-terviksüsteemi kasutajate hulka, mis hõlmab endas NANDA-I õendusdiagnoose, õendustulemuste ja õendussekkumiste klassifikatsioone. Kuigi NANDA-I on eestikeelsena kolmes erinevas järjepidevas versioonis, on veel NANDA-I õendusdiagnooside kasutamine Eesti tervishoiuasutustes erineval tasemel. Terviksüsteemiks vajalikku õendussekkumiste ja õendustulemuste klassifikatsioone ei ole eesti keelde tõlgitud. See jätab terviksüsteemi rakendamisel õed kvaliteetse õendusabi osutamisel poolele teele ja mõjutab sellega patsiendi terviseteeonna otsuseid ja tulemusi. 3N saab tulevikus olla õendus kvaliteedi üheks indikaatoriks, mis võimaldab planeerida ja tagada kõrge kvaliteedimärgiga õendusabi ning seda ühtselt hinnata. (Puusepp, 2019).

Õendusdokumentatsioon on paberkandjal või digitaalsel kujul eksisteeriv dokument. Õendusdokumentatsioon sisaldab kvalifitseeritud õe poolt tehtud sissekandeid, mis kajastavad õendusprotsessis tehtud otsuseid, nende põhjendusi, planeeritud ja teostatud õendustegevusi ning protsessi tulemuslikkuse hindamist. Õendusdokumentatsiooni eesmärk on tagada tervishoiuspetsialistide vaheline kommunikatsioon, tegevuste järjepidevus ja patsiendi turvalisus. (Wang jt, 2011: 1859; Borsato jt, 2011: 531; Mykkänen jt, 2016: 467).

Kaasaegses rahvusvahelises tervishoiusüsteemis peetakse õendusdokumentatsiooni äärmiselt oluliseks. Kvaliteetne õendusdokumentatsioon on aluseks struktuurse, järjepideva ja efektiivse kommunikatsiooni tekkimisele ning patsientidele pakutava individuaalse ravi kvaliteedi tõusule. (Saranto jt, 2009: 465; Jefferies jt, 2010: 112). Kvaliteetne õendusdokumentatsioon peab olema patsiendikeskne, kirjeldama kõiki õendustegevusi, tuginema õdede objektiivsetel kliinilistel otsustel, järgima loogilisuse ja järjepidevuse printsiipi, olema kirjutatud reaalses, kirjeldama teostatud ravi erinevaid aspekte ning täitma juriidilisi nõudeid. (Jeffries jt, 2010: 119–121).

Haiglates on dokumenteerimine sageli pealiskaudne ja ebatäpne. (Prideaux, 2011: 1451). Õed kipuvad hoidma dokumenteerimist lahus patsientidele pakutavast kliinilisest hooldusest ning ei pea seda osaks õendusega seotud protsessist. (Stevens, 2010: 45; Prideaux, 2011: 1454). Pikemas perspektiivis viib see ebakvaliteetse õendusdokumentatsioonini, mis takistab lihtsat, struktureeritud ja fokuseeritud erialaspetsialistide vahelist suhtlust, mis omakorda mõjutab patsientidele suunatud raviteenuse kvaliteeti (Saranto jt, 2009: 465; Wang jt, 2011: 1858; Inan jt, 2013: 82).

Praktikas saab õendusdokumentatsiooni kvaliteedi parendamise eesmärgil rakendada standarditud õenduskeelt. Standarditud õenduskeeleks nimetatakse üheselt mõistetavate terminite kogu, mida kasutatakse selleks, et kirjeldada patsiendi terviseseisundi hindamise põhjal tehtaaid kliinilisi otsuseid (õendusdiagnoose), sekkumisi ja saadud tulemusi. (Herdman ja Kamitsuru, 2016: 105). Standarditud õenduskeelt on arendatud üle neljakümne aasta ning sellest on saanud professionaalse õenduspraktika oluline osa. (Jones jt, 2010: 253). Standarditud õenduskeele kasutamine võib parandada dokumenteerimise täpsust, töötajate kompetentsi ja kriitilise mõtlemise oskust. (Hasegawa jt, 2007: 101).

Õendusdokumentatsiooni hindamiseks kasutatakse mitmesuguseid auditeerimise instrumente ja/või meetodeid. Erinevad meetodid lähtuvad uurijate erinevast arusaamast sellest, mida kvaliteetse dokumenteerimise juures oluliseks peetakse, sageli lähtutakse kohalikest nõudmistest ja eripärast. (Saranto jt, 2009: 474; Wang jt, 2011: 1858). Olenemata konkreetsest meetodist, peaks kaasaegne õendusdokumentatsiooni hindamine võimaldama esile tuua õendusdokumentatsiooni puudusi ja nõrkusi. (Borsato jt, 2011: 528), kuid mitte ainult. Lisaks vajakajäämistele väljaselgitamisele saab auditi tulemusele toetudes välja tuua ka olukorda parendavad ettepanekud ja võimalikud lahendused. (Setz jt, 2009: 314).

Maailmas kasutatakse õendusdokumentatsiooni kvaliteedi hindamiseks erinevaid mõõdikuid, nagu Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes (Q-DIO), D-Catch, The Quality of Australian Nursing Documentation in Aged Care (QANDAC). Hindamisel rakendatakse nii kvantitatiivset kui kvalitatiivset lähenemisviisi. Mõõdikute kasutamist õendusdokumentatsiooni hindamisel raskendavad erinevad mõõtmiseesmärgid ning dokumenteerimise süsteemid, mille tõttu ei ole mõõdikud alati kõigile kohandatavad. Tavaliselt hinnatakse õendusdokumentatsiooni puhul kolme kvaliteedi näitajat: struktuuri ja formaadi kvaliteeti, dokumenteerimisprotsessi kvaliteeti ja dokumenteerimise sisu kvaliteeti. Kvaliteedi hindamisel peab arvestama kohalikke nõudmisi ja toetuma Maailma Terviseorganisatsiooni standarditele. (Wang jt, 2014: E18–E19).

Ka Eestis on õendusdokumentatsioon ebaühtlase kvaliteediga ning see takistab õendusabi kättesaadavust ja järjepidevust. Peale selle ei ole õendusabi järjepidevaks hindamiseks ja võrdlemiseks kasutusel kvaliteedinõudeid ja -näi-

tajaid. (Kaheksa sammu ..., 2011: 6). Uuringus, milles osales 20 Euroopa riiki, k.a Eesti, selgus, et puudub õendusloo ühtne ülesehitus. Samuti selgus, et puuduvad ühtsed mõõdikud, mille alusel hinnata õendusdokumentatsiooni ja õendusdiagnooside kvaliteeti. (Thoroddsen jt, 2012). Eesti haigekassa poolt läbiviidud uuringust selgus, et aastatega on õendusdokumentatsioon Eestis paranenud, kuid ikkagi esineb veel puudujääke. (Kokkuvõtte kliinilisest..., 2017: 311).

Hollandis hinnati D-Catch instrumendiga õendusdokumentatsiooni kvaliteeti statsionaarsetes osakondades täiskasvanud patsientide õenduslugudes Hollandis, kus selgus, et kõige madalam oli õendussekkumiste kvaliteet ja kõige kõrgem esmase õendusanamneesi kvaliteet. (Paans jt, 2010: 1934). Teises Hollandi uuringus uuriti õendusdokumentatsiooni kvaliteeti pikaravihaiglates ja leiti, et ainult 52,8% õenduslugudest olid üles ehitatud vastavalt õendusprotsessile. (Tuinman jt, 2017: 580). Koolituse mõju õendusdiagnooside dokumenteerimise kvaliteedile on uuritud Kreekas koduõenduses töötavate õdede seas, kus õdedele viidi läbi 60 tunni ulatuses koolitus, mis hõlmas seminare, kahepoolseid küsimusi-vastuseid, grupitööd ja situatsioonülesannete lahendamist. Uuritavateks olid õed ning õendusdokumentatsiooni kvaliteeti ei uuritud. Selgus, et pärast koolitust paranesid nii patsientide terviseprobleemide märkamine kui ka õendusdiagnooside kvaliteet. (Patiraki jt, 2017: 91). Brasíllias kardiointensiivravi osakonnas viidi läbi sekkumisuuring, kus osakonna õdesid koolitati 30 tunni ulatuses nii teoorias kui praktilises õppes, milleks oli osakonnas olevate juhtumite analüüs. Uuringust selgus, et pärast koolitust oli paranenud õendusdokumentatsiooni kvaliteet pea igas elemendis, eriti just õendusdiagnooside püstitamise ja sekkumiste asjakohasuses. (Linch jt, 2017: 5). Samadele tulemustele jõuti ka Šveitsis üldhaiglas läbiviidud uuringus. (Bruylants jt, 2013: 168). Norras korraldatud uuringust selgus, et koolituse käigus suurenes õdede omanikutunne uute ideede ning õendusdokumentatsiooni täitmise suhtes. (Vabo jt, 2017: 988).

Ametlikult on NANDA-I õendusdiagnooside õpetamine olnud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli õppekavas alates 2013/2014. õppeaastast, kuna 2013. aastal publitseeriti eesti keelde tõlgituna „NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2012 – 2014“. Siiski on NANDA-I õendusdiagnoose õpetatud juba alates 2006. aastast, kui eestikeelset käsiraamatut veel ei olnud. Alates 2013. aastast on Tallinna Tervishoiu Kõrgkool läbi viinud koolitusi õendusõpetajatele, õendusjuhtidele ja haiglas töötavatele õdedele. Tervishoiutöötajatele on koolitusi korraldatud nii erinevates koduõendust pakkuvates asutustes, ravikeskustes kui ka haiglates. Artiklis antakse ülevaade neljast õendusdokumentatsiooni uuringust, milles käsitletakse NANDA-I koolitusi ja nende kasutegurit, õdede motivatsiooni koolitusel osaleda, õendusloo dokumenteerimist ning õendusdokumentatsiooni kvaliteeti.

## 2 Esimene koduõdede seas läbi viidud uuring

Esimene uuring, mis keskendus NANDA-I õendusdiagnooside kasutamise õpetamisele, viidi läbi 2015. aastal koduõdede seas, kus küsitleti 27 koduõde, kellest 23 oli värskest läbinud NANDA-I õendusdiagnooside koolituse. Uurimistöö eesmärk oli kirjeldada NANDA-I õendusdiagnooside koolituse mõju õenduspraktikale koduõenduses.

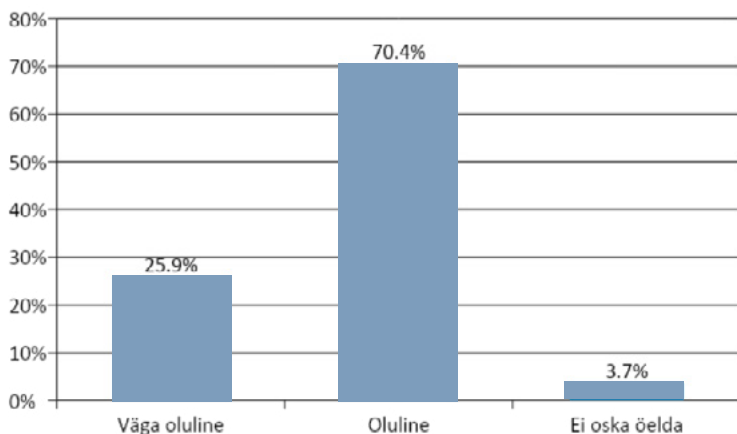
**Andmete kogumine.** Andmete kogumisel kasutati uurimistöö autorite poolt koostatud anonüümset küsimustikku. Küsimustikud jagati koduõdedele peale NANDA-I koolituse lõppu.

**Andmete analüüs.** Andmete analüüsimisel kasutati Sotsiaalteaduste Statistikapaketti SPSS 19.0. Kasutati kirjeldavat statistikat ja sagedustabeleid. Võrdlemaks koduõdede hinnanguid vastavalt haridustasemele kasutati x2-testi. Statistiliselt oluliseks arvestati seosed, kus  $p < 0,05$ .

**Tulemused.** Uurimuses osalenud koduõdedest oli kutseharidusega 16 (59,3%) ja rakenduskõrgharidusega 11 (40,7%). Magistrikraadi ei omanud mitte ükski. Keskmine tööstaaž õena oli  $28,6 \pm 14,57$  aastat, lühim tööstaaž 1 aasta ja pikim 49 aastat. Keskmine tööstaaž koduõena oli  $26 \pm 9,46$  aastat, lühim tööstaaž oli 1 aasta ja pikim 13 aastat.

Enamik koduõdedest – 24 (85,7%) pidas oma teadmisi täiesti piisavaks, et mõista NANDA-I olemust ja seda töös kasutada ning 3 (10,7%) täiesti piisavaks. Küsimusele jättis vastamata 1 (3,6%) koduõde.

Üle poolte – 19 (70,4%) koduõdedest pidas oluliseks väidet, et NANDA-I kasutamine võimaldab kasutada õdedel ühtset keelt, 7 (25,9%) väga oluliseks ja 1 (3,6%) koduõde ei osanud öelda, kui oluline see on (vt joonis 1).



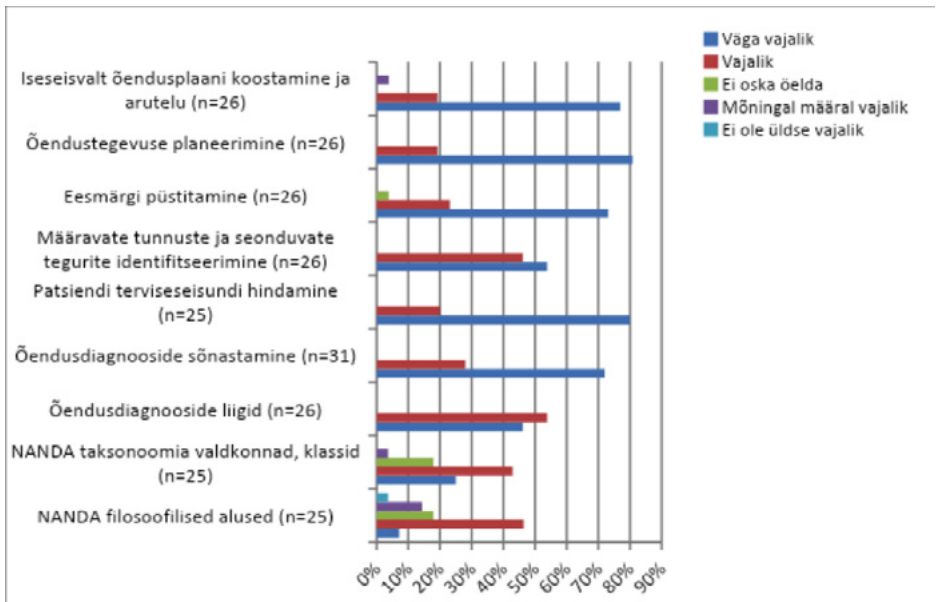
Joonis 1. Väite „NANDA-I kasutamine võimaldab kasutada õdedel ühtset keelt“ olulisus koduõdede arvates (n=27).



Siiski esines statistiliselt oluline erinevus vastavalt haridusele: kõik 14 (100%) kutseharidusega koduõde pidas oluliseks väidet, et NANDA-I kasutamine võimaldab kasutada õdedel ühist keelt. Samas rakenduskõrgharidusega õdede puhul oli nii neid, kes pidasid seda väidet väga oluliseks kui ka neid, kes pidasid oluliseks ( $\chi^2=12,371$ ;  $p=0,002$ ).

Kõige enam on pärast NANDA-I koolituse läbimist kaasanud peret diagnooside dokumenteerimisse rakenduskõrgharidusega koduõded ( $\chi^2=12,492$ ;  $p=0,014$ ).

Koduõdedest enamus nõustus, et NANDA-I õendusdiagnooside kasutuselevõtmine eeldab spetsiaalset koolitust, kriitilist mõtlemist, aega dokumenteerimiseks ning parendab õendusabi kvaliteeti. Kõige vajalikumaks pidasid koduõded NANDA-I koolitusel käsitletavatest teemadest õendustegevuse planeerimist, seda pidas väga vajalikuks 21 (80,8%) koduõdedest ning patsiendi tervises seisundi hindamist, pidas väga vajalikuks 18 (80%). Kõige vähem vajalikuks peeti NANDA-I filosoofiliste aluste tutvustamist, kus 1 (3,6%) koduõde ei pidanud seda üldse vajalikuks ning väga vajalikuks pidas seda teemat ainult 2 (7,1%) koduõde (vt joonis 2).



Joonis 2. Teemade vajalikkus NANDA-I koolitusel koduõdede arvates.

Määravate tunnuste ja seonduvate tegurite identifitseerimise käsitlemist pidasid väga vajalikuks teemaks eeskätt rakenduskõrgharidusega koduõded ( $\chi^2=7,073$ ;  $p=0,0082$ ).

### 3 Uuring koduõendusteenuse osutajate kohta

**Uurimistöö eesmärk.** Kirjeldada õendusabi dokumenteerimist ja koolitust koduõendusteenust osutavates asutustes.

**Valim.** Koduõendusteenust osutavad Eesti Haigekassa lepingupartneriteks olevad asutused. Valimi moodustasid 48 järgmiste maakondade koduõendusteenust osutavad asutused: Harjumaa (sh Tallinn), Lääne-Virumaa, Ida-Virumaa, Järvamaa, Raplamaa, Pärnumaa, Läänemaa, Saaremaa, Hiiumaa. Neis maakondades oli Haigekassal 48 koduõendusteenuse lepingupartnerit, millest kolm asutust osutavad teenust enam kui ühes maakonnas. Küsimustikule jättis vastamata 26 koduõendusasutust, 4 asutust vastas, et ei osuta koduõendusteenust. Seega vastas küsimustikule 22 (45,8%) koduõendusteenust osutavat asutust.

**Andmete kogumine.** Andmete kogumise meetodina kasutati suletud ja avatud küsimustest koosnevat küsimustikku. Andmeid koguti oktoobris 2018.

Andmete analüüs: Andmete analüüsimisel kasutati sotsiaalteaduste statistika-paketti SPSS 19.0, kirjeldavat statistikat.

**Tulemused.** Keskmiselt on asutused pakkunud koduõendusteenust  $12,4 \pm 3,20$  aastat, maksimaalselt 17 aastat ja minimaalselt 7 aastat. Keskmiselt pakkus ühes asutuses koduõendusteenust  $11,5 \pm 3,20$  koduõde, maksimaalselt 47 koduõde. Õendusdokumentatsiooni täideti nii paber kandjal kui elektrooniliselt (vt tabel 1).

**Tabel 1. Õendusdokumentatsiooni täitmine paber kandjal ja/või elektrooniliselt.**

Õendusloo dokumenteerimise vorm	n	%
Ainult paberil	5	22,7
Ainult elektrooniliselt	2	9,1
Nii paber kandjal kui elektrooniliselt	15	68,2

Tabelist 2 võib näha, et elektroonilisel dokumenteerimisel kasutasid koduõendusteenust osutavad asutused erinevaid programme.

**Tabel 2. Elektroonilisel dokumenteerimisel kasutatavad programmid.**

Elektroonilised dokumenteerimisprogrammid	n	%
LIISA	4	25,0
Perearst	2	12,5
Watson	2	12,5
MIS	2	12,5
RAAI	1	6,3
eHealth	1	6,3
ESTER	4	25,0

Enamik koduõendusteenust osutavate asutuse juhte (18 ehk 81,8%) oli veendunud, et asutuse õdedel on huvi osalemaks õendustegevuse dokumenteerimise koolitusel (vt tabel 3).

**Tabel 3. Asutuste õedede huvi osalemaks õendustegevuse dokumenteerimise koolitustel.**

Õdede huvi osaleda koolitusel	n	%
On huvi osaleda	18	81,8
Ei ole huvi osaleda	3	13,6
Ei oska öelda	1	4,5

Veidi üle poole (13 ehk 59,1%) koduõendusteenust osutavate asutuste juhtidest oli arvamusel, et NANDA-I õendusdiagnooside koolitue võiks läbi viia osaliselt e-õppena (vt tabel 4).

**Tabel 4. Eelistatud formaat NANDA koolituse läbiviimiseks.**

NANDA koolituse läbiviimise formaat	n	%
Koolituse võiks osaliselt läbi viia e-õppena	13	59,1
Koolituse peaks läbi viima ainult kontakttundidena	9	40,9

27,3% vastanutest (6 asutust) ei näinud NANDA-I kasutuselevõttus patsiendile mingit kasu, 13,6% vastanutest (3 asutust) ei osanud küsimusele vastata ning ülejäänud 59,1% (13 asutust) nägid NANDA-Is mitmeid kasutegureid. Kasuteguritest toodi välja ühtse arusaama kujunemine patsiendi seisukorrast ja dokumenteerimise arusaadavus, tõenduspõhisus ning konkreetus. Toodi välja ka paremat võimekust koostöök, suuremal määral patsiendi kaasamist, mis suunab osa vastutusest paranemise eest ka patsiendile; patsiendilähedust, hoolistlikumat lähenemist ning analüüsi põhjalikkust.

4 asutust (18,2%) ei näinud NANDA-I kasutusele võttus õe tööle mingit kasu, 3 asutust (13,6%) ei osanud küsimusele vastata ning 15 asutust (68,2%) nägi NANDA-I kasutusele võttus õe tööle mitmesuguseid kasutegureid. 6 asutust (40,0%), asutustest kes nägi NANDA-I kasutusele võtmises kasu õe tööle, töid välja õe töö lihtsustamise, 5 asutust (33,3%) nägi kasu eeskätt ühtsemas arusaamas ja 4 asutust (26,7%) korrektsemas vormistuses. Veel toodi välja NANDA-I kasutuselevõtmise kaudu mõõdetav kvaliteet, sissekannete täpsemaks muutumine ja dokumenteerimisprotsessi ühtlustumine. Välja toodi ka soovitus muuta NANDA elektrooniliseks, mis lihtsustaks ning kiirendaks õe tööd.

6 asutust (27,3%) ei näinud NANDA-I kasutusele võttus asutusele mingit kasu, 1 asutus (4,5%) ei osanud küsimusele vasta ning 15 asutust (68,2%) leidsid NANDA-I kasutusele võttus asutusele erinevaid kasutegureid. Välja toodi dokumenteerimine kui asutuse kvaliteedi näitaja ning ühtsem, korrektsem, pädevam ja selgem dokumentatsioon. Avaldati arvamust ka, et praegusel kujul ei ole

NANDA-Ist kasu, ent kui see oleks loodud elektroonilise süsteemina nagu seda on RHK diagnoosid, oleks seda võimalik kasutusele võtta. Toodi esile, et raamatust otsimine on ebamugav ning vaevaline.

## 4 Koostööprojektid SA Tallinna Lastehaiglaga ja AS Lääne-Tallinna Keskhaiglaga

Suuremahulised projektid käivitusid 2015. aastal SA Tallinna Lastehaiglaga ja 2018. aastal AS Lääne-Tallinna Keskhaiglaga sama meetodika alusel. SA Tallinna Lastehaiglas lõppes uuringuperiood 2018. aasta lõpus ning AS Lääne-Tallinna Keskhaiglas on uuringuperioodi lõpuks 2021 detsember, kuid õendusabi kliinikus on uuring juba lõppenud. Sekkumismeetodina kasutati NANDA-I õendusdiagnooside koolitust õdedele. Koolitusel osalesid kõik SA Tallinna Lastehaigla ja AS Lääne-Tallinna Keskhaigla õed. Koolitust viidi läbi SA Tallinna Lastehaiglas 10 osakonnas ja AS Lääne-Tallinna Keskhaiglas 15 osakonnas vastavalt ajakavale. Kõiki õdesid koolitati etapiviisiliselt 16 tunni ulatuses NANDA-I teoreetilistest alustest. Teine kaheksatunnine koolitus seisnes iga osalenud õe enda poolt koostatud elektroonilise õendusloo analüüsis ja ühisarutelus.

**Uurimistöö eesmärk.** Hinnata õendusdokumentatsiooni kvaliteeti enne ja pärast NANDA-I õendusdiagnooside koolitust.

**Uurimisobjektid.** Uurimuses hinnati õendusdokumentatsiooni kvaliteeti kolm kuud enne ja kolm kuud pärast koolitust. Õenduslood valiti juhuslikult haigla elektroonilisest andmebaasist LIISA haigla IT-spetsialisti poolt.

**Kaasaarvamise kriteeriumid.**

Patsient viibis haiglas vähemalt 3 päeva.

Patsiendile oli koostatud individuaalne õendusplaan, mis oli vähemalt osaliselt täidetud.

Kokku hinnati SA Tallinna Lastehaiglas 105 õenduslugu, neist 50 enne koolitust ja 55 pärast koolitust. AS Lääne-Tallinna Keskhaigla õendusabi kliinikus hinnati enne koolitust 54 ja pärast koolitust 47 õenduslugu.

**Andmete kogumine.** Andmete kogumiseks kasutati D-Catch instrumenti, mis võimaldab õendusdiagnoose hinnata PES-formaadis (P-probleem, E-etioloogia, S-sümptomid ja märgid). Tulemusi hinnati kvantiteedis ja kvaliteedis 4-astmelisel Likert skaalal ning summaskoorina arvutati kokku kvantiteedi ja kvaliteedi näitaja skaalal 2–8. Andmete kogumiseks kasutati vaatlusprotokolle, kus toodi välja ka õenduslugudes olevad õendusdiagnoosid koos seonduvate teguritega ja määravate tunnustega.

AS Tallinna Lastehaigla projekti oli kaasatud 30 üliõpilast ning projekti käigus valmis 10 lõputööd. AS Lääne-Tallinna Keskhaigla projektis osaleb 54 üliõpilast, selle käigus valmib 15 lõputööd. Üliõpilased teevad lõputööd mitmekesi, kuna meetodiliselt peab ühte ja sama õenduslugu hindama vähemalt kaks inimest ning lõpuks jõutakse ühise arutelu tulemusena konsensuskoorini.

**Andmete analüüs.** Andmeid analüüsiti sotsiaalteaduste paketi SPSS 19.0. Kasutati kirjeldavat statistikat, tuues välja aritmeetilised keskmised, mediaani ja standardhälbe. D-catch instrumendi keskmiste väärtuste võrdlemiseks enne ja pärast koolitust kasutati Mann Whitney U testi, oluliseks arvestati erinevused, kus  $p < 0.05$ .

**Tulemused.**

Analüüsides SA Tallinna Lastehaiglas õenduslugude kvaliteeti enne ja pärast koolitust, anti kõige kõrgem hinnang nii enne kui pärast koolitust õendusdokumentatsiooni loetavusele (keskmine  $3.96 \pm 0.20$  vs  $3.95 \pm 0.21$ ). Kõige madalam hinnang oli enne koolitust õendusdiagnooside korrektsuse kvaliteedi näitajatel ( $2.14 \pm 1.00$ ) ning pärast koolitust tulemuste kvantiteedi näitajatel ( $2.85 \pm 1.08$ ). Statistiliselt olulised erinevused õendusdokumentatsiooni kvaliteedi paranemises olid kõikides valdkondades peale õendusdokumentatsiooni loetavuse ja õendusanamneesi kvantiteedi (vt tabel 5).

**Tabel 5. Erinevused õendusdokumentatsiooni kvaliteedis enne (N=50) ja peale (N=55) NANDA-I õendusdiagnooside koolitust õdedele SA Tallinna Lastehaiglas.**

Hinnatav komponent	Enne koolitust (N=50)				Peale koolitust (N=55)				p-väärtus
	Mean	SD	Median	Min-max	Mean	SD	Median	Min-max	
Õendusloo struktuur (kvaliteet)	3.28	0.83	3.50	1-4	3.73	0.49	4.00	2-4	0.003
Õendusanamnees (kvantiteet)	3.56	0.64	4.00	2-4	3.78	0.42	4.00	3-4	0.074
Õendusanamnees (kvaliteet)	3.14	0.61	3.00	2-4	3.44	0.76	4.00	1-4	0.008
Õendusanamnees (summaskoor)	6.70	1.10	7.00	4-8	7.22	0.92	7.00	4-8	0.008
Õendusdiagnoosid (kvantiteet)	2.66	1.20	2.00	1-4	3.58	0.94	4.00	1-4	<0.001
Õendusdiagnoosid (kvaliteet)	2.14	1.00	2.00	1-4	3.16	0.90	3.00	1-4	<0.001
Õendusdiagnoosid (summaskoor)	4.80	1.84	4.50	2-8	6.75	1.69	7.00	2-8	<0.001
Õendussekumised (kvantiteet)	2.46	1.13	2.00	1-4	3.16	0.96	3.00	1-4	0.001
Õendussekumised (kvaliteet)	2.48	1.07	3.00	1-4	3.22	0.90	3.00	1-4	<0.001
Õendussekumised (summaskoor)	4.94	2.06	5.00	2-8	6.38	1.78	7.00	2-8	<0.001
Tulemused (kvantiteet)	2.32	0.98	2.00	1-4	2.85	1.08	3.00	1-4	0.009
Tulemused (kvaliteet)	2.38	0.92	2.00	1-4	3.04	1.12	3.00	1-4	0.001
Tulemused (summaskoor)	4.76	1.83	5.00	2-8	5.90	2.11	6.00	2-8	0.003
Loetavus (kvaliteet)	3.96	0.20	4.00	3-4	3.95	0.21	4.00	3-4	0.728

Analüüsid AS Lääne-Tallinna Keskhaigla õendusabi kliiniku õenduslugude kvaliteeti enne ja pärast koolitust, anti kõige kõrgem hinnang enne koolitust õendusloo struktuuri kvaliteedile ( $3.87 \pm 0.34$ ) ning pärast koolitust õendusdokumentatsiooni loetavuse kvaliteedile ( $3.91 \pm 0.28$ ). Kõige madalamalt hinnati enne koolitust õendusdiagnooside korrektsust kvantiteedi näitajatel ( $3.04 \pm 0.64$ ) ning pärast koolitust tulemusi kvaliteedi näitajatel ( $2.98 \pm 0.73$ ). Pärast koolitust paranes statistiliselt oluliselt õendusanamneesi kvaliteet ja summaskoor, õendusdiagnooside ning õendussekumiste kvantiteet, kvaliteet ja summaskoor. Statistiliselt olulisi muutusi ei olnud õendusloo struktuuri kvaliteedis, õendusanamneesi kvantiteedis, tulemuste kvaliteedis ning summaskooris ja loetavuse kvaliteedis. Mõnevõrra halvenes aga peale koolitust tulemuste kvantiteet (vt tabel 6).

**Tabel 6. Erinevused õendusdokumentatsiooni kvaliteedis enne (N=55) ja pärast (N=50) NANDA-I õendusdiagnooside koolitust õedele AS Lääne-Tallinna Keskhaigla õendusabi kliinikus.**

Hinnatav komponent	Enne koolitust (N=50)				Peale koolitust (N=55)				p-väärtus
	Mean	SD	Median	Min-max	Mean	SD	Median	Min-max	
Õendusloo struktuur (kvaliteet)	3.87	0.34	4.00	3-4	3.83	0.43	4.00	2-4	0.750
Õendsanamnees (kvantiteet)	3.54	0.54	4.00	2-4	3.57	0.49	4.00	3-4	0.499
Õendusanamnees (kvaliteet)	3.57	0.68	3.00	2-4	3.66	0.48	4.00	3-4	0.002
Õendusanamnees (summaskoor)	6.85	1.04	7.00	5-8	7.30	0.91	8.00	6-8	0.027
Õendusdiagnoosid (kvantiteet)	3.04	0.64	3.00	2-4	3.53	0.58	4.00	2-4	<0.0001
Õendusdiagnoosid (kvaliteet)	3.07	0.75	3.00	1-4	3.51	0.66	4.00	2-4	0.002
Õendusdiagnoosid (summaskoor)	6.11	1.11	6.00	3-8	7.06	1.16	8.00	4-8	<0.0001
Õendussekumised (kvantiteet)	3.69	0.47	4.00	3-4	3.87	0.40	4.00	2-4	0.015
Õendussekumised (kvaliteet)	3.43	0.56	3.00	2-4	3.81	0.45	4.00	2-4	<0.0001
Õendussekumised (summaskoor)	7.11	0.90	7.00	5-8	7.60	1.04	8.00	3-8	<0.0001
Tulemused (kvantiteet)	3.46	0.61	4.00	2-4	3.06	0.79	3.00	1-4	0.009
Tulemused (kvaliteet)	3.24	0.73	3.00	1-4	2.98	0.73	3.00	1-4	0.339
Tulemused (summaskoor)	6.70	1.18	7.00	4-8	6.04	0.76	6.00	2-8	0.091
Loetavus (kvaliteet)	3.83	0.38	4.00	3-4	3.91	0.28	4.00	3-4	0.224

## 5 Arutelu ja järeldused

Läbi viidud uurimuste tulemused näitavad selgelt koolitamise vajalikkust ja kasulikkust 3N terviksüsteemi juurutamisel Eesti õenduspraktikas. Viimastel aastatel on tõusnud tervishoiuasutuste arv, kes soovivad koolitusi õdede teadmiste täiendamiseks mitte ainult NANDA-I, vaid kogu 3N alal. Kuna tervishoiuasutustes töötavad erineva haridustaseme, kogemuse ja 3N ettevalmistusega õed, on vajalikud järjepidevad koolitused osutatava õendusabi kvaliteedi ühtlustamiseks.

Koduõdede hulgas läbi viidud uuringus selgus, et õed mõistavad NANDA-I kasutuselevõttust tulenevat reaalselt kasu, kuna see võimaldab õdedel kasutada ühtset erialast keelt, mis eeldab aga spetsiaalset koolitust. Kõige vajalikumaks pidasid koduõed koolitusel õendustegevuse planeerimise käsitlemist ning patsiendi terviseseisundi hindamist. Kõige vähem vajalikuks peeti NANDA-I filosoofilisi aluseid. See näitab, et õed on eelkõige huvitatud praktilistest juhistest, kuidas NANDA-I õendusdiagnoose kasutada. Samas filosoofilised alused on vajalikud mõistmaks, et õe kutseala lähtub patsiendi abistamisel sellele ainuomastest teadmistest. Enamus uuritavaid koduõdesid nõustus väitega, et NANDA-I õendusdiagnooside kasutuselevõtt eeldab kriitilist mõtlemist ja aega dokumenteerimiseks. Kuid uuringus, milles uuriti koduõendusteenust osutavaid asutusi, selgus, et ainult veidi üle poole asutuse juhtidest näeb reaalselt kasu NANDA-I õendusdiagnooside kasutuselevõttus.

NANDA-I õendusdiagnooside praktikasse rakendamist lihtsustaks kindlasti patsiendi terviseloo elektrooniline juurutamine, mille vajalikkust tõid välja ka uuritavad koduõed. Uuringust selgus, et üle poole asutustes õed dokumenteerivad topelt, nii elektrooniliselt kui paberkandjal, ning leidis ka asutusi, kus dokumenteerimine toimus ainult paberkandjal. Elektroonilise dokumenteerimise puhul nimetati seitset erinevat programmi. Leiti, et praegusel kujul ei ole NANDA-st kasu, kuna raamatust otsimine on ebamugav ja vaevaline.

Ka Eesti õendusjuhid, Eesti Õdede Liit, tervishoiu kõrgkoolid ja 3N üleriigiline töörühm on jõudnud ühise tõdemuseni, et 3N terviksüsteem saab süsteemiks siis, kui see on kasutatav kõikjal üle riigi ja elektroonsena. Igapäevases ühiskonnaelus on tegemist järjest suurema hulga infoga. Selle hulgas tekib juurde ka suur hulk inimeste tervisega seotud andmeid. On vajalik, et tervisinformatioon andmed liiguksid kiiresti ja oleksid kättesaadavad otsuste tegemiseks, siis on vajalik, et andmed oleksid elektroonselt töödeldavad. (Puusepp 2019).

SA Tallinna Lastehaiglas ja AS Lääne-Tallinna Keskhaigla õendusabi kliinikus läbi viidud uurimuste tulemustest selgus koolituse positiivne mõju õendusdokumentatsiooni kvaliteedile. SA Tallinna Lastehaiglas anti kõige kõrgem hinnang nii enne kui pärast koolitust õendusdokumentatsiooni loetavusele. Kõige madalamalt hinnati enne koolitust õendusdiagnooside korrektsuse kvaliteedi näi-



tajaid ning pärast koolitust tulemuste kvantiteedi näitajaid. Statistiliselt olulised erinevused õendusdokumentatsiooni kvaliteedi paranemises esinesid kõikides valdkondades peale õendusdokumentatsiooni loetavuse ja õendusanamneesi kvantiteedi. Samadele tulemustele jõuti ka Brasiilias kardiointensiivravi osakonnas (Linch jt, 2017) ning Šveitsis üldhaiglas läbi viidud uuringus (Bruylants jt, 2013).

AS Lääne-Tallinna Keskhaigla õendusabi kliinikus anti kõige kõrgem hinnang enne koolitust õendusloo struktuuri kvaliteedile ning pärast koolitust õendusdokumentatsiooni loetavuse kvaliteedile. Kõige madalamalt hinnati enne koolitust õendusdiagnooside korrektsuse kvantiteedi näitajaid ning pärast koolitust tulemuste kvaliteedi näitajaid. Pärast koolitust paranes statistiliselt oluliselt õendusanamneesi kvaliteet ja summaskoor, õendusdiagnooside ning õendussekkumiste kvantiteet, kvaliteet ja summaskoor. Statistiliselt olulisi muutusi ei olnud õendusloo struktuuri kvaliteedis, õendusanamneesi kvantiteedis, tulemuste kvaliteedis ning summaskooris ja loetavuse kvaliteedis. Mõnevõrra halvenes aga peale koolitust tulemuste kvantiteet. See näitab, et koolitusel peab rohkem tähelepanu pöörama patsiendi tulemuste hindamisele. Õendusloo dokumenteerimise teemal on vajalik läbi viia järjepidevalt koolitusi, kuid õed võiksid oma asutustes õenduslugusid analüüsida kolleegidega, arendamaks nii kriitilist mõtlemist kui ka standarditud õenduskeelt.

## Kasutatud allikad

- Borsato, F., Rossaneis, M., Do Carmo Fernandez Lourenzo Haddad, M., Vannuchi, M., Vituri, D. (2011). Assessment of quality of nursing documentation in a University Hospital. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 24(4), 527–533.
- Bruylants, M., Paans, W., Hediger, H., & Müller-Staub, M. (2013). Effects on the quality of the nursing care process through an educational program and the use of electronic nursing documentation. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24(3), 163–170.
- Herdman, T. H. (2012). NANDA International Õendusdiagnoosid: Definiitsioonid ja klassifikatsioon 2015–2017. Tallinn: Greif.
- Hasegawa, T., Ogasawara, C., & Katz, E. C. (2007). Measuring diagnostic competency and the analysis of factors influencing competency using written case studies. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications: The Official Journal of NANDA International*, 18(3), 93–102.
- Inan, N. K., & Dinç, L. (2013). Evaluation of nursing documentation on patient hygienic care. *International Journal of Nursing Practice*, 19(1), 81–87.
- Jefferies, D., Johnson, M., & Griffiths, R. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), 112–124.
- Kaheksa sammu inimese tervise heaks. Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia aastateks 2011–2020. (2010). [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/eol\\_eau\\_arengustrateegia.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/eol_eau_arengustrateegia.pdf) (16.06.2020)
- Kokkuvõtte kliinilisest auditist „Iseseisva statsionaarse õendusabi kvaliteet ja põhjendatus“. (2017). [https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/uuringud\\_aruanded/auditid/2017\\_kliinilise\\_auditi\\_oendusabi\\_kokkuvote\\_kodulehele.pdf](https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/uuringud_aruanded/auditid/2017_kliinilise_auditi_oendusabi_kokkuvote_kodulehele.pdf) (10.06.2019)
- Linch, G. F. da C., Lima, A. A., de Souza, E. N., Nauderer, T. M., Paz, A. A., & da Costa, C. (2017). Impacto de uma intervenção educativa na qualidade dos registros de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, 1-7.
- Mykkänen, M., Miettinen, M., Saranto, K. (2016). Standardized nursing documentation supports evidence-based nursing management. *Studies in Health Technology and Informatics*, 225, 466-470.

- Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R. M. B., & van der Schans, C. P. (2010). D-Catch instrument: Development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1388–1400.
- Patiraki, E., Katsaragakis, S., Dreliozzi, A., & Prezerakos, P. (2017). Nursing Care Plans Based on NANDA, Nursing Interventions Classification, and Nursing Outcomes Classification: The Investigation of the Effectiveness of an Educational Intervention in Greece. *International Journal of Nursing Knowledge*, 28(2), 88–93.
- Prideaux, A. (2011). Issues in nursing documentation and record-keeping practice. *British Journal of Nursing*, 20(22), 1450–1454.
- Puusepp, K., (2019). 3N-ist 5 täрни õenduseni. Kogumikus: Rannus, K. (toim.). 5 täрни õendus / 5 star nursing: Rahvusvahelise konverentsi toimetised / Proceedings of the International Conference, november 6-7, 2019, 10–15. Tallinn: Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.
- Saranto, K., Kinnunen, U. M. (2009). Evaluating nursing documentation - Research designs and methods: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 464–476.
- Setz, V. G., D'Innocenzo, M. (2009). Evaluation of the quality of nursing documentation through the review of patient medical records. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 22(3), 313–317.
- Stevens, S., & Pickering, D. (2010). Keeping good nursing records. *Community Eye Health Journal*, 23(74), 44–45.
- Thoroddsen, A., Ehrenberg, A., Sermeus, W., & Saranto, K. (2012). A survey of nursing documentation, terminologies and standards in European countries. NI 2012 : 11th International Congress on Nursing Informatics, June 23-27, 2012, Montreal, Canada. International Congress in Nursing Informatics (11th : 2012 : Montreal, Quebec), 2012, 406. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24199130><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3799179> (10.06.2019)
- Tuinman, A., de Greef, M. H. G., Krijnen, W. P., Paans, W., & Roodbol, P. F. (2017). Accuracy of documentation in the nursing care plan in long-term institutional care. *Geriatric Nursing*, 38(6), 578-583.
- Vabo, G., Slettebø, Å., & Fossum, M. (2017). Participants' perceptions of an intervention implemented in an Action Research Nursing Documentation Project. *Journal of Clinical Nursing*, 26(7–8), 983–993. <https://doi.org/10.1111/jocn.13389>
- Wang, N., Hailey, D., Yu, P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: A mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1858-1875.
- Wang, N., Björvell, C., Hailey, D., & Yu, P. (2014). Development of the quality of Australian nursing documentation in aged care (QANDAC) instrument to assess paper-based and electronic resident records. *Australasian Journal on Ageing*, 33(4), E18–E24.

# Projekti „Õed tagasi tervishoidu“ kulg ja tulemused

**Kadri Kööp, RN, MSc**

Artikkel annab ülevaate Eestis ja maailmas töötavate õdede osakaalust, eesmärkidest ja õdede puuduse põhjustest ning kirjeldab Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis aastatel 2015–2018 läbi viidud sotsiaalministeeriumi poolt algatatud projekti „Õed tagasi tervishoidu“ kulgu ja tulemusi.

## 1 Tausta, hetkeolukorra ja probleemide kirjeldus

Õed on tervishoiuvaldkonnas võtmetähtsusega ning moodustavad suurima osa tervishoiutöötajatest. Maailma Tervisestatistika raporti põhjal on kogu maailmas ligikaudu 29 miljonit õde ja ämmaemandat. (Haddad jt, 2020). Aastaks 2030 vajatakse 67,3 miljonit tervishoiutöötajat, sealhulgas 32,3 miljonit õde/ ämmaemandat. (Global Strategy..., 2016).

Ameerika Õdede Assotsiatsiooni (American Nurses Association, ANA) andmete viidates on USA-s rohkem vabu õdede töökohti kui ühelgi teisel erialal ning töövõimalused õdedele kasvavad aastatel 2016–2026 kiiremini (15%) kui ühelgi teisel erialal. (Rosseter, 2019; Haddad jt, 2020).

Eestis oli 2013. aastal 6,2 ja 2014. aastal 6,4 töötavat õde 1000 inimese kohta. Samas on Šveitsis, Norras ja Taanis õdesid rohkem kui kaks korda enam kui meil. (Eigo ja Liivalaid, 2016). 2014. aastal oli OECD riikide keskmine õendustöötajate arv 8,4 1000 elaniku kohta. (Veldre, 2017).

Tervishoiutöötajate registrisse on kantud 2020. aasta juuni seisuga 14 335 õde. (Terviseamet, 2020). 2019. aastal töötas tervishoiuasutustes Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasi põhjal 8279 õde. (Tervise Arengu Instituut, 2020). Eesti tervishoiuasutustes osutas 2014. aasta lõpu seisuga realselt teenust 67% registreeritud õdedest. (Eigo ja Liivalaid, 2016).

Eesmärk – 9 õde 1000 inimese kohta aastal 2032 – on saavutatav juhul, kui õdede välismaale lahkumine ei suurene ja õeõppesse võetakse aastas vastu 800 tudengit (Kiiwet jt, 2013). Reservist õena tööle naasmise tähtsust rõhutab Kiiveti jt (2013) väide, et kui õnnestub poole võrra suurendada õdede naasmist reservist, tagab oodatud suhtarvu, kui vastuvõtt õeõppesse on 700 tudengit aastas. Veldre (2017) sõnul jääb Eestis puuduolevate õdede arv ilmselt sadadesse ega ulatu paari tuhandeni, nagu eeldaks Rahvastiku tervise arengukavas seatud 2016. aasta sihttase 8,3 õendustöötajat 1000 elaniku kohta.

Et saavutada 2032. aastaks õdede ja arstide suhtarvus Euroopa ja OECD keskmine tase 3 : 1, peaks igal aastal tööle asuma 450 uut õde. Eesti tervishoid on jõudnud faasi, kus eeskätt õdede vähesuse tõttu on suurenenud nende töökoormus, mis tõsiselt takistab patsiendikeskse arstiabi arendamist. (Kiivet jt, 2013).

## 2 Õdede puuduse põhjused

Õdede puudus on ülemaailmne probleem. (Flinkman jt, 2008; Tuckett jt, 2015). Tuckett jt (2015) uurisid õdede erialalt lahkumise põhjusi ja selgus, et selleks on toetuse puudumine juhtkonna poolt, pingelised suhted kollektiivis ja äriliste eesmärkide eelistamine ravitulemustele, mis põhjustavad õdede seas tööga rahulolematust ja ametivahetust.

Vaatamata ülemaailmsele õdede puudusele plaanivad paljud õed oma erialalt lahkuda. Varasematele uurimistöödele tuginedes on lahkujate osakaal suurim just noorte õdede seas. (Flinkman jt, 2008).

Rosseter (2019) sõnul loobub aastaks 2030 oma tööst miljon õde, mis tähendab, et sellise suure hulga kogenud õdede lahkumine toob kaasa nende teadmiste ja oskuste kadumise ning seeläbi suure kaotuse patsientidele ja tervishoiuorganisatsioonidele. Õdede puudus toob kaasa töötavate õdede stressi, patsiendi hoolduse kvaliteedi languse ja töötavate õdede soovi erialalt lahkuda. (Rosseter, 2019).

Flinkman jt (2008) uurimistöo tulemuste põhjal on 26% noortest õdedest sageli mõelnud õe erialast loobumisele. See on seotud isikliku läbipõlemisega, vähesete arenguvõimalustega, vähesese professionaalse pühendumisega, madala töörahuloluga, töö ja eraelu konfliktidega ning suure töökoormusega. Õed väitsid, et peamised põhjused, miks nad on kaalunud erialast loobumist, on rahulolematuse töötasuga, kõrged nõudmised õdedele, ebamugavate vahetustega töötamine ja tööalase staatuse ebamäärasus. (Flinkman jt, 2008).

Mõned õed lõpetavad kooli ja alustades tööd avastavad, et see eriala ei ole see, mida nad arvasid selle olevat. Teised töötavad mõnda aega, kuid kogevad siis läbipõlemist ja loobuvad erialast. USA-s on erialast loobumine vahemikus 8,8–37,0% olenevalt geograafilisest piirkonnast ja töövaldkonnast. Arvestades seda, et valdav osa õdesid on naissoost, on paljudel lapsesaamine üheks ametist loobumise, eemaloleku või erialavahetuse põhjuseks. (Haddad jt, 2020).

Õdedest on jätkuvalt puudus ka tulenevalt koolitajate puudusest ning demograafilistest muutustest. Üheks põhjuseks on vananev ühiskond – suur osa elanikkonnast on vanemad kui 65 aastat. Elanikkonna vananedes tõuseb ka vajadus tervishoiuteenuse osutajate järele. Paljud eakad põevad rohkem kui ühte haigust ning erinevate krooniliste haigustega on tänapäeval võimalik elada aas-

taid, säilitades rahuldavat elukvaliteeti. Koos elanikkonna üldise vananemisega vananevad ka õed. USA-s on 10–15 aasta pärast 1/3 õdedest pensioniealised. (Rosseter, 2019; Haddad jt, 2020). Seega tuleks koolitada rohkem õdesid väiksemate ressurssidega. Probleem ei ole mitte ainult selles, et piiratud ressursside tõttu saab koolitada vähem õdesid, vaid ka üldine õppe kvaliteet võib langeda. (Haddad jt, 2020). Õdede vastuvõtt küll suureneb, kuid ei suuda sellegipoolest katta suurenevat õdede vajadust tööturul. (Rosseter, 2019).

Õdede puudus on otseselt seotud õdede koolituse piiratud ressurssidega, mis omakorda mõjutab ohutu õendusabi osutamist. Põhilised probleemid õdede koolituses on õppejõudude kõrge iga ja pensionile minek, madal töötasu võrreldes kliinilise valdkonnaga ning magistri- ja doktorikraadiga õdede puudus, kes võiksid sobida õppejõuna töötamiseks. Seega on piisava arvu õendusõppejõudude ettevalmistamine üks olulisi eeldusi, et välja õpetada piisavalt õdesid ning seeläbi tagada turvaline õendusabi osutamine patsientidele. (Allen, 2008).

Kõik nimetatud põhjused viivad õdede ametist loobumise või ametivahetuse ni ning mõjutavad tööjõupuudust tervishoius. Õdede puudus viib ravivigadeni ning kõrgema haigestumuse ja suremuseni. Piisav õdede hulk vähendaks ülekoormusest põhjustatud vigu ja suurendaks patsientide rahulolu. (Haddad jt, 2020).

### 3 Projekt „Õed tagasi tervishoidu“

2014. aasta novembris algas Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli ja sotsiaalministeeriumi vahel arutelu projekti teemal „Õed tagasi tervishoidu“. Vajaduse projekti algamiseks tingis asjaolu, et 2014. aasta seisuga oli Eestis 676 õde 100 000 elaniku kohta, samas kui Rahvastiku tervise arengukava eesmärgiks on seatud aastaks 2020 900 õde 100 000 elaniku kohta. (Veldre 2017).

Üks lahendus oleks tuua Eesti tervishoidu tagasi õdesid, kes hetkel ei tööta õena. Paljud õed, kes on kaua õe kutsetööst eemal olnud, vajavad varem omandatud teadmiste täiendamist ja kaasajastamist ning praktiliste oskuste täiustamist. Sotsiaalministeeriumi poolt ellu kutsutud projekti „Õed tagasi tervishoidu“ raames läbi viidav teoreetiline ja praktiline koolitus annab võimaluse tuua tööturule tagasi õed, kes ei ole tervishoiutöötajate riiklikku registrisse kantud ja õena ei tööta. Koolitus valmistab õenduses pikemat aega mitte töötanud õdesid ette õe teooria- ja praktikaeksami sooritamiseks, mis annab võimaluse nende kandmiseks tervishoiutöötajate registrisse. Kuna Eestis on õdede puudus kõigis õenduse valdkondades, siis on otstarbekas pakkuda kursust silmas pidades õe üldpädevust.

2015. aasta kevadsemestril alustas Tallinna Tervishoiu Kõrgkool projekti ettevalmistustööga, mis hõlmas lisaks projektiga seotud dokumentatsioonile ka

õppekava koostamist ja õppetöö ning teavitustöö planeerimist. Kursuse planeerimise etapis mõtlesime, kas õnnestub komplekteerida 20 õppijaga õpperühm – kas jätkub nii palju tahtjaid? Meile üllatuseks soovis õppima asuda 70 huvielist, lisaks arvukad järelepärimised kirja ja telefoni teel. Vastuvõtuvestlustest on meelde jäänud kandidaatide säravad silmad ja kindel veendumus, et õe amet on nende kutsumus. See näitab, et meil on olemas õe kutse omandanud inimesed, kes soovivad ka õena töötada. Järgmiseks küsimuseks oli, kas kõik õpet alustanutest selle tee ka lõpuni käivad? 2015. aastal asus õppima 24 soovijat, kellest 21 sooritas edukalt õe teooria- ja praktikaeksami ning on kantud tervishoiutöötajate registrisse ja võivad töötada õdedena.

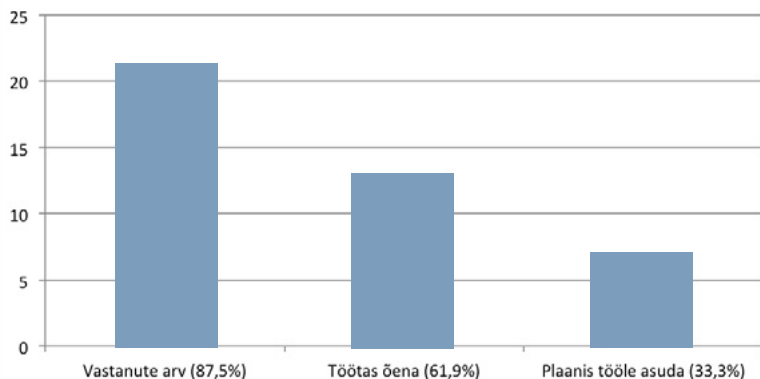
Kursuse läbinud said täiendada ja kaasajastada teoreetilisi teadmisi farmakoloogiast, õenduse alustest, õendusprotsessist ja patsiendiõpetusest. Õpiti kasutama uusi esmaabi võtteid vigastuste ja erakorraliste seisundite puhul ning ka õe eriala spetsiifilisi aineid – kliinilist õendust, vaimse tervise õendust, haige lapse õendust ja esmatasandi tervishoidu. Olulise osa õppetööst moodustas õppeaine „Kliinilise õenduse toimingud“, mis algas aseptika ja antiseptika reeglite tundmaõppimisega, harjutati erinevaid õendustoiminguid ning saadud teadmised ja oskused kinnistati simulatsioonikeskkonnas situatsiooniülesandeid läbi mängides. Projekti raames pakuti ka vajaduspõhist eesti keele õpet neile õppuritele, kelle emakeel ei ole eesti keel. Õppetöö toimus tsükliõppena – üle nädala kolm päeva.

Pärast teoreetilist õpet siirdusid õppurid tervishoiuasutustesse kliinilisele praktikale, mille maht oli 156 tundi praktikabaasis. Praktika sooritamiseks võis õppija ise valida valdkonna vastavalt oma huvidele ja eelistustele. Praktika sooritati nii erinevates haiglaosakondades kui perearstikeskustes, aga ka koolitervishoiu valdkonnas. Hea meel oli tõdeda, et praktika tagasiside oli positiivne nii juhendajate kui praktikantide vaatenurgast, nii mõndki praktikanti oodati edaspidi tööle ning paljud seda võimalust ka kasutasid.

Pärast kliinilist praktikat saabus aga see, mida õppijad kõige rohkem kartsid – eksam. Nii mõnedki õppijatest on öelnud, et õe amet on tema kutsumus, kuid iseseisvalt oleks pärast pikka pausi väga raske registriksamit sooritada ning projekti raames läbi viidud teoreetiline ja praktiline koolitus aitas eksamiks valmistuda ja seda edukalt sooritada.

Projekti lõpuaktusel jäid kõlama sõnad, et loodetavasti ei jää see kursus viimaseks, sest huvi projekti vastu on suur ning projekti jätkumise korral saaksime tuua Eesti tervishoidu tagasi veel rohkem õdesid. Projekti edukuse hindamiseks viidi esimesel aastal osalenutega läbi telefoniküsitlus. Küsitlusele vastas 24 osalenust 21 (87,5%), kellest 13 (61,9%) töötas õena tervishoiuasutuses ning 7 (33,3%) plaanis lähiajal õena tööle asuda. Sellest võib järeldada, et projekt on olnud edukas ning sellega otsustati jätkata. 2015. aastal projektis osalenutega läbi viidud telefoniküsitluse tulemused on välja toodud joonisel 1.

## Telefoniküsitlus 2015



Joonis 1. 2015. aastal projektis osalenutega läbi viidud telefoniküsitluse tulemused.

2016. aastal oli huvi mõnevõrra väiksem kui esimesel aastal, kuid siiski soovis õppima asuda rohkem kandidaate, kui saime vastu võtta. Vastuvõtuvestlustel osales 34 kandidaati ning õppima asus 25-liikmeline rühm, kellest 2016. aasta detsembris sooritas õe teooria- ja praktikaeksami 24 õde. 2017. aastal oli huvi taas suurem: õppima soovis asuda 46 kandidaati ning 25-st õpet alustanust sooritasid kõik 25 ka edukalt eksami. 2018. aastal saime vastu võtta kõik, kes soovisid õppima asuda ning 26 alustanust sooritas õe teooria- ja praktikaeksami 21 kursuslast. Õppima asumisel olid nii mõnedki kandidaadid väga järjekindlad: kui ei õnnestunud esimesel korral õppima asuda, prooviti järgmisel korral uuesti, mis näitab õppijate tugevat motivatsiooni. Kandidaatide, õppurite ja eksami sooritanute arvud aastatel 2015–2018 vt tabel 1.

Tabel 1. Kandidaatide, õppurite ja eksami sooritanute arv 2015–2018.

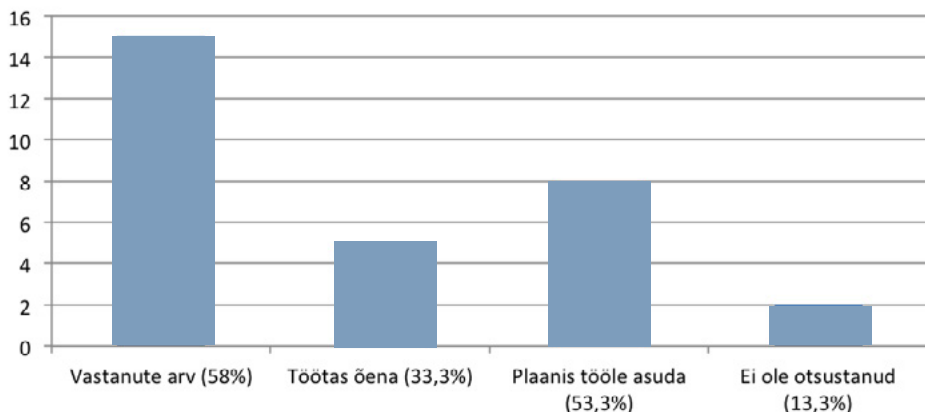
Aasta	2015	2016	2017	2018	Kokku
Kandidaate	70	34	46	26	176
Asus õppima	24	25	25	26	100
Sooritas eksami	21	24	25	21	91

Projekti jätkusuutlikkuse hindamiseks viidi läbi tagasisideküsitlus 2015–2017 aastatel projekti raames õppinute seas, millele vastas 50% osalenutest, kellest 85% töötab või on töötanud peale projekti lõppemist õena tervishoiuasutuses. Suhteliselt madala vastamisaktiivsuse tõttu on raske hinnata, kas valdav enamus projektis osalenutest tõesti töötabki õena või vastasid pigem need, kes õena töötavad.



Kolm kuud pärast 2018. aasta kursuse lõppu küsisime tagasisidet ka viimasel kursusel osalejatelt. Küsitlusele vastas 15 (58%) äsja projekti lõpetanud õde, kellest 5 (33,3%) oli juba jõudnud leida endale töökoha õena ning 8 (53,3%) plaanis seda teha lähiajal. 2018. aastal projektis osalenute seas läbi viidud tagasisideküsitluse tulemused on välja toodud joonisel 2. Projekti tulemused on innustavad ja sotsiaalministeeriumi tervishoiuvõrgu juhi Heli Paluste sõnul plaanitakse projektiga „Õed tagasi tervishoidu“ ka jätkata.

## Tagasisideküsitlus 2018 (kolm kuud peale lõppu)



Joonis 2. 2018. aastal projektis osalenute seas läbi viidud tagasisideküsitlus.

Nelja aasta jooksul on projektis osalenud täpselt 100 õppijat, kellest 91 on edukalt sooritanud ka õe teooria- ja praktikaeksami. 91 õde – on seda palju või vähe? Euroopa Liidus töötab keskmiselt 9 õde 1000 inimese kohta, Eestis on see suhtarv püsinud 6–7 vahel. Et Eestis oleks 2032. aastal 9 õde 1000 inimese kohta, peab kõigil järgmistel aastatel Eesti raviasutustesse tööle minema 450–500 õde eeldusel, et väljaränne ei suurene. (Kiivet jt 2013). Seega on oluline iga õde ja üheks lahenduseks ongi tuua Eesti tervishoidu tagasi õdesid, kes hetkel õena ei tööta.

Selle projekti põhjal võib väita, et meil on olemas sihtgrupp, kes on omandanud õe kutse ja sooviks õena töötada, kuid ei ole erinevatel põhjustel kantud tervishoiutöötajate registrisse ning hetkel õena ei tööta. Projekt „Õed tagasi tervishoidu“ on andnud ühelt poolt hea võimaluse taas töötada armastatud erialal ning teiselt poolt leevendab see õdede puudust tervishoius. 2018. aasta oli Eesti riigi 100 juubeli aasta ning projektis „Õed tagasi tervishoidu“ osalenud 100 õppijat on meie kingitus Eestile.

## Kasutatud allikad

- Allen, L. (2008). The Nursing Shortage Continues As Faculty Shortage Grows. *Nursing Economics*, 26 (1), 35-40.
- Eigo, N., Liivalaid, H. (2016). Eesti tervishoiu ressursid. *Eesti Arst*, 95(1):12–15.
- Flinkman, M., Laine, M., Leino-Kilpi, H., Hasselhorn, H-M., Salanterä, S. (2008). Explaining Young Registered Finnish Nurses' Intention to Leave the Profession: A Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(5), 727-739.
- Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. (2016). World Health Organization.
- Haddad, L.M., Annamaraju, P., Toney-Butler, T.J. (2020). *Nursing Shortage*. StatPearls Publishing LLC.
- Kiivet, R.-A., Visk, H., Raag, M. (2013). Õdede arvu prognoos aastaks 2032. *Eesti Arst*, 92(11), 616-626.
- Rosseter, R. (2019). Fact Sheet: Nursing Shortage. American Association of Colleges of Nursing.
- Tervishoiutöötajad ametiala ja lepingulise koormuse järgi. (2020). Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Tervise Arengu Instituut. [https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas\\_04THressursid\\_05Tootajad/THT008.px/](https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_04THressursid_05Tootajad/THT008.px/) (15.06.2020)
- Tervishoiutöötajate register. (2020). Terviseamet. <http://mveeb.sm.ee/Tervishoiutootajad/> (15.06.2020)
- Tuckett, A., Winters Chang, P., Bogossian, F., Wood, M. (2015). Why nurses are leaving the profession... lack of support from managers: What nurses from an e cohort study said. *International Journal of Nursing Practice*, 21(4), 359-366.
- Veldre, V. (2017). Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 vahehindamine. Tervishoiu tööjõu valdkonna aruanne. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

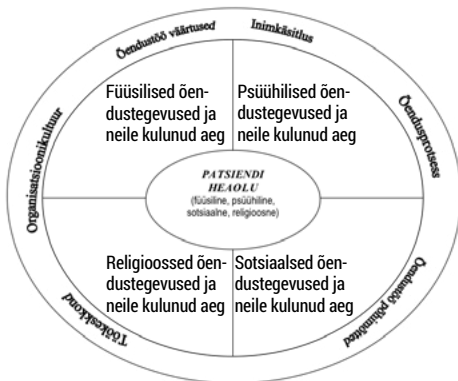
# Eesti õendustöö longituuduuring: õendustegevused ja patsientide heaolu

Ülle Ernits, PhD; Päivi Åstedt-Kurki, PhD, RN; Eija Paavilainen, PhD

## 1 Lähteks

Uuring on valminud projektipõhises koostöös Soome ja Baltimaade kolleegidega. Uurimistöö koostamise hoandjaks sai pärast Eesti taasiseseisvumist alanud elav koostöö Balti ja Soome kolleegidega. Kvantitatiivset ainekku on analüüsitud kahe laine (1999 ja 2009) uurimistulemuste põhjal. Seega on uuring longitudinaalne, üldistava iseloomuga ja ajas jälgitav. Doktoritöö (Ernits, 2018) kaitsti soomekeelse monograafia Tamperes Ülikoolis (juhendajad Päivi Åstedt-Kurki ja Eija Paavilainen). Eestis on terviseteaduses doktoritöid veel vähe kaitstud, mistõttu see teadusharu on alles oma teed rajamas. Käesolevat uuringut saab iseloomustada kui eksploratiivset. (Ronkainen jt, 2011).

Käesolevas artiklis kajastatakse kokkuvõtvalt uurimuse empiirikat ja tuuakse välja õendustöö graafilis-statistilise tegevusmudeli väljatöötamise protsess. Uuringu teoreetiline lähtekoht on patsiendi heaolu kirjeldav mudel, mille keskmes on patsiendi füüsiline, psüühiline, sotsiaalne ja religioosne heaolu (vt joonis 1).



Joonis 1. Uuringuinstrumenti tausta kirjeldus. (Koostanud Ülle Ernits)

Patsiendi heaolu toetatakse õendustegevustega, mis jagunevad füüsilisteks, psüühilisteks, sotsiaalseteks ja religioosseteks ja on omavahel tihedalt seotud. Õendustegevusi juhivad terviklik inimkäsitlus, õendusprotsess ja õendustöö väärtused ning põhimõtted. Asutuse organisatsioonikultuur ja sisekliima on õendustööga tihedalt seotud.

## 2 Uuringu teostamine

**Uurimuse eesmärk ja uurimisküsimused.** Uurimuse eesmärk oli koostada öendustöö ja selle tegevusi kirjeldav öendustöö tegevusmudel. Lisaks seati eesmärgiks kirjeldada longituuduuringuna öendustöö tegevusi Eestis patsientide heaolu seisukohast ja organisatsioonikultuuri ning töökeskkonna seoseid öendustööga ödede vaatenurgast. Uurimisküsimusteks kujunesid küsimused ödede ametialasest tegevusest Eesti haiglates aastatel 1999–2009 ja öendustöö arendamise võimalustest.

Uuringuga lisatakse arusaamist sellest, kuidas avalduvad öendustöös ühiskondlikud muutused Eestis ja kuidas on kujunenud neis muutustes öendustöö kultuur.

### **Uurimisküsimused reastuvad alljärgnevalt.**

Kuidas hindavad öed praktilises öendustöös eri öendustegevusi patsiendi heaolu seisukohast?

Kui palju kulutavad öed aega erinevatele öendustegevustele?

Kuidas hindavad öed organisatsioonikultuuri seotust praktilise öendustööga?

Kuidas hindavad öed töökeskkonna seotust praktilise öendustööga?

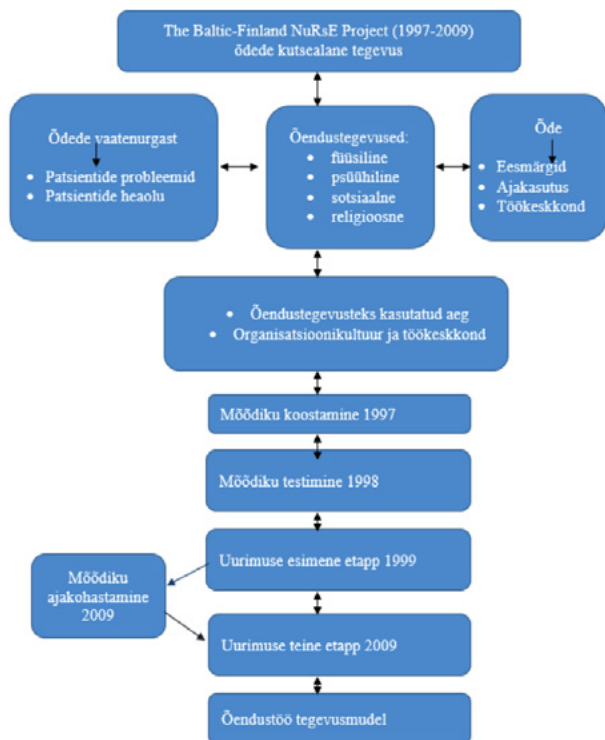
Kuidas kujuneb öendustöö tegevusmudel?

**Uuringu ülesehitus ja etapid.** 1996. aastal sündis Helsingis toimunud Eesti ja Soome sotsiaal- ja tervishoiu valdkonna haridusalase koostöö seminaril idee alगतada ühine uurimis- ja koolitusprojekt tervishoius ja tervishoiualases hariduses toimunud muudatuste kirjeldamiseks Balti riikides ja Soomes.

Suurte muudatuste tõttu nii tervishoius kui ka tervishoiualases hariduses peeti vajalikuks viia projekt läbi kõigis kolmes Balti riigis ja Soomes. Projekti käigus tutvuti põhjalikult iga uuringus osaleva riigi sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi ning tervishoiualase haridusega. Eesmärk oli luua ühine uurimisprojekt, mille abil kaardistada ödede kutsealast tegevust, motivatsiooni ja oskusi, nende töö sisu ja ajakasutust, öenduse eesmäärke ja eetikapõhimõtete järgimist ning ödede väljaõpet.

Lisaks sooviti korraldada öendusalase uurimistööga seotud koolitusi ja seminare. Projekti põhjal on valminud kaks magistritööd Eestis (Ernits, 2001; Ehasalu, 2003) ja üks Soomes (Kallio, 2007). Käesolev uuring on osa projektist The Baltic–Finland NuRsE (edaspidi NuRsE projekt), mis viidi läbi aastatel 1997–2009.

Uuringu etapid ja ülesehitus on näidatud joonisel 2. Uurimistöö objekt on ödede kutsealane tegevus, töökeskkond ja organisatsioonikultuur nähtuna ödede vaatenurgast.



Joonis 2. 1997–2017 uuringu ülesehitus.

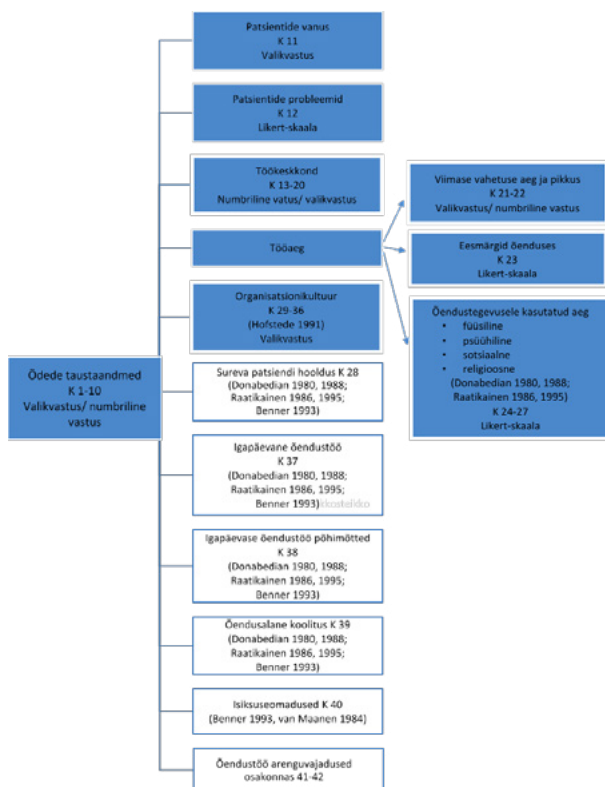
Uurimisinstrumendina kasutati projekti rahvusvahelise töörühma poolt 1997. aastal koostatud ankeeti ja valimi moodustasid vähemalt üheaastase töökogemusega kirurgia- ja sisehaiguste osakondade õed Eestis (vt ka joonis 3).

Ankeeti testiti pilootuuringuga 1998. aastal (tabel 1), mille tarvis saadeti küsimustik Tallinna haiglatesse. Pärast pilootuuringut ankeeti kontrolliti ja täiendati.

Longituuduuringuga koguti andmeid kahes etapis. Uuringu esimene etapp viidi läbi aastal 1999 ja teine aastal 2009. Eesti ühiskonnas ning eriti sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonnas toimus kümne aasta jooksul suuri muutusi, mis mõjutasid õdede väljaõpet ja erialast tegevust. Palju muutusi toimus organisatsiooni tasandil ja arendati ka õendustööd, kuid suuremad muutused selles valdkonnas olid alles alanud ega olnud veel kinnistunud. Eesmärk oli kasutada sama ankeeti korduvalt, et saada võrreldavaid andmeid ning jälgida muutusi.

Uuringu lähtepunktiks olid õendustöö eri valdkonnad (füüsiline, psüühiline, sotsiaalne ja religioosne). Uuringus vaadeldi, millised on õdede arvates õendustöö eesmärgid ja kuidas organisatsioonikultuur ning töökeskkond mõjutavad tehtavaid otsuseid. Iga õendustegevust ja sellele kuluvat aega vaadeldi eraldi. Patsiendi heaolu vaadeldi õendustöö valdkondade ja ajakasutuse vaatenurgast.

**Uuringus kasutatud küsimustik.** Projekti NuRsE ankeedi töötas välja projekti töörühm Tampere Ülikooli dotsendi Ritva Raatikainen (1986, 1995) juhtimisel. Küsimustik põhineb Donabediani (1988) mudelil, mis koosneb kolmest õendustöö praktilisest komponendist: struktuur, protsess ja tulemus. Iga komponent on teisega seotud. Küsimustiku väljatöötamisel kasutati ka van Maaneni (1984) seisukohti õdede kutsealase arengu kohta. Lisaks kasutati Benneri (1993) mudelit, mis kirjeldab algajast oma eriala eksperdiks arenemist ja Rauhala (1978, 1983) terviklikku inimkäsitust. Küsimustikku koostades ja täiustades võeti arvesse Balti riikide õendustöö ja tervishoiu arengutaset- (Priede-Kalnins, 2000; Vaitkiene jt, 2000). Küsimustik koosnes vastajate taustaandmetest ja õdede vastustest õendustöö eri valdkondade kohta (vt joonis 3). Käesolevas uuringus kasutati vastajate taustaandmeid ja ankeedi kuut osa: patsientide probleemid, patsientide vanus, töövahetus, õendustegevustele kulutatud aeg, organisatsioonikultuur ja töökeskkond. Õendustöö muid valdkondi (sureva patsiendi hooldus, igapäevane õendustegevus, õendustegevuse põhimõtted, õendusalaane väljaõpe ja isikuomadused) selles uuringus ei vaadeldud.



**Joonis 3. Küsitluse struktuur (sinisega=>käesoleva uuringuga seotud).**

Algne küsimustik koostati inglise keeles ning see tõlgiti eesti, läti, leedu ja soome keelde. Keeleversioone kontrolliti tagasitõlke abil. Küsimustiku tõlkimine eesti keelde oli keeruline, sest sellel ajal ei olnud õendustöö terminoloogia Eestis veel piisavalt arenenud. Projekti töögrupp kaasati õendustöö juhtivtöötajaid (ülemõed) ja õendustöö valdkonna koolitajaid, kes kontrollisid küsitluse terminite ja väidete formuleeringute vastavust Eestis tol ajal kasutusel olnud õendustöö terminitega. Raatikainen eestvedamisel koostati kirjanduse ülevaade, moodustati teoreetiliste lähtepunktide põhjal väited ja taustaküsimused ning seejärel küsimustikku testiti (vt tabel 1) projektirühma ja osalevate riikide koostöös aastatel 1997–1998. Piloottprojekt viidi läbi iga osaleva riigi haiglates järgmiselt: Soomes ja Leedus septembris 1998, Lätis oktoobris 1998 ja Eestis detsembris 1998.

**Tabel 1. Küsimustiku testimine uuringus osalevates riikides.**

	küsimustikke väljastati	küsimustikke tagastati	tühistati	vastuste arv/ vastamise (%)
Soome	184	127	21	106 (58)
Leedu	80	79	2	77 (96)
Läti	80	69	6	63 (79)
Eesti	80	53	5	48 (60)
Kokku	424	328	34	294 (69)

Piloottuuring viidi läbi 1998. aastal. Kokku väljastati 424 küsimustikku: Soomes 184 ning Lätis, Leedus ja Eestis igaühes 80. Küsimustikke tagastati Leedus 96%, Lätis 79%, Eestis 60% ja Soomes 58% väljastatud küsimustikest.

Pärast küsimustiku testimist toimusid arutelud projektijuhi, osalevate riikide ekspertide ja projekti töörühma liikmete vahel, mille tulemusena eemaldati ebaselgeid vastuseid saanud küsimused ja väited ning osa küsimustest sõnastati uuesti. Täiustatud küsimustikku kasutati andmete kogumiseks 1999. aastal. Siis jõuti ka otsusele, et uuringus saavad osaleda vaid need õed, kellel on vähemalt aastane töökogemus. Kui eksperdid olid küsimustiku usaldusväärseks tunnistanud, alustati õdedele suunatud küsitlusega. Küsitlust täiendati 2009. aastal. Siis vaadati üle terminoloogia ja värskendati seda.

Küsimustik koosnes osadest, mis mõõdavad õdede eri pädevusvaldkondi. Algne küsimustik koosnes 42 küsimusest, millest käesoleva uuringu tarvis kasutati 35 küsimust.

Küsimustiku taustaküsimused puudutavad küsitletavate vanust, töökogemust, haridust, töösuhte liiki ja töökoha andmeid ning patsientide probleeme. Küsimused 1–10 sisaldasid küsitletavate taustaandmeid (millisest uuringus osalevast riigist, vanus, töösuhte liik, elukutse, töökogemus, kutsealane väljaõpe). Kutsealast väljaõpet puudutaval küsimusel oli valikvastus (õde või muu),



kuna eeldati, et vastajad on õed. Õdedele anti võimalus vastata „muu“: see ise loomustab neid õdesid, kes on omandanud hariduse nõukogude ajal (Punase Risti kursused, erinevate liiduvabariikide haridusasutused). Töösuhte liiki puudutava küsimusega sooviti välja selgitada, kas küsitletav töötab tähtajatu või tähtajalise lepinguga. Anketeeritavatel paluti märkida töökogemus ja vanus aastates. Haridusega seotud küsimused puudutasid väljaõpet, spetsialiseerumist ning ülikooliharidust.

Patsientide vanust ja probleeme puudutasid küsimused 11 ja 12, milles küsiti patsientide vanusegruppi (enamasti täiskasvanud, enamasti eakad või mõlemad) ja nende probleemide jaotust (füüsilised, psüühilised, sotsiaalsed ja religioossed).

Töokeskkonda uuriti küsimustega 9–10 ja 13–22. Iga küsimusele oli võimalik valida ainult üks vastusevariant. Küsimused 9 ja 10 puudutasid töökohta, haigla profiili (kohalik, piirkondlik jne haigla) ja osakonda (sisehaiguste või kirurgia osakond). Küsimused 13–18 puudutasid töökeskkonda: küsitletaval paluti märkida voodikohtade, õdede, hooldajate ja abiliste ning arstide arv osakonnas, samuti oma viimase töövahetuse pikkus tundides. Küsimustel 19 ja 20 oli mitu vastusevarianti. Nende küsimustega püüti teada saada, kas õdede arv patsiendi kohta on piisav (3 valikvastust), kas töövahetusi ja õdesid on piisavalt (8 valikvastust) ja viimati lõpetatud töövahetuse aja kohta (hommikune/päevane või öine vahetus).

Küsimus 23 keskendus õendustöö eesmärkidele patsientide heaolu vaatenurgast (füüsiline, psüühiline, sotsiaalne, religioosne). Küsimus koosnes neljast osast: õendustöö füüsilise, psüühilise, sotsiaalse ja religioosse valdkonna eesmärkide kirjeldus. Iga osa kohta esitati kõige enam kaheksa küsimust. Valikvastused neile olid „väga loomulik“, „loomulik“, „mitte eriti loomulik“ ja „üldse mitte loomulik“.

Küsimused 24–27 keskendusid õendustöö eri valdkondades kulutatud ajale. Küsitletav hindas õendusabile kuluvat aega iga valdkonna kohta esitatud kuni 20 küsimuse abil. Küsitletaval paluti keskenduda ühele enda poolt valitud töövahetusele. Kasutatav ajaskaala skaala on jagatud kaheksaks ajaühikuks, millest oli võimalik valida ainult üks.

Töokeskkonda ja organisatsiooni käsitlesid küsimused 29–36. Igal küsimusel oli 3–5 valikvastust, millest oli võimalik valida ainult üks.

**Uuringu sihtrühm ja andmete kogumine.** Käesoleva longituuduuringu andmed koguti kahe uurimisperioodi jooksul. Aastal 1999 kaasati Eestis uuringusse 14 haiglat, kus olid sisehaiguste ja kirurgia osakonnad. Haiglate ülemõdedelt saadi andmete kogumiseks suuline luba. Küsimustikud saadeti lahtistes ümbrikes ülemõdedele. Enne andmete kogumist tutvustasid uurimisrühma liikmed ülemõdede koosolekul uuringu eesmärgi, andmete kogumise korraldust ja küsimustiku ülesehitust. Iga ülemõde toimetab küsimustikud osakonna vanem-

õdedele, kes jagasid ümbrikud osakonna eesti keelt valdavatele õdedele. Kuna õdede töökeel oli eesti keel, ei kasutatud venekeelseid küsimustikke. Õdedel oli võimalus küsida uurimisrühma liikmetelt uuringu kohta lisainformatsiooni. Küsimustiku täitmiseks anti aega üks nädal. Täidetud küsimustikud tagastati suletud ümbrikes ülemõdedele, kes saatsid need uuringu eest vastutavale isikule. Valimi moodustas 640 õde, küsimustikke tagastati 579 ehk tagastamise protsent oli 94%. Analüüsimiseks kvalifitseerus 517 küsimustikku, seega jäi lõplikuks vastamise protsendiks 81% (vt tabel 2). Analüüsimiseks mitte kvalifitseerumise põhjused oli järgmised: tagastati tühjana, vastaja napp töökogemus, elukutse või väljaõpe ei vastanud seatud kriteeriumitele või oli tagastatud küsimustik nii rikutud, et vastuseid ei olnud võimalik tõlgendada.

**Tabel 2. Andmete kogumine uuringu esimeses etapis (1999).**

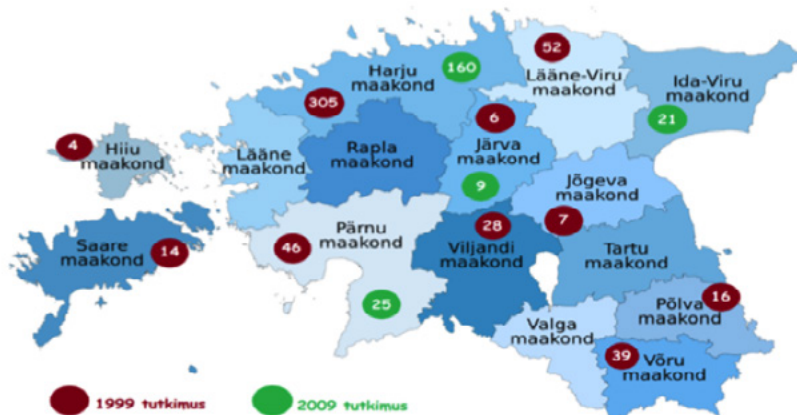
haigla	küsimustikke väljastati	küsimustikke tagastati	tühistati	analüüsimiseks kvalifitseerus	Vastamise %
Hiiumaa haigla	10	10	6	4	40
Kuressaare haigla	20	20	6	14	70
Jõgeva haigla	10	10	3	7	70
Järvamaa haigla	10	8	2	6	60
Pärnu haigla	52	50	4	46	88
Võru haigla	42	40	1	39	93
Viljandi haigla	40	30	2	28	70
Rakvere haigla	42	38	1	37	88
Järve haigla	52	52	10	42	81
Tapa haigla	20	20	5	15	75
Keila haigla	46	40	2	38	83
Põlva haigla	25	20	4	16	64
Tallinna onkoloogiahaigla	59	52	3	49	83
Tallinna Mustamäe haigla	212	189	13	176	83
Kokku	640	579	62	517	81

Aastal 2009 oli Eesti tervishoiusüsteem juba restruktureeritud. Paljud haiglad olid suletud või nende funktsioone muudetud. Uuringu teise etappi kaasati sisehaiguste ja kirurgia osakondi omavad haiglad, mis olid Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli koostööpartnerid (vt tabel 3), st Tallinna, Pärnu, Paide ja Kohtla-Järve haigla. Tallinnas viidi 2009. aastal uuring läbi samade haiglate sisehaiguste ja kirurgia osakondades kui aastal 1999.

**Tabel 3. Andmete kogumine uuringu teises etapis (2009).**

haigla	küsimustikke väljastati	küsimustikke tagastati	tühistati	analüüsimiseks kvalifitseerus	Vastamise %
Ida-Tallinna Keskhaigla	43	39	8	31	72
Lääne-Tallinna Keskhaigla	41	40	8	32	78
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	107	103	6	97	91
Ida-Viru Keskhaigla	25	23	2	21	84
Pärnu haigla	30	27	2	25	83
Järvamaa haigla	14	12	3	9	64
Kokku	260	244	29	215	83

Valimiks kujunes 260 õde ja tagastati 244 ankeeti ehk vastamise protsent oli 94%. Analüüsimiseks kvalifitseerus 215 küsimustikku, seega jäi lõplikuks vastamise protsendiks 83. Ankeetide tingimustele mittevastavuse põhjused oli järgmised: tagastati tühjana või vastaja töökogemus, elukutse või väljaõpe ei vastanud seatud kriteeriumitele. Ekspertide hinnangul oli vastamise protsent piisav Tallinna piirkonna haiglate representatiivseks valimiks.



**Joonis 4. Uuringus osalenud valimi jaotus Eesti eri piirkondade vahel 1999. ja 2009. aastal.**

Joonisel 4 on märgitud 1999. ja 2009. aasta uuringutesse kaasatud haiglate asukohad Eesti maakondades ning uuringutes osalenud õdede arv igas haiglas.

1999. aasta uuringus oli enim vastajaid Tallinnast (Harjumaa) ja Tallinna lähiümbrusest. Tallinnas ja selle lähiümbruses oli 1999. aastal ka kõige rohkem haiglaid (Järve, Mustamäe ja Keila haigla ning Tallinna Onkoloogiahaigla). Kõige vähem osalejaid oli 1999. aasta uuringus saarte ja Ida-Virumaa õdede hulgas. Uuringu esimeses etapis jagunesid küsitlavad ühtlaselt üle kogu Eesti.

Aastal 2009 oli küsitletuid vähem, sest restruktureerimise tõttu oli mitu haiglat suletud ja voodikohti vähendatud. 2009. aastal oli uuringus enim vastajaid Tallinna piirkonnast (Harjumaa), kõige vähem saartelt ja Lõuna-Eestist. Tallinnas osalesid uuringus kõik kolm regionaalhaiglat: Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Ida-Tallinna Keskhaigla ja Lääne-Tallinna Keskhaigla. Lõuna-Eesti ja saarte esindajaid 2. etapis ei olnud, kuid mõlemas uuringuetapis esindas valim läbilõiget kogu Eesti territooriumist.

### 3 Andmete analüüs

Statistiline analüüs. NuRsE Projektis kasutati kvantitatiivset uurimisviisi. Mõlemas etapis koguti andmed paber kandjale ja salvestati arvutisse. Joonistel on mõõduks keskväärtus ja sulgudes lisatud standardhälve. Tunnustest on toodud tunnuste jaotus (sulgudes iga väärtuse protsentuaalne osa). Uuringuetappide erinevusi ödede taustaandmetes iseloomustab keskväärtuse või jaotuse erinevuste olulisuse tõenäosus  $p$ . Erinevust peetakse oluliseks, kui  $p < 0,05$ . Andmetöötlus viidi läbi Stata 14.2 statistikaprogrammis.

Puuduvate andmete asendamine. Andmete esialgse analüüsi käigus selgus, et neis oli puudusi: osa vastajad oli osale küsimustele jätnud vastamata. Sellisel juhul on vaja andmeid täiendada, asendades puuduv teave. See on eriti vajalik, kui uuringu eesmärk on välja töötada ja rakendada mitmemõõtmelise analüüsi meetodeid ja mudeleid. (Vehkalahti, 2008). Imputeerimismeetodiks valiti üks mitmese imputeerimise meetoditest (Sterne jt, 2009), kus puuduvate andmete asemele simuleeritakse olemasolevate andmete jaotuse abil väärtuste kogum ja puuduv väärtus asendatakse lõpuks simuleeritud väärtuste keskmisega. Nii tagatakse, et puuduvad väärtused asendatakse adekvaatselt ja uurimise käigus ei teki suuri vigu.

Patsientide füüsiliste, psüühiliste, sotsiaalsete ja religioossete probleemide kohta esitatud küsimustele oli võimalik vastata viiepalliskaalal: üldse mitte, mõnel juhul, üsna mitmel juhul, paljudel juhtudel ja väga sageli. Analüüsiks moodustati neist 3 kategooriat: üldse mitte, mõnikord ja tihti, millest viimane moodustati skaala kategooriatest üsna mitmel juhul, paljudel juhtudel ja väga sageli.

Üksikute tunnuste kirjeldav analüüs ja etappide võrdlus. Töös esitatakse kõiki küsitluse käigus saadud tunnuseid kirjeldav statistika. Arvuliste tunnuste kohta esitatakse ka keskväärtus ja standardhälve, mis iseloomustavad jaotuste paiknemist ja hajumist. Omavahel võrreldi ka uuringu kahes etapis mõõdetud tunnuseid. Keskväärtuse võrdlemiseks kasutati t-testi, mediaanide võrdlemiseks Wilcoxon-testi ja jaotuste võrdluseks hii-ruut testi ja Kolmogorov-Smirnovi testi. Võrdluses kasutati statistilise olulisuse  $p$ -väärtust 0,05, mis tähendab, et uuringu eri etappides mõõdetud tunnuseid peeti oluliselt erinevateks, kui testi

arvutuste tulemusena saadud statistiline olulisus oli piisavalt väike,  $p < 0,05$ . See tähendab, et väide on tõestatud juhul, kui vea tõenäosus on väiksem kui 0,05. (Heikkilä, 1999).

**Õendustöö eri valdkondade olulisust kirjeldavate peakomponentide moodustamine.** Õdede hinnangut õendustöö eri valdkondade vajalikkuse/olulisuse kohta mõõdab küsimustiku osa K23, milles on 28 küsimust õendustöö füüsiliste, psüühiliste, sotsiaalsete ja religioossete tegevuste olulisuse kohta patsientide heaolu tagamisel. Kõikidel nimetatud tunnustel on sarnane struktuur, milles nimetatakse mingit konkreetset õendustegevust ja küsitletavad võisid valida nelja valikvastuse seast skaalal 1 (üldse mitte loomulik) ... 4 (väga loomulik).

Edasiseks analüüsiks moodustati osast K23 saadud andmete põhjal neli uut tunnust, mis iseloomustasid füüsiliste, psüühiliste, sotsiaalsete ja religioossete õendustegevuste olulisust patsientide heaolu tagamisel. Nende tunnuste moodustamiseks kasutati komponentanalüüsi. (Bro jt, 2014).

Komponentanalüüs on traditsiooniline mitmemõõtmelise statistilise analüüsi meetod, mille abil võib asendada mitmeid mõõdetud tunnuseid väiksema hulga tunnustega nii, et uued tunnused katavad võimalikult suure osa mõõtmistulemustes sisalduvast infost. Uued tunnused – nn peakomponendid – on esimeses etapis mõõdetud tunnuste lineaarkombinatsioonid. (Heikkilä, 1999, 2014).

Statistilises analüüsis võrreldi kõigi nelja õendustöö valdkonda kirjeldava peakomponendi vastajatele omistatud skooride keskväärtust (skaalal 0–100) mõlemas uuringuetapis (vt tabel 4). Võrreldi ka keskväärtuste erinevusi, mis näitab suhtumise muutumist, selleks arvutati keskväärtuste vahet iseloomustav p-väärtus.

Igast neljast küsimuste rühmast moodustati eraldi peakomponendid. Uute tunnustena arvutati peakomponendid aga mõlemas uuringuetapis eraldi, et neid saaks edasises analüüsis kasutada.

Füüsiliste õendustegevuste olulisust mõõtvat peakomponendi moodustamiseks kasutati tunnuseid K23, 1–8 (mõlemast uuringuetapist), kohaldati neile peakomponentide analüüsi ja võeti füüsilise heaolu olulisust hindava tunnusena kasutusele esimene peakomponent, mis kirjeldas 47,3% aluseks olnud tunnuste hajuvust. Peakomponent kanti mõlemas uuringuetapis üle skaalale 0–100, kus väärtus on seda suurem, mida olulisemaks hinnati füüsilised õendustegevused patsientide heaolu jaoks.

Psüühiliste õendustegevuste olulisust mõõtvat peakomponendi moodustamiseks kasutati tunnuseid K23 (mõlemast uuringuetapist 9–16 tunnust). Seejärel võeti psüühilise heaolu olulisust hindava tunnusena kasutusele esimene peakomponent, mis kirjeldas 43,1% aluseks olnud tunnuste hajuvust. Nagu ka eelnevalt mainitud füüsiliste õendustegevuste puhul, kanti psüühiliste õendustegevuste olulisust kirjeldavat peakomponent üle skaalale 0–100.

Sotsiaalsete õendustegevuste olulisust mõõtvat peakomponendi moodus-

tamiseks kasutati tunnuseid K23, 17–24 (mõlemast uuringuetapist), kohaldati neile komponentanalüüsi ja võeti sotsiaalse heaolu olulisust hindava tunnuseks kasutusele selle tunnusterühma esimene peakomponent, mis kirjeldas 52,4% aluseks olnud tunnuseid. Edasi kanti sotsiaalsete õendustegevuste olulisust kirjeldav peakomponent üle skaalale 0–100, nagu ka eelnevalt mainitud füüsiliste ja psüühiliste tegevuste peakomponendid.

Religioosete õendustegevuste olulisust mõõtva peakomponendi moodustamiseks kasutati tunnuseid K23 (mõlemast uuringuetapist 25–28 tunnust), kohaldati neile komponentanalüüsi ja võeti religioosse heaolu olulisust hindava tunnuseks kasutusele selle tunnusterühma esimene peakomponent, mis kirjeldas 65,9 % aluseks olnud tunnuseid. Edasi kanti religioosete õendustegevuste olulisust kirjeldav peakomponent üle skaalale 0–100, nagu ka eelnevalt mainitud peakomponendid.

Valitud meetod sobib üksiktunnuste integreerimiseks, sest arvatud peakomponendid kirjeldavad üle poole (52,2%) küsimuse K23 kõikide vastuste summaarsest hajuvusest. Samal skaalal põhinevate originaaltunnuste lineaarsete kombinatsioonidena moodustatud peakomponentide jaotus peaks teoreetiliselt olema normaaljaotusele päris lähedal, kusjuures igale komponendile arvutatakse asümmeetria ja järskuskordaja (ekstsess). (Tähtinen jt, 2001).

Erinevatele õendustegevustele kulunud aja hindamine. Küsimused K24–K27 puudutasid eri õendustegevustele kulunud aja hindamist. Küsimustikus loetleti kõik osas K23 mainitud õendustegevused ja paluti hinnata nendele kulunud aega vastaja viimases töövahetuses. Vastamise lihtsustamiseks olid küsimustel valikvastused. Eraldi hinnati füüsilistele (K24, 1–21), psüühilistele (K25, 1–20), sotsiaalsetele (K26, 1–20) ja religioossetele (K27, 1–11) õendustegevustele kokku kulunud aega nii, et kogu individuaalsetele tegevustele kulunud aeg summeeriti. Tunnuste analüüsimiseks vajaliku ajaskaala loomiseks muudeti valikvastuste koodid ajavahemikeks, mis esitati 30minutiliste ühikutena.

Suhtelised olulisuse ja aja hinnangud. Nii õendustegevuste olulisust kui ka tegevusteks kulunud aega hinnates kasutati lisaks otseselt tuletatud skaalale ka suhtelisi skaalasid, kus nelja komponendi (ajakulu) summa vastas 100 protsendile ja 100 protsendist arvutati iga komponendi ajakulu.

**Tunnustevaheliste seoste hindamine.** Tunnustevaheliste seoste hindamiseks kasutati kolme meetodit: Spearmani korrelatsioonikordajat, Pearsoni korrelatsioonikordajat ja seletava tunnuse tinglike keskväärtuste võrdlemist. (Heikkilä, 1999, 2014; LoBiondo-Wood jt, 2014).

Uuringus loodi lineaarsed regressioonimudelid (Heikkilä, 1999, 2014), et välja selgitada, millised taustatunnused mõjutasid patsientide heaolu eesmärgil sooritatud õendustegevuste olulisuse hinnanguid mõlemas uuringuetapis.

Mudelisse valiti sellised seletavad tunnused, millel oli eelneva analüüsi põhjal statistiliselt oluline mõju komponentide suhtes. (Tiit jt, 2008; Giudici jt, 2013).

## 4 Tulemused

**Vastajate taustaandmed.** 1999. aastal küsimustikule vastanud õed olid 21–66-aastased ja nende keskmine vanus 36 aastat. Aastal 2009 olid uuritavad 23–73-aastased ja nende keskmine vanus 41 aastat. Esimeses etapis oli enim 30aastaseid ja nooremaid vastajaid (41%), teises etapis moodustasid suurima vastajate rühma 31–40-aastased (33%). Õdede vanuselises jaotuses toimus statistiliselt oluline muutus ( $p < 0,001$ ): aastal 2009 olid vastajad vanemad kui aastal 1999. Ealise jagunemise muutust seletab see, et teises küsitluses osalesid tõenäoliselt osaliselt samad vastajad kui esimeses küsitluses (vt tabel 4).

**Tabel 4. Vastajate taustaandmed ja kahe voo erinevuse olulisus.**

Taustaandmed	1999 n (%)	2009 n (%)	<i>p</i> -väärtus
vanus aastates	21–66	23–73	
keskmine vanus aastates	36	41	< 0,001
töökogemus aastates	1–47	1–55	<0,001
keskmine töökogemus aastates	16	19	
töösuhte püsivus			0,617
püsiv	502 (99)	209 (99)	
ajutine	5 (1)	3 (1)	
üldharidus			
põhiharidus (7–9 aastat)	62 (12)	53 (25)	
gümnaasiumiharidus (10–12 aastat)	264 (52)	121 (58)	< 0,001
muu	183 (36)	35 (17)	
spetsialiseerumine			0,400
ei	245 (51)	91 (48)	
jah	233 (48)	100 (52)	
õenduslane kõrgharidus			< 0,001
ei ole kõrgharidust	506 (99)	123 (58)	
bakalaureusekraad	3 (1)	89 (42)	
magistrikraad	0	0	
osakond			< 0,001
sisehaiguste osakond	215 (42)	119 (56)	
kirurgiaosakond	295 (58)	94 (44)	

Vastajate töökogemus varieerus 1 aastast 47 aastani 1999. aastal ja töökogemuse keskmine oli 16 aastat. Aastal 2009 oli vastajate erialane töökogemus



vahemikus 1–55 aastat ja töökogemuse keskmine 19 aastat. Keskmiste näitajate põhjal võib väita, et 2009. aastal oli õdede töökogemus statistiliselt oluliselt pikem kui 1999. aastal ( $p < 0,001$ ).

Peaaegu kõik vastajad (99%) olid mõlemal mõõtmiskorral püsivas töösuhetes. Üldhariduse tasemena oli gümnaasiumiharidus 1999 aastal umbes pooltel (52%) ja aastal 2009 üle pooltel (58%). Muu haridus tähendab seda, et õed said oma väljaõppe Nõukogude Liidu ajal erinevatel kursustel Eestist väljaspool. Aastal 1999 oli selliseid õdesid statistiliselt märgatavalt enam kui aastal 2009 ( $p < 0,001$ ). Põhikooli baasil lõpetanuid oli aastal 2009 (25%) enam kui aastal 1999 (12%). Kõrgharidus ehk bakalaureusekraad oli aastal 1999 kolmel vastajal (0,5%), kuid aastal 2009 oli kõrghariduse omandanud 89 (32%) vastajaist. Aastal 2009 oli bakalaureusekraadi saanud statistiliselt märkimisväärselt suurem hulk õdesid kui aastal 1999 ( $p < 0,001$ ). Vahe on seletatav sellega, et bakalaureusekraadi kaitsmine sai Eestis võimalikuks alles aastal 1996. Ühelgi vastajal ei olnud uurimuse läbiviimise ajal magistrikraadi. Aastal 1999 oli kirurgia osakonnas töötavaid õdesid (58%) veidi enam kui sisehaiguste osakonnas (42%) töötavaid, kuid aastal 2009 oli tulemus vastupidine (kirurgia osakonnas 44% ja sisehaiguste osakonnas 56%). Nende arvude põhjal võib öelda, et aastal 2009 oli kirurgia osakondade voodikohti vähendatud ning seetõttu oli küsitluses ka vähem selle valdkonna õdesid.

Õdede hinnangud õendustöö eri tegevustele patsiendi heaolu seisukohast. Järgnevalt vaadeldakse seda, kui oluliseks hindavad õed õendustöö eri aspekte patsiendi heaolu seisukohast (küsimus 23) ja kuidas olid sellega seotud taustatunnused mõlemas uuringuetapis.

Patsiendi heaolule suunatud füüsiliste õendustegevuste seosed organisatsiooniteguritega ja õdede arvuga raviausutuses ei olnud kummalgi aastal statistiliselt olulised (vt tabel 5). Ka õdede arvul arsti kohta polnud esimeses etapis hinnangutele mõju, kuid teises etapis tuli välja nõrk statistiline seos ( $p = 0,027$ ).

Uuringu esimeses etapis ei täheldatud statistiliselt olulist seost töövahetuse pikkuse ja patsiendi füüsilise heaolu olulisuse hinnangute vahel Teises etapis ilmnes, et mida pikem oli töövahetus, seda kõrgemalt hinnati patsiendi heaolu, kuid seos ei olnud statistiliselt oluline. Esimeses etapis oli töökorraldusel statistiliselt oluline seos patsiendi heaoluga ( $p = 0,001$ ). Teises etapis ei märganud statistiliselt olulist seost töökorralduse ja patsiendi heaolu vahel. Töökorraldust, kus oli kombineeritud mitmeid töö organiseerimise viise, peeti tähtsamaks uuringu teises etapis. Patsiendi heaolu olulisuse hinnangu ja juhtimisstiili vahel ei ilmnenud kummalgi aastal statistiliselt olulist seost. Füüsilisi õendustoiminguid peeti teises etapis olulisemaks sellise juhtimisstiili puhul, kus juhised tulid otse õendustöö valdkonna juhtidelt. Töötajate vahelise kommunikatsioonistiili ja patsiendi heaolu vahel ei olnud statistiliselt olulist seost uuringu kummaski etapis.

Uuringu teises etapis tuli välja statistiliselt oluline seos füüsilistele õenduste-

gevustele kulunud aja ja patsiendi heaolu vahel ( $p = 0,006$ ). Mida rohkem aega hinnati kuluvat füüsilistele õendustegevustele, seda olulisemaks peeti patsiendi heaolu parandamist. Õdede taust ja ravikeskkond ei seostunud patsiendi heaoluks tehtavate füüsiliste õendustoiminguteks kulunud ajaga. Mida rohkem õed nägid oma osakonna patsientidel eriti just psüühilisi ja sotsiaalseid probleeme (aastal 2009), seda tähtsamaks nad pidasid patsientide heaoluks tehtavaid füüsilisi õendustegevusi.

Patsiendi heaolu nimel tehtavate psüühiliste õendustegevuste olulisuse hinnangud sõltusid esimeses uuringuetapis vastajate east ( $p = 0,019$ ) ja töökogemusest ( $p = 0,024$ ): vanemad ja kogenumad õed pidasid psüühilisi õendustegevusi olulisemaks kui nooremad ja vähem kogunud õed (vt tabel 6). Teises etapis ei ilmnunud nende tunnustega olulist korrelatsiooni, kuid ilmnis psüühilistele õendustegevustele antud hinnangute seos religioossetele õendustegevustele kuluva ajaga: psüühilisi õendustoiminguid kõrgemalt hindavate õdede arvates kasutasid nad enam aega religioossetele õendustoimingutele ( $p = 0,031$ ).

Seoseid psüühiliste õendustegevuste olulisuse hinnangute ja selleks kulunud aja ning taustatunnuste vahel ei esinenud. Esimeses uuringuetapis tuli välja statistiliselt oluline seos psüühiliste õendustegevuste ja töövahetuse pikkuse vahel: enim hindasid psüühilisi õendustegevusi need õed, kes olid viimati olnud pikemas töövahetuses ( $p = 0,030$ ). Teises uuringuetapis ilmnis oluline seos religioossete õendustegevuste ja ajakasutuse vahel: need õed, kes olid märganud patsientidel psüühilisi probleeme, hindasid religioosseid õendustegevusi olulisemaks ja kulutasid nendele rohkem aega ( $p = 0,031$ ). Teises uuringuetapis ilmnis, et kui õdede meelest oli patsientidel palju psüühilisi probleeme, pidasid nad psüühilisi õendustegevusi tähtsaks. Esimeses etapis oli patsiendi heaoluga seotud probleemide hindamine seotud õe vanuse ja töökogemusega. Mida vanem oli õde, seda kõrgemalt ta hindas patsiendi psüühilist heaolu ( $p = 0,019$ ). Samuti, mida pikem töökogemus õdedel oli, seda rohkem nad väärtustasid patsiendi psüühilist heaolu ( $p = 0,024$ ).

Esimeses uuringuetapis oli sotsiaalsete õendustegevuste tähtsuse hinnangutel statistiliselt oluline seos õdede vanusega ( $p = 0,006$ ), töökogemusega ( $p = 0,006$ ), osakonna voodikohtade arvuga ( $p = 0,002$ ), õdede ja voodikohtade vastavusega ( $p < 0,001$ ) ning sotsiaalsetele õendustegevustele kulunud ajaga ( $p < 0,001$ ).

Esimeses etapis oli statistiliselt oluline seos sotsiaalseid õendustegevusi puudutavate hinnangute ja osakonna vahel: sisehaiguste osakonnas töötavad õed pidasid sotsiaalseid õendustegevusi tähtsamaks kui kirurgia osakonna õed ( $p = 0,034$ ). Teises etapis esines statistiliselt oluline seos sotsiaalsete õendustegevuste olulisuse hinnangu ja juhtimisstiili vahel: mida enam otsuste tegemisel võeti arvesse patsiendi probleeme, seda tähtsamaks pidasid õed sotsiaalseid õendustegevusi ( $p = 0,033$ ).

Esimeses uuringuetapis oli religioossete õendustegevuste olulisuse hinnangutel statistiliselt oluline seos õdede vanusega ( $p = 0,021$ ), töökogemusega ( $0,008$ ) ning õdede ja arstide arvu suhtega osakonnas ( $p = 0,003$ ). Religioosseid õendustegevusi hindasid enim vanimad ja kogenuimad õed. Suurem arv õdesid ühe arsti kohta langetas religioossete õendustegevuste tähtsust.

Teises etapis ilmnis oluline seos religioossete õendustegevuste tähtsuse ning selle vahel, kui palju oli õdesid voodikohtade kohta: mida rohkem oli õdesid voodikohtade kohta, seda tähtsamaks hinnati religioosseid õendustegevusi ( $p = 0,022$ ). Lisaks tuli teises uuringuetapis välja oluline seos religioossete õendustegevuste tähtsuse ja psüühilisi ning religioosseid õendustegevusi puudutava ajakasutuse hinnangute vahel.

Esimeses etapis sõltus religioossete õendustegevuste tähtsuse hindamine statistiliselt oluliselt sellest, kui palju nad tundsid ära patsientide psüühilisi probleeme ( $p = 0,039$ ). Teises uuringuetapis kaasnes oluline statistiline seos religioossete õendustegevuse väärtustamise ja õdede piisavuse vahel ( $p = 0,088$ ).

Organisatsioonikultuur ja õdede töökeskkond: ajakasutus ja patsientide heaolu. Õendustegevustele kulunud aja mõõtmiseks kasutatav ajaskaala loodi nii, et küsimuste 24–27 vastusevariandid muudeti 1–7minutilisteks üksusteks. Kasutades vastavatele tegevustele kulutatud ajahinnangute summeerimist, loodi neli ajaskaalat: füüsilised õendustegevused (küsimus K24), psüühilised õendustegevused (K25), sotsiaalsed õendustegevused (K26) ja religioossed õendustegevused (K27). Interpreteerimise lihtsustamiseks esitati ajavahemikud 30minutiliste üksustena.

Õdede hinnangul kulus viimases töövahetuses enim aega füüsilistele õendustegevustele: 9,3 tundi aastal 1999 ja 7,2 tundi aastal 2009. Nende hinnangul kulus kõige vähem aega religioossetele õendustegevustele: 45 minutit aastal 1999 ja 39 minutit aastal 2009. Kulutatud aega võrreldes tundub, et psüühilistele õendustegevustele kulunud aeg on mingil määral kandunud religioossetele õendustegevustele kulunud aja hulka

Mõne üksiku patsiendi puhul kulus mõlemal uuringuperioodil füüsilistele õendustegevustele ülejäänutega võrreldes väga palju aega.

Psüühilistele õendustegevustele kulunud aja pilt on mõlemal uuringuetapil suhteliselt sarnane, patsientidele kulunud aeg varieerub üsna suures ulatuses.

Õdede hinnangul kulus sotsiaalsetele õendustegevustele üsna vähe aega, kuigi mõne üksiku patsiendi puhul oli õe ajakulu suur mõlemal, eriti aga esimesel uuringukorral.

Mõni patsient vajab palju õe aega religioosseks heaoluks.

Tabelis 5 näidatakse suhtelist ajakasutust eri õendustegevuste läbilõikena (kokku kõigile õendustegevustele kulutatud aeg vastab 100%-le). Jälgitakse ajakulu muutumist erinevate õendustegevuste vahel.

**Tabel 5. Ajakasutus õendustegevustele uuringu eri etappidel (%).**

ajaskaala	1999		2009		p-väärtus
	keskväärtus	standardhälve	keskväärtus	standardhälve	
füüsiliste õendustegevustele kulunud aeg	38	12	38	11	0,744
psüühiliste õendustegevustele kulunud aeg	32	9	31	8	<0,001
sotsiaalsetele õendustegevustele kulunud aeg	21	8	22	7	0,045
religioossetele õendustegevustele kulunud aeg	9	5	9	9	0,266

Peaaegu 2/5 (38% mõlemal aastal) õendustegevustele kulunud summaarsest ajast kulus mõlemas uuringuetapis füüsiliste õendustegevustele. Hinnati, et psüühiliste õendustegevustele kasutati esimeses etapis 32% ja teises etapis 31% ajast, mis näitab psüühilisele õendustegevusele kulunud aja langust. Muutus on statistiliselt oluline ( $p < 0,001$ ). Teises uuringuetapis suurenes aga sotsiaalsetele õendustegevustele kulunud aeg, mis on statistiliselt üsna oluline muutus ( $p = 0,045$ ).

1999 olid patsiendi psüühiline, sotsiaalne ja religioosne heaolu omavahel tugevalt seotud ( $r = 0,65-0,68$ ). Omavahel olid üsna tugevalt seotud peaaegu kõik ajakasutuse indikaatorid ( $r = 0,54-0,72$ ). Ajakasutus oli suhteliselt harmooniline: seosed heaolu komponentide ja ajakasutuse vahel olid võrdlemisi nõrgad ( $r = -0,04-0,2$ ).

Suurem osa patsiendi heaolu komponente puudutavatest hinnangutest korreleeruvad omavahel. Kõige nõrgemad on füüsilist heaolu puudutavate hinnangute seosed teiste tunnustega.

Heaolu komponendid ja nendega seotud tegevustele kulunud aeg korreleeruvad omavahel, kuid korrelatsioonid on nõrgad. Psüühilise, sotsiaalse ja religioosse heaolu tähtsushinnangud ja heaolu saavutamiseks kulunud ajahinnangud korreleeruvad vastastikku, kuid seosed on nõrgad (kõik alla 0,2). Enamikule õendustegevuse komponentidele kulunud ajahinnangud on vastastikku korreleeritud, vaid religioosse õendustegevuse ajakasutushinnang on teiste tunnustega kõige nõrgemini seotud. Sellest võib järeldada, et õed, kellel kulus rohkem aega ühele tegevuste rühmale, ei teinud seda teiste tegevuste arvel, vaid neil kulus rohkem aega ka teistele tegevustele.

Seos füüsilise ja psüühilise heaolu olulisuse hinnangute vahel on tugevnenud (1999. a 0,35; 2009. a 0,47), kuid jääb siiski vaid mõõdukaks.

Ajakasutushinnanguid iseloomustavate tunnuste positiivne omavaheline seos on säilinud, ehkki mingil määral nõrgenenud (näiteks füüsiliste ja psüühiliste tegevuste ajakasutushinnangute vaheline korrelatsioon on langenud väga tugevalt 0,72-lt tugeva 0,50-ni). Hinnangud õendustegevustele kulunud ajale korreleeruvad omavahel jätkuvalt, kuid enamasti on korrelatsioonikorda-

jate väärtus veidi langenud. Üksnes senini väga tugev seos ajakasutuses sotsiaalsete ja psüühiliste õendustegevuste vahel on veelgi tugevnenud.

**Organisatsioonikultuur õdede vaatenurgast.** Töö organiseerimine muutus vastavalt vastajate hinnangule uuringu etappide vahel märkimisväärselt ( $p = 0,001$ ). Õdede vastuste kohaselt mindi uuringu eri etappide vahelisel ajal osakonnasiseses tööjaotuses suuresti üle rühmatöö põhisele tööjaotusele. Aastal 1999 tundis 43% õdedest, et nende tegevus on rühmatöö põhine, kuid aastal 2009 arvas nii 59% vastajaist. Ülesandepõhine ja individuaalse õendusmodeli põhine tööjaotus oli uuringu eri ajaetappide vahel vähenenud. Ülesandepõhine tööjaotus oli vähenenud 30%-lt 20%-ni ja individuaalse õendusmodeli järgne tööjaotus 12%-lt 6%-ni. Oluline statistiline erinevus tuli õdede väidete kohaselt välja ka kommunikatsioonis ( $p = 0,027$ ), mis oli muutunud avatumaks. Suurim osa vastajatest leidis, et juhtkond võtab õdede arvamusi arvesse. 1999. aastal arvas niimoodi 44% ja 2009. aastal 46% vastajaist. Alla kolmandiku (28%) õdedest vastas aastal 1999, et juhtimine on patsiendi vajaduste põhine, kuid aastal 2009 mõtles nõnda kolmandik (33%). Kogemus, et ülesanded olid vaid ülemuste ettekirjutuste põhised, vähenes uuringuetappide vahel: nii tundis 28% aastal 1999 ja 21% aastal 2009. Personali vahelist kommunikatsiooni hinnati üsna avatuks (74% aastal 1999 ja 76% aastal 2009). Aastal 1999 hindasid õed koostööd rohkem rahuldavaks kui heaks (rahuldav 55% ja hea 40%) ning aastal 2009 rahuldava ja hea koostöö vahekord veidi paranes (rahuldav 52% ja hea 47%), erinevus oli statistiliselt oluline ( $p = 0,045$ ). Osakonna töö organiseerimisel tundis suurem osa vastajaist, et lähtutakse patsiendi isiklike vajaduste hindamisest (65% aastal 1999 ja 68% aastal 2009). Viies tundis, et lähtepunktiks on igapäevane või nädalane tavapärase programm (20% aastal 1999 ja 19% aastal 2009). Aastal 1999 leidis 62% vastajaist, et otsesele ja mitteotsesele õendustegevusele kulutatakse võrdselt aega, vastav näit aastal 2009 oli 68%. Pelgalt mitteotsesele õendustegevusele kulunud aeg vähenes teises etapis sel määral, et vahe oli statistiliselt oluline ( $p = 0,015$ ).

**Töökeskond õdede seisukohast.** Töökeskonna all mõeldakse patsientide vanusegrupe ja probleeme, arstide, õendustöötajate, õdede ja voodikohtade arvu osakonnas ning õdede piisavust. Aastal 1999 vastasid õed, et 85% patsientidest olid nii täiskasvanud (18–64aastased) kui ka eakad (65+ aastat). Nende hinnangul oli eakaid patsiente 6%. Aastal 2009 vastasid õed, et peamiselt (68%) olid patsiendid täiskasvanud ja eakad, kuid üldiselt oli eakate patsientide osakaal siis 26%. Eakate patsientide osakaal oli aastal 2009 statistiliselt oluliselt suurem kui aastal 1999 ( $p < 0,001$ ). Aastal 1999 oli õdede meelest 66%-l patsientidest mitmeid füüsilisi probleeme ja 7%-l ei olnud üldse füüsilisi probleeme. Aastal 2009 oli õdede hinnangul 72%-l patsientidest mitmeid füüsilisi probleeme ja 4%-l ei hinnatud üldse olevat füüsilisi probleeme.

Uuringu esimeses etapis hindasid õed, et veidi üle pooltel patsientidest on

psüühilisi probleeme (57%), teises etapis oli vastav hinnang mõnevõrra suurem (64%). See oli ainus patsientide probleeme iseloomustav tunnus, milles uuringuetappide vahel oli statistiliselt oluline erinevus ( $p < 0,006$ ). Esimesed etapis märkas sotsiaalsete probleemide esinemist mitmel juhul 74% õdedest ja teises etapis 71%. Õdede hinnangu kohaselt esines esimeses etapis 64%-l patsientidest mõningal juhul religioosseid probleeme, teises etapis oli seda meelt 55% õdedest.

Aastal 1999 oli voodikohti osakonna kohta keskmiselt 35 ja aastal 2009 oli neid 27. Voodikohtade vähenemine uuringu eri etappide vahel oli statistiliselt oluline ( $p < 0,001$ ). Õdede arv osakondades püsis peaaegu sama kummaski uuringuetapis (keskmiselt 14 õde aastal 1999 ja 13 õde aastal 2009). Arstide arvus toimus väike suurenemine: 1999. aastal oli neid osakonna kohta 5 ja 2009. aastal oli 6 arsti osakonna kohta. Õendustöötajate suhtarv püsis aastate lõikes üsna stabiilne. Õdede arvamused õdede arvu piisavuse kohta jagunesid üsna ühtlaselt ja sarnaselt: aastal 1999 arvas õdesid olevat piisavalt 30%, üsna piisavalt 33% ja ebapiisavalt 37% vastajatest. Aastal 2009 hindas õdesid olevat piisavalt 29%, üsna piisavalt 39% ja ebapiisavalt 32% vastanuist. Kõige rohkem peeti õdede arvu mittepiisavaks 12tunnistes töövahetustes, mis oli tavaliselt päevane vahetus ajavahemikus 8.00–20.00. Esimeses etapis 64% ja teises etapis 75% vastanuist oli seda meelt, et 12tunnises vahetuses ei ole piisavalt õdesid. Õdede hulga piisavuse hindamisel ei olnud uuringu eri etappides toimunud statistiliselt olulist muutust: 1999. aastal tegi 64% ja 2009. aastal 75% õdedest umbes 12tunnise töövahetuse enne küsimustikule vastamist. Viimati umbes 24 tunni pikkuse töövahetuse teinute hulgas oli toimunud märgatav muutus uuringuetappide vahelisel ajal: 1999. aastal tegi 19% vastajatest ja 2009. aastal 2% vastajatest viimati umbes 24-tunnise töövahetuse. Viidatud pikkade töövahetuste arvu vähenemises oli toimunud statistiliselt oluline muutus uuringu eri etappide vahel ( $p < 0,001$ ).

**Hinnangud õendustöö erinevatele komponentidele: õendustöö tegevusmudeli kujunemine.** Kahe uuringuetapi tulemusi statistiliselt analüüsidest joonistus välja statistilis-graafiline õendustöö egevusmudel. Tegevusmudeli arendamiseks koostati mitu regressioonimudelit, selgitamaks taustatunnuste seoseid õendustegevuste komponentide olulisuse hindamisel (vt tabel 6, joonised 5 ja 6).

Tabelis 6 on mõlemas uuringuetapis esitatud kokku kaheksa statistilist mudelit, üks iga õendustöö komponendi kohta (füüsiline, psüühiline, sotsiaalne ja religioosne). Rida "Seletav tunnus" sisaldab mudelis olulist mõju avaldavaid tunnuseid ja nende aluseks olevaid küsimuse numbraid küsimustikus. Järgmises reas on esitatud järjestustunnuste puhul skaala alumine ja ülemine väärtus. Järgneb vastava tunnuse regressioonikordaja, seejärel regressioonikordaja alumine ja ülemine 95%-line usalduspiir. Viimases reas on regressioonikordaja

usaldustõenäosus, mis näitab, kas vastav tunnus on mudelis oluline ( $p < 0,05$ ). Mõnel juhul on seletavate tunnuste hulka lisatud ka tunnus, mis on peaaegu oluline ( $p = 0,053$  ja  $p = 0,056$ ).

**Tabel 6. Regressioonimudelid, mis kirjeldavad õendustööd (erinevate õendustegevuste tähtsusehinnanguid) õdede ja asutuste taustatunnuste kaudu eri uuringuetappidel.**

Uuritav tunnus	patsiendi füüsiline heaolu						patsiendi psüühiline heaolu		
aasta	1999			2009			1999		2009
seletav tunnus	K 29, töö organi-seerimine	K 19, õdede arvu piisavus	K 12, religioossed probleemid	K 12, psüühilised probleemid	K 24, füüsilistele ÕT-dele kulutatud aeg	K 14 & K 15, õdesid arsti koha	K 4, õdede töö-kogemus	K 22, viimastise vahetuse pikkus	K 12, psüühilised probleemid
seletava tunnuse skaala	individaalne mudel vs kombineeritud mudel	piisav vs mittepisav	üldse mitte vs väga mitmel juhul	üldse mitte vs väga mitmel juhul				ca 8 tundi vs ca 24 tundi	üldse mitte vs väga mitmel juhul
regressioonikor-daja	-14,10	3,47	1,53	3,50	0,18	1,39	0,15	2,84	3,22
alumine usaldus-piir (95%)	-19,24	1,50	0,25	0,85	0,02	-0,02	0,03	0,42	0,92
ülemine usaldus-piir (95%)	-8,91	5,44	2,82	6,16	0,34	2,79	0,27	5,27	5,53
p-väärtus	<0,001	0,001	0,020	0,010	0,026	0,053	0,017	0,023	0,006



Tabel 6, järg.

Uuritav tunnus	patsiendi sotsiaalne heaolu						patsiendi religioosne heaolu				
	1999				2009		1999				2009
seletav tunnus	K 14 & K 13, õdesid voodikohta kohta	K 26, sotsiaalsetele ÕT-dele kulunud aeg	K 4, õdede töökogemus	K 10, osakond	K 27, religioossetele ÕT-dele kulunud aeg	K 30, juhtimisstiil	K 14 & K 15, õdesid arsti kohta	K 4, õdede töökogemus	K 19, õdede arvu piisavus	K 26, sotsiaalsetele ÕT-dele kulunud aeg	K 27, religioossetele ÕT-dele kulunud aeg
seletavate tunnuste skaala				sisehaiguste osakond vs kirurgia osakond		autori taarne vs patsientide vajadused			piisav vs mittepiisav		
regressioonikordaja	-5,97	0,37	0,21	-3,63	2,12	7,99	-2,25	0,22	2,79	0,23	1,85
alumine usalduspiir (95 %)	-9,14	0,19	0,03	-7,36	1,04	0,29	-3,77	0,06	0,66	0,01	0,46
ülemine usalduspiir (95 %)	-2,80	0,54	0,39	0,09	3,20	15,69	-0,72	0,38	4,93	0,45	3,23
p-väärtus	<0,001	<0,001	0,026	0,056	<0,001	0,042	0,005	0,009	0,011	0,043	0,012

Longituuduuringu kahe etapi statistilised tulemused esitatakse joonistena (joonis 5, joonis 6). Joonistel on esitatud õdede hinnangud õendustöö eri komponentide tähtsuse kohta patsiendi heaolu seisukohalt. Jooniseid koostades on lähtutud sellest, millistel seletavatel tunnustel on seos kõnealuse komponendi tähtsuse hindamisega. Joonistesse on lisatud keskmiselt kaks või kolm seletavat tunnust, mille mõju uuritavale tunnusele on statistiliselt oluline.

Füüsiliste, psüühiliste, sotsiaalsete ja religioossete õendustegevuste olulisus aastal 1999 (vt joonis 5). Esimeses etapis võeti varem kirjeldatud meetodika alusel mudelisse kolm füüsiliste õendustegevuste seletavat tunnust, mis mõjutavad õdede hinnangut patsiendi heaolu tagavate füüsiliste õendustegevuste tähtsuse kohta (vt tabel 6). Need on töö organiseerimine, piisav õdede arv ja patsientide religioossed probleemid. See patsiendi heaolu komponent muutus oluliseks, kui õdede töö organiseerimisel tekkis palju mõjutajaid, õdesid oli piisavalt ja õed märkasid patsientide religioosseid probleeme.

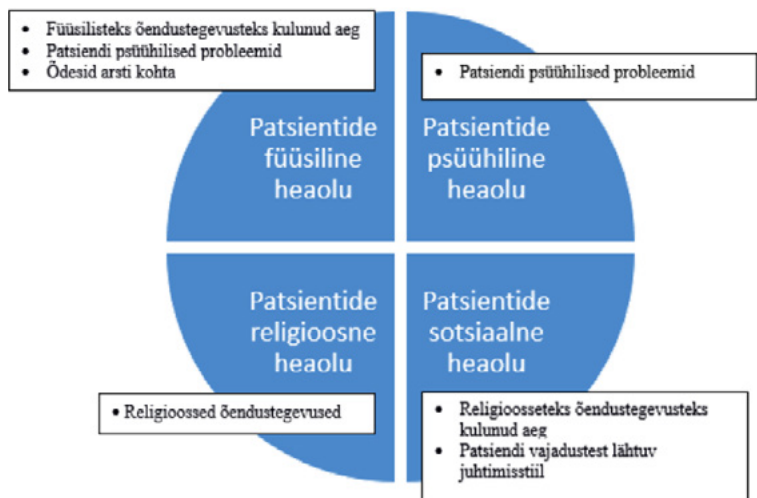


Joonis 5. Õdede hinnangud õendustöö erinevate komponentide olulisusele aastal 1999.

Patsientide psüühilist heaolu tagavate õendustegevuste olulisust kirjeldasid õdede töökogemus (mida pikem, seda olulisemaks peeti neid toiminguid) ja viimase töövahetuse pikkus (mida pikem vahetus, seda olulisemaks neid toiminguid peeti). Patsientide sotsiaalset heaolu tagavate õendustegevuste tähtsushinnangut kirjeldasid õdede arv voodi kohta (mida vähem õdesid, seda kõrgemalt hinnati õendustegevuste tähtsust), sotsiaalsetele õendustegevustele kulunud aeg (mida rohkem aega kulus, seda kõrgemalt patsiendi sotsiaalset heaolu hinnati), õe töökogemus (mida kogenum õde, seda kõrgem hinnang) ja sisehaiguste osakond (sisehaiguste osakonnas hinnati patsiendi sotsiaalset

heaolu rohkem kui kirurgiaosakonnas). Kui voodikoha kohta oli vähe õdesid ja arste, hinnati sotsiaalse heaolu komponenti rohkem. Patsientide religioosset heaolu tagavate õendustegevuste olulisust kirjeldasid õdede arv arstide suhtes, õdede töökogemus (mida pikem kogemus, seda olulisemaks peeti religioosseid õendustoiminguid), õdede piisavus (mida vähem õdesid, seda tähtsamaks hinnati religioosseid õendustegevusi) ja sotsiaalsetele õendustegevustele kulutatud aeg (mida enam aega kulus, seda rohkem hinnati religioosseid õendustegevusi).

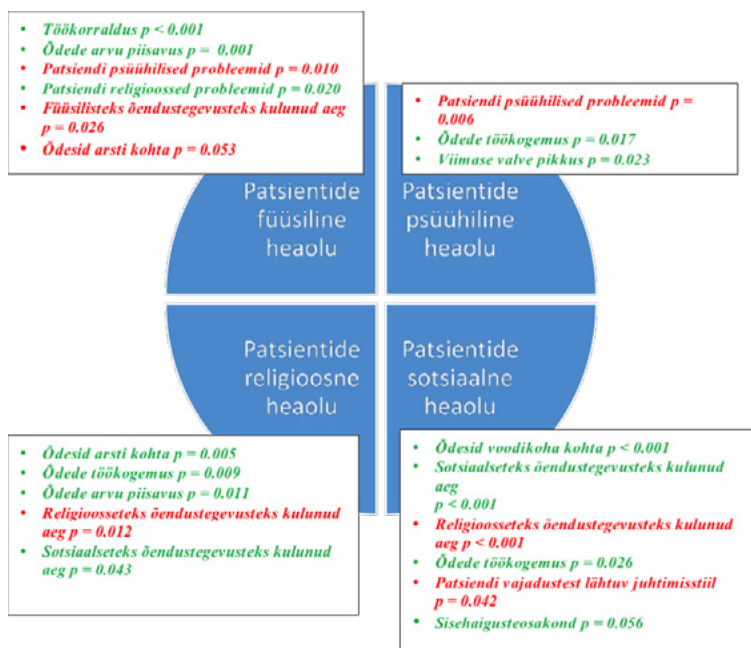
Füüsiliste, psüühiliste, sotsiaalsete ja religioossete õendustegevuste olulisust aastal 2009 (joonis 6). Aastal 2009 kirjeldasid füüsilist heaolu tagavate õendustegevuste olulisust patsiendi psüühilised probleemid, füüsilistele õendustegevustele kulunud aeg ja osakonna õdede arv osakonna arstide suhtes (vt tabel 6).



**Joonis 6. Õdede hinnangud õendustöö erinevate komponentide olulisusele aastal 2009.**

Mida rohkem õde märkas patsientidel psüühilisi probleeme, seda rohkem ta hindas psüühilisi õendustegevusi. Patsientide sotsiaalset heaolu tagavate tegevuste olulisust kirjeldasid religioossetele õendustegevustele kulutatud aega mõjutavad hinnangud (mida enam õed hindasid patsiendi sotsiaalset heaolu, seda enam nad kulutasid aega religioossetele õendustegevustele) ja osakonna juhtimisstiil. Kuna juhtimisstiil oli mitteamvuline tunnus, moodustati sellest kaks järjestustunnust: õdede arvamusega arvestamine (1) ja patsientide vajadustega arvestamine (2). Patsientide vajadustest lähtuv juhtimisstiil osutus statistiliselt oluliseks juhtimisstiiliks. Religioossete õendustegevuste olulisust mudelis kirjeldas religioossetele õendustegevustele kulunud aeg.

Summaarse graafilis-statistilise õendustöö mudeli moodustamine. Graafilis-statistilises õendustöö mudelis on kirjeldatud füüsiliste, psüühiliste, sotsiaalsete ja religioossete õendustöö toimingutega seotud tegurid (vt joonis 7). Kõik patsiendi heaolu komponentidega seotud õendustegevuste tegurid on esitatud statistilise olulisuse järjekorras viisil, et statistiliselt olulisim on mainitud esimesena. Esindatud on need tegurid, mille olulisus on vähemalt  $p \leq 0,05$ . Ehkki õendustööd kirjeldatakse mudelis nelja komponendi abil, on õendustöö alati ulatuslik tegevus, mille eesmärgiks on patsiendi tervis ja heaolu. Komponentid on omavahel olulises seoses, kuid neil on omad rõhuasetused õdede nägemuse alusel. Samu rõhuasetusi esineb ka erinevatel komponentidel.



Joonis 7. Graafilis-statistiline õendustöö tegevusmudel (1999, 2009).

Patsiendi füüsilise heaoluga on enim seotud see, kuidas töö on osakonnas korraldatud ( $p < 0,001$ ). Uuringu esimeses etapis tuli esile töökorralduse individuaalne ja töökorraldust ühendav mudel. Individuaalne töökorraldusmudel näitab, et õed hindavad patsiendi füüsilist heaolu. Teine oluline tegur on õdede piisav arv osakonnas ( $p = 0,001$ ) ja see, kui palju on õdesid arstide arvu kohta ( $p = 0,053$ ). Kui arste on vähe, peavad õed tõenäoliselt täitma arsti ülesandeid, mis aga vähendab õdede poolt patsientide heaolule suunatud õendustöö mahutu. Patsientide religioossed ja psüühilised probleemid on seotud patsiendi füü-

silise heaoluga. See, kui palju õde kulutab otseselt aega patsiendi füüsilistele õendustegevustele ( $p = 0,026$ ), on seotud patsiendi füüsilise heaoluga.

Patsiendi psüühilise heaoluga on kõige tugevamini seotud patsiendi psüühilised probleemid ( $p = 0,006$ ). Kui õde suudab ära tunda patsiendi psüühilised probleemid, on tal võimalik neid arvesse võtta ja toetada patsiendi psüühilist heaolu. Õdede töökogemusel on oluline seos patsiendi psüühilise heaoluga ( $p = 0,017$ ). Kogenud õed hindavad väheste kogemustega õdedest rohkem psüühilise õendustöö vajadust. Ka õdede viimati tehtud töövahetuse pikkus on seotud patsiendi psüühilise heaoluga ( $p = 0,023$ ). Pika töövahetuse ajal suudab õde märgata patsiendi psüühilisi probleeme ja panustada nendesse paremini kui lühikese töövahetuse õde.

Patsiendi sotsiaalse heaoluga on seotud õdede arv suhtes voodikohtade arvuga ( $p < 0,001$ ), samuti nagu sotsiaalsetele õendustegevustele kulunud aeg ( $p < 0,001$ ). Mida rohkem õdesid on voodiosakonnas ühe voodikoha kohta, seda paremini suudavad nad panustada patsientide sotsiaalsesse heaolusse. Õdede töökogemusel on mõju patsiendi sotsiaalsele heaolule ( $p = 0,026$ ): mida pikem on õe töökogemus, seda kergem on tal mõista patsiendi sotsiaalse heaolu tähtsust. Sisehaiguste osakonnas töötavatel õdedel on võrreldes kirurgiaosakonna õdedega suurem valmisolek ära tunda patsiendi sotsiaalse heaoluga seotud tegureid ( $p = 0,056$ ). Religioossetele õendustegevustele kulunud aeg on seotud patsiendi sotsiaalse heaoluga ( $p < 0,001$ ). Ka patsiendi vajadustest lähtuv juhtimisstiil on seotud patsiendi sotsiaalse heaoluga ( $p < 0,042$ ).

Patsiendi religioosse heaoluga on statistiliselt oluliselt seotud see, kui palju on õdesid arstide arvu kohta ( $p = 0,005$ ). Ka õdede töökogemus on seotud patsiendi religioosse heaoluga ( $p = 0,009$ ). Piisav hulk õdesid osakonnas, ( $p = 0,011$ ), samuti ka religioossetele õendustegevustele kulunud aeg ( $p = 0,12$ ) muudavad võimalikuks patsiendi religioosse heaolu. Ka sotsiaalsetele õendustegevustele kulunud aeg on seotud patsiendi religioosse heaoluga ( $p = 0,043$ ).

Mudelist selgub, millised tegurid mõjutavad patsiendi heaolu. Füüsilist ja sotsiaalset heaolu mõjutavad 6 uuringus mõõdetud tegurit, religioosset 5 ja psüühilist 3. Õdede hinnangul mõjutavad patsientide heaolu kõige rohkem töökorraldus, õdede töökogemus, religioossetele õendustegevustele kulunud aeg, patsientide religioossed ja psüühilised probleemid.

## 5 Arutelu

Mudeli loomisel on võetud arvesse õdede õendustegevustele kulunud aega, organisatsioonikultuuri ja töökeskkonda. Mudeli tugevuseks on 10 aasta pikkune ajaperspektiiv. Ehkki Eestis toimus palju ühiskondlikke ja tervishoiukorraldusega seotud muudatusi, mis mõjutasid õdede tööd, on tegemist esimese laialdase kirjeldusega sellest. Õdede arvates toimus patsiendi heaolu mõjutavate tegurite suhtes üsna vähe olulisi muutusi. Mudelis leiduv info õdede tegevuse kohta, samuti see, kuidas nad rõhutasid patsiendi heaoluga seotud tegureid, aitab jõuda õenduse arendamisel õdede koolitusest praktilise õendustöö realiseerimiseni.

Mudeli loomise aluseks olnud küsimustik koostati ajal, mil õendusteadusel põhinev õendustöö oli Eestis alles algfaasis. Küsimustiku koostamisel oli raskuseks õendustöö terminite nappus Eestis võrreldes Ameerika ja Euroopa õendusteaduse terminitega. Uue mõõtmise ajaks oli õendusse juba jõudnud uusi termineid, mis võeti arvesse mõõdiku uuendamisel. Mõõdiku põhistruktuur mõõtmiskordade vahel ei muutunud, ehkki termineid täpsustati. On siiski võimalik, et kõik õed ei mõistnud mõõdiku uuendatud küsimusi ühtmoodi. Vääritimõistmise risk oli väike, kui vaadata seda, kuidas õed rõhutasid samu asju mõlemal mõõtmiskorral. Mingil määral oli õdede väljaõpe mõõtmiskordade vahel muutunud, kuid sellel ei tundunud olevat mõju vastustele. Mõõdikut kasutati ka muudes NuRsE-projekti osalenud maades, kuid tulemusi on avaldatud väga napilt. Sel põhjusel ei olnud kasutada piisavalt võrdlusmaterjali, mis oleks kinnitanud meie uurimuses saadud tulemusi. Kui mudelit kasutatakse õendustöö arendamiseks, siis on vaja arvestada mudeli loomise aluseks olnud mõõdikut mõjutanud teguritega.

### **Tervishoiu valdkonnas on tähtsad järgmised tegurid.**

1. Kõigi patsiendi heaolu komponentides tulid välja heaolu mõjutavad tegurid, milleks olid organisatsioonikultuur ja töökeskkonnad, õendustegevustele kulunud aeg ja patsientidel esinevate probleemide märkamine. Kõik heaolu mõjutavad tegurid on omavahel seotud, kuna ulatusliku inimkäsituse kohaselt on inimene biopsühhosotsiaalne tervik ja seda tuleb tervishoiu puhul eriti hoolikalt arvestada. Õendustöö komponendid (füüsiline, psüühiline, sotsiaalne ja religioosne) on omavahel tihedasti seotud ja moodustavad terviku, millega üritatakse tagada patsiendi heaolu. Nagu selgus uuringu tulemustest, teeb õde mitmeid õendustegevusi samaaegselt. Kui mõni komponent jäetakse kõrvale, ei saavutata head tulemust ka teiste komponentide suhtes. See selgus ka korrelatsioonimaatriksitest.
2. Mida enam õde kulutas oma hinnangul aega eri õendustegevustele, seda enam ta neid väärtustas. Aja kulutamist patsiendi heaolu edendamisele peab väärtustama, kuid selleks on tarvis anda ka aega ja võimaldada inimlik-

ku suhtlemist. Patsiendi probleemide märkamine ja neile õige reageerimine on seotud organisatsioonikultuuriga ja töökeskkonna teguritega (õdede-ars-tide ja õde-voodikotade suhtarv, töökorraldus ja juhtimisstiil).

**3.** Õdede hinnangud näitavad, et mudeli tähtis komponent on töökogemuse pikkus. Kogenumad õed oskavad paremini märgata patsientide probleeme ja leida neile lahendusi.

**4.** Õendustöö arengu seisukohast näitavad uuringu tulemused, et õdede väljaõpe on paranenud, sest kõrgharidusega õdede arv oli uuringuetappide vahel suurenenud. Koolitustaseme muutused ei olnud siiski väga olulised, sest magistritasemega õdesid oli viimase uuringu läbiviimise ajal veel vähe. Ühiskond, eriti sotsiaal- ja tervishoiusüsteem muutuvad kiiresti ja selles edukalt toimimiseks vajatakse teadlikke, hea väljaõppe saanud õdesid.

**5.** Patsiendi heaoluga kõige märkimisväärselt seotud tegurid võib jagada viide rühma: õdede töökogemus, organisatsioonitegurid, õendustegevustele kulunud aeg ja patsientidel esinenud religioossete ja psüühiliste probleemide teadvustamine.

**6.** Uurimuse tulemused julgustavad sooritama sama mõõdikuga korduvuuringut, et võrrelda kogutud infot praegu olemasolevate andmetega.

**Uuringu usaldusväarsus ja eetilised aspektid.** Käesoleva uuringu usaldusväarsuse hindamiseks kontrollitakse kvantitatiivse meetodi ja väljatöötatud mudeli usaldusväarsust. Uuring on teostatud longituuduuringuna, kus materjali koguti kaks korda, uuritava nähtuse püsides samana Uuringu iseloom on retrospektiivne, sest nähtust kontrollitakse tagasiulatuvalt. (Kankkunen jt, 2009, 2013). Uuringu usaldusväarsusele on pööratud tähelepanu mõlemas uuringuetapis, kus võib tekkida tulemuse usaldusväarsust mõjutavaid vigu. Kvantitatiivse uurigu usaldusväarsust hinnatakse valiidsuse ja reliaabluse abil. (Kankkunen jt, 2013; Heikkilä, 2014). Uuringus kasutatud mõõdiku arendamiseks kasutati kirjandust ja varasemaid uuringuid.

Uuring annab usaldusväärse pildi Eesti sise- ja kirurgiaosakondade õdede õendustegevustest aastatel 1999 ja 2009. Kahe uuringu etapi tulemuste võrdlus annab tõenäoliselt õige vaate Eesti õenduses toimunud arengu kohta, kuna mõlemal aastal oli vastuste protsent kõrge: vastavalt 81% ja 83%. Uuringu materjali hoiustamiseks kasutati koode ja nii tagati konfidentsiaalsus. Materjali on analüüsitud viisil, mis ei võimaldanud vastajat identifitseerida. Uuriija austav hoiak uuringus osaleja suhtes tugevdab omavahelist usaldust. (Maltby jt, 2010).

Uuringu läbiviijale on oluline tagada, et uurimistulemused oleksid tuletatud eetiliselt, häid uurimispraktikaid kasutades. Uurimistööd tehes on lähtunud teadusliku eetika põhimõtetest, milleks on ausus, hoolikus, täpsus ja avatus töö avaldamisel. (Kankkunen jt, 2013). Hea teadusliku tavaga on kooskõlas teise töö austamine ja plagieerimise vältimine. (Vilka, 2007). Käesolevas töös on



autor infootsingus ja allikate kasutamisel järginud hoolsuse põhimõtet, püüdnud allikatele viidata täpselt ja koostanud asjakohase allikate loetelu. Uuringus on arvesse võetud uuringu eetilisust, igas uuringuetapis on arvesse võetud hea teadusliku töö praktika järgimist.

## 6 Järeldused ja jätku-uuringute võimalused

Käesoleva longituuduuringu tulemused annavad infot Eesti õenduse arengu kohta õdede seisukohalt nähtuna aastatel 1999 kuni 2009. Tegemist on süsteemse ja laiapõhjalise terviseteaduse alase uuringuga Eestis fookusega õendusteadusel. Uuringu tulemusel saadi terviklik ülevaade õenduse eesmärkidest, patsientide füüsilisest, psüühilisest, sotsiaalsest ja religioosest heaolust ja sellega seotud õendustegevustest, organisatsioonikultuurist ning töökeskkonnast. Seega on uurimus Eesti õendusteaduses teedrajava iseloomuga. Õenduse arengut on jälgitud nii longituuduuringuna kui ka arengut mõjutavate taustategurite kaudu, milleks on kiired muutused ühiskonnas, õdede väljaõppes ja erialaorganisatsioonide arengus.

### Uurimistulemuste põhjal saab järeldada:

1. Õed peavad, lähtudes patsiendi heaolust, õendustegevusi oluliseks. Õdede väljaõppes ja õendustöö juhtimises rõhutatakse patsienti arvestavat terviklikku õendusabi. Töökogemus ja õdede vanus suurendavad valmidust märgata patsiendi psüühilisi ja religioosseid probleeme. See näitab, et elukogemus suurendab valmidust tegeleda patsiendiga terviklikult. Erinevalt kirurgia osakonna õdedest rõhutasid sisehaiguste osakonnas töötavad õed sotsiaalse õendustöö olulisust. Tõenäoliselt võimaldavad sisehaiguste osakonnas töötavate õdede tööülesanded paremini rääkida patsiendiga tema elukorraldusest, kirurgia osakonna kiire töötempo seda nii hästi ei võimalda. Patsiendid tulevad sisehaiguste ja kirurgia osakonda üldjuhul füüsilise probleemi tõttu. On loomulik, et õed märkavad patsiendi füüsilisi probleeme ja kulutavad neile enim aega. Siiski tõid nad välja psüühiliste, sotsiaalsete ja religioosete komponentide olulisuse patsiendi heaolu seisukohalt, kuid ajakasutus neile aspektidele näib olevat piiratud. Raviajad on tänapäeval varasematest lühemad, sellest tingituna on oluline tegeleda patsiendiga terviklikult ja pakkuda talle kvaliteetset õendusteenust. Multiprofessionaalne koostöö vähendaks õdede koormust tegeleda kõigi patsienditöö valdkondadega.

2. Eesti haiglates on aastaid olnud ülesannetepõhine tööjaotus. See on nii olnud ka ühiskonna muutumise ajal, mille Eesti tegi läbi 1990. aastatel ja mille järeلمid ulatuvad 2000. aastatesse. See uuring näitab, et organisatsiooni-

kultuuris on üle mindud rühmatöö mudelile vastavale tööjaotusele ja samas on näha ka üleminekut multiprofessionaalsele tööjaotusele, mis ongi kõrge kvaliteediga õendustöö eesmärgiks. Ainuüksi õdede väljaõpe ei võimalda muuta töö organiseerimise viise, selleks on vaja muutust tervishoiusüsteemi töökorralduses.

**3.** Õdede töökeskkonnas on toimunud kiire areng. Voodikohtade arv haiglates vähenes uuringu etappide vahelisel ajal, kuid õdede arv püsis sama. Samal ajal suurenes eakate patsientide arv. Ehkki voodikohtade arv on vähenenud, on patsientide hulk püsinud sama või isegi suurenenud. Sellest tulenevalt tõuseb õdede töökoormus ja seeläbi läbipõlemise oht. Uuringus osalenud õed arvasid nende arvu olevat piisava. Muutused, milleks on ravieagade lühenemine ja osakondade ülekoormus, viitavad töövõimalikele riskiteguritele.

**4.** Uuringu tulemusena koostati graafilis-statistiline õendustöö tegevusmudel, mille sisuks on patsiendi heaolu arvestavad õendustegevused, patsiendi probleemid, õendustööle kulunud aeg, töökeskkonna ja organisatsioonikultuur ning nendevahelised seosed. Kümneaastane periood mõõtmiste vahel on õigustatud, kuna sellel perioodil suurenes oluliselt kõrghariduse omandanud õdede osakaal. Lühema aja jooksul ei oleks saanud tuvastada mõõdetavaid muutusi õdede hoiakutes. Patsiendi heaoluga kõige märkimisväärselt seotud tegurid võib jagada viide rühma: õdede töökogemus, organisatsioonitegurid, õendustegevustele kulunud aeg ja patsientidel esinenud religioosete ja psüühiliste probleemide teadvustamine.

**5.** Uuringu tulemusena loodud tegevusmudel leiab kasutust õdede väljaõppes, õendustöö juhtimises ja uurimistöös. Mudel on seotud kindla perioodiga Eesti tervishoiu arengus ning vajab seetõttu järjepidevat hindamist ja vajadusel täiendamist.

Uurimuse praktiline väärtus seisneb õendusala uurimistöö, koolituse ja praktilise õendustöö arendamises.

**1.** Kavas on läbi viia sama mõõdikuga kordusuuring ja saadud andmeid võrrelda eelmiste uuringute tulemustega. Seejärel oleks võimalik mudelit täiustada ja näha õendustoimingute arengut dünaamikas patsientide heaolu seisukohalt. Vajalik on jätkata uurimistöid organisatsiooni ja tegevuskeskkonna teemadel, kuna selgus, et need mõjutavad õdede tööd oluliselt. Nii tekiks tõendus põhine info Eesti õendustöö arengute kohta. Uurimuse mõõdikut võiks testida ka mujal, kui sisehaiguste ja kirurgia voodiosakondades.

**2.** Suurim takistus tervishoiuteenuse efektiivsuse suurendamisel ja patsiendikeskse arstiabi arendamisel Eestis on õdede puudus. Personalipuudus ei võimalda tõsta õendusabi ja hooldusravi tasemele, mis vastaks rahvastiku vajadustele ning vähendaks nii haiglate kui ka omasteholdajate koormust. Kuigi õdede lahkumine tööle välismaale on peatunud, tuleb jätkuvalt luua tingimused selleks, et õed oleksid motiveeritud töötama Eestis. Eestis pakutav haridus ja tervishoiutöötajate väljaõpe on rahvusvaheliselt tunnustatud, mida näitab nende Eesti arstide ja õdede suur hulk, kes on välismaale tööle siirdunud.

**3.** On tarvis tugevdada rahvusvahelist koostööd ja võrgustikes osalemist. Põhjamaade, eriti Soome kolleegide tugi Eesti õendusteaduse väljaarendamisel on arvestatava tähtsusega. Hea aluse rahvusvahelistumiseks loovad digikultuuri võimalused.

Käesolev uurimus lisab väärtust õenduslasele koolitusele nii põhiõppes, magistri- kui ka doktoriõppes ning annab arvestatava panuse õendusteadusele Eestis.

## Kasutatud allikad

- Benner, P. (1993). Aloitteijasta asiantuntijaksi. Porvoo: WSOY.
- Bro, R. & Smilde, A. K. (2014). Principal component analysis. *Analytical Methods*, 6, 2812–2831.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care. How Can It be Assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260, 1743–1748.
- Ehasalu, A. (2003). Kogukonnamudel Eesti õenduses ja selle rakendamise võimalused. Tallinna Ülikool, Sotsiaaltöö Instituut. Magistritöö.
- Ernits, Ü. (2001). Sotsiaalsed õendustegevused Mustamäe haigla näitel. Tallinna Pedagoogikaulikool, Sotsiaaltöö osakond. Magistritöö.
- Ernits, Ü. (2018). Viron hoitotyön kehittyminen ja muotoutuminen yhteiskunnallisessa muutoksessa: seurantatutkimus. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja.
- Ciudici, P., Salvatore, I. Vichi, M. (Eds.). (2013). *Statistical Models for Data Analysis*. Cham: Springer.
- Heiikkilä, T. (1999). Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Heiikkilä, T. (2014). Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy. Retrieved July 17, 2016, from <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>.
- Kallio, A. (2007). Sairaanhoitajan ammattillinen koulutus Suomessa ja Baltian maissa sairaanhoitajan kuvaamana. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2009). Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2014). *Nursing research. Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice*. St. Louis: Mosby Elsevier.
- Maanen, van H. M. TH. (1984). Evaluation on nursing care: quality of nursing evaluated within the context health care and examined from multinational perspective. In L. D. Willis, ja M. Linwood (Eds), *Measuring the quality of care* (pp. 3–42). Edinburg: Churchill Livingstone.
- Maltby, J., Williams, G., McGarry, J. & Day, L. (2010). *Research methods of nursing and healthcare*. Dorchester: Henry Ling Ltd.
- Priede-Kalins, Z. (2000). Health care in Latvia. Paper presented in Baltic-Finland NuRsE-project International Call Semi-

nar. December 2001. Mikkeli.

Raatikainen, R. (1986). Itsehoito ja hoitotyö. Käsiteluookitusten järjestelmä ja käsitteiden välisten suhteiden tarkastelu terveystalouden näkökulmasta. Helsinki: Sairaanhoidon koulutussäätiö.

Raatikainen, R. (1995). Hoitotyön kehitysvaiheiden luokitus. *Sairaanhoidaja* 68, 31–34.

Rauhala, L. (1978). Filosofinen ihmiskäsitys empiirisen ihmistutkimuksen ja auttavan toiminnon perustana. Teoksessa *Sairaanhoidon vuosikirja XV* (s. 270–290). Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö, Helsinki.

Rauhala, L. (1983). Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Gaudeamus.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. (2011). Tutkimuksen voimasanat. WSOYpro, Helsinki

Sterne, A. C. J., Carlin, J. B., Royston, P. & Carpenter, J. R. (2009). Multiple imputation for missing data in epidemiological and clinical research: potential and pitfalls. *British Medical Journal*, 338, b2393. Retrieved September 22, 2010, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2714692/>.

Tiit, E-M. & Vaarama, M. (2008). Quality of Life of Older Homecare Clients. In M. Vaarama, R. Pieper & A. Sixsmith (Eds.), *Care-related quality of life in old age. Concepts, models, and empirical findings* (pp. 168–195). New York: Springer.

Tähtinen, J. & Isoaho, H. (2001). Tilastollisen analyysin lähtökohtia. Ensiaskeleet kvantitatiiviseen käsittelyyn, analyysiin ja tulkintaan SPSS-ohjelmaympäristössä. Turku: Turun yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta.

Vaitkiene, D. & Gudeliene-Gudeleviciene, L. (2000, December). Community health quality -healthy cities. In Programme and seminar presentations. The Baltic-Finland NuRsE-project International Call Seminar (s. 40-50). Mikkeli, Finland

Vehkalahti, K. (2008). Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. (2007). Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi, Retrieved July 18, 2010, from <http://hanna.vilkka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>.

# Süsteemaatilise kirjanduse ülevaate koostamisest

Pirkko Elina Routasalo, PhD; Ülle Ernits, PhD

Kirjanduse ülevaade on uurimistöö teoreetiline võrdlusraamistik, milles kirjeldatakse uurimistöö/lõputöö kontseptuaalset tausta ning seda, kuidas seonduvad uurimistöö/lõputöö käigus tehtud tööd olemasolevate teadusandmetega. (Hirsjärvi jt, 2009). Varasemat uurimistöö/lõputöö teemaga seotud teavet otsitakse süstemaatiliselt andmebaasidest, uuringuaruannetest, riiklikest soovitustest, akadeemilistest lõputöödest ja mujalt. Otsingusõnade määratlemise muudab lihtsamaks hästi formuleeritud uurimisülesanne. Eesmärk on leida tõendus põhitud teavet (evidence based knowledge). Teaduslikult tõendatud uurimistulemusi võib leida andmebaasidest ja teadusajakirjadest. Kontrollitud tegevustõendeid kirjeldatakse tihti ka projektide aruannetes ja erialaväljaannetes. Kogemuspõhised tõendid ilmnevad muu hulgas selles, mida ja kust uurimistöö/lõputöö autor sobivat teavet otsida oskab. (Leino-Kilpi ja Lauri, 2003).

Uurimistöö, projekti ja lõputöö lähtekohaks on hoolikalt koostatud kirjanduse ülevaade. Selles tuuakse välja, mida teema kohta juba teatakse ja mida veel mitte. Eelnevad teadustulemused suunavad uurimis- ja lõputöö autori tegevusi ja aitavad täpsustada uurimisülesannet või projekti. Lõputöö tegemine on uurimistöö koostamise juhendatud õppimine. Sellele ei kohaldata rangeid teadusuuringutele esitatavaid kriteeriume, kuid seda tehes järgitakse teadusuuringutele omast protsessi. Lõputöö tegemine algab teema kohta juba tehtud uurimistööde ja ilmunud kirjanduse läbitöötamisega ja viib süstemaatilise kasutatud kirjanduse ülevaateni, st lõputöö teoreetilise lähtepunkti juurde.

Kirjanduse ülevaadet saab koostada, kasutades erinevaid meetodeid. Kirjanduse ülevaate terminoloogia on alles kujunemisejärgus ja mõned meetodid on kattuvad. Näiteks eristavad Grant ja Booth (2009) 14 kirjanduse ülevaate koostamise viisi. Üldiselt jagatakse kirjanduse ülevaated kolmeks: kirjeldav ülevaade, süstemaatiline kirjanduse ülevaade ja metaanalüüs. Kõik kolm tüüpi sisaldavad samu osi, st kirjanduse otsimist, hindamist, analüüsi ja sünteesi. Samas erinevad nad eesmärkide, materjali hankimise viisi, määratlemise ja analüüsimise poolest. (Suhonen jt, 2016). Selles artiklis keskendume süstemaatilise kirjanduse ülevaate (*systematic review*) kui teadusliku meetodi lihtsustatud kirjeldamisele ning uurimistöös kasutatud süstemaatiliselt ja korrapäraselt teostatud kirjandusallikate otsingule ja läbitöötamisele (*literature review*). Näidetena kasutame Toode (2015), Demidenko (2018) ja Ernitsa (2018) doktoriväitekirju<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Artikli autorid jätaavad näited tõlkimata ning esitavad need originaalkeeletes.

# 1 Süstemaatiline teaduskirjanduse ülevaade

Süstemaatiline teaduskirjanduse ülevaade on teadusuuringu meetod, kus varem ilmunud teadusartiklitest tuuakse materjali otsimisel, valimisel, kriteeriumide määramisel, hindamisel, analüüsimisel ja sünteesimisel distsiplineeritud teaduslikku meetodit järgides välja oluline teave teostatava uurimistöö kohta. Selle eesmärk on koguda kogu tõenduspõhine teave oma uurimisteema kohta. Meetodi nõrkuseks on selle piiratus, kui keskendutakse ainult randomiseeritud uuringutele, mis annavad vastuse uuritava teema tõhususest, kuid mitte sellest, miks see tõhus on. (Grant ja Booth, 2009).

Mõnikord võib süstemaatiline kirjanduse ülevaade ootamatult anda tulemuse, mis on vastuolus üldlevinud arusaamadega (Robinson ja Lowe, 2015). Koroonaperioodil (COVID-19) on peetud näiteks kriitilisi arutelusid näomaski eeliste üle viiruse leviku tõkestamisel, kuna uuringutulemused on olnud vastuolulised. Eesmärk oli leida tugev tõenduspõhine taust maski eeliste kohta, et põhjendada ja soovitada nende kasutamist. Probleemiks on kujunenud asjaolu, et tõendid on seotud eriliste olukordadega, näiteks kirurgiliste protseduuride (Zhiging jt, 2018) või hambaraviga (Sachdev jt, 2020), kuid elanikkonna tasandil pole piisavalt usaldusväärseid tõendeid. Vaja on randomiseeritud uuringuid elanikkonna tasandil.

Süstemaatilises teaduskirjanduse ülevaates sõnastatakse uurimisprobleem võimalikult ühemõtteliselt ja selgelt, nii et sellele oleks võimalik kirjanduse ülevaate abil saada vastust. (Niela-Vilén ja Hamari, 2016). Näiteks kasutatakse uurimisküsimuse sõnastamiseks meditsiinis välja töötatud PICO mudelit, et lahendada kliiniline probleem tõenduspõhise teabe abil. Kui täpne kliiniline küsimus on sõnastatud, määratletakse kirjanduse ülevaatega seotud artiklite kaasamise ja välistamise kriteeriumid. Edasi täpsustatakse otsingusõnad. Järgneb süstemaatiline otsing andmebaasidest. Seejärel hinnatakse leitud uuringute usaldusväärsust, analüüsitakse tulemusi ja tehakse süntees. Süstemaatilise kirjanduse ülevaate teostajaid on tavaliselt kaks või kolm, kes viivad läbi sõltumatud otsingud ja ühiselt hindavad analüüsi kaasatavaid uuringuid. Süstemaatilise kirjanduse ülevaate koostamine on aeganõudev protsess. Tavaliselt on materjal alguses väga ulatuslik, kuid sageli jääb pärast välistamiskriteeriumide rakendamist lõppanalüüsi vähem kui 50 uuringut. (Robinson ja Lowe, 2015). Vastutustundlikult teostatud süstemaatiline kirjanduse ülevaade annab tõenduspõhist teavet, mis on aluseks näiteks öendustöö soovitudele. Tabelis 1 kirjeldatakse kirjanduse otsingut Toode uurimistöös. Sama artikli võib tihti leida kahest või kolmest andmebaasist. Sel juhul võetakse lõplikuks läbivaatamiseks ainult ühe andmebaasi artikkel ja teisi ei kasutata.

\* Artikli autorite soovil on näited esitatud originaalkeeltes.

**Tabel 1. Kirjanduse otsing andmebaasidest Toode (2011) uurimistöö näitel.**

Andmebaas	Märksõnad	Leiti
CINAHL	nurs* JA work JA motiv*	1564
PubMed	nurs* JA work JA motiv*	25
Psych INFO	nurs* JA work JA motiv*	270
SocINDEX	nurs* JA work JA motiv*	129
		Kokku 1988
Välja jäeti		
Lõplikuks läbivaatamiseks valiti		Kokku 1783 artiklit

Süsteemaatilise kirjanduse ülevaate loogika järgimine uurimisteema tausta avamisel ning uurimisprobleemi või -probleemide sõnastamisel annab hea lähtepunkti uurimisprotsessi läbiviimiseks. Sel juhul ei otsita valiidseid tõendeid kliinilise probleemi lahendamiseks vaja tugeval tõendus põhisel teabel põhinevaid andmeid, vaid laiemat teoreetilist kandepinda oma uuringu käivitamiseks. Nii Toode kui ka Demidenko doktoritööd algavad kirjanduse ülevaatega, mille koostamisel on kasutatud süsteemaatilist kirjanduse ülevaadet ja sellest saadakse olemasolev teave uurimisteema lähtepunktiks. Kuigi kirjanduse ülevaade on koostatud lähtudes süsteemaatilise kirjanduse ülevaate meetodist, on selle lõpptulemusel narratiivse kirjanduse ülevaate tunnuseid.

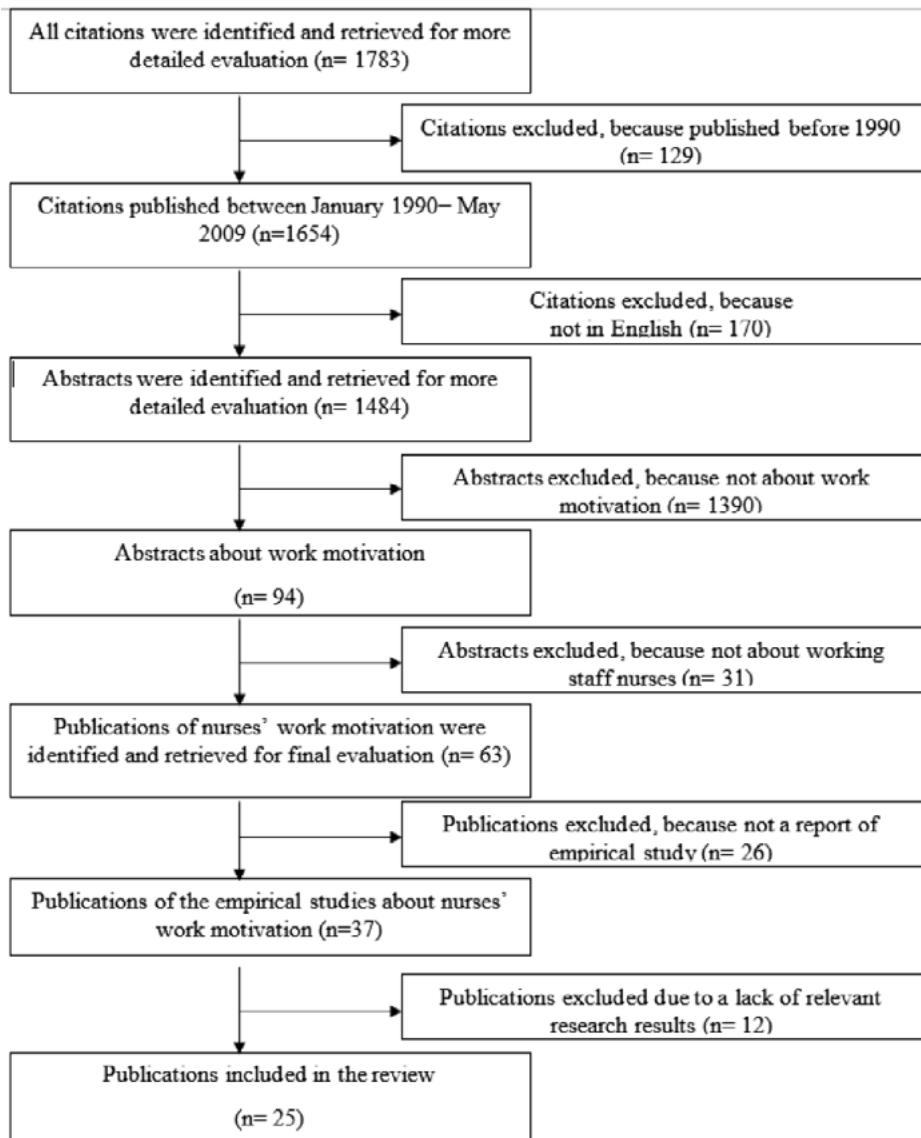
Tüüpiliselt kasutatakse teadusallikaid, mis on ingliskeelseid. Toode koostatud ödede töömotivatsiooni teemalises kirjanduse ülevaates olid kaasamise kriteeriumid järgmised: uuring oli avaldatud ajavahemikus jaanuar 1990 kuni mai 2009; artikkel oli inglise keeles; artikkel keskendus töömotivatsioonile; uuringus vaadeldi erialal töötavaid ödesid; uuring oli empiiriline ja selles kirjeldati tulemusi, mis mõjutasid ödede töömotivatsiooni. Demidenko kirjanduse ülevaates eakate patsientide ja nende lähedaste heaolu ja sotsiaalse toe kohta erakorralise meditsiini osakonnas olid kaasamise kriteeriumid järgmised: artikkel kirjeldas esmast uuringut, see oli kirjutatud inglise keeles ja see käsitles üle 65-aastasi inimesi ning kirjeldas EMO-sse pöördumise, sealt väljakirjutamise ja uuesti EMO-sse sattumise põhjusi.

Otsingusõnade määratlemisel aitab täpselt formuleeritud uurimisprobleem. Toode kasutas otsingusõnu *nurs\* JA/AND work JA/AND motiv\**. Demidenko otsinguterminiteks olid *emergency care, nursing in emergency department, older adult* ja *older people* või *person*. Kasutatavad andmebaasid sõltuvad sellest, mis valdkonna uuringuga on tegemist. Kasulikud andmebaasid õendusalasest uuringutes on PubMed, CINAHL, Cochrane, samuti PsycINFO ja SocINDEX. (Lehtiö ja Johansson, 2016). Otsingu tegemisel on abiks raamatukogude teabespetsialistid. Otsingu käik on mõistlik iga kord hoolikalt fikseerida, et vältida vajadust

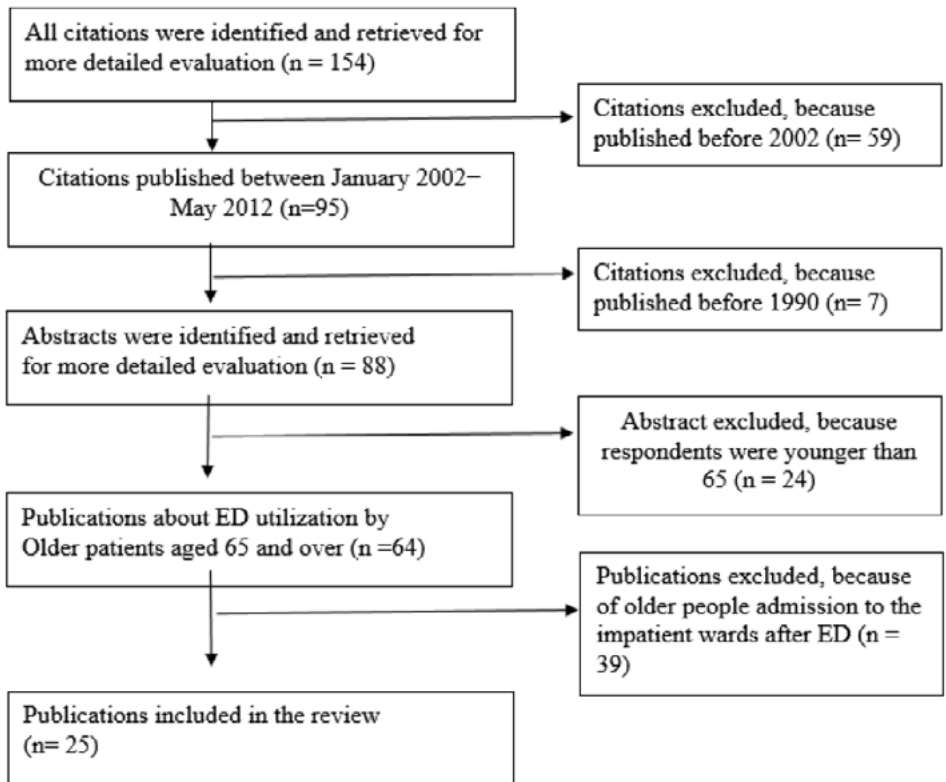


sama otsingut korrata või eelmise otsingu juurde naasmist.

Kui otsingud tehtud, vaadatakse artiklid läbi välistamiskriteeriumide põhimõttel. Alustatakse artiklite pealkirjadest, jätkatakse lühikokkuvõtetega ja järgnevalt siirdutakse täisartiklite analüüsini. Otsingu kulgu kirjeldatakse joonistel (vt joonis 1 ja joonis 2).



Joonis 1. Analüüsi kaasatud artiklite valik Toode kirjanduse ülevaatest. (Toode jt, 2011: 249)



**Joonis 2. Analüüsi võetavate artiklite valik Demidenko kirjanduse ülevaatest.** (Steinmiller jt, 2015: 294)

Väljavalitud artikleid analüüsitakse. Uuritakse, milliseid andmekogumismetodeid on kasutatud, kust ja kellelt andmeid koguti, ning uuringute usaldusväärsust. Tavaliselt koondatakse kasutatud uuringud tabelisse, milles tuuakse välja uuringu autor(id), uuringu teostamise koht ja aasta, uuringu eesmärk, kellelt andmeid koguti ja kuidas ning uuringu peamised tulemused (Stolt ja Routasalo 2007), (vt joonis 1). Pärast artiklite analüüsi siirduvad tulemuste analüüsi ja sünteesi juurde. Lõpuks leitakse uurimisprobleemidele vastused.

Uuringu autorid, koht ja aasta	Uuringu eesmärk	Materjalid ja meetodid	Peamised tulemused
Toode, K., Eesti, 2015	To describe and explain hospital nurses' work motivation and the factors associated with it.	N=201 nurses, electronic self-reported questionnaire	Nurses were motivated to work. The majority of hospital nurses had a strong intrinsic work motivation. Older nurses with a longer duration of service had higher external motivation.
Demidenko, J., Eesti, 2018	To describe the situation of older patients in ED's and how family wellness initiatives and social support was received by the family in EDs and related association.	N= 111 family members, N=93 nurses, FAFHES questionnaire	The family health was rated moderate. Family functioning was moderate. The social support was moderate.
Ernits, Ü., Eesti, 2018	Tuottaa hoitotyön ja sen toimintojen muotoutumista kuvaileva tilastollinen hoitotyön malli.	N= 517 hoitajaa, 1999, N= 215 hoitajaa, 2009, kyselylomake	Tilastollisessa hoitotyön mallissa on viisi potilaiden hyvinvointiin liittyvää tekijää: sairaanhoitajien työkokemus, organisaatiotekijät, hoitotoimintoihin kulunut aika, potilailta esiintyvien hengellisten ja psyykkisten ongelmien tiedostaminen.

**Joonis 3. Valitud uuringud ja nende analüüs.**

## 2 Süstemaatiliselt koostatud kirjanduse ülevaade

Süsteemaatiliselt koostatud kirjanduse ülevaate eesmärk on leida uurimisteevaga seotud teavet süsteemselt, mitmekülgset ja mitmest allikast. Uurimisprobleeme võib olla mitu, sel juhul on ka märksõnu mitmeid. Lisaks andmebaasidele kasutatakse ka nn halli kirjandust (Robinson ja Lowe, 2015), mis muu hulgas tähendab ka käsitsi otsingut. Tavaliselt teeb uurimistööd üks inimene, kes teostab ka otsinguid, analüüse ja tõlgendamist iseseisvalt. Lähtematerjali koguneb palju. Robinsoni ja Lowe (2015) sõnul on tüüpiline, et allikaid on 150 ja enam. Ajaliselt süstemaatiliselt tehtud kirjanduse ülevaade ei ole nii ajakulukas kui süstemaatiline teaduskirjanduse ülevaade. Selle ülevaate tüüpi nõrkuseks on, et uurimistöö teostaja võib alateadlikult valida ainult sellist kirjandust, mis toetab tema enda seisukohta ja teemat. (Grant ja Booth, 2009).

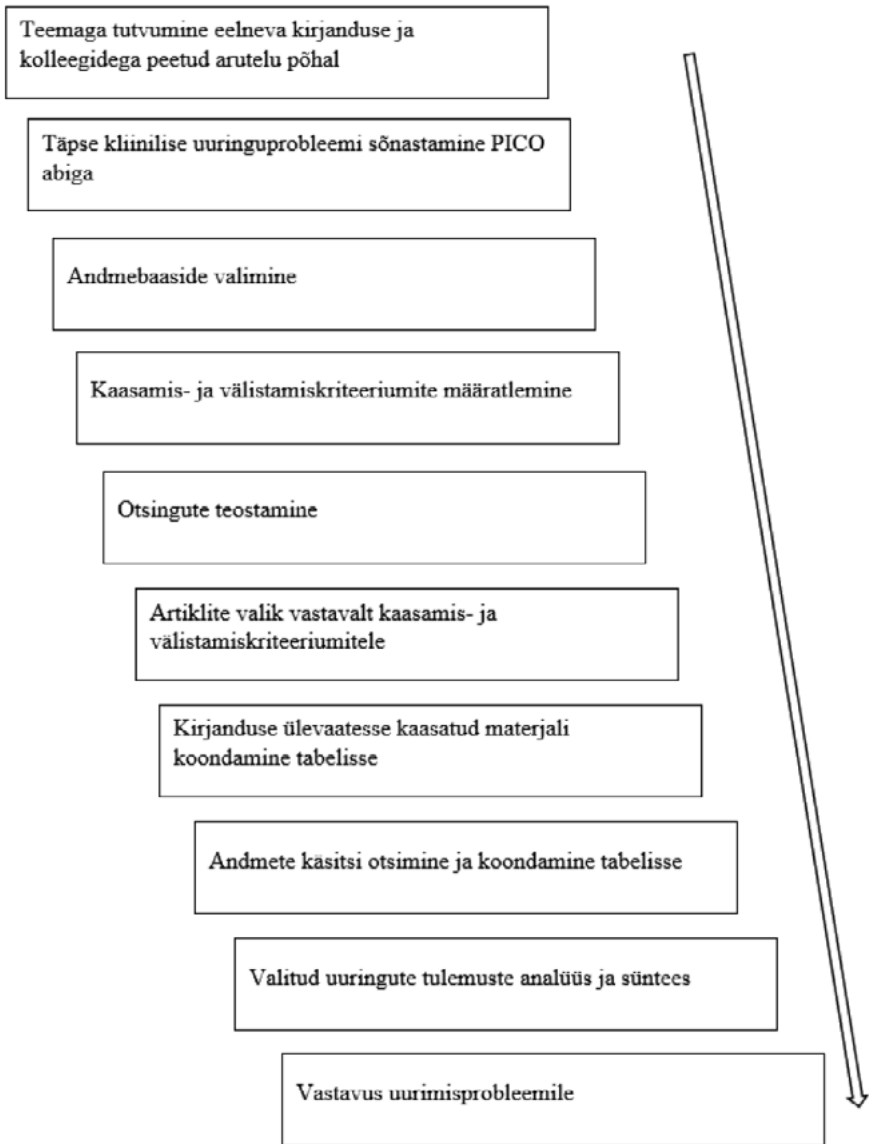
Peamiselt hangitakse teavet sellistest andmebaasidest nagu PubMed, CHINAL, Psych INFO ja SocINDEX. Otsingu algusest peale tasub hoida oma uurimisprobleemi pidevalt silme ees, sest selle nägemine aitab otsijal paljude huvitavate uurimistulemuste maailmast tagasi pöörduda oma teema juurde. Kui otsitaval teemal leidub hea artikkel, võiks otsingut jätkata käsitsi artikli allikate loetelu põhjal. Kui on kahtlusi otsingusõnade asjakohasuses, on teadusajakirju sirvides võimalik leida teemaga seotud kasulikke artikleid ja nende põhjal oma otsingusõnu hinnata. Sageli juhtub nii, et mõnes uuringus on põhiteemaks midagi muud kui see, mida otsitakse, kuid sama uuringu lisateabena võib otsija leida enda jaoks olulist teavet. Uurimisteevaga seotud projektide aruanded kirjeldavad, kuidas küsimust/teemat on uuritud, arendatud ja mis tulemusi saavutatud. Projektide aruanded ei ole eelretsenseeritud teaduspublikatsioonid, kuid need võivad olla kasulikud teabeallikad oma arendusprojekti tarbeks. Rakenduskõrgkooli lõputööd ja magistritööd ei vasta üldjuhul teadusliku uurimistöö või uuringuaruande kriteeriumitele, mistõttu tuleb nende usaldusväärsusesse suhtuda ettevaatlikult. Samas on need siiski juhendatud uurimistööd, millesse kriitiliselt suhtudes on võimalik laiendada teadmistebaasi ka enda teema kohta. Erialaväljaannetes sisalduvad artiklid ei sobi uurimistööde või lõputööde lähtematerjaliks, kuid need artiklid aitavad enda mõtlemist arendada.

Kui lõputöö autorile antakse mõõdik, näiteks küsimustik, mille eesmärk on materjali kogumine, peab ta koostama ka kirjanduse ülevaate lähtudes mõõdiku sisust. Mõõdik koosneb uurimisteevaga mõistetest ja neid kirjeldavatest nähtustest. Sel juhul määratakse kirjanduse otsingusõnad mõõdiku alusel ja otsingu ülesanne on leida teavet mõõdiku abil kogutavate andmete taustaks. Hea näide mõõdikupõhisest teabeotsingust on Ernitsa doktoriväitekiri „Viron hoitotyön kehittyminen ja muotoutuminen yhteiskunnallisessa muutoksessa: seurantatutkimus“. (Ernits, 2018). Väitekirjas kasutatud mõõdik töötati välja 1989. aastal ja esimesed andmed koguti 1999. aastal. Teine mõõtmise toimus 2009. aastal, kui

õendusteadus oli praktikasse viinud juba uued mõisted. Kui mõlemad andmed olid doktoritööks koondatud, tuli kirjanduse ülevaade koostada tolle hetke teabe põhjal ja seostada lähtekohana kasutatud andmed valdkonna uue teabega. Mõõdik oli väga ulatuslik, nii et kirjanduse otsing kujunes keeruliseks. Märksõnu oli palju ja otsinguid tehti mitmetes andmebaasides. Lisaks andmebaasidele kasutati käsitsi otsimist, mida oli vaja, sest andmete kogumise käigus olid mõisted muutunud. Kirjanduse otsing tehti kolmes etapis. Aastatel 1997–1998 saadi andmebaasiotsingus 25 ja käsitsi otsimise abil kümme allikat. Aastatel 1999–2009 olid vastavad arvud 30 ja 16 ning aastatel 2010–2017 olid arvud vastavalt 47 ja 14. Mõõdiku alusel struktureeriti ka doktoritöö teoreetilised lähtepunktid.

### 3 Kokkuvõte

Nagu alguses mainitud, saab kirjanduse ülevaadet koostada mitmel viisil. Kõikidele meetoditele on ühine teatav loogiline ülesehitus. Suurimad erinevused on seotud materjalide valikukriteeriumite ja analüüsiga. Selle artikli eesmärk on lihtsustada uurimistöodes kirjanduse ülevaate koostamist. Süstemaatiliselt koostatud kirjanduse otsingut ei ole mõtet teha lihtsatel põhjendustel. Kõigepealt on mõistlik uurida, mida on teema kohta juba varem kirjutatud. Järgmine samm on uurimisprobleemi sõnastamine. Sageli võib uurimisprobleem muuta ja täpsustada enne lõplikku kirjanduse otsingut. Hästi formuleeritud uurimisprobleem kergendab otsingusõnade moodustamist. Täpsed otsingusõnad lihtsustavad otsingut. Siinkohal on heaks näiteks Toode kirjanduse ülevaates leiduvad kolm otsingusõna: *nurs\**, *work* ja *motiv\**. Otsitakse peamiselt oma teadusvaldkonna andmebaasidest, kuid õendusega seotud teavet võib leida näiteks ka psühholoogia ja sotsiaalteaduste andmebaasidest. Kirjanduse otsinguprotsess registreeritakse nii täpselt, et sama otsingut saab teha ka teine uurija. Sellega tagatakse oma tegevuse usaldusväärsus. Kui kirjanduse ülevaade on tehtud ja saadud tulemused tabelisse koondatud, alustatakse varasemate uuringute tulemuste analüüsi ja sünteesiga, lähtudes sellest, millisele küsimusele uurimisprobleemis vastust otsitakse (vt joonis 4).



Joonis 4. Kirjanduse ülevaate koostamise käik.

Hästi koostatud kirjanduse ülevaade annab uurimistööle teoreetilise lähtepunkti. Ehkki selle teostamine on keeruline ja aeganõudev, on teostajal sellest palju kasu ja see annab kogemuse õnnestumisest.

## Kasutatud allikad

- Demidenko J. 2018. Older patients' and their families' wellness and social support in emergency departments. *Acta Universitatis Tamperensis* 2365. Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.
- Ernits Ü. 2018. Viron hoitotyön kehittyminen ja muotoutuminen yhteiskunnallisessa muutoksessa. *Seurantatutkimus. Acta Universitatis Tamperensis* 2372. Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.
- Grant MJ, Booth A. 2009. A typology of review: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26, 91–108.
- Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. Gummerrus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Leino-Kilpi H, Lauri S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa Lauri S (Toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyö*, 7–20. WSOY, Juva.
- Niela-Vilén H, Hamari L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt M, Axelin A, Suhonen R. (Toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*, 23-34. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, Tutkimuksia ja raportteja A: 73/2016. Juvenes Print, Turku.
- Robinson P, Lowe J. 2015. Literature reviews vs systematic reviews. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 39, 2.
- Sachdev R, Garg K, Singh G, Metrotra V. 2020. Is safeguard compromised? Surgical mouth mask harboring hazardous microorganisms in dental care. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, Feb 28, 9(2), 759–763.
- Šteinmiller J, Routasalo P, Suominen T. 2015. Older people in the emergency department: a literature review. *International Journal of Older People Nursing*, 10, 284–305.
- Stolt M, Routasalo P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson K, Axelin A, Stolt M, Ääri R-L. (Toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*, 58-70. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, Tutkimuksia ja raportteja A: 51/2007. Digipaino-Turun Yliopisto, Turku.
- Suhonen R, Axelin A, Stolt M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt M, Axelin A, Suhonen R. (Toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*, 7-22. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, Tutkimuksia ja raportteja A: 73/2016. Juvenes Print, Turku.
- Toode K. 2015. Nurses' work motivation. Essence and associations. *Acta Universitatis Tamperensis* 2036. Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.
- Toode K, Routasalo P, Suominen T. 2011. Work motivation of nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 246–257.
- Zhiqing L, Yongyun C, Wenxiang C, Mengning Y, Yuangning M, Zhenan Z, Haishan W, Jie Z, Kerong D, Huiwu L, Fegxiang L, Zanjing Z. 2018. Surgical masks as source of bacterial contamination during operative procedures. *Journal of Orthopedic Translation*, Jun 27, 14, 57–62.



# Eriõe professionaalne areng ja võimestamine magistriõppe arendusprojekti kaudu

**Merle Ojasoo, PhD**

## 1 Sissejuhatuseks

Õe elukutse tähendus on viimastel aastakümnetel sama kiirelt muutunud kui mistahes muu eluvaldkond. Õest kui põetajast ja arsti abilisest on tänapäevases tervishoius saanud strateegilise tähtsusega kõrgetasemeline tervishoiu spetsialist, kes suudab mõista kliinilise praktika mitmekülgust. Mitmed teadlased on oma uuringutes tõdenud (Farsi, Dehghan-Nayeri, Negarandeh & Broomand, 2010), et 21. sajandi õed peavad edendama ja kasutama oma professionaalsusest tulenevat võimu, et pakkuda kvaliteetset ja ohutut tervishoiuteenust ja toetatud ravi. Lisaks on õe roll kaasaegses ühiskonnas osaleda patsientide ja õdede toetamise tervishoiupoliitika väljatöötamises. Samuti on vaja muuta õe kutse kuvandit ühiskonnas ja murda iganenud müüt õe kutsest kui tervishoiu taustajõust. (Foong, Rossiter & Chan, 1999). Küsimus seisneb selles, kuidas seda mitmekihilist probleemi lahendada. Ühest küljest seisame silmitsi õe suhteliselt madala staatusega ühiskonnas, teisalt tuleb toime tulla üha suureneva nõudlusega tervishoiuteenuste järele. Kuigi Eestis õdede koolitusmahud kasvavad iga aastaga, on ühiskonnas suur vajadus uute õe ametikohtade täitmiseks: 2017 aasta uuringu järgi on tervishoiu valdkonna koolitusvõime lausa 45% väiksem kui vajadus õdede järele tööturul. (Riigikantselei, 2020). Selleks et tõsta õe professionaalset mainet ühiskonnas, on vaja anda õdedele nähtavam ja jõulisem roll tervishoiupoliitika kujundamisel ja innovatsioonis. Õdede mõju ja arvamus eriala arengu kohta on oluline nii töökohapõhises tegevuses kui ka õdede erihariduse kavandamisel. Uuringud on näidanud, et kraadita õed tunnevad end selles suhtes ebakindlate ja haavatavatena. (Bressan jt, 2016; Timmins, McCabe, & Mcsherry, 2012). Eestis on õdede ligipääs erialasele magistrikraadile, kõrghariduse teisele astmele, olnud kättesaadav kümmekond aastat vaid vähestele.

Käesoleva artikli eesmärk on koondada teaduskirjanduses käsitletud võimalusi õdede võimestamiseks koolitamise teel ning sellele tuginedes heita valgust eriõe magistriõppe arendusprojekti mõjust õdede võimestamisele Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli (TTK) eriõe magistriõppe näitel.

## 2 Teoreetiline raamistik

Õendusjuhtimises rakendatakse üha enam kaasavat ehk jagatud juhtimisest (*shared governance*) lähtuvat juhtimismudelit, kus õed võtavad aktiivselt osa õendusabi planeerimisest töökohal ja on eestkõnelejad õendustegevuse arendamisel. Jagatud juhtimine ei saa olla ühepoolne, st õendusjuhil peab olema kollektiiv, keda arendustegevustesse kaasata, kes oskab algatada uusi ideid ja neid ka edukalt lõpule viia. Seetõttu on olulise tähtsusega õdede võimestamine, neile moraalse volituse andmine kvaliteetse õendustegevuse arendamisel.

Võimestamisel on teaduskirjandusele tuginedes väga palju erinevaid lähenemisi. Üks tuntumaid ja enim tsiteeritud võimestamise ja võimu kasutamise uurijaid Rosabeth Kanter on sedastanud, et töötajad on võimestatud siis, kui nad tunnevad, et töökeskkond pakub võimalusi professionaalseks arenguks ja organisatsioonis võimaldatakse kasutada võimu, et saavutada töö eesmärgid nii organisatsiooni kui ka isiklikul tasandil. (Puffer, 2011). Käesolevas artiklis mõistetakse võimestamist lähtudes kahest dimensioonist, milleks on struktuuriline ja psühholoogiline võimestamine. Struktuuriline võimestamine tagab töötajale informatsiooni, toetuse, vajalikud ressursid ja võimalused õppimiseks ja arenguks. (Laschinger, Finegan, Shamian & Wilk, 2004). Psühholoogilise võimestamisega seondub tähendus, pädevused, enesemääratlus ja mõju. Kui näiteks õdede väärtushinnangud, veendumused ja käitumine vastavad töökoha nõuetele, annab see nende töö jaoks tähenduse. Usaldus töönouete täitmise võime suhtes tähendab pädevust, tunnet, et inimene on sõltumatu ja kontrollib oma tööd. Mõju on tajutav, kui inimene tunneb, et tal on võimalus mõjutada oma tegevuse ja otsuste kaudu organisatsiooni tulemusi (Manojlovich, 2007; Spreitzer, 2015). Õdede võimestamise eeldus on õe väärtustatud staatus ja ühiskondlik toetus.

Õdede võimestamine avaldab otsest mõju tervishoiu kvaliteedile ja innovatsioonile. Võimestatud õed tunnevad end tööülesandeid täites enesekindlamate ja veenvamatena, mistõttu nad suudavad olla mõjusamad ning veenda patsientide oma tervise eest suuremat vastutust võtma. (Attree, 2005; Stewart, McNulty, Griffin & Fitzpatrick, 2010). Õdede võimestamine on positiivses korrelatsioonis õdede töövõimega ehk mida rohkem on õel jõudu/võimu, seda paremini tuleb ta toime konfliktidega ja tööstressiga. (Thomas & Revell, 2016). Paraku on mitmed uuringud kinnitanud, et õdedel on siiski oluliselt rohkem kohustusi ja vastutust kui võimu ja otsustusvabadust. (Peltomaa jt, 2013). Siit võib järeldada, et õdedel ei jätku pingelise põhitöö kõrvalt aega arendustegevusteks nagu on seda võimaldatud mõnes äriettevõttes (näiteks ettevõtte 3M), kus töötajad saavad kasutada 15% tasustatud tööaega arendustegevusega tegelemiseks.

Õdede võimestamist on suhteliselt palju uuritud, kuid enamasti on seda käsitletud töökohapõhise arengu vaatenurgast. (Amiri, Khademian & Nikandish,

2018; Farsi jt, 2010; Peltomaa jt, 2013; Shahbazian, Jafari & Haghnia, 2016; Stewart jt, 2010).

Eestis õdede võimestamisest on teadusuuringuid vähe. Teoreetilises plaanis on õdede võimestamist ja selle semantilist poolt käsitlenud Kristi Puusepp. (Puusepp, Aro, & Haigla, 2007) ja läbi magnethaigla kontseptsiooni ka Põhja-Eesti Regionaalhaigla uurimisrühm. (Gaidajenko, Ilves, Klusova & Valk, 2019). Õdede sotsiaalse staatuse tõstmise, võimestamise ja õe kui oma elukutse eestkõnelejaks olemise ühiskonnas on oma südameasjaks teinud ka Eesti Õdede Liit, kuid läbimurde saavutamiseks on vaja suuremat panust kõigi ühiskonna sidusgruppide poolt.

Mil moel aga õdede koolituses, nii esimesel kõrghariduse tasemel kui ka magistriõppes õdedele võimestamist õpetada, sellekohaseid uuringuid ei ole Eestis tehtud kuigi palju, küll aga võib mõningaid uuringuid leida rahvusvahelises teaduskirjanduses. (Clark & Davis Kenaley, 2011; Mailloux, 2006). Eesti tervishoiu kõrgkoolides õpetatakse küll tulevastele õdedele juhtimist ja ettevõtlust, enesejuhtimist ja kutseala teaduspõhist arendust, kuid erialast analüüsivõimekust ja kriitilist mõtlemisoskust peaks käsitlema ka õenduserialastes õppeainetes, muuhulgas ka praktikas.

McAllister (2019) soovitab kasutada rohkem transformaalset õpetamiststiili, mis toetab õppijate kriitilise ja konstruktiivse mõtlemise arengut ja keskendub probleemilahendamise oskuste omandamisele. Elukestva õppe perspektiivis on oluline, et ka töökohapõhises professionaalses arengus toetataks konstruktiivset probleemilahendusoskust. Oluline roll langeb siin õendusvaldkonna juhtidele. Õendusjuhid peaksid olema koolitatud õpetama õdesid nägema probleeme kui töö parandamise võimalusi ning julgustama neid leidma ja katsetama uusi meetodeid ning viise vanade probleemide uurimiseks ja lahendamiseks. (Asiri, Rohrer, Al-Surimi, Da'ar & Ahmed, 2016). Transformaalne juhtimis- ja õpetamiskäsitlus näeb muudatusi ja arenguvajadusi kui väljakutseid, mis nõuavad uudseid ja mitmekesiseid vaatenurki ning lahendusi.

### 3 Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli näide

Üks viis, kuidas õdesid võimestada, et nende arvamusega tervishoius ja ühiskonnas tervikuna rohkem arvestaks, on õendushariduse pakkumine magistriõppe tasemel, mis annab õdedele rohkem formaalset ja ka moraalset mõjuvõimu. Seda seisukohta kinnitavad ka teadusuuringud. (Bressan jt, 2016; Timmins jt, 2012). Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli rakendusliku suunitlusega eriõe terviseteaduse magistriõppekava eesmärk on luua võimalused teadmiste süvendamiseks terviseteaduses, valmisolek tegutseda iseseisvalt ja interdistsiplinaarses koostöös, teha uurimis- ja arendustööd. Õppekava läbinu peaks olema omandanud

oskused ja teadmised, et töötada iseseisvalt interdistsiplinaarses meeskonnas, näidates seejuures üles algatusvõimet, vastutustunnet, oskust juhtida ja teha meeskonnatööd. (Magistriõppe õppekava, 2019). Õdede võimestamisele on õppekavas rohkelt tähelepanu pööratud, seda eeskätt kutseala arendamise ja kvaliteedijuhtimise moodulis. (30 EAP). Õppekava kohaselt on õpinguid läbivateks märksõnadeks multidistsiplinaarsus, teaduslik lähenemisviis ja praktilised kogemused kvaliteedi hindamisest, andmete analüüsist ja tõlgendamisest ning teabe rakendamisest erialases uurimis- ja arendustöös. Omandatud teoreetilised teadmised ja praktiline töökogemus loovad eeldused aktiivseks sekkumiseks õendusabi arendustegevustesse. Läbi arendusprojekti koostamise (6 EAP) ja elluviimise ideest teostuseni saab õde olla uute võimaluste avastajaks, eestvedajaks ja elluviijaks.

Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli esimene lend magistriraadiga eriõdesid saadeti teele 2020. aasta jaanuaris. Õppekava õpiväljundite omandamise demonstreerimiseks koostas 47 eriõde oma valdkonda arendava ja olulise mõjususega arendusprojekti. Esitatud arendusprojektides näitasid õed üles oskust teaduskirjandusele tuginedes arendusvajadust ehk uuritavat probleemi põhjendada, määratleda enda roll õendusarendustegevuses interdistsiplinaarse meeskonna eestvedajana, planeerida ja ellu viia arendustegevuse protsessi tervikuna.

Arendusprojekti aine õppejõuna kogusin esimese lennu lõpetajate arendusprojektide käekäigu ja seeläbi nende enesevõimestamise kohta tagasisidet kirjaliku intervjuu vormis 2020. aasta juulis. Selleks hetkeks oli arendusprojekti kaitsmisest möödas ligi pool aastat, seega piisav aeg, et analüüsida, kuidas arendusprojektid on ellu viidud ja kuidas need on mõjutanud õe professionaalset arengut töökohal. Küsimused saadeti juhuvalimi alusel kõrgkooli magistriõppe 16 vilistlasele, kes igapäevaselt praktiseerivad õendusvaldkonnas. Kirjalike vastuseid tagastati viis, mis on vähe suuremate üldistuste tegemiseks, kuid laekunud vastustes võis leida korduvaid mõtteid. Vastustest otsisin selliseid sõnatüvesid ja märksõnu nagu eestvedamine, võim, juht, areng, professionaalsus, arendamine, toetus, teadmised, edu, ebaedu. Paljudel juhtudel langes arendusprojektide elluviimine kokku corona pandeemiast põhjustatud eriolukorraga, mis kindlasti pärssis planeeritud tegevuste elluviimist. Arendustegevuste puhul on eduteguriks peetud toetust juhtkonna või vahetu juhi (näiteks õendusjuhi) poolt, aga ka kolleegide toetust või õigete inimeste – need, kelle sõna töökohal loeb – leidmist arendusprojekti tegevustesse. Kõik viis vastanut tõi edutegurina välja ka kõrgkooli õppejõu ja juhendaja toetava ja suunava rolli. Koolis õpitud teoreetilised raamistikud ja mudelid olid suureks abiks arendusideede kavandamisel ja elluviimisel. Kuigi kõrgkooli toetus jäi pigem teoreetiliseks ja arendustegevuse rakenduskohta juhendaja oma nõuga enam ei jõudnud. Nii mõnigi vastaja märkis, et sellest tundi puudust.

*INT 4: Puudu jäi esinemisjulgusest ning oskusest rakendada erinevaid juhti-*

*misteooriaid. Ehk teadmised olid küll koolist saadud, aga esmakordne oli nende rakendamine.*

Üks vastanu nentis, et arendustegevust takistavaks asjaoluks sai ühe valdkonna õdede ühing väljaspool oma haiglat. Siin võis olla tegemist tajutud ohuga üht liiki eriõe kui valdkonna ametipositsioonile või autonoomsusele.

Arendusprojekti edu teguritena toodi välja pädev ja toetav juhendaja, koostöö juhendajaga, tööandja või juhtkonna toetus arendusprojekti teostamisel ja isiklik huvi, teadmised ja tööpanus. Samas aga töid neli vastajat välja, et kõige suuremaks takistuseks oli piiratud ajaressurss ja meeskonnatöö puudus ja motiveeritus uusi asju teha.

*INT 4: Töötajad tunnistavad, et puudu jääb julgusest muuta oma päevarutiini.*

*Kolm vastanut nentis, et nad on oma juhtkonnalt saanud pigem moraalset tuge kui tunnustust ja kaasalöömist. Objektivne tagasiside projekti eri etappides algaja arendaja kindlustunde toetamiseks ja teadmine, et arendustegevusega liigutakse õiges suunas, on ülioluline ja tulevikku suunatud tagajärgedega.*

*INT4: ... otsesed juhid ei ole sekkunud, vaid pigem olnud toetavad kõrvaltvaatajad. See aga tekitab veidi nõutust, kuna puudu jääb nendepoolsest töötajate motiveerimisest ehk et toetus projektile on, aga üksinda seda vedada on raske.*

Töökohapõhine mentorlus, juhi vahetu tagasiside arendustegvustele ja arendustegevuseks ette nähtud tööaeg on kindlasti vahendid, mille abil õdesid ja õendusjuhte julgustada ja võimestada.

Küsimusele, kui palju toetas arendusprojekti elluviimine teie isiklikku professionaalset arengut eriõena või juhina, vastasid kõik, et enim andis arendusprojekti elluviimine (mitte koostamine paberil) juurde enesekindlust ja toetas oluliselt professionaalset arengut.

*INT 1: Arendusprojekt toetas väga palju minu professionaalset arengut. Samuti toetas arendusprojekt isiklikku arengut. Professionaalselt sain rohkem enesekindlust, tõenduspõhiseid teadmisi antud teema kohta, paremaid tegevuse planeerimise oskuseid, arendas professionaalset silmaringi ja -mõtlemist. Isiklikul tasandil arendas aja tõhusamat planeerimist.*

*INT 4: Arendusprojekti elluviimine on siiani olnud üks enim arendavaid protsesse minu professionaalses elus.*

*INT5: Arendusprojekti elluviimine arendas mind juhina palju (muutusin julgemaks, eesmärgikindlamaks).*

Paar vastajat leidis, et arendustegevuse elluviimisel jäi siiski puudu esinemisoskusest ja enesekehtestamisest oma kolleegide hulgas. Õpingute käigus on omandatud küll teadmised, kuid kuidas reaalselt projektijuhtimisega hakka saada, see tekitas ebakindlust. Õdede koolitusel mistahes tasemel peaks just selliste enesekehtestamise oskuste ja kompetentside õpetamisele senisest rohkem tähelepanu pöörama. Kuigi juba ainuüksi magistriõppes osalemine

ja kraadi omandamine tõstab õdede eneseteadlikkust ja ühiskondlikku staatust, on vahetu juhi ja meeskonna toetus nii moraalses kui ka hands on põhimõttel õe võimestamisel oluline.

Tuginedes saadud vastutustele võib väita, et pigem tunti ennast võimestatuna juhi toetuse, vajaliku informatsiooni ja ressursside kättesaadavuse tõttu. Üldjuhul Eesti tööandjad toetavadki oma töötajate õppimis- ja arenguvõimalusi. Rohkem vajab toetamist psühholoogiline võimestamine nagu töö ja ameti tähendus, õdede tunnustatud pädevused, kutsealane enesemääratlus ja mõju sidusgruppide hulgas.

Käesolevale lühiuuringule lisaks tahan välja tuua, et ka 2020. aastal eriõe magistriõppesse sisseastujad tõstsid sisseastumisvestlusel esile, et magistrikraad suurendab õe usaldusväarsust ja toetab moraalselt õdedepoolse arendusalgatuse tõsiseltvõetavust kolleegide silmis. Sellist hoiakut on tõestanud ka mitmed teadusuuringud. (Bressan jt, 2016). Selleks et praktiseeriva õe uuendusmeelsust ja initsiatiivikust tõsiselt võtta, on sageli vaja formaalseid tõendeid kvalifikatsiooni ja tõsiseltvõetavuse kohta.

Võttes arvesse, et teadusuuringutega on tõendatud seosed õdede võimestamise ja õdede töövõime vahel (Thomas & Revell, 2016), tuleks erilist tähelepanu pöörata õdede võimestamise erinevate aspektide uurimisele nii õdede taseme-koolituses kui ka töökohapõhises täiendõppes, et toetada võimekate ja pühendunud õdede jätkusuutlikkust ning minimeerida läbipõlemisohte.

## 4 Kokkuvõte

Tuginedes eeltoodud lühiuuringule ja isiklikule, ligi kümneaastasele õendusjuhtimise õppejõu kogemusele, julgen väita, et paljudel õdedel on visiooni, algatusvõimet ning tahet nii isiklikuks professionaalseks arenguks kui ka suurema panuse andmiseks õendusabi kvaliteedi tõstmisel.

Õdedel on sageli objektiivne vajadus ja selge nägemus selle kohta, kuidas oma tööd efektiivsemaks muuta. Igapäevatööd tehes teavad õed väga hästi, kuidas töökorraldus või patsiendihooldus paremini töötaks. Ilma juhtkonna või vahetu juhi toetuseta, moraalise võimu ja julguse puudumisel, ei söanda õed oma niigi pingelises ja vastutusrikkas argipäevas võtta vastu uusi väljakutseid. Käesoleva miniuuringu põhjal ei saa teha üldistusi, kuid see annab selge vihje teemapüstituse ja jätku-uuringute olulisusest. Õdede nappus, nende suur läbipõlemisoht ja madalavõitu kutsestaatus on probleemid, mille puhul iga lahendus ja toetus õdede võimestamisele nii õpingute jooksul kui ka hiljem töökeskkonnas on väga tähtis.

## Kasutatud allikad

- Amiri, M., Khademan, Z., & Nikandish, R. (2018). The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: A randomized controlled trial. *BMC Medical Education*, 18(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1255-6>
- Asiri, S. A., Rohrer, W. W., Al-Surimi, K., Da'ar, O. O., & Ahmed, A. (2016). The association of leadership styles and empowerment with nurses' organizational commitment in an acute health care setting: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 15(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0161-7>
- Attree, M. (2005). Nursing agency and governance: Registered nurses' perceptions. *Journal of Nursing Management*, 13(5), 387–396. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2005.00553.x>
- Bressan, V., Tolotti, A., Barisone, M., Bagnasco, A., Sasso, L., Aleo, G., & Timmins, F. (2016). Perceived barriers to the professional development of modern nursing in Italy - A discussion paper. *Nurse Education in Practice*, 17, 52–57. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.02.007>
- Clark, C. M., & Davis Kenaley, B. L. (2011). Faculty empowerment of students to foster civility in nursing education: A merging of two conceptual models. *Nursing Outlook*, 59(3), 158–165. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2010.12.005>
- Farsi, Z., Dehghan-Nayeri, N., Negarandeh, R., & Broomand, S. (2010). Nursing profession in Iran: An overview of opportunities and challenges. *Japan Journal of Nursing Science*, 7(1), 9–18. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2010.00137.x>
- Foong, A. L. S., Rossiter, J. C., & Chan, P. T. (1999). Socio-cultural perspectives on the image of nursing: The Hong Kong dimension. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 542–548. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00921.x>
- Gaidajenko, A., Ilves, I., Klusova, J., & Valk, H. (2019). Nüüdisaegne kvaliteediprogramm ja selle rakendatavus õendusabis. 98(9), 518–523.
- Laschinger, H. K. S., Finegan, J. E., Shamian, J., & Wilk, P. (2004). A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*, 25(4), 527–545. <https://doi.org/10.1002/job.256>
- Mailloux, C. G. (2006). The extent to which students' perceptions of faculties' teaching strategies, students' context, and perceptions of learner empowerment predict perceptions of autonomy in BSN students. *Nurse Education Today*, 26(7), 578–585. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.01.013>
- Manojlovich, M. (2007). Power and empowerment in nursing: Looking backward to inform the future. *Online Journal of Issues in Nursing*, 12(1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol12No01Man01>
- McAllister, M. (2019). *Empowerment Strategies for Nurses: Developing Resiliency in Practice* (D. L. McAllister, M., & Brien, ed.). Springer Publishing Company.
- Peltomaa, K., Viinikainen, S., Rantanen, A., Sieloff, C., Asikainen, P., & Suominen, T. (2013). Nursing power as viewed by nursing professionals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 580–588. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01069.x>
- Puffer, S. M. (2011). Introduction: Rosabeth Moss Kanter's Men and Women of the Corporation and The Change Masters. *Academy of Management Executive*, 18(2), 92–95. <https://doi.org/10.5465/ame.2004.13836359>
- Puusepp, K., Aro, I., & Haigla, P. (2007). Võimestamine ja võimestumine - mõisteanalüüs. *Eesti Arst*, 86(10), 736–743. <https://doi.org/10.15157/ea.v0i0.10104>
- Riigikantselei. (2020). Eesti tööturg täna ja homme.
- Shahbazian, N., Jafari, R. M., & Haghnia, S. (2016). Nurses' perception of the strategies to gaining professional power: A qualitative study. *Electronic Physician*, 8(10), 3057–3061.
- Spreitzer, G. M. (2015). *Toward the integration of two perspectives : A review of social-structural and psychological empowerment at work*. (January 2007).
- Stewart, J. G., McNulty, R., Griffin, M. T. Q., & Fitzpatrick, J. J. (2010). Psychological empowerment and structural empowerment among nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(1), 27–34. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2009.00467.x>
- Thomas, L. J., & Revell, S. H. (2016). Resilience in nursing students: An integrative review. *Nurse Education Today*, 36, 457–462. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.10.016>
- Timmins, F., McCabe, C., & Mcsherry, R. (2012). Research awareness: Managerial challenges for nurses in the Republic of Ireland. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 224–235. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01333.x>

Juubelikogumikuga on maha pandud oluline maamärk Eesti õenduse hetkeseisu ja arenguloo publitseerimisel rahvuskeeles ning kogumik on kindlasti väärtuslik allikas õdede koolituste läbiviimisel.

Artiklite sisu algab õenduse aluste filosoofilisest lahtimõtestamisest ja liigub läbi Eesti õenduse kujunemisloo käsitlemise kuni tänapäevaste õenduse valdkonna teadus-arendusprojektide tulemuste tutvustamiseni välja. Olulisemate spetsiifiliste teemadena kerkivad artiklitest esile õenduse ajalugu; õdede professionaalne areng ja võimestamine; õdede töökeskkond ja organisatsioonikultuur; õe elukutse maine ühiskonnas; õendussõnavara ja õendusdokumentatsiooni areng; õdede puuduse leevendamiseks ette võetud ja plaanitavad meetmed; patsiendi heaolu ning õendus-tegevused selle toetamiseks.

Teadusartiklites on kasutatud mitmekesisist metoodikat: dokumendianalüüs, küsitlusuuringute andmete statistiline analüüs ja intervjuude analüüs. Kogumikku koondatud artiklite näol on tegemist põhjaliku õendusteaduse ja -praktilise käsitlusega.

Merike Sisask

Tallinna Ülikooli sotsiaaltervishoiu professor