

Tartu Ülikool  
Arstiteaduskond  
Õendusteaduse osakond

**Tiina Tõemets**

PEREÕE TÖÖ JA TÖÖALANE KOOLITUS:  
pereõe, perearsti ja koolitaja arvamused

Magistritöö õendusteaduses

Juhendajad: prof. Pirkko Elina Ruotasalo, PhD  
prof. Tiia Pedastsaar, PhD

Tartu 2008

## KOKKUVÕTE

PEREÕE TÖÖ JA TÖÖALANE KOOLITUS: pereõde, perearsti ja koolitaja arvamused.

Pereõendus kui eriala on Eestis eksisteerinud aastast 1996, mil esimesed õed lõpetasid pereõdede kursused. 1998. aastal jõudis perearstireform Tallinna. Pereõde on võtmeisik tervise edendamisel, haiguste ennetamisel, igapäevase toimetuleku eest hoolitsemise ja taastumist toetava abi osutamisel (ICN 2001). Pereõde töötab esmatasandi tervishoius ja tema ülesandeks on osutada õendusabi elanikkonnale sünnist surmani. Pereõde tööd ja tööalast koolitust ei ole Eestis varem uuritud.

Uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada pereõde tööd ja tööalast koolitust, tuginedes pereõde, perearsti ja koolitaja arvamusele. Uurimistöö eesmärgi saavutamiseks püstitati järgmised uurimisküsimused:

- 1) Missugune on pereõde töö?
- 2) Missugune on pereõdede tööalane koolitus?
- 3) Millised kogemused, ootused ja takistused esinevad pereõde töös ja tööalases koolituses?

Tegemist on empiirilise kvalitatiivse uurimusega. Uurimuses osalesid Tallinna pereõded, perearstid kui tööandjad ja koolitajad kui tööalase koolituse pakkujad. Andmeid koguti poolstruktureeritud intervjuu abil, mis viidi läbi ajavahemikus september-detsember 2007. Kokku toimus 22 intervjuud, mis lindistati ja kirjutati seejärel sõna-sõnalt ringi. Loodud andmebaasi analüüsiti induktiivse sisuanalüüsi meetodil.

Kogutud andmebaasist moodustus 38 alakategooriat ja need jagunesid omakorda 13 ülakategooriasse. Ülakategooriad moodustasid kolm peakategooriat, mis vastavad uurimistöö küsimustele. Peakategooria **Pereõde töö** sisaldab ülakategooriaid: pereõde tegevus, pereõde töös vajalikud teadmised ja lisaoskused. Pereõde tegevustena nimetati patsiendi tervise hindamist, õendustoimingute sooritamist, nõustamist ja ennetavaid tegevusi ning dokumentatsiooni haldamist. Pereõde vajab oma tööks teadmisi ealistest iseärasustest, õendusabist, kirurgiast ja traumatoloogiast ning farmakoloogiast ning ka tervisedendusest. Perearstid ja koolitajad olid arvamusel, et pereõde tööd hõlbustavad teatud lisaoskused.

Pereõdede tööalases koolituses nimetati koolitusvajadust tervisealaste, pereõenduse, haiguste ja psühholoogiaalaste teadmiste valdkonnas. Tööalase koolituse korraldamisel tuleks arvesse võtta pereõde tööaja iseärasusi. Samuti oodatakse väga erinevate õppeviiside kasutamist ja propageerimist, sealhulgas ka e-õpet ja meeskonnakoolitust. Väga oluliseks peeti stažeerimisvõimalusi teiste õde-spetsialistide juhendamisel. Tööalase koolituse planeerimine on täna liiga juhuslik ja lähtutakse valikutes kättesaadavatest koolitusprogrammidest. Koolitusega kaasnevad lisaväärtused, nagu rutiinist väljapääsemine ja võimalus teiste pereõdedega kohtuda ja kogemusi vahetada.

Kolmas peakategooria kirjeldab nii töö kui koolitusega seotud kogemusi, ootuseid ja takistusi. Positiivsena toodi välja koolituste rohkust, kättesaadavust ja suhtumist kui täiskasvanud õppijasse. Samad tegurid aga esinesid ka negatiivse kogemusena. Ootustest pereõde töös toodi välja selgepiirilisema pädevuse kirjeldamist ja konkreetsete tegevusjuhendite väljatöötamist.

Tööalase koolituse korraldamisel tuleb lähtuda pereõde tööga seotud koolitusvajadustest ja õendusabi arendamise suundadest perearstikeskuses. Nende selgitamiseks sobivad arenguestlused tööandja ja pereõde vahel. Kindlasti tuleb tõhustada koostööd kõigi kolme osapoolle vahel ja sõlmida kokkuleppeid töö- ja koolitusvaldkonna ootuste osas. Initsiatiivi selles aga oodatakse eeskätt pereõdede seltsingult. Erialaselt eestvedamisel tuleb luua regulaarsed enesetäiendamise võimalused, mis arvestavad pereõde töö iseärasustega ja arengusuundadega.

Märksõnad: pereõde, tööalane koolitus

## **SUMMARY**

**WORK AND CONTINUING EDUCATION OF FAMILY NURSE** – the opinions of a family nurse, family doctor and educator.

Family nursing as a profession exists in Estonia since 1996, when the first nurses passed through a special course. The primary health care reform arrived to Tallinn in 1998, when the first family doctors began to practice by the side of district doctors. A family nurse is a key person in health promotion, assisting in coping with every-day life with a chronic illness, and rehabilitation (ICN 2001). A family nurse works in the primary health care system and takes care of a person from birth to death. The activities and educational needs of family nurses have not been studied in Estonia as yet.

The aim of this study is to describe the work and professional training of a family nurse on the basis of opinions of a family nurse, family doctor and educator. The research topics are the following:

1. What kind of work does a family nurse do?
2. What is the professional training of family nurses like?
3. What kind of experience, expectations and barriers are characteristic of the work and professional training of a family nurse?

This study is an empirical qualitative research. The participants were 8 family nurses and 7 family doctors from Tallinn, and 7 educators, who provide professional training for nurses. The data were collected by semistructured interviews that were conducted in September to December, 2007. The interviews were recorded and transcribed verbatim. The database created was analysed by the inductive content analysis method.

In accordance with the research topics, the results formed three main categories that, in turn, contain a total of 13 main up-categories and 38 sub-categories. The work of a family nurse includes health assessment of patients nursing procedures, counselling and preventive activities and document management. For her work, a family nurse requires a knowledge of age-specific peculiarities, nursing care, surgery, traumatology, pharmacology and health promotion. Family doctors and educators believe that family nurses would benefit from

additional training in the field of health care, family nursing, psychology and computer utilization. While organising professional training, the peculiarities of the work schedule of family nurses should be taken into account. Also, use and propagation of many different learning activities is expected by the participants. The participants referred to such learning methods as e-learning and team training. Especially important are possibilities of training under the supervision of other nurse - specialists.

Planning of professional training is too random and nurses just choose courses available in educational programs. An opportunity to break the routine, meet colleagues and exchange experience is an additional value of professional training courses.

Previous experiences related to training have been positive as well as negative. As positive aspects, the large number of and availability of trainings and the attitude towards participants as adults were pointed out. But the same factors were also referred to as negative: unavailability of specific courses for family nurses, participation barriers and an attitude not suitable to an adult learner. As for the expectations concerning the work of a family nurse, a need for a clearer description of the competence and elaboration of detailed guidelines were pointed out.

In future, it is important to focus upon the individual needs of family nurses regarding professional training, and trends in family nursing while organising professional training courses.

The respective needs could be found out by regular developmental conversations between the employer and a family nurse. The cooperation between the three parties (nurses, doctors and educators) must definitely be improved. The initiative for this is expected primarily from the organisation of family nurses who must provide family nurses with opportunities of regular training.

Keywords: family nurse, continuing education

## **SISUKORD**

KOKKUVÕTE	2
SUMMARY	4
1. SISSEJUHATUS	8
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE	
2.1 Pereõde töö	10
2.1.1 Õde esmatasandi tervishoiusüsteemis	10
2.1.2 Pereõenduse olemus	12
2.1.3 Pereõde tegevus, teadmised ja oskused	13
2.2 Pereõde tööalane koolitus	16
2.2.1 Andragoogilised lähtekohad tööalase koolituse korralduses	16
2.2.2 Koolitusvajadus ja koolituse korraldus	18
2.2.3 Õppimisviisid	20
2.2.4 Koolituse efektiivsuse hindamine	22
2.3 Õdede kogemused, ootused ja takistused seoses töö ja koolitusega	23
2.3.1 Õdede kogemused	23
2.3.2 Ootused õe tööle ja koolitusele	24
2.3.3 Takistused õe töös ja koolituses	25
3. UURIMISTÖÖ EESMÄRK JA UURIMISKÜSIMUSED	27
4. UURIMISMETOODIKA JA PROTSESSI KIRJELDUS	28
4.1 Kvalitatiivne uurimus	28
4.2 Uurimuses osalejad	28
4.3 Andmete kogumise meetodika ja protsess	30
4.4 Andmete analüüsimise protsess	30
4.5 Uurimusega seotud eetilised aspektid	32
5. TULEMUSED	34
5.1 Pereõde töö	34
5.1.1 Pereõde tegevused	34
5.1.2 Pereõde töös vajalikud teadmised	37
5.1.3 Pereõde töös vajalikud lisaoskused	40
5.2 Pereõdede tööalane koolitus	41
5.2.1 Tööalase koolituse vajadus	41
5.2.2 Tööalase koolituse korraldus	44

5.2.3	Soovitud õppimisviisid	49
5.2.4	Töölase koolituse kasutegurid	52
5.3	Pereõde töö ja koolitusega seotud kogemused, ootused ja takistused	54
5.3.1	Kogemused	54
5.3.2	Ootused	57
5.3.3	Takistused	59
6.	ARUTELU	61
7.	JÄRELDUSED	74
	KASUTATUD KIRJANDUS	75
	LISAD:	
	Lisa 1. Tartu Ülikooli Inimuuringute Eetikakomitee nõusolek uurimistööks	
	Lisa 2. Informeeritud nõusoleku vorm	
	Lisa 3. Intervjuu teemad	

## 1. SISSEJUHATUS

Perearstisüsteemile üleminek esmatasandi tervishoius kulmineerus Eestis 1998. aastal, kui kinnitati perearstipraksise tegevusvormis tegutsevate arstide tegevusjuhend ja rahastamise kord (Maaroos jt 2001). Uus süsteem lõi ka uue õenduseriala – pereõendus. 1996. aastal kui lõpetasid esimesed õed pereõdede spetsialiseeritud täiendkoolituse kursused.

Elanikkonna tervis sõltub esmatasandi tervishoiusüsteemis kättesaadavatest teenustest, sealhulgas pereõendusabist. Pereõdedelt eeldatakse väga erinevaid oskusi elanikkonna tervise eest hoolitsemisel (WHO 2000a, WHO 2000c, Affara 2003). Atun (2004) tõi Eesti esmatasandi tervishoiusüsteemi hindamisel välja liigse perearstikeskse töökorralduse ja meeskonnatöö tõhustamise vajaduse.

Kuna perearstisüsteem on kestnud Eestis vaid lühikese aja vältel, siis on oluline koguda teavet, kuidas pereõed on kohanenud uue töösituatsiooniga ning milliseid tegevusi ja kohustusi on pereõel kanda. Perearsti tööjuhend (2001) sisaldab punkti, et pereõel on iseseisev vastuvõtt vähemalt 10 tundi nädalas. Samas on ka loetelu kuuest valdkonnast, mis kuuluvad pereõe kohustuste hulka (Perearsti tööjuhend 2001). Ükski dokument aga ei määratle, millal ja missugustel juhtudel on pereõde pädev tegutsema iseseisvalt? Mida pereõde oskab või saab teha töötades perearstikeskuses, et rakendada maksimaalselt oma kutsealaseid teadmisi?

Eestis puudub süstemaatiline ja õdede vajadusel baseeruv täiendkoolitus (Viikmann 2004). Alguses, perearstisüsteemi tekkimisel, pakuti pereõdedele spetsialiseeritud tööalast koolitust, kuid tänaseks need kursused on peatatud. Peamiseks põhjuseks on muutused õdede põhiõppes, mis katavad täna pereõena töötava õe teadmiste ja oskuste vajadused.

Pereõel on õigus igal aastal osaleda 60 tunni ulatuses tööga seotud kursustel, seminaridel või konverentsidel (Perearsti tööjuhend 2001, Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded, 2004). Tegemist on piisavalt mahuka võimalusega, kuid täpsutamist vajab, kas pereõed seda võimalust kasutavad ning kui palju on selleks võimalusi ja ressursi ning kas pakutav koolitus vastab pereõe vajadustele?



Õdede tööalane koolitus peab lähtuma andragoogika põhimõtetest, sest tegemist on täiskasvanud õppijatega. Täiskasvanud õppija on isejuhitud, mis loob eeldused elukestvaks õppeks ning suurendab enesekindlust, iseseisvust ja annab motivatsiooni enese ja kutseala arendamiseks (O`Shea 2003). Pädevuse kasv, vajalikud teadmised ja oskused, eriala arendamine loovad eelduse kvaliteetsele õendusabile.

Õendusabiteenuste kättesaadavuse ja pereõe tegevuse edendamiseks on vaja parandada õdede pideva enesetäiendamise võimalusi ja elukestva õppe kujundamist ning toetamist tööandja ja koolitajate poolt. Et pereõenduse eriala arengut tõhustada, on vajalik koguda teavet õdede töö, koolitusvajaduse ja sellele suunatud ootuste suhtes. Tööalase koolitusega on peale õppija tihedalt seotud ka tööandja ja koolitaja, kellest sõltuvad õppimisvõimalused ja pakutavate koolituste tõhusus. Soome Õdede Liit (Suomen Sairaanhoidajaliitto 2003) on välja töötanud kvaliteedinõuded õdede tööalasele koolitusele, mis tugineb soovitud kolmele osapoolle: tööandja, koolituse korraldaja ja õe roll koolituste kvaliteedi tagamisel. Ainult kõigi osapoolte sarnaste ootuste korral on võimalik tagada kõiki rahuldav enesetäiendamise võimalused ja väljundid (Tight 2002; Grisetti ja Jacono 2006).

Antud uurimistööga soovitakse koguda tõenduspõhist teavet pereõe töö ja tööalase koolituse kohta. Tervikpildi loomiseks kaasati uurimusse nii pereõde, perearst kui tööandja ja koolitaja, kes pakub õdedele enesetäiendamise võimalusi.

## **2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE**

### **2.2 Pereõde töö**

#### **2.2.1 Õde esmatasandi tervishoiusüsteemis**

1996. a. vastu võetud Ljubljana harta, mis tugineb tervishoiusüsteemi reformimisele ja eeldab, et tervishoid ennekõike parandab inimese tervist ja elukvaliteeti. Antud dokumendis viidatakse, et terviseteenused peavad olema kättesaadavad tervishoiu esmatasandil, arvestades elanike vajadusi ja olema orienteeritud tervisetulemile (WHO 1996).

WHO raampoliitika „Tervis kõigile“ seab sihiks, et 2010. aastaks peab igas regioonis olema perekonnale ja kogukonnale orienteeritud esmatasandi tervishoiusüsteem, mida toetab paindlik ja vajadustele vastav teine ja kolmas tervishoiusektor. Teenuse osutajad peavad käsitlema inimest kui tervikut ja seadma eesmärgiks füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu saavutamise. Psühholoogilised ja sotsiaalsed aspektid aga on tihedas seoses inimese lähikondlastega, mida sageli võib võrdsustada perekonnaga. Tervishoiutöötajate koduvisiidid mängivad tähtsat osa tervise edendamisel ja haiguste ennetamisel, ka krooniliste haiguste järelravi toimub enamasti koduses keskkonnas. (WHO 2000c)

Singleton jt (1999) näevad esmatasandi tervishoiu otsuste langetamisel partnerlust tervishoiutöötajate ja indiviidi, perekonna ning kogukonna vahel. Väärtuste hindamisel alustatakse teenuse osutajate isiklike väärtuste selgitamist ja seejärel alles saab aidata teisi. Võimekas abi osutaja on võimeline tundma ära ka mitteverbaalse ning käitumises väljendunud probleemid. Patsiendil ei ole passiivne roll, vaid tema tunded, väärtushinnangud, uskumused, on tihedas seoses tervisega, mida tuleb aitamisel arvesse võtta. Samuti rõhutatakse perekeskset lähenemist, mis on leidnud teaduslikku kinnitust. Varasemalt peeti pere kaasamist vajalikuks vaid juhtudel, kui tegemist oli patsiendiga, kes ei olnud võimeline ise otsuseid vastu võtma. Siis nüüd nähakse perekonda olulise ressursina nii tervistumise protsessis kui haiguste põhjuslikkuses. Peamise sekkumise vahendina nähakse klientide teadlikkuse tõstmist ja kaasamist ning vastutuse jagamist. Tervisedenduse tulemuslikkust on mõõdetud ja tõestatud selle kasumlikkust pikas perspektiivis. (Singleton jt 1999)

Pereõde on võtmeisik tervise edendamisel, haiguste ennetamisel, haigusega toimetuleku ja taastumist toetava abi osutamisel (ICN 2002). Eesti seadusandluses defineeritakse pereõde

kui koos perearstiga töötavat erikoolituse saanud õde või ämmaemandat, kes on läbinud pereõde spetsialiseeritud täiendkursuse (Perearsti tööjuhend 2001).

Perearsti tööjuhend (2001) sisaldab pereõde tegevusvaldkonna kirjeldusi kuue punktina. Eraldi on välja toodud imikute ja laste, rasedate ning eakate tervise jälgimine. Lisaks hoolitseb pereõde vaksineerimise ja jäätmekäitluse korraldamise ning läbiviimise eest. Pereõde hindab õendusabi vajadust, koostab plaani ja teostab seda nii ambulatoorselt kui koduses keskkonnas. (Perearsti tööjuhend 2001)

Jenkins-Clarke jt (1998) hindasid perioodil, kui Ühendatud Kuningriigis toimusid esmatasandi tervishoius kiired muutused, meeskonna tegevuses järgmisi tegureid: tööjõu ressurss, töökoormus ning muutunud roll ja pädevuse piirid. Andmete kogumiseks kasutati vaatlust ja uurimus viidi läbi 10 tervisekeskuses. Esmatasandi tervishoiu meeskonda kuulusid perearst, tema õde (*general nurse*), piirkonna õde (*district nurse*) ja terviseõde (*health visitor*). Erinevate õdede töös leidis palju ühesuguseid tegevusi nagu diagnostiliste uuringute teostamine, raviprotseduuride sooritamine, sõeluuringud ning soovitude ja kindlustunde jagamine patsientidele. Tulemustest selgus veel, et 39% arsti tegevustest oleks osaliselt ja 17% täiel määral mahtunud õdede pädevusse. Seega leiti piisavalt delegeerimisruumi, mida perearstid liiga vähe rakendavad. (Jenkins-Clarke jt 1998)

Kemp jt (2005) võrdlesid esmatasandil töötava üldõde ja lapsi külastava terviseõde erinevusi pädevustes. Hinnatavateks väärtusteks olid teadmised, oskused ja suhtumine. Uurimusest selgus, et kodus teenust osutav õde peaks omama suuremat pädevust just sotsiaalsetes ja psühholoogilistes aspektides, mis on tihedalt seotud vanema rolliga. Laiemaid ja sügavamaid teadmisi eeldati terviseõel lapse arengu hindamisel. Kasuks tulid veel tähelepanelikkus ja vilumus keskkonna vaatlusel, et väikeste märkide abil ära tunda teatud riske perekonnas. Suhtumises leiti, et kodusid külastav õde töötab koos perekonnaga, üldõded aga ei fokuseeri kelle heaks tegutsetakse. (Kemp jt 2005)

Šotimaal kuulub esmatasandi meeskonda perearst, jaoskonnaõded, terviseõde ja üldõde ning mittemeditsiiniline abipersonal nagu keskuse juhataja ja registraator (Haycock-Stuart ja Houston 2005).

Esmatasandi tervishoid peaks sisaldama hinnatavaid tegureid perekonnast, kultuurist, toitumisest ja kogukonnast; tervisedendus ja haiguste ennetamine, vägivalla ennetus ja haavatavus, haigusseisundid, nii ägedad kui kroonilised. (Singleton jt 1999).

### 2.1.2 Pereõenduse olemus

Freidemann (1989) analüüsib mõistet pereõendus (*family nursing*) ja väidab, et antud nähtusel on kaks eeldust:

- 1) kõik õendusabi vajadused peavad lähtuma perekonnast, milles on juurdunud suhtumine ja autentne mure iga pereliikme tervise pärast;
- 2) pereõendusabi koosneb tegevustest, mis võimestavad perekonda, ja kasutab strateegiaid, mis rakendavad peres esinevad positiivseid ja olemasolevaid ressursse.

Freidemann (1989) tõi välja ka pereõenduse kolm tasandit. Esimene on indiviidi tasand ja perekond on kontekst, teine on suhete tasand, kus perekond on kahe-, kolme- või enamaühikuline grupp ning kolmas on süsteemitasand, kus perekond funktsioneerib ja tegutseb vastastikuselt mõjutades. Pereõendust saab praktiseerida vaid juhul, kui õe juures viibib rohkem kui üks pereliige. (Freidemann 1989)

Pereõenduses võib perekonda käsitleda neljal lähenemisviisil (Stanhope ja Lancaster 2004):

- I perekond kui kontekst – esikohal on individ, mille taustal on perekond;
- II perekond kui klient – esikohal on perekond, mis koosneb individidest;
- III perekond kui süsteem – interaktiivne süsteem, kus õendussekkumine mõjutab kogu süsteemi;
- IV perekond kui sotsiaalne komponent – kogukonnale orienteeritud, kus õde näeb pereliikmeid erinevate kogukonna liikmetena, mis mõjutavad perekonda sotsiaalse komponendina.

Havukainen jt (2007) uurisid perekonna terviseõendusele spetsialiseeruvate õdede perekonna määratlemist oma töös. Esikohale jäi siiski perekond kui kontekst, mida õppijad tunnetasid. Sellest järeldati, et ümberõppimine on aeglane protsess ja õppimist peaks rohkem integreerima tööeluga. (Havukainen jt 2004)

Wright ja Leahey (1990) väidavad, et koostöö perekonnaga ei tähenda seda, et perekonnal on midagi viga, vaid peaks andma perele tunde, et tervishoiuasutus on neist huvitatud. Veel

tähtsam oleks, kui pered tunnetaksid seda igal tervishoiu tasandil. Nad kirjeldavad tõusvat tendentsi perekesksusele kogu tervishoiusüsteemis. (Wright ja Leahey 1990)

USA-s uuriti perekonna ning eriti abikaasade mõju haigusega toimetulekul. Leiti, et abikaasa teadlikkus ja toetus aitab juba tekkinud haigusega paremini toime tulla kui haigestumise riski vähenemist harmoonilistes perekondades. Hüpertensiooni on seostatud perekonnas esinevate pingeliste suhetega (Bengston ja Dreverhorn 1998). Pidevat stressi situatsiooni pereliikmete seas, peetakse nii haigestumist soodustavaks kui haiguse kulgu raskendavaks asjaoluks. Tervishoiutöötajad teavad, kuidas mõjub raskest haigusest teadasaamine patsientidele, kuid vähe on tähelepanu pööratud perekonna toimetulekule. Pereliikme surma puhul, tuleb toetada perekonda edasi elama. (Wright ja Leahey 1990)

Wright ja Leahey (1990) soovivad keskenduda pereõenduse kontekstis kolmele olulisele aspektile:

- 1) arendada perekonna hindamise tehnikaid,
- 2) otsida seoseid perekonna funktsioneerimise ja haigestumise või ravi vahel, et tulemusi positiivselt praktikas rakendada,
- 3) tõhustada perekondade kaasamist tervishoiuteenuste tarbimisel ja muuta see õendusprotsessi lahutamatuks osaks.

### 2.1.3 Pereõe tegevus, teadmised ja oskused

Rahvusvaheline Õdede Nõukogu (ICN 2002) pakub pereõele nelja suurt valdkonda, milles pereõde peaks pädev olema:

I **tervisedendus** – hõlmab toitumist, turvalisust, teadlikkust terviseriskidest, elustiili, stressolukordadega toimetuleku ja suitsetamisest loobumise juhendamise oskusi. Kõigis tegevustes läheneb õde perekeskselt, kaasates ja toetades kõiki pereliikmeid.

II **ennetus ja haiguste varajane avastamine** – esmane, teisene ja kolmandane ennetus vastavalt klientide vanusele, tervislikule seisundile ja vajadustele.

III **kodune õendusabi** – eriti tähtis peale haiglaravi, et õpetada toimetulekut haiguse või puudega, siia kuulub ka rehabilitatsioon ja palliatiivne õendus.

IV **kulu - tulu tõhusus** – ANA (*American Nurses Association*) on tõestanud, et asjakohane õendusabi esmatasandil lühendab haiglas viibimise aega ja vähendab tervisega seotud

probleeme terve imiku hooldamisel. Samuti õdede võime teenindada patsiente haigestumise esimesel päeval, aitab vähendada tervishoiukulusid.

Friedman (1998) iseloomustab pereõde tegevusi järgmiselt:

- Osutab õendusabi peredele,
- Rakendab õendusprotsessi töös peredega,
- Teeb koostööd perekondadega erinevates olukordades,
- Töötab igasuguste perekondadega,
- Toetub tegevuses sotsiaalteadustele, mis uurib perekonda, pereteraapia- ja õendusteooriatele.

Rahvusvaheline Õdede Nõukogu (ICN 2002) kirjeldab nelja perekonna vajaduste hindamise mudelit, mida võib rakendada pereõde töös:

- perekonna hindamise ja sekkumise mudel,
- Friedmani perekonna hindamise mudel,
- Calgary perekonna hindamise ja sekkumise mudel,
- WHO/EURO pere tervise õenduse mudel.

Kõik mudelid sisaldavad sarnaseid jooni, eeskätt rõhutades perekeskset lähenemist ja pereõde kui toetaja ja abistaja rolli (ICN 2002).

Nõustamisel tuleb patsiendile anda aktiivne roll ja paluda tal ise otsuseid vastu võtta. Õde peab olema paindlik ja kohandama patsiendi ootused lähedaseks soovituslikele tervisega seotud ootustele (Crumbie 2006).

Pereõded ja teised esmatasandil töötavad spetsialistid peaksid tegelema tervisedendusega. Tervisedendus on vahend, mis võimaldab inimestel suurendada kontrolli oma tervisemõjurite üle ja seega parendada oma tervist (WHO 1986). Selle märksõna alla mahub nii tervisealane haridus, ennetamine kui ka tervisekaitse. Ennetus jaguneb veel omakorda esmaseks, teiseks ja kolmandaseks ennetamiseks. Tervisedendus ja haiguste ennetamine on kaks erinevat mõistet. Tervisedendus koosneb elustiiliga seotud tegevustest tervise parandamise või säilitamise eesmärgil. Haiguste ennetus on suunatud konkreetse haiguse arenemise tõkestamise või selle tagajärgede ärahoidmisele. (Porsche 2006)

Porshe (2006) toob näiteid ennetamise kolmeastmelisusest. Näiteks esmane ennetus sisaldab tervisealast õpetust ja nõustamist, immuniseerimist, tervisekaitset ja turvalise keskkonna loomist. Teisene ennetus tegeleb sõeluuringute ja klientide rutiinse tervisekontrolliga. Kolmandane ennetus on eeskätt ravi efektiivsus ja põhjalikkus, füsioteraapia ja haigusega toimetulekut toetavad ümberkorraldused. (Porshe 2006)

Esmatasandi tervishoidu iseloomustab see, et teenust on võimalik osutada järjepidevalt. Seetõttu sobib kroonilisi haigusi põdevate inimeste seisundit ja haiguse kulgu jälgida just selles tervishoiu etapis. Krooniline haigus on seisund, mis on kõrvalekalle normist ja võib põhjustada pöördumatuid kahjustusi organismis. Krooniliselt haigetel inimestel tuleb regulaarselt teostada tervisekontrolli, hinnata toimetulekut igapäevatoimingutega, selgitada, mida patsient ise tunneb või kui kõrge on muretsemise tase. Alustada tuleb usaldusliku kontakti loomisest, põhjalikust anamneesi kogumisest ja kokkulepetest, mis vastavad mõlema osapoolle ootustele. (Crumbie 2006)

Rahvusvaheline Õdede Nõukogu (ICN 2002) rõhutab pereõde mitmekülgsede oskuste vajalikkust ja nimetab rolle, mida pereõde võib kanda:

- Terviseõpetaja
- Õendusabi planeerija ja elluviija
- Perekonna kaitsja ja esindaja
- Juhtumi avastaja ja epidemioloog
- Protsesside juhtimine ja koordinaator
- Nõuandja ja nõustaja
- Keskkonna hindaja

Gould ja Fontnela (2006) leidsid olulise seose töö autonoomsuse ja rahulolu vahel. Bradley ja Nolon (2007) kirjeldasid, kuidas mõjub õdedele retsepti väljastamise õigus. Selgus, et õdedel, kes olid omandanud õiguse iseseisvalt retsepte väljastada, paranesid teadmised ravimitest, suurenes enesekindlus otsuste tegemisel, hoogustus koostöö teiste spetsialistidega ja osalemine erialastes aruteludes. (Bradley ja Nolon 2007; Lim jt 2007)

Ameerika Ühendriikides on erineva suunitlusega õendusabi keskuseid, neist levinumad on allpool kirjeldatud suunitlusega (Stanhope ja Lancaster 2004):

- 1) Tervise- ja heaolukeskused, kus pakutakse õdede poolt tervist edendavaid ja haigusi ennetavaid tegevusi ning viiakse ellu terviseprogramme, mis on suunatud erinevatele kogukondadele;
- 2) Tervishoiukeskused, kus lisaks terviseteenustele pakutakse ka koduteenuseid ja kogukonnale suunatud teenuseid (näiteks töötervishoid);
- 3) Spetsialiseeritud keskused, mida iseloomustab tavaliselt mingi terviseprobleemi keskus. Levinumad on diabeedi, HIV-nakkuskandjate ja AIDS-i haigete, vähi ja vaimse tervise keskused;
- 4) Akadeemilised keskused, mis tegutsevad koolide praktikabaasina ja pakuvad töötavatele õdedele täiendkoolitust ja praktiseerimisvõimalusi. Tavaliselt omavad ka kindlaid filosoofilisi põhimõtteid, visiooni ja missiooni tervisest.

## **2.2 Pereõe tööalane koolitus**

### **2.2.1 Andragoogilised lähtekohad tööalase koolituse korralduses**

Andragoogilise mudeli autoriks on M. S. Knowles (1970), kes väidab, et täiskasvanu õpetamisel on rõhk indiviidi isejuhitud protsessi toetamisel. Mudeli autor omab suurt kogemust just tööalase koolituse programmide läbiviimisel ja on kaasa rääkinud ka õdede tööalase koolituse arendamisel USA-s (Shannon 2003).

Andragoogilist mudelit iseloomustab viis põhimõtet (Knowles 1970):

- 1) Täiskasvanud õppija on isejuhitud, võtab iseseisvalt vastu otsuseid ja tahab, et neid aktsepteeritakse; seda ka enesetäiendamise planeerimisel, läbiviimisprotsessis ja hinnangu andmisel õppimisele.
- 2) Täiskasvanud õppija tuleb õppima isikliku kogemuste pagasiga. Neid kogemusi tuleb kasutada väärtusliku ressursina. Koolitaja saab neid kasutada jus aktiivõppe rakendamisel. Loomulikult erinevad inimeste kogemused ja kuldne kesktee tuleb leida diskussioonide ja kokkulepete abil.
- 3) Täiskasvanud õppija tuleb õppima siis, kui tal on tekkinud selleks vajadus. Soov saada vastuseid tekkinud küsimustele, mis reeglina on elulähedased ja puudutavad inimese tööd või muid tegemisi. Kui õppimine annab võimaluse oma tööd paremini teha või karjääri rajada, on inimene motiveeritud ennast arendama.
- 4) Täiskasvanud õppija õpivalmidus on reeglina orienteeritud probleemide lahendamisele. Õppima ei tulda vaid õppimise pärast. Seega on oluline selgitada enne



koolitust õppijate eesmärke ja mitte rõhuda õpetaja oskuste või teadmiste demonstreerimisele.

- 5) Täiskasvanud õppija õpimotivatsioon peaks olema eeskätt seesmine. Seega õppimise tulemuseks võib olla eneseaustuse suurenemine, enesekindluse kasv, eneserealiseerimise võimaluste avardumine või parem elukvaliteet.

Knowles (1970) leiab, et edukus õpetamisel saadab neid, kes tunnevad huvi õppijate isiksuse vastu, käituvad õpiprotsessis mitteformaalselt. Nad valivad aktiviseerivaid õppemeetodeid ning toetavad, julgustavad ja tunnustavad õppijaid. (Knowles 1970)

Täiskasvanute koolitajal on kaks tähtsat rolli: õpiprotsessi kujundamine ja teadmiste/oskuste vahendamine. Üha enam rõhutatakse, et koolitaja oluline omadus on tunda ja teada olemasolevat ressursi ning osata seda suunata ja realiseerida maksimaalselt. (Märja jt 2005)

Andragoogilises õpiprotsessis kirjeldatakse seitset elementi, mis algab sobiva kliima loomisega, keskendub õppija kaasamisele igas õppe etapis ning lõpeb kogu õppetöö hindamisega õppija poolt (Märja jt 2005).

Shannon (2003) väidab, et Knowles'i teooriat ei ole hinnatud ja ei ole piisavalt tõendus põhiseid fakte, et täiskasvanu soovib alati olla isejuhitud õppija. Samuti esitab ta küsimuse, et kas igasugune kogemus on väärtuslik jagamiseks ja edaspidiseks tarvitamiseks praktikas ning kas täiskasvanu on ise kõige õiglasem hindaja oma nõrkuste ja tugevuste üle (Shannon 2003).

Töölane koolitus toimub registreeritud õppekavade alusel koolitusluba omavates täiskasvanute koolitusasutustes registreeritud kursustena või õppepäevadel ja seminaridel kestvusega vähemalt kaheksa akadeemilist tundi (Täiskasvanute koolituse seadus 2002). Töölase koolituse õppekava arenduses arvestatakse kutsestandardite nõudeid. Töölase koolituse mõistega on tihedas seoses märksõnad andragoogika ja elukestev õpe. (Haridus ja Teadusministeerium 2005)

Rashid ja Siriwerdana (2005) väidavad, et täiendõpe peab olema integreeritud, süstemaatiline ja professionaalset arengut toetava ülesehitusega. Samuti leiavad nad, et kui eriala omandamisel võib leida palju pedagoogilist lähenemist, siis edaspidine enesetäiendamine

peaks kindlasti lähtuma andragoogilistest tõekspidamistest. Täiendõppe programm peab olema kohandatud töösituatsiooniga ja võimalusel sisaldama personaalset juhendamist. (Rashid ja Siriwerdana 2005)

### **2.2.2 Koolitusvajadus ja koolituse korraldus**

Koolitusvajaduse hindamisel tuleb kaasata võimalikud erinevad osapooled, et ühtlustada arusaamu. Tervishoiutöötajad on pigem orienteeritud enesetäiendamisele lühiajaliselt, nagu kindla programmi läbimine, uue oskuse omandamine, kutsealane treening. Riik aga näeb parema meelega tervishoiutöötajaid kui elukestvaid õppijaid ja uurijaid. Siit võib kerkida pingeid koolituse planeerimisel, kuigi eesmärk on ühine - kaitsta klienti ebakompetentse teenuse eest. Seetõttu võib ka põhjendada, miks enamasti on koolitus korraldatud kahelaadselt: organisatsioonisiselt ja kutseala organisatsioonide poolt. Õed aga asetsevad seal vahepeal ja ei osale koolituse arendamisel. (Griscti ja Jacono 2006)

Sageli kasutatakse koolitusvajaduse hindamiseks sihtrühma hulgas ankeetküsitlust, mis koosneb loetelust antud valdkonna õe vajalikest tegevustest ( Uzel jt 2007, Whittaker jt 2006, Green jt 2005). Et koolitus muutuks rohkem õppijakeskseks, on oluline määratleda ka huvirühmade vajadused, sealhulgas tööandjal ja riiklikul järelevalvel (Griscti ja Jacono 2006).

Green jt (2005) hindasid esmatasandil töötavate õde-spetsialistide (*nurse practitioners*) koolitusvajadust võttes arvesse staaži antud ametikohal. Ometi tulemustest selgus, et kolm kõige aktuaalsemat teemat olid olenemata praktilisest kogemusest kõigil identsed ja puudutasid täiskasvanu tervist – täpsemalt diabeeti, kardiovaskulaarseid haigusi ja farmakoloogiat. Erinevused ilmnisid alles alates neljandast teemast. Kokku toodi välja kümme prioriteetset valdkonda, milles õed vajasid enesetäiendamist. (Green jt 2005)

Rohkem õppijakeskseid meetodeid ning õdede kaasamine juba programmide koostamisse loob eeldused koolituse tulemuslikkusele. Samuti õdede aktiivõppesse kaasamine koolitajate poolt suurendab nende entusiasmi. Jätkukoolituse uurimustes on peamiselt peatunud programmide struktuuril ja planeerimisel. Vastupidiselt formaalsele koolitusele on soovitud teada ka õdede mitteformaalseid õppevorme nagu ajakirjade lugemine, kogemuspõhine õppimine ja muud õdedepoolsed algatused. (Griscti ja Jacono 2006)

Green jt (2005) kirjeldasid tööalase koolituse mudelit, mis arvestas nii õe kogemusi kui pädevust. Mudel oli nelja etapiline, mille esimeses osas selgitati koolitusvajadus ankeetküsitluse abil. Teises osas toimus seminar, mille tulemusena valmis programm. Kolmandas etapis viidi programm ellu ja seejärel viimases etapis hinnati koolituse kulu efektiivsust ja muutusi praktikas. (Green jt 2005)

Koolituse kestuse juures leitakse, et muutust käitumises ei toimu, kui koolitus on lühem kui 8 tundi või käsitletakse korraga palju erinevaid teemasid (Francke jt 1995).

Professionaalne koolitaja tervishoius peab olema võimeline näitama oma teadmisi ja oskusi individuaalsel õpetamisel, juhendamisel, jätkukoolituse arendamisel, kasutades selleks õppeprogrammide loomist. Ta peab olema ekspert väikese rühma õppe läbiviimisel, loengute pidamisel, õppetöö planeerimisel. Kasuks tulevad oskused reflektiivsuse kasutamisest ja kompetentsus uurimismetoodikate rakendamises. (Rashid ja Siriwerdana 2005)

Seoses tervishoiureformiga Brasiilias tekkis vajadus kliinilisi õdesid ette valmistada esmatasandil töötamiseks. Olukorra muutmiseks kasutati Freire'i lähenemist pedagoogikas, mida planeeriti protsessina, milles on kaks tähtsat etappi. Alguses koolitusvajaduse väljaselgitamiseks korraldati töötöad (*workshops*), kus kõik õed said väljendada oma arvamust uuest süsteemist ja võimalustest ning takistustest seal õena töötada. Sealt filtreerus viis peamist põhjust, millele tuginedes viidi läbi õdede tööalane koolitus. Viis peamist probleemi olid (Chiesa ja Fracolli 2008):

- puudub instrument elanikkonna vajaduste väljaselgitamiseks,
- esineb raskusi meeskonna töö korraldamises,
- puudulikud abivahendid õendustegevuseks,
- õdede ülekoormatus juhtimis- ja assisteerimistegevuste tõttu,
- puudulikud meetmed kogukonna kaasamiseks esmatasandi tervishoiu parendamiseks.

Protsessi tulemuseks oli, et esiteks said kõik õed reflekteerida sügavuti oma vajadusi, mis tulenesid töökogemusest. Koolitust hinnati väga edukaks ning sobivaks uue mudeli juurutamiseks (Chiesa ja Fracolli 2008).

Nicol ja Patterson (1999) küsitlesid koolituste korraldajaid, et selgitada kvaliteedinäitajaid koolitusvajaduse ja tulemuslikkuse mõõtmisel. Tulemustest selgus, et õpetamisel kasutati 85% loenguvormi ja ¼ korraldajatest tunnistas, et loengut on kõige kergem läbi viia. Tagasisideküsitlust kasutati 63% koolitustel. Tagasisidet kogusid sagedamini korraldajad, kel oli vastav väljaõpe ning kes kasutasid saadud infot uute koolitusvajaduste selgitamiseks ja korraldamise korrigeerimiseks. Samas ettevalmistust mitte omavad organisatsioonid ei pidanud vastavate oskuste omandamist oluliseks ja delegeerisid korralduslikke ülesandeid koolituste sponsoritele. (Nicol ja Patterson 1999)

Haycock-Stuart ja Houston (2005) kirjeldavad põhjalikult uuringut, mis hindas koolituse, auditeerimise ja meeskonnatöö ressursse esmatasandi tervishoius. Antud ettevõtmist toetas riik rahaliselt ja selles osales vabatahtlikult seitse erinevat tervisekeskust. Kokkusaamised toimusid ühe aasta vältel üheksal korral, et läbi meeskondliku õppimise edendada ja parendada töö kvaliteeti. Uurimus vaatles, et kas aasta vältel toimus meeskonnas muutusi mõistmisel koolitusvajadusse, auditeerimisse ja meeskonnatöösse. Tulemustest selgus, et programm oli edukas ning natuke kasulikum tervishoiutöötajatele kui abipersonalile. Niisugune rühmatöö aitas välja tuua erinevate meeskonnaliikmete koolitusvajadusi, paranes omavaheline suhtlemine ja aitas ületada barjääre tööandja ja töövõtjate vahel. (Haycock-Stuart ja Houston 2005)

Mäkipeura (2005) uuris Soome õdede pädevust ja koolitusvajadust. Tulemustest selgus, et õed olid viibinud koolitusel keskmiselt kaks päeva aastas. Koolituse vajadustest nimetati 97 erinevat teemat. Õppimise teostuse osas sooviti kõige enam loenguid ja koolituspäevi. Harvem nimetati rühmatööd, osakonnasiseseid õppetunde ja õppekäike. (Mäkipeura 2005)

### **2.2.2 Õppimisviisid**

Täiskasvanu õppes peaks keskenduma isejuhitud õppimisele, kriitilisele refleksioonile, distantsõppele ja õppima õpetamisele (Shannon 2003). Kuid mitte kõik õppijad pole enesejuhitud ja õpetamisel tuleb kasutada erinevaid meetodeid. Isejuhitud õppimise eelisteks on enesekindluse, iseseisvuse, motivatsiooni ja eluaegseks õppimiseks valmistumise suurendamine. (O`Shea 2003)

Õppemeetodite valikuga on võimalik õdesid julgustada haarama initsiatiivi ja ise juhtima oma õpinguid. Isejuhitud õppimise võimalusi on väga erinevaid, siinkohal tuuakse välja erialase kirjanduse lugemist, mitteametlikke arutelusid, iseseisvaid õpinguid, isekoostatud koolituspakette, juhendatud õpinguid, grupidööd, õppimislepinguid, arvutipõhiseid kursuseid, distantsõpet ja telekonverentse (O`Shea 2003).

Kemp jt (2005) mõönavad, et teadmisi on võimalik anda klassiruumis, oskusi ja suhtumist saab arendada ja harjutada aga ainult läbi praktilise tegevuse.

St John ja Rolls (1996) kirjeldavad olukorda Austraalias, kus seoses muutustega tervishoiusüsteemis muudeti õdede põhiõpet. Oluliseks muutuseks õppes oli uute õpimeetodite kasutuselevõtt. Peamiselt rakendati aktiivõpet ja isiklikust kogemusest õppimist. (St John ja Rolls 1996)

Gardner jt (2004) arendasid terviseõdede õppekava läbi aktiivse tegevuse praktikas. Üliõpilane pandi nelja erinevasse töökeskkonda, kus tal tuli tegutseda, õppides kogemustest mentori juhendamisel ja tegevust pidevalt reflekteerida. Kirjeldatud õppimisviis muutis õppija enese poolt juhitaavaks. (Gardner jt 2004)

Furnham jt (2008) võrdlesid õppimisviisi eelistusi teadmiste põhjalikkusega. Leiti, et valdkonnad, kus sooviti üldiseid teadmisi, eelistati kombineeritud meetodeid ja grupidööd. Süvateadmiste hankimiseks eelistati essee kirjutamist, suulisi eksameid või kursusetööd. (Furnham jt 2008)

Tehnoloogia arenedes suureneb arvutipõhiste tegevuste ja vajaduste hulk tervishoius. Üheks võimaluseks on edendada IT-alaseid oskuseid läbi e-õppe. Docherty ja Sandhu (2006) hindasid e-õppe võimalusi tervishoiutöötajate täiendõppes. Õppe kasuteguritest toodi välja olemasolevate kohustuste integreerimist õpiprotsessiga, mitmekülget arengut ja oskuste ning kindlustunde saavutamist interaktiivses keskkonnas (Docherty ja Sandhu 2006).

Rashid ja Siriwerdana (2005) leiavad samuti, et tänases päevas, kui inimesed soovivad paindlikke õppimisvõimalusi, on e-õpe selleks ideaalne, kuid soovitavad siiski kombineerida muude õppemeetoditega.

Lin jt (2007) uurisid õppijate rahulolu internetipõhiste kursustega. Tulemused kinnitasid, et õppijatel, kes rohkem kui neli tundi nädalas arvutiga töötavad ja kellel on isiklik arvuti, on rahulolu kõrgem ja suhtumine arvutipõhistesse kursustesse positiivsem (Lin jt 2007).

## 2.2.4 Koolituse efektiivsuse hindamine

Õdedel tuleb alati hankida uusi teadmisi, et säilitada oma erialast pädevust (Francke jt 1995, Gould jt 1999, Edwards jt 2001, Hughes 2005, Evans 2007). Vähe empiirilisi uurimusi näitab, kuidas täiendkoolitus mõjutab praktilist suutlikkust (Hughes 2005, Griscti ja Jacono 2006). Enamus uurimustest kirjeldab töötajate tunnetust koolituse mõjule, mis kindlasti ei pruugi kajastada patsiendi eest hoolitsemise paranemist. Kiirete muutuste ajendil ei leita sageli võimalust hinnata täiendkoolituse programmide mõju ja tõhusust. (Griscti ja Jacono 2006)

Koolituse kvaliteedis hinnatakse järgmisi aspekte: koolituse kestus, eelnevat vajaduste hindamist, eesmärkide täpsust, õpetamismeetodeid, täiskasvanu õppe erisustega arvestamist. Samas käitumise muutumises ei peeta neid aspekte väga määravateks. (Francke jt 1995)

Täiendkoolituse teostamise efektiivsuse võib jagada kolme perspektiivi: individuaalne, professionaalne ja organisatoorne (Griscti ja Jacono 2006).

Indiviidi tasandil koolitustunnistuste ettenäitamine ei garanteeri teadmiste kinnistumist ja olemasolu. Paremad tulemused saavutatakse, kui õed reflekteerivad uusi teadmisi ning eksami sooritamise asemel võiks rakendada välishindamist ehk hinnata õe tegevust tööpostil. Näiteks arstide puhul rakendatakse sageli tööanalüüsi koostamist, kuid ka sel meetodil on miinuseid, sest tööanalüüs koostatakse sageli kolleegidele, mitte siiraks enesehinnanguks. (Griscti ja Jacono 2006)

Tööalane koolitus õenduse erialal kogub populaarsust paralleelselt iseseisvuse suurenemisega antud ametikohtadel (Francke jt 1995, O`Shea 2003, Bradley ja Nolon 2007).

Seoses muutusega õe töös ehk suurema iseseisvusega, tuleb õel võtta ka ise vastutus enesetäiendamise eest (O`Shea 2003). Hiinas läbi viidud uurimuse tulemusel järeldati, et 96% täiendkoolitusel viibinud õdedest rakendas peale koolitust muutusi töökohal (Edwards jt 2001).

Professionaalsuse tõstmisele lisaks peetakse koolituse efektiivsuse hindamisel oluliseks patsientide heaolu edendamist. Teadmiste, oskuste ja suhtumise muutumine aga ei too kaasa automaatset muutust praktikas. Sihtrühma homogeensust on sageli peetud edu saladuseks, hariduse, kutseala ja vajaduste ühtimise tähenduses. Käitumismuutuste osas aga pole seoseid leitud, isegi mitte, kui osalejad on ühest asutusest. (Francke jt 1995)

Pädevuse säilitamiseks tuleb keskenduda elukestva õppe arendamise ressursidele (Griscti ja Jacono 2006)

## 2.3 Õdede kogemused, ootused ja takistused seoses töö ja koolitusega

### 2.3.1 Õdede kogemused

Benner (1984) on kirjeldanud teoreetiliste teadmiste muutumist kliinilises situatsioonis. Ta rõhutab kogemuste ja meisterlikkuse mõju maksimimise, mis nõuab kindlat kogemuste taset, et seda ära tunda. Antud õendusteooria keskendub õe kui praktiku arengule läbi teadmiste omandamise, igapäevatöö ja situatsiooni teadlikkuse. Rõhk on erinevatest situatsioonidest tulevate kogemuste rohkusel, mis aitab õel liikuda algaja tasemest eksperdiksi. Benner (1984) jagab õdede pädevuse astmed viiele tasandile:

**I Algaja õde** on isik, kel puudub eelnev kogemus antud tegevusvaldkonnas, siia kuuluvad õde-üliõpilased kui ka õed, kes on sattunud uude töösituatsiooni.

**II Edasijõudnud algaja õde** demonstreerib teatud nõuetele vastavat toimetulekut reaalses situatsioonis. Sellel tasemel oskab õde juba tähele panna situatsioonist lähtuvaid aspekte.

**III Pädev õde** klassifitseerub juba arvestava teadlikkuse ja kaalutleva plaani rolli, kes tajub ja oskab ette näha situatsiooni mõju.

**IV Õde-spetsialist** valdab situatsiooni tervikuna ning juhindub tegevuses kõigist aspektidest. Sellel tasemel tekib juba suur muutus töö kvaliteedis. Õde kasutab intuitsiooni ja on saavutanud eneseusalduse oma teadmiste ja oskuste osas.

**V Õde-ekspert** on kõrgeim tase, kus kasutatakse analüütilisi põhimõtteid, ühendades arusaamu ja antud situatsiooni asjakohase tegutsemisega. Õde-ekspert omab oskusteavet ja tajub situatsiooni tervikuna.

Benner (1984) defineerib kogemust mitte ainult praktika ajalise piiriga, vaid pigem aktiivsete protsessidega, mis aitavad edasi areneda, lisada kirjeldatud ja teadaolevatele teooriatele omi tähelepanekuid ja mõtteid.

Uuriti spetsialiseerumisel kursuse lõpetanud õdede kogemusi ja leiti, et koolitusel osalenud õed olid omandanud koha tervishoiu tööjõuturul ja olid väga tugevalt teadlikud tööandja vajadustest. Samuti rõhutati isikliku ja kutsealase arengu teostamist karjääri trajektoiril. Nad rõhutasid vastustes patsientide ja perekonna vajadusi. Lisaks vajadusele parandada õendusabi kvaliteeti, kerkis esile ka tehniliste oskuste täiustamise vajadus. (Gould jt 1999)

Õdede õpetamisel rakendati struktureeritud isejuhitud perekonna määratlemist, kus õpilane hindas alguses oma pere vajadusi ja töötas välja abimaterjale ja meetodikaid nendele õendusabi osutamiseks. Mõnedel juhtudel jäi õpilase roll ebaselgeks ja muutis situatsiooni ebameeldivaks. Enamus siiski kirjeldas seda positiivse kogemusena, kuna kogeti uut rolli. Kuid lisati ka, et antud roll oli koormav oma perekonnas. Teisel korral valis õpilane endale võõra perekonna, mis erines tema pere mudelist. Perekonnaga tegeleti neli päeva ja kogeti nii asjakohast juhendamist kui isiklike oskuste paranemist. (St John ja Rolls 1996)

Hansson jt (2008) kirjeldasid perearsti töö kogemusi multidistsiplinaarses meeskonnas. Intervjueeriti nelja tervisekeskuse perearste. Üldine suhtumine meeskonnatöösse oli soosiv. Neli peateemat leidis tulemustes kirjeldamist: ajakasutus *versus* aja kokkuhoid; jagatud vastutus *versus* ainuvastutus; ekspert *versus* üldine spetsialist; jagatud teadmised *versus* kõigeteadmised. Tulemustes jäi püsima ambivalentsus. Järeldati, et meeskonnatöö kohustab leidma aega supervisiooniks ja hea kui neid oskuseid omandatakse juba erialaõppes. (Hansson jt 2008)

Negatiivse koolituskogemusena toodi välja, et koolitus ei andnud uusi teadmisi või puudus seos praktikaga, aga ka kolleegide vähene huvi või ükskõikne suhtumine koolitusel saadud teadmiste rakendamisse. Üheks oluliseks negatiivseks kogemuseks peeti ka tööandja või otsese ülemuse huvipuudust koolituse tulemuste rakendamisel. (Hughes 2005)

### **2.3.2 Ootused õe tööle ja koolitusele**

Hallin ja Danielson (2008) uurisid kuue aastase staažiga õdede ootuseid tööle ja professionaalsele arengule. Tulemustes moodustus kaks peateemat: õe töö on sobiv, kuid kõrgete nõudmistega kutseala, ning õe töö sisaldab väljakutseid ja takistusi. Viimase teema alakategooriateks olid teadlikkus õe töö võimalustest, teadmised, mida saab harva rakendada ja professionaalse kasvamine saavutamine. Uurimuse autorid järeldasid, et õdede rahulolus on kriitiline roll tööandjal ja koolitajatel, kes peaksid tegelema teadliku potentsiaali suunamisega. Tööandja saab otseselt määrata õdede tegevusi ja professionaalset arengut, koolitaja kaudselt. (Hallin ja Danielson 2008)

Griscti ja Jacono (2006) nimetavad seitset motivatsioonitegurit koolitusel osalemiseks:

- soov edendada professionaalseid teadmisi ja oskusi



- isiklik rahulolu
- rõõm õppimisest
- uute oskuste omandamine
- väline surve nagu resertifitseerimine
- tööandja ootus
- kognitiivsed huvid

Sotsiaalse toetuse all peetakse eeskätt silmas kolleegide ja ülemuse reaktsiooni, ka arstide tuge just uute oskuste rakendamisel hinnatakse kõrgelt (Francke jt 1995).

Valmidus isejuhitud õppeks – see on staatus, kus indiviid on omandanud suhtumise, võimed ja isikupärased omadused, mis võimaldavad ennast juhtida (O` Shea, 2003).

### **2.3.3 Takistused õe töös ja koolituses**

Õdede ja arstide vahelised suhteid on sageli kirjeldatud professionaalse arengu takistustena. Arstid ignoreerivad ja ei toeta õdede tegevusi, mis pärsib õdede huvi pingutada või taotleda paremaid tulemusi (Castledine ja McGee 1998). Lisaks suhetele takistavad tööd piiratud finantsilised ressursid, tööjõu ja kogemuste nappus (Docherty ja Sandhu 2006).

Patsientide poolse rahulolematusest õdede töös tõstetakse esile vajakajäämisi suhtlemisoskuses (Castledine ja McGee 1998).

Ajapuudust tuuakse sageli põhjuseks nii õppimisel kui uute saadud teadmiste mitterakendamisel (Francke jt 1995).

Griscti ja Jacono (2006) väidavad, et enamus koolitusega seotud uurimusi keskendub teguritele, miks õed ei ole huvitatud enesetäiendamisest. Hughes (2005) leidis Inglismaal õdede hulgas läbi viidud uurimuses, et takistavate teguritena nimetati koolituse kättesaamatust, pereelu ja kolleegide madalat toetust. Madalat motivatsiooni koolitustel osaleda seostati ka kolleegide vähese huvi ja otsese juhi huvipuudusega koolitusel saadud teadmiste rakendamiseks (Hughes 2005).

Rashid ja Siriwerdana (2005) peavad takistuseks pädevate koolitajate puudust. Nad leiavad, et kuna tervishoid on muutunud tõenduspõhiseks teadusharuks, siis tuleb koolitajatel rohkem leida aega erialase kirjanduse läbitöötamiseks ja mõelda võimalustele, kuidas neid teadmisi

rakendada. Koolitajalt eeldatakse pädevust nii õpetataval erialal kui andragoogikas. Koolitajate nõrga ettevalmistuse põhjuseks tuuakse ajapuudust, motivatsiooni vähesust, karjäärivõimaluste puudulikkust ning madalat tasustamist lisatöö eest. (Rashid ja Siriwerdana 2005)

Evans jt (2007) uurisid õppivate õdede stressiallikaid ja leidsid seoseid üheksa erineva teguriga. Neist enim esines stressi seoses õppetöö hindamisega (eksamite ja arvestuste sooritamisega), aja jaotamist õppimise, töö ja pereelu vahel ning ka majanduslikku toimetulekut, kuna õppimine võib kaasa tuua lisakulutusi ja vähendada koormust töökohal. (Evans jt 2007)

Hiinas peeti õdede täiendõppest osavõtmise takistavateks teguriteks ajapuudust, kursuste kõrget hind, toimumiskoha kaugust ning ka loa saamist ülemuselt. Vaatamata paljudele takistustele olid koolitusel osalenud viimase aasta vältel 2/3 uuritavatest õdedest. (Edwards jt 2001)

Haycock-Stuart ja Houston (2005) nimetasid meeskonnakoolituse puudustena raskusi kõigile sobiva teema leidmisel, jagatud vastutust korralduses ja vähest ajaressurssi koolituse planeerimisel ja organiseerimisel.

Organisatoorselt tuleb rohkem arvestada teguritega, mis mõjutavad õppimist, nagu igav töö, tööjõu puudus ja perekondlikud kohustused (Griscti ja Jacono 2006).

### **3. UURIMISTÖÖ EESMÄRK JA UURIMISKÜSIMUSED**

Magistritöö eesmärgiks on kirjeldada pereõe tööd ja tööalast koolitust tuginedes pereõe, perearsti ja koolitaja arvamusele.

Uurimisküsimused antud töös on:

- 1) Missugune on pereõe töö?
- 2) Missugune on pereõdede tööalane koolitus?
- 3) Millised kogemused, ootused ja takistused esinevad pereõe töös ja tööalases koolituses?

## **4. UURIMISTÖÖ METOODIKA JA PROTSSESSI KIRJELDUS**

### **4.1 Kvalitatiivne uurimus**

Antud magistritöö on empiiriline kvalitatiivne uurimus. Kvalitatiivseid uurimismeetodeid kasutatakse juhul kui uuritava nähtuse kohta puudub või on väga vähe varasemat teaduslikku teavet. Kvalitatiivsete uurimismeetodite abil saab kirjeldada ühiskonnas toimuvaid protsesse inimeste vaatenurgast. Kvalitatiivselt uuritakse inimeste arvamusi, harjumusi ja väärtushinnanguid (Kyngäs ja Vanhanen 1999, Burns ja Grove 2001).

Tavaliselt on kvalitatiivne uurimus induktiivne, mille käigus avastatakse huvi tekitavaid aktuaalseid teemasid. Uurimus on suunatud tulevikku, et õppida tundma uuritava nähtuse üksikasju. Uurimisprobleemi kirjeldamisel, tuleb esitada uurijal küsimusi probleemi kohta. Kui probleem vajab vastust küsimustele missugune, mis moodi või kuidas, siis on sobilik valida kvalitatiivne uurimismeetod. (Morse ja Field 1996)

Kvalitatiivse analüüsimeetodi puhul moodustavad andmebaasi sõnad, mis uuritavat nähtust iseloomustavad. Kvalitatiivses uurimuses kogutakse andmeid, analüüsitakse andmebaasi ja interpreteeritakse tulemusi samaaegselt, mitte eraldi etappidena (Burns ja Grove 1993, Morse ja Field 1996, Kyngäs ja Vanhanen 1999).

### **4.2 Uurimuses osalejad**

Kvalitatiivses uurimuses on osalejate valikus kolm tähtsat kriteeriumi (Morse ja Field 1996):

- osalejal on teadmised või kogemused uuritava nähtuse kohta;
- osaleja on võimeline infot edastama;
- osaleja on vabatahtlikult nõus uurimuses osalema.

Uurimuses osales kolm osapoolt, kellest sõltub pereõde tööalane koolitus – need on pereõde kui õppija, perearst kui tööandja ja koolitaja kui tööalase koolituse korraldaja.

Eestis töötab orienteeruvalt 800 perearsti ning seadusega sätestatult peab töötama iga perearsti juures vähemalt üks pereõde. Tervishoiutöötajate registris on 24.01.2007 seisuga 720 pereõde. Uurimuses osalenud pereõded ja perearstid valiti Tallinna linnast. Tallinnas on avatud 256 perearsti nimistut, kes on koondunud 86 perearstikeskusesse. Pereõdede täpset arvu polnud võimalik fikseerida, sest Tallinna Tervishoiuameti andmetel on see kiiresti muutuv ja keegi selle kohta eraldi arvestust ei pea.

Põhjuseid, miks valim moodustati Tallinnas töötavatest pereõdedest ja -arstidest, on neli:

- 1) Tallinn on arvukaima elanikkonnaga piirkond Eestis;
- 2) Tallinnas töötab 1/3 Eesti perearstidest ja -õdedest;
- 3) Tallinn oli üks viimaseid regioone, kus mindi Eestis üle perearstisüsteemile;
- 4) antud magistritöö jaoks ettenähtud aja- ja inimressurss ei võimaldanud läbi viia ülevabariigilist uurimust.

Osalejate leidmiseks kasutati kõigepealt juhusliku valimi printsiipi ja uurija pöördus iga 25. Tallinna Tervishoiuameti registris oleva perearsti poole sooviga intervjuerida tema õde ja teda kui tööandjat. Saadetud kirjadele saatis positiivse tagasiside esimesel korral üks perearst ja peale korduskirja samale sihtrühmale, vastas veel üks perearst. Seejärel muudeti uuritava leidmise taktikat. Uurija saatis Tallinna pereõdedele informatsiooni levitamise eesmärgil loodud elektroonilisele postiaadressile kirja üleskutsega osaleda käesolevas uurimuses. Kirjale vastas kolm pereõde, kelle kaks tööandjat olid samuti nõus uurimuses osalema. Edasi leiti uuritavaid lumepalli meetodil, küsides intervjueritavatelt, millist perearstikeskust nemad soovivad uurimusse kaasata.

Kolmel juhul saadi otsest tagasisidet uurimuses mitteosalemise põhjustest. Ühel valimisse sattunud perearstil puudus õde, teine perearst ei soovinud olla intervjueritav, sest ei pidanud võimalikuks kulutada oma vaba aega antud teema käsitlemisele ja üks pereõde väitis, et antud teema ei ole tema jaoks aktuaalne.

Koolitajad valiti uurimusse pereõdede poolt nimetatud koolitusasutuste järgi, kelle poolt korraldatud tööalasel koolitusel nad on osalenud. Kokku intervjueriti seitset koolitajat kuuest erinevast õdede koolitusega tegelevast asutusest. Neist neli asuvad Tallinnas ja kaks mujal. Koolitajad olid oma taustalt kuuel juhul õe ja ühel juhul arstliku ettevalmistusega. Kõik koolitajad, kelle poole pööruti, olid nõus uurimuses osalema.

**Tabel 1. Uurimuses osaejate demograafilised andmed**

amet	osalejate arv	Noorim osaleja	Vanim osaleja	väikseim staaž	suurim staaž
pereõde	8	24	67	2	8
perearst	7	34	44	5	12
koolitaja	7	32	61	4	25
<b>KOKKU</b>	22				

Uurimuses osales kokku 22 uuritavat, neist kaheksa pereõde, seitse perearsti ja seitse koolitajat.

Demograafilistest andmetest küsiti uuritavate vanust ja staaži antud erialal (tabel 1).

### **4.3 Andmete kogumise metoodika ja protsess**

Kvalitatiivses uurimuses kasutatakse andmete kogumiseks sageli struktureerimata või poolstruktureeritud intervjuud. Poolstruktureeritud intervjuu kasutab antud valdkonnas varem defineeritud elemente, kuid on piisavalt paindlik ja sügav eesmärgi saavutamiseks. (Polit ja Hungler 1995)

Pereõdede, perearstide ja koolitajate hulgas viidi läbi poolstruktureeritud intervjuu. Uurija oli koostanud kuus teema valdkonda, tuginedes kirjandusele ja püstitatud uurimisküsimustele. Intervjuu teemasid kohandati vastavalt uuritavate sihtrühmale, kuid esitatavad küsimused olid sarnased, et hiljem moodustada terviklikku andmebaasi (Lisa 3. intervjuu teemad).

Intervjueeritavaga lepitati telefoni teel kokku talle sobiv aeg ja intervjueerimiskoht. Intervjuu läbiviimiseks sobis kõigile uuritavatele nende töökoht. Intervjuud lindistati diktofoniga ning läbiviimisele kulunud aeg jäi vahemikku 40 minutit kuni 90 minutit. Intervjuud kirjutati sõna-sõnalt ümber esimesel võimalusel ja kodeeriti vastavalt ametist tuleneva koodiga (PÕ – pereõde, PA - perearst, KO – koolitaja). Number koodi lõpus näitab intervjuu registreerimise järjekorda.

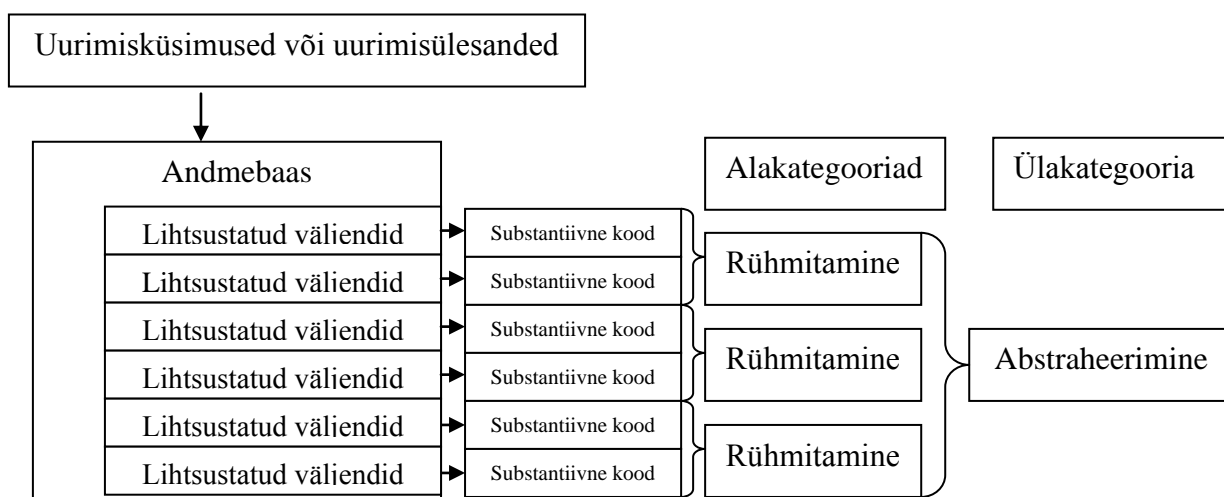
Andmed koguti ajavahemikus september kuni detsember 2007.

Intervjuud lõpetati kui tekkis andmebaasi küllastatus ja viimase kahe intervjuu käigus ei lisandunud andmebaasi enam uut teavet (Kyngäs ja Vanhanen 1999).

### **4.4 Andmete analüüsimise protsess**

Andmete analüüsimiseks kasutati induktiivset sisuanalüüsi. Andmebaasil tuginev analüüsiprotsess koosneb kolmest etapist: uurimisküsimustele vastavate väljendite lihtsustamine, rühmitamine ja abstraherimine (joonis 1). Andmebaasi lihtsustamine tähendab, et andmebaasis koondatakse ühesuguse tähendusega lihtsustatud väljendid.

Järgmises etapis lihtsustatud väljendid rühmitatakse. Rühmituse alusel tekkisid substantiivsed koodid. Sarnastest substantiivsetest koodidest moodustub alakategooria. Alakategooriale sobiva nime leidmisel on lubatud kasutada antud teadusalal eelnevalt kasutuses olevaid termineid. Kolmas etapp on abstraherimine, kui alakategooriatest moodustub ülakategooria, mis omakorda võib koonduda peakategooria alla. (Kyngäs ja Vanhanen 1999)



**Joonis 1. Induktiivse analüüsi käik (Kyngäs & Vanhanen 1999 järgi, koostanud Puusepp 2007).**

Peale intervjuude ümberkirjutamist, prinditi materjalid välja, erinevate osapoolte esindajate tekst märgistati teatud värviga, et eristada erinevate gruppide arvamusi. Analüüsimisprotsessi alustati, kui oli läbi viidud neli esimest intervjuud. Esiteks uurija luges intervjuusid korduvalt ja markeeris teksti, mis iseloomustas pereõe tööd ja tööalast koolitust. Nii eristati tekstist väljendid, mis iseloomustasid uuritavaid nähtusi.

Seejärel jätkati tööd arvutis, koondades sarnased lihtsustatud väljendid ehk lause katkendid ühte gruppi ühise nimetaja alla, mida edaspidises töös nimetatakse substantiivseks koodiks. Sarnased substantiivsed koodid rühmitati ja moodustunud alakategooriale anti iseloomulik nimetus (tabel 2). Vastavalt uurimistöö eesmärgile eristus kaks suurt teema valdkonda, millest esimene kirjeldas pereõe tegevusi ja selleks vajalike oskuste ja teadmiste olemasolu. Teise valdkonna moodustas tööalast koolitust iseloomustavad tegurid, millest moodustus teine peakategooria. Seejärel jäi alles hulk lihtsustatud väljendeid, mis iseloomustasid nii töö- kui koolitusala kogemusi, ootuseid ja takistusi. Need ülakategooriad moodustasid kolmanda peakategooria ja sisaldasid näiteid nii tööst kui koolitusega seonduvatest teguritest.

Tabelis 2 on toodud näide, kuidas andmebaasis olevatest väljenditest moodustusi substantiivsed koodid, mis on rühmitatud ühise nimetaja ehk alakategooria alla. Kategoriseerimisel paigutati korduvalt ringi substantiivseid koode rühmituste vahel ning otsiti täpsemat ja sobivamat nimetust alakategooriatele.

**Tabel 2. Näide alakategooria moodustumise protsessist**

Lause andmebaasist	Substantiivne kood	Alakategooria
„...näiteks kõrge kolesterool, siis mida patsient ikkagi süüa tohib...“ „...neid toitumisasju peaks õde teadma...“ „...kuidas last toita...“	Toitumine	Teadmised tervise edendamisest ja haiguste ennetamisest
„... liikumine ja terviskäsitlus...“	Liikumine	
„...õde võiks tegeleda elustiili küsimustega...“	Elustiil	
“...alkoholism ja narkomaania on täna aktuaalsed küsimused...“	Alkoholism ja narkomaania	
„...ma ei küsi ju, et kas teil on stress?...teisiti peab oskama...“	Stressiga toimetulek	
„...Emadel on palju küsimusi vaksineerimise kohta...“ „...õde peab teadma, millal on vaja immuniseerida...“	Immuniseerimine	

Peale andmete rühmitamist ja kategoriseerimist, pöördui tagasi algandmete juurde ja loeti veelkord kogu andmebaas läbi, et kontrollida, kas kõik nähtust iseloomustavad väljendid sisalduvad tekkinud alakategooriates.

Saadud kategooriaid tutvustati õendusala asjatundjatele ja küsiti kategooriate moodustumise loogilisust, üheselt mõistetavust. Tagasiside tulemusena paigutati ümber substantiivseid koode, loodi lisaks üks alakategooria ning täpsustati mõne alakategooria nimetust.

#### 4.5 Uurimusega seotud eetilised aspektid

Eetilised aspektid esinevad uurimistöös igas etapis, siiski kõige tundlikum on kindlasti uurimuses osalejatega kontakti loomine. Tuleb jälgida, et kõigi uurimuses osalevate inimeste õigused oleks tagatud. Sealhulgas on oluline tagada uuritavatele puutumatus, anonüümsus ja vabatahtlikkus. Olulised märksõnad on õendusteaduses informeeritud nõusolek, anonüümsus ja konfidentsiaalsus. (Burns ja Grove 2001)

Magistritöö koostamisel ja läbiviimisel järgiti uurimistööle kehtestatud eetilisi nõudeid. Selleks valiti uuritavateks vaid vabatahtlikud pereõed, perearstid ja koolitajad. Nõusoleku andnud uurimuses osalejaid informeeriti töö eesmärgist, uurimistöö sisust ning võimalikest

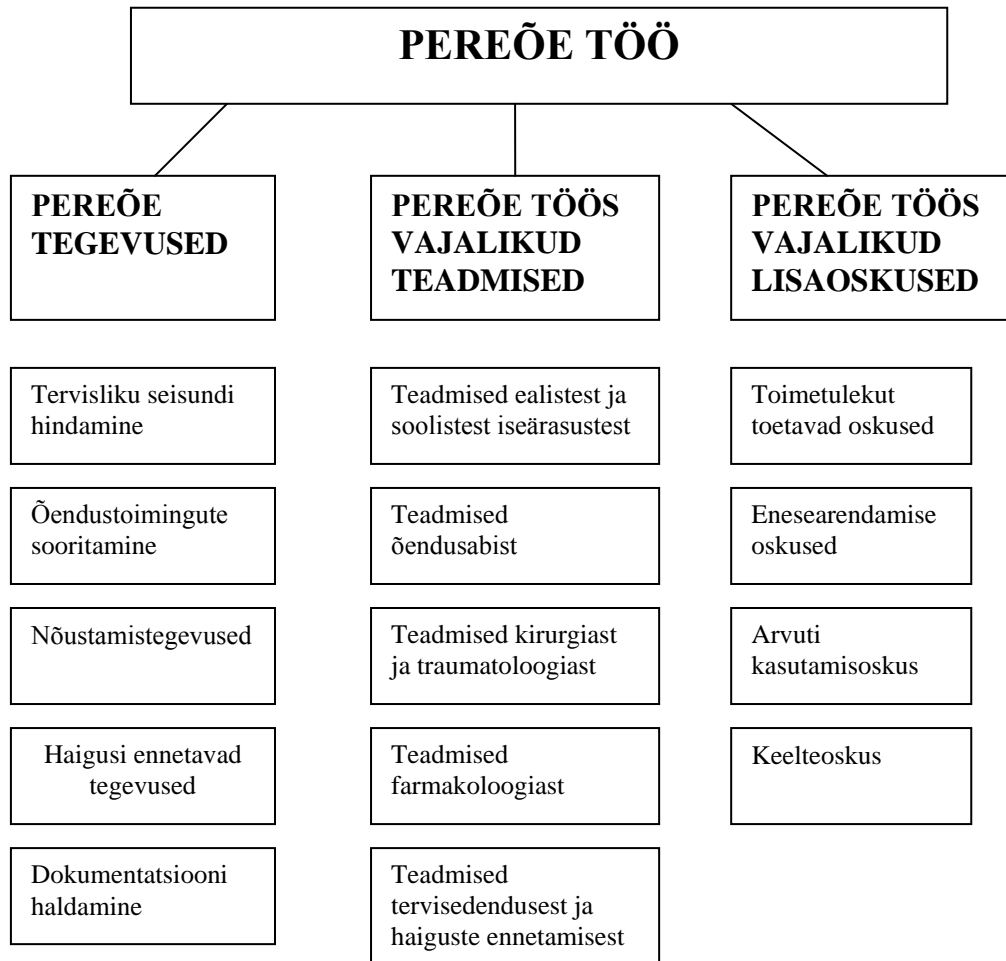


tulemuste rakendamise võimalustest. Info edastati nii kirjalikult kui suuliselt enne intervjuu alustamist. Seejärel allkirjastati uuritavatega informeeritud nõusoleku vorm (lisa 2), mis poolitati, eesmärgiga säilitada vastastikku kontaktandmed. Uuritavatele püütakse tagada anonüümsus, mis Eesti kontekstis võib olla komplitseeritud, kuid uurija teeb omalt poolt kõik selle tagamiseks. Töös ei nimetata uuritavate nimesid ega töökohti, vaid kasutatakse uurijale teadaolevat kodeerimist. Samas tagatakse uuritavatele tagasiside uurimistulemustest avalike esinemiste ja erialastes ajakirjades artikli avaldamisega. Uurimistöö läbiviimiseks on taotletud luba Tartu Ülikooli Inimuuringute Eetika Komiteelt (lisa 1).

## 5. TULEMUSED

### 5.1 Pereõe töö

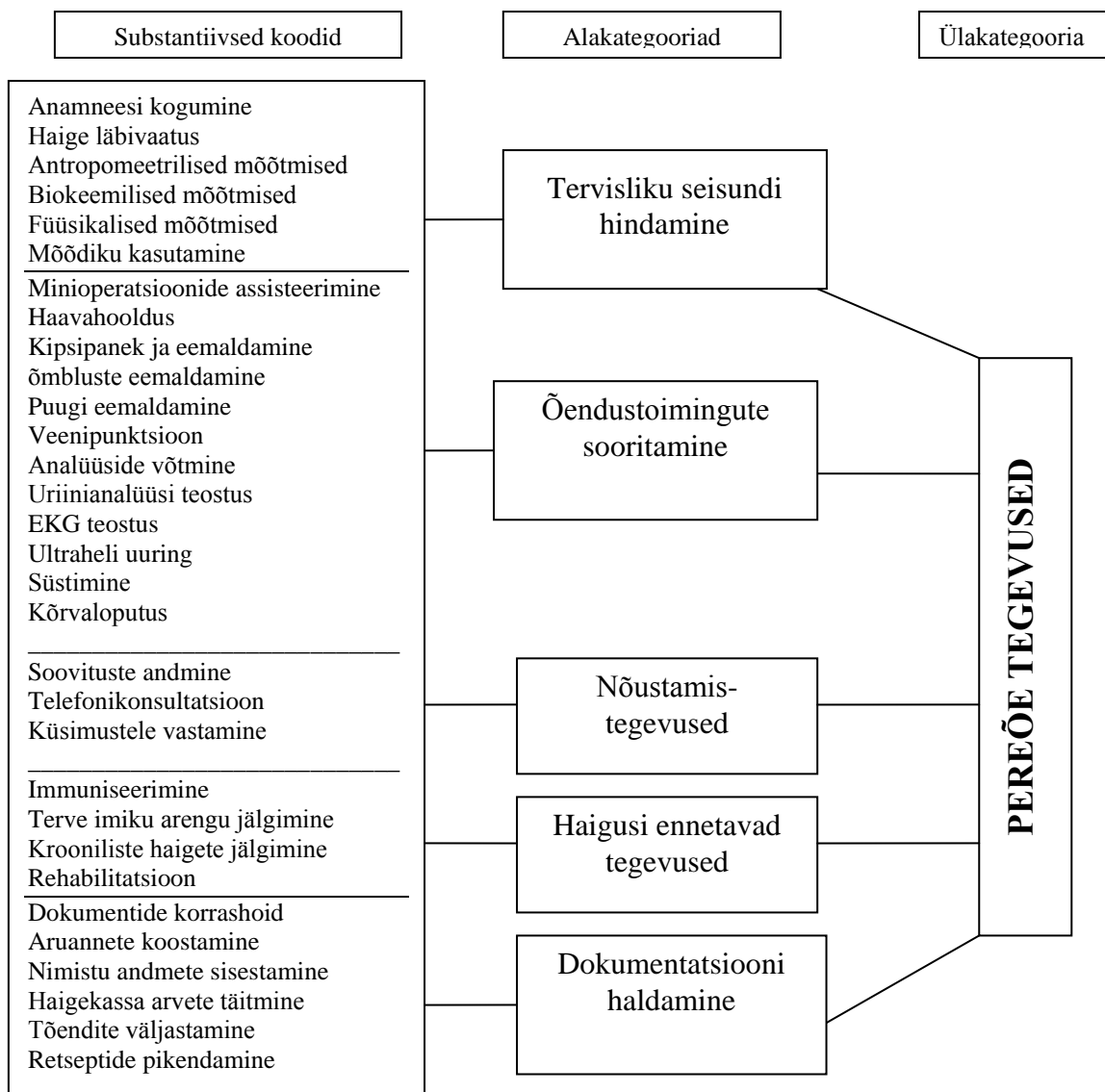
Esimene peakategooria moodustus 75 substantiivsest koodist, mis omakorda jagunes neljateistkümneks alakategooriaks ja kolmeks ülakategooriaks (vt joonis 2).



**Joonis 2. Pereõe tegevused, vajalikud teadmised ja lisaoskused pereõe töös**

#### 5.1.1 Pereõe tegevused

Antud ülakategooria koosneb viiest alakategooriast: tervisliku seisundi hindamine, õendustoimingute sooritamine, nõustamistegevused, haigusi ennetavad tegevused ja dokumentatsiooni haldamine (joonis 3).



**Joonis 3. Pereõe tegevusi iseloomustavad substantiivsed koodid ja neist moodustunud alakategooriad**

Esimene alakategooria koondab substantiivseid koode, mis kirjeldasid pereõe tegevusi, mis on seotud patsientide **tervisliku seisundi hindamisega**. Tervisliku seisundi hindamiseks kasutati nii vaatlust, küsitlust kui ka erinevaid mõõtmisi.

Näide andmebaasist: „...Kui tullakse ilma numbrita, siis ikka õe juurde, kes selgitab probleemi olemuse...kogub õendusanamneesi...“ (PÕ-2)

Näide andmebaasist: „...Kui on siis mingeid probleeme, siis teeme analüüsid, mis meie mõtetes võiks olla neile vajalikud...“ (PÕ-4)

Näide andmebaasist: „...Kui patsient tuleb ja kaebab kõrvavalu, siis ma vaatan otoskoobiga...“ (PÕ-7)

Näide andmebaasist: „...*ma arvan, et pereõde võiks vahel paluda patsiendil lahti nõõpida, et tema naha olukorda hinnata...*“ (PA-2)

Hulgaliselt sooritavad pereõed erinevaid mõõtmisi, siia alla paigutus nii vererõhu, kui kaalu ja pikkuse, aga ka pea- ja vööümbermõõdu mõõtmine. Lisaks sooritati omaalgastulikult ka biokeemilisi mõõtmisi, sageli just veresuhkru ja kolesterooli määramist.

Näide andmebaasist: „...*Imikuid ikka mõõdame ja kaalume ning peatümbemõõdu võtame...*“ (PÕ-4)

Näide andmebaasist: „...*kroonilistel haigetel kontrollime vererõhku, veresuhkrut ja kolesterooli näitu...*“ (PÕ-3)

Teine alakategooria sisaldab peamiselt loetelu erinevatest **õendustoimingutest**, mida sooritatakse perearstikeskuses pereõe poolt, nii iseseisvalt kui ka arsti korraldusena.

Näide andmebaasist: „...*Aga siin on ikkagi verevõtmine, sidumine, õmbluste eemaldamine kui kipside pealepanek ja eemaldamine...*“ (PÕ-1)

Näide andmebaasist: „...*või on vaja verd võtta või EKG-d teha... Kardiogrammi tegemisel ootame ainult tehnilist teostust...*“ (PA-5)

Näide andmebaasist: „...*Sageli ju pöörduetakse ka esmaabi saamiseks pereõe poole... kõrvaloputused, veenipunkteerimine...*“ (KO-7)

Kolmas alakategooria on **nõustamistegevused**, mida iseseisvat vastuvõttu tegevad pereõed pidasid oma töös peamiseks tegevuseks.

Näide andmebaasist: „...*Peamine tegevus on nõustamine... nõustame täiskasvanuid, lapsevanemaid imikute kohta, ravimite kohta ja vaksineerimise kohta on palju küsimusi...*“ (PÕ-6)

Näide andmebaasist: „...*Õe iseseisvale vastuvõtule võib suunata ka arst, me räägime näiteks kõrgest vererõhust ja kolesteroolist ja mingi hetk arst ütleb, et nüüd lähete õe juurde ja õde räägib edasi...*“ (PA-3)

Perearstid arvasid, et nõustamist võiks pereõe töös rohkemgi olla, kuid nentisid, et telefoni teel nõu andmine on juba ammu pereõe kohustus.

Näide andmebaasist: „...*õdedel on iseseisvad vastuvõtuajad ja ideaalis võiks olla veel, et nad võtaksid vastu ka esmaseid külmetusega pöörduvaid patsiente, et siis selekteerida, keda nõustavad ise ja keda on vaja suunata arstile... Aga telefoni teel teevad nad seda juba ammu...*“ (PA-7)

Koolitaja on arvamusel, et tähtis on pereõde oskus anda konkreetset nõu.

Näide andmebaasist: „...*Õe kutse maine säilitamiseks peaks õde oskama anda paar kindlat soovitus ja oskama edasi suunata...*“ (KO-3)

Ka perearst jagas koolitaja seisukohta, et pereõdepoolne nõustamine peab olema ammendav.

Näide andmebaasist: „...*Me peame oma töös oskama anda konkreetset nõu, mitte jooksutama patsiente...*“ (PA-4)

Neljas alakategooria kannab nimetust **haigusi ennetavad tegevused** ning selle kategooria moodustasid substantiivsed koodid, mis viitasid esmasele, teisele või kolmandasele ennetavale tegevusele.

Näide andmebaasist: „...*Profülaktiline vastuvõtt meil täitsa toimib... Ja terveid lapsi samuti õde ju kontrollib... Terviseõpetus ja toitumised ja dieetid ja diabeetid... Krooniliste haigete jälgimine ka kindlasti on õe töö...*“ (PA-4)

Näide andmebaasist: „...*Imiku juurde teeb õde esmase patronaazi...vaksineerime nii lapsi kui täiskasvanuid...*“ (PÕ-7)

Näide andmebaasist: „...*näitan harjutusi, mida tuleks kodus teha...*“ (PÕ-4)

Alakategooriasse **dokumentatsiooni haldamine** paigutusid pereõde tegevused, mis on seotud erineva perearstisüsteemi dokumentatsiooniga, mille eest pereõde on vastutav.

Näide andmebaasist: „...*Nii palju on vaja kirjutada erinevatesse žurnaalidesse... Kõik andmed tuleb sisestada nii arvutisse kui kaarti... Pluss veel vaksineerimisaruande koostamine...*“ (PÕ-5)

Näide andmebaasist: „...*Haigekassa arvete täitmine on küll õe töö...*“ (PA-6)

### 5.1.2 Pereõde töös vajalikud teadmised

Antud ülakategooria moodustus viiest alakategooriast: tervishoiualased teadmised ealistest ja soolistest iseärasustest, teadmised õendusabist, teadmised kirurgiast ja traumatoloogiast, teadmised farmakoloogiast ning teadmised tervisedendusest ja haiguste ennetamisest (joonis 4).

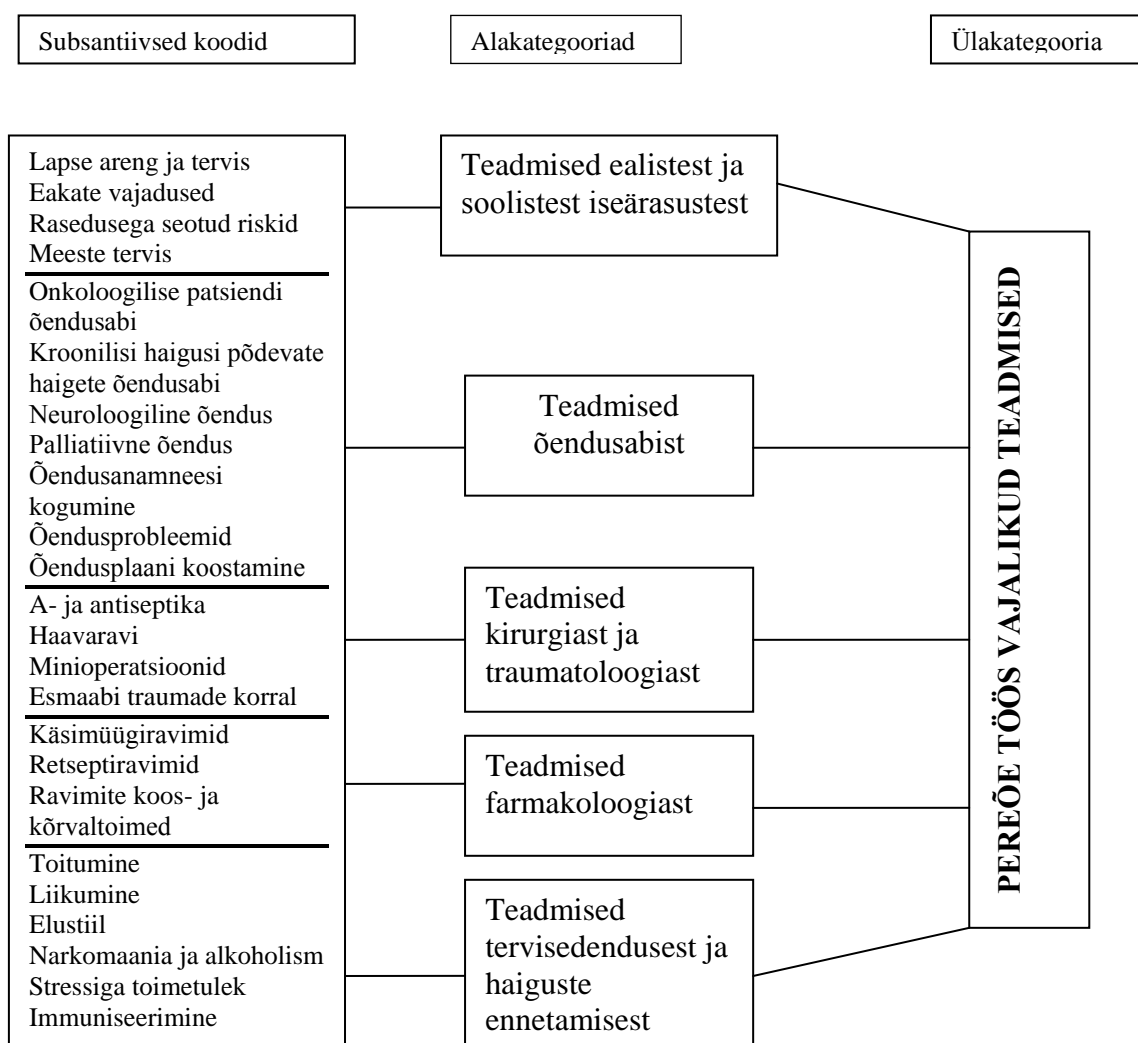
Alakategooria **teadmised ealistest ja soolistest iseärasustest** moodustus substantiivsetest koodidest, mis rõhutasid patsiendi ea või sooga kaasnevaid eripärasid. Uuritavad nimetasid

pereõdede vajalike teadmistena elukaare tundmist sünnist surmani. Palju mainiti last või eakat kui erilist eagruppi, mis vajab teistmoodi lähenemist pereõde töös.

Näide andmebaasist: „...Kindlasti on oluline teada eagrupiti inimese iseärasusi... kindlasti on väga oluline, teada et need on erinevad... Nõustamisel ja haigestumisel annan lapsele, täiskasvanule ja vanainimesele erisugust nõu...“ (PÕ-1)

Näide andmebaasist: „...Perearstikeskuses peab ta suutma tulema toime kõigega, nii vastsündinu, raseda või raugaga...“ (KO-2)

Näide andmebaasist: „...Nende lastega on ka, et mõni ei lase seda analüüsi võtta ja kuidas sa siis kaupled või mis kellelegi sobib...“ (PA-3)



**Joonis 4. Substantiivsed koodid ja neist moodustunud alakategoriad pereõde töös vajalikest teadmistest**

Järgmine alakategooria on **teadmised õendusabist**. Siia koondusid niisugused teadmised, mida pereõde rakendab iseseisva tegevuse juures.

Näide andmebaasist: „...*kui lapsed tulevad, siis ma valmistan ette, otsin nende kaardi, vaatan, mida on vaja teha...*“ (PÕ-5)

Alakategooria **teadmised kirurgias ja traumatoloogias**, uuritavad kirjeldasid, et üha sagedamini teeb pereõde koos arstiga minioperatsioone, annab esmaabi või nõustab inimesi, kel on tekkinud trauma. Samuti kuulub pereõde kohustuste hulka operatsioonijärgsete patsientidega tegelemine.

Näide andmebaasist: „...*A- ja antiseptikat peab pereõde teadma...*“ (PA-4)

Näide andmebaasist: „...*Kindlasti peab teadma palju haavaravist...*“ (PÕ-7)

Näide andmebaasist: „...*Traumade korral näiteks helistatakse, et on luumurd, siis oskad kohe nõu anda... Me teeme siin ka kipsi ja kõike...*“ (PÕ-5)

Alakategoorias **teadmised farmakoloogias** selgus, et pereõel peavad olema teadmised nii retsepti- kui ka käsimüügiravimitest, kuna ägedate haigestumiste korral annab esmaseid soovitusi telefoni teel pereõde. Krooniliste haiguste puhul retsepti pikendamine on küll tehniliselt pereõde ülesanne, kuid lisaks peaks tähelepanu pöörama võimalikele koos- ja kõrvaltoimetele teiste patsiendi poolt tarvitavate ravimitega.

Näide andmebaasist: „...*Õed ju pikendavad retsepte ja õed võiks ju ravimialast teavet omada...toidulisandite ja vitamiinide kohta võiks õde osata soovitusi anda...*“ (PA-3)

Näide andmebaasist: „...*Huvitav, et ravimifirmadel on kohustus käia perearstide juures, aga oleks, et keegi tuleb ka pereõde juurde ja selgitaks, kuidas üht või teist vahendit kasutada või milliseid ravimeid haigetele soovitada...seda teeb ju tegelikult õde...*“ (PÕ-5)

Alakategooria **teadmised tervisedendusest ja haiguste ennetamises** oli eriti perearstid arvamusel, et see valdkond peaks olema oluline osa pereõde tööst.

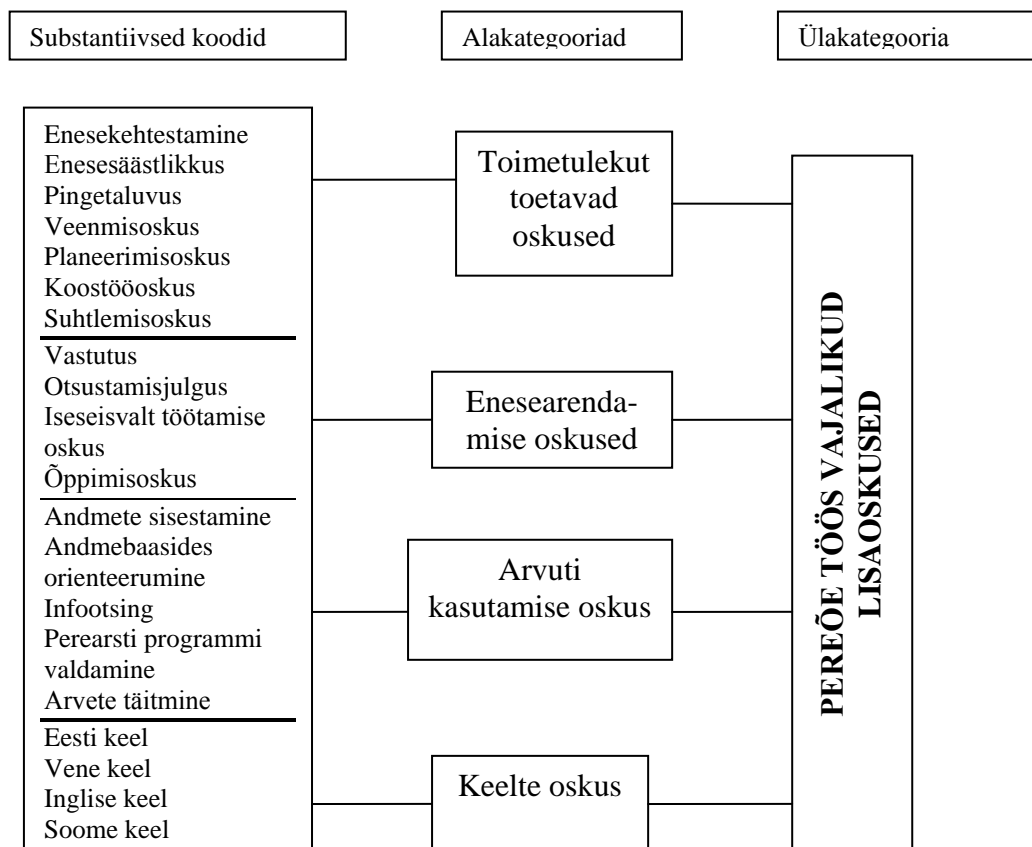
Näide andmebaasist: „...*Meil siis pereõde vaatab ka titasid... Ennetustöö oleneb haigusest ja see on ravijuhises ette nähtud...*“ (PÕ-4)

Näide andmebaasist: „...*Kõik need nõustamised, liikumised, kaaluprobleemid, nende kohta peaks õde teadma ja kõik need ennetused, see on ikka õe põhitöö...*“ (PA-3)

Näide andmebaasist: „...*Pereõel kindlasti oleks vaja üldteadmisi tervise edendusest, et preventsiiooni teha... Narkomaania ja alkoholism on täna aktuaalsed küsimused...*“ (KO-7)

### 5.1.2 Pereõe töös vajalikud lisaoskused

Antud ülakategooria moodustus 20 substantiivsest koodist, mis jagunes nelja alakategooriasse. Tegemist on pigem oskustega, mis on eelduseks ja hädavajalikud pereõe tööga toimetulekuks (joonis 5).



**Joonis 5. pereõe töös vajalike lisaoskuste substantiivsed koodid ja neist moodustunud alakategooriad**

Alakategoorias **toimetulekut toetavad oskused** kategoriseerusid lisaoskused, mis on vajalikud toimetulekuks psühholoogiliste mõjuteguritega, nimetati nii stressiga toimetulekut kui oskusi, mis aitaks keerulisi situatsioone edukalt lahendada.

Näide andmebaasist: „...Loomulikult meeskonnatööna... Ohutegur number üks tuli vaimne pinge ja selleks, et osata sellega toime tulla...“ (PA-4)

Näide andmebaasist: „...pole suurt vahet, kas on haigla- või pereõde... läbipõlemine ja tööstress, meeskonnatöö ja depressioon... professionaalne suhtlemine...tunduvad vajalikud oskused kõigile õdedele...“ (KO-6)



Alakategooria **enesearendamise oskused** sisaldab oskusi, mis ei ole otseselt töökohustustega seotud, aga aitavad kaasa enesearengule ja toimetuleku suurendamisele individuaalses perspektiivis.

Näide andmebaasist: „...*Tegelt eeldame pereõelt iseseisvust ja otsustamise julgust...*“ (PA-1)

Näide andmebaasist: „...*võiks ju iseseisvalt õppida ja planeerida enesearengut...*“ (KO-4)

Perearstikeskustes säilitatakse ja vahendatakse infot arvuti abil ning pereõe oskuste hulka kuulub arvuti valdamine millest moodustus alakategooria - **arvuti kasutamise oskus**.

Näide andmebaasist: „...*Dokumendid ja andmebaasid, et kust infot leida... E-terviselugu või Medisoft on peamised töövahendid...*“ (PA-3)

Näide andmebaasist: „...*püüame olla paberivabad... kõik andmed on arvutis...kasutame omavaheliseks suhtlemiseks MSN-i...*“ (PÕ-2)

Alakategoorias **keelte oskus** nimetati vene, eesti, inglise ja soome keelt, mida pereõel võib vaja minna. Mõnel juhul arvati, et eesti ja vene keele oskusest piisab, teises perearstikeskuses siiski eeldati ka inglise või soome keele oskust.

Näide andmebaasist: „...*Noortel õdedel on vene keelega probleeme...Inglise keelega isegi saame enamvähem hakkama...*“ (PÕ-2)

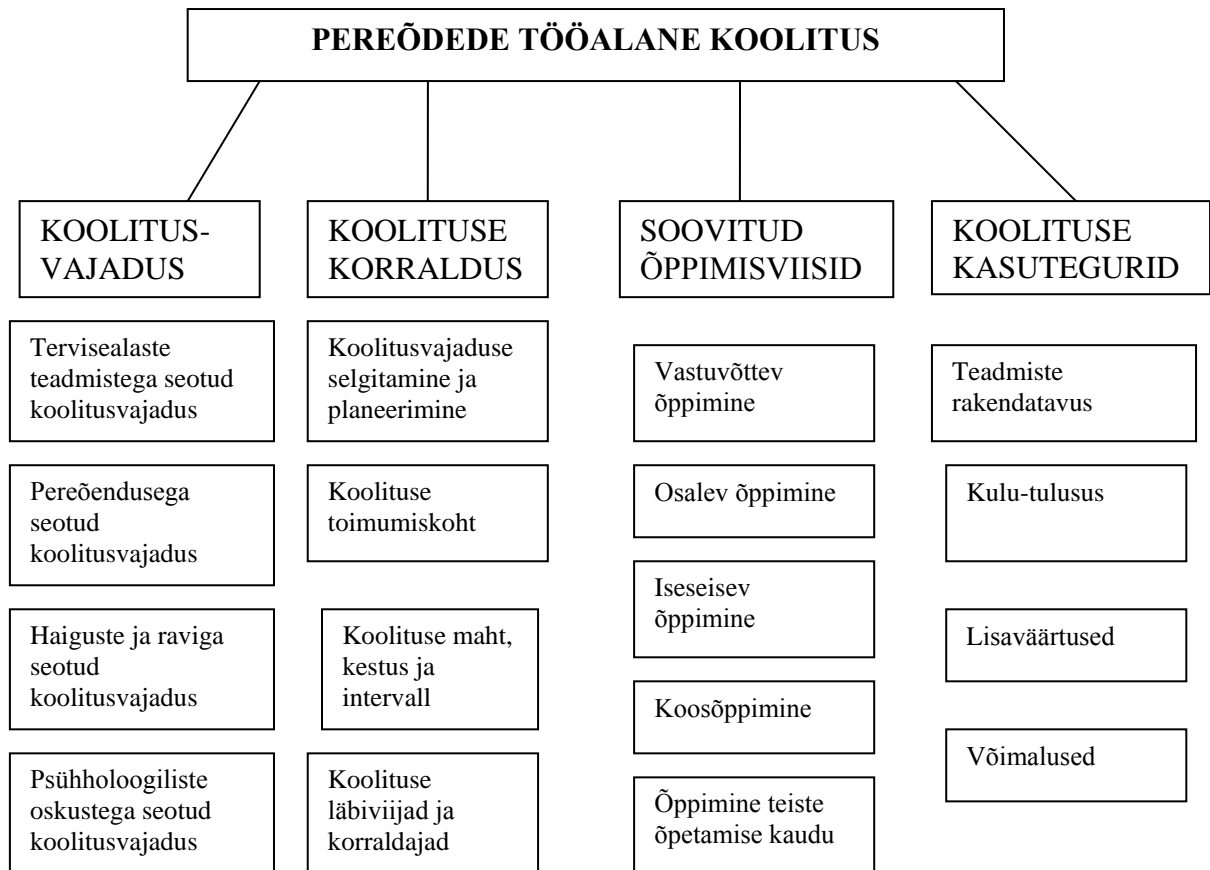
Näide andmebaasist: „...*Meil käib päris palju välismaalasi... Selline spetsiifiline keel võiks olla, nii soome kui inglise, et selgitada patsiendi probleemi...*“ (PA-2)

## **5.2 Pereõdede tööalane koolitus**

Antud peakategooria moodustus 17 alakategooriast, mis omakorda jagunesid nelja ülakategooria vahel (joonis 6).

### **5.2.1 Tööalase koolituse vajadus**

Antud ülakategooria koosneb neljast alakategooriast. Täiendkoolitust peeti vajalikuks tervisealaste, pereõenduse, haiguste ja ravi ning psühholoogiaalaste teadmiste ja oskuste osas (joonis 7).

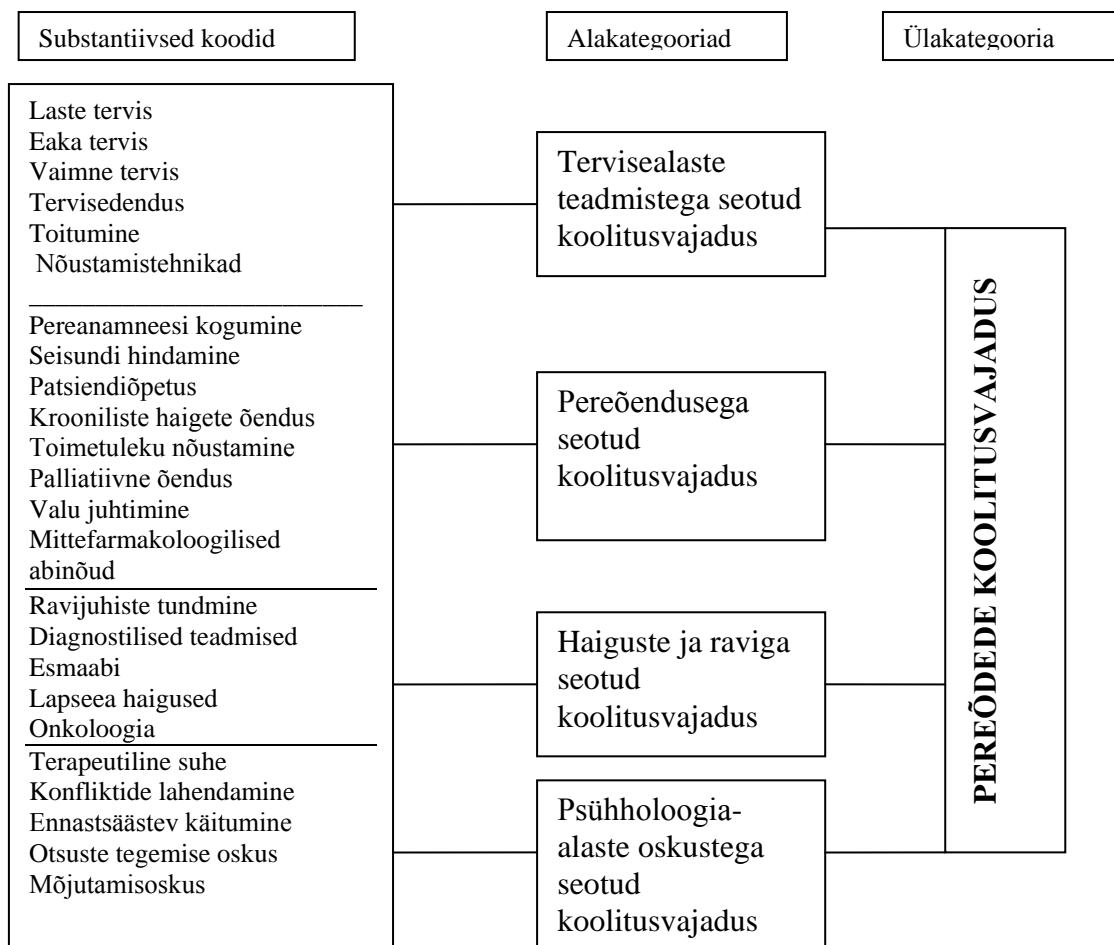


**Joonis 6. Pereõe tööalast koolitust iseloomustavad ülakategooriad ja alakategooriad**

Alakategooria **tervisealaste teadmistega seotud koolitusvajaduse** moodustasid üldised teadmised, mida vajati väga laiaades tervisega seotud valdkondades. Eeskätt nähti siin vajadust teadmisi uuendada ja kaasajastada.

Näide andmebaasist: „...*Vaimne tervis on ka selline valdkond, mille kohta pole eriti koolitusi olnud... tulevad vastuvõtule ja õde märkab, et midagi on valesti, kuidas käituda?...*“ (PÕ-2)

Näide andmebaasist: „...*Eriline huvi on mul veel selle esmatasandil inimeste tervisedendus, toitumine ja tervisesport...*“ (PÕ-4)



**Joonis 7. Pereõdede koolitusvajaduse moodustanud substantiivsed koodid ja alakategooriad**

Alakategooria **pereõendusega seotud koolitusvajadus** koondab substantiivseid koode, mis on pereõde töö spetsiifilised ja keskenduvad õendustegevusele.

Näide andmebaasist: „...Vaata seda teooriat kuidas pereanamneesi koguda, seda on küll vähe, seda võiks küll juurde õppida...“ (PÕ-1)

Näide andmebaasist: „...Täiskasvanute kohta on hüpertoonikute nõustamine keeruline...“ (PÕ-6)

Näide andmebaasist: „...Just igasugused ainevahetushaiguseid põdevate inimeste probleemid ja pigem just isegi ennetamine vajaksid täiendamist...“ (PÕ-1)

Näide andmebaasist: „...Minu õde tegeleb enamasti laste läbivaatusega kuni koolini, see võiks tal briljantselt käes olla, et mind sinna juurde enam vaja ei oleks... need teadmised vajavad alati täiendamist...“ (PA-4)

Näide andmebaasist: „...*Ses mõttes need südame ja kardiovaskulaarsed haigused, liikumine ja terviskäsitus ja kogu see kontseptsioon peaks pereõel selge olema...*“ (PA-7)

Näide andmebaasist: „...*Mida nad küsivad on tervisedendus, terve inimesega toimetulek ja selliseid väga spetsiifilisi asju nagu onkoloogilise patsiendi toimetulek...*“ (KO-2)

Alakategooria – **haiguste ja raviga seotud koolitusvajadus**. Perearstid ja koolitajad pakkusid, et pereõde peaks hästi tundma ka haiguseid ja erinevaid ravitaktikaid.

Näide andmebaasist: „...*Arusaamad ravist... ja õed peaksid seda samamoodi mõistma, et ei tekiks kadunud patsiente, ravimata juhtumeid... sündroomide kaupa: neerupõletikud, põiepõletikud, kopsuleiud...*“ (PA-1)

Näide andmebaasist: „...*Võib olla täiskasvanud kroonilised haigused on see osa, mis vajaks täiendamist...Nooremad võiksid lastepatoloogiat võib olla juurde õppida...*“ (PA-6)

Näide andmebaasist: „...*Etioloogia, patogenees, kliinik võiks ikka olemas olla nii nagu õdedele õpetatakse...*“ (KO-7)

Alakategooria - **psühholoogiaalaste oskustega seotud koolitusvajadus**. Psühholoogiaalaste oskuste täiendamist pidasid oluliseks nii perearstid kui koolitajad, aga ka pereõed ise.

Näide andmebaasist: „...*Hästi palju tööd on telefoniga, et kuidas nõustada ja kõned ära lõpetada või viisakalt ära öelda... kuidas siis ei tohi neil lasta pähe istuda...Ka psühholoogiliselt kuidas konfliktiga toime tulla...*“ (PA-6)

Näide andmebaasist: „...*Eituse koolitus, kuidas inimesele naha vahele pugeda ja mida iganes...*“ (PA-4)

Näide andmebaasist: „...*Suhtlemiskursused, mitte need algsed, vaid jätkukursused... kuna stressi on nii palju ja inimesed on nii närvilised... toimetulek konfliktisituatsioonidega...*“ (KO-6)

### 5.2.2 Töölase koolituse korraldus

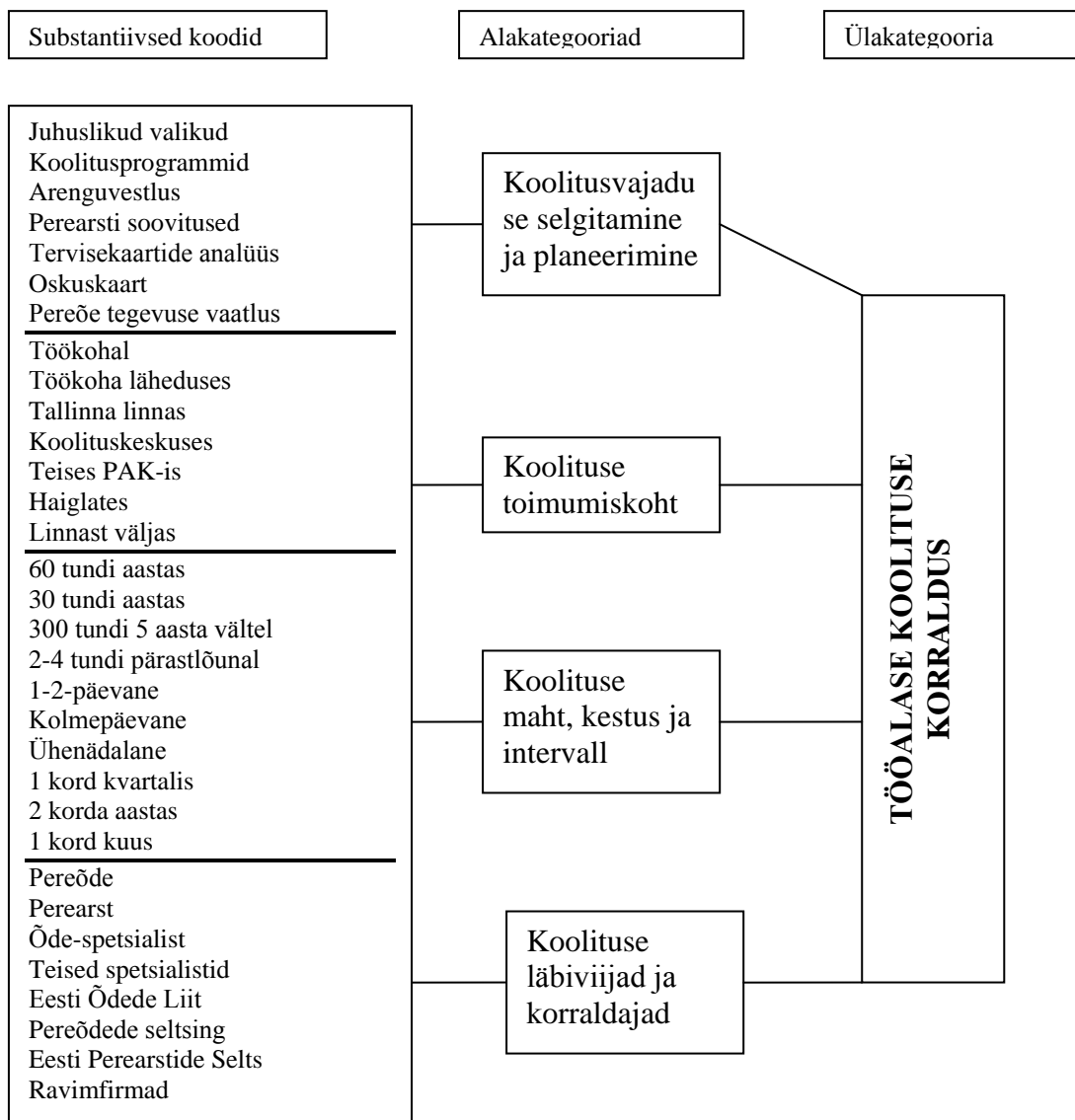
Korraldamisega seotud komponendid jagunesid nelja alakategooriasse: koolituse planeerimine, toimumiskoht, maht, kestus ja intervall ning koolituse läbiviijad ja korraldajad (joonis 8).

Esimene alakategooria on **koolitusvajaduse selgitamine ja planeerimine**. Pereõde töölase koolituse planeerimine on perearstide arvates liiga juhuslik.

Näide andmebaasist: „...*Koolitusplaani koostamine on väga nõrk koht, lihtsalt ajanappuse tõttu ei ole jõudnud seda kunagi teha...*“ (PA-5)

Näide andmebaasist: „...koolitusplaani kirjalikult ei ole, aga me oleme rääkinud sellest...“ (PA-1)

Näide andmebaasist: „...Praegu tuleb liiga spontaanselt, võiks olla rohkem planeeritud...“ (PA-3)



**Joonis 8. Pereõdede tööalase koolituse korraldamise alakategoriad ja substantiivsed koodid**

Pereõded ise lähtuvad koolituste valikul koolitajate poolt saadetud koolitusprogrammidest.

Näide andmebaasist: „...Koolitusplaani me teeme kohe aasta alguses, kui need programmid tulevad. Siis me teame, millal keegi läheb...“ (PÕ -5)

Näide andmebaasist: „...*Meie koolitusplaanis on kuskil 250 tundi kursuseid, kus meil on juures, et sihtrühm on õed, pereõed...*“ (KO-2)

Planeerimise aluseks võeti ka arenguestluseid, mille käigus selgitatakse pereõe enesetäiendamise vajadusi.

Näide andmebaasist: „...*Varem meil oli ülemusega kaks korda aastas arenguestlus, nüüd on üks kord aastas ja tema paneb kirja, mis osas me tahame end täiendada...*“ (PÕ -4)

Näide andmebaasist: „...*Korra aastas on meil arenguestlused, kus me siis vaatame, mida õde siis tahab oma elult saada... siis on meil endal ka kergem, kui me nende vajadusi teame...*“ (PA -1)

Üks perearst leidis, et koolitusvajaduse selgitamiseks peaks regulaarselt analüüsima nimistu klientide tervisekaarte, et õdede teadmisi täiendada patsiendi vajadusest lähtuvalt.

Näide andmebaasist: „...*Et me analüüsime andmebaase ja teame oma patsientide vajadusi. Mitte et teeme stoomikoolitusi, aga meil ei olegi ühtegi stoomiga patsienti. Peab lähtuma vajadusest...*“ (PA-4)

Koolitaja arvas, et kui ta sooviks pereõdedele planeerida spetsiifilist koolitust, siis peaks ta vajaduse selgitamiseks vaatlema pereõde tööd.

Näide andmebaasist: „...*Vist läheksin pereõde töö juurde, viibiksin selles keskkonnas ja vaataksin, mida nad teevad. Vaatlusel selguks, millised võiks olla nende koolitusvajadused...*“ (KO-1)

Koolitaja nimetas, et haiglas töötavate õdede koolitusvajaduse selgitamiseks kasutatakse oskuskaarte, mida võiks rakendada ka pereõdede koolitusvajaduse selgitamiseks.

Näide andmebaasist: „...*No vaata, ma pean nüüd oletama. Haiglaõdedega on lihtne, neil on oskuskaardid ja ma tean, mida nad vajavad...*“ (KO-4)

Alakategooria - **koolituse toimumiskoht**, moodustus seitsmest substantiivsest koodist, vastuseid saadi kõikidelt uurimuses osalenud osapooltelt.

Näide andmebaasist: „...*me pakume alati võimalust ka kursus töökohale tuua...*“ (KO-4)

Näide andmebaasist „...*Esmaabi koolitus võiks toimuda nende töökeskkonnas, et nad seal seda teha oskaks...*“ (KO-1)

Näide andmebaasist: „...*Lastehaiglas võib olla saab imikute arengut käia vaatamas. Oleme käinud ka teistes perearstikeskustes...*“ (PÕ-6)

Näide andmebaasist: „...*Nad mujal kui Tallinnas pole käinud, küll aga korra on käinud ka Tõstamaal...*“ (PA-3)

Näide andmebaasist: „...*Kindlasti võiks käia välismaal ka, näiteks Soomes, need on alati hästi huvitavad kogemused...*“ (PA-2)

Alakategooria - **koolituse maht, kestus ja intervall.** Mahu suhtes olid uurimuses osalejad teadlikud määrusega ettenähtud normist, mis on sätestatud tervishoiutöötajatele - 60 tundi aastas. Mõned leidsid selle olevat liiga palju aasta kohta. Samas oli pereõdesid, kes leidsid, et see on optimaalne või isegi minimaalne tundide arv aastas. Kestuseks pakuti 2-4 tundi päevas või ühe- kuni 3-päevast koolitust ja osadele oli vastuvõetav ka nädalane koolitus. Intervalliks pakuti korra kuus, kord kvartalis või kaks korda aastas olenevalt koolituse pikkusest.

Näide andmebaasist:“ ...*60 tundi, see on nii ja naa, mõnes mõttes võib selle lihtsalt täis venitada, et minu arvates on see ülepingutatud, et tähtsam oleks see sisu...*“ (PA-2)

Näide andmebaasist:“ ... *iga õde peaks endale lubama ühe päeva kuus koolitusele ja siis ta saaks selle 60 tundi täis ka...*“ (PÕ-1)

Näide andmebaasist:“ ... *60 tundi on palju tahetud, minu arvates 30 tundi on paras...*“ (PÕ-3)

Intervall ja kursuse kestus varieerus poolest päevast kuus kuni nädalase kursuseni kaks korda aastas, nimetati ka aegu, mis ei ole väga sobilikud.

Näide andmebaasist:“ ... *No nädal on väga pikk aeg, aga meil ei ole midagi selle vastu, kui õde käib lühikursustel 1-2 päevastel...*“ (PA-1)

Näide andmebaasist:“ ... *Terve päev on liiga pikk. Pool päeva on hea, kella 9-14ni, see on väga hästi...*“ (PÕ-2)

Näide andmebaasist:“ ... *Eelistaksin koolitusi Tallinnas ja 2-3 päevaseid, mitte rohkem. Väga hea, kui oleks mingi õhtul mingi 3 tundi, see täitsa võiks olla...*“ (PÕ -6)

Näide andmebaasist:“ ... *Aga peale tööd või veel vähem nädalavahetusel pole tahtmist seda teha...*“ (PÕ-3)

Näide andmebaasist:“ ... *Üks kord aastas selline nädalane koolitus ja teabepäevi võiks olla vähemalt kvartalis üks...*“ (PA-3)

Näide andmebaasist: „... tegelt on head need poolepäevased, et pealelõunased ajad on sobivad, näiteks 12-17, ega üle nelja tunni ei jaksa ka. Nädalavahetusel on ka pakutud, aga see väga hea ei ole. ...või siis paaripäevane, et oled kohe kuskil ära...“ (PA-2)

Näide andmebaasist: „...meie kursused on enamasti kolmepäevased...“ (KO-6)

Näide andmebaasist: „...pereõele võiks sobida hästi ka selline poolepäevane koolitus, aga meie siin ei saa seda kahjuks pakkuda...“ (KO -5)

Näide andmebaasist: „...Ma käin kaks või kolm korda aastas koolitusel, see on normaalne, rohkem pole vaja...“ (PÕ-6)

Alakategooria - **koolituse läbiviijad ja korraldajad**. Pereõdede koolitajatena nähti eeskätt pereõdesid endid. Teise võimalusena pakuti perearste, põhjendades nende teadlikkust ootuste suhtes pereõde tööle ning kolmanda variandina peeti sobilikuks õde-spetsialiste või teisi spetsialiste.

Näide andmebaasist: „...Koolitajad võiksid olla inimesed, kes ise ka töötavad kas perearstikeskuses või haiglas...“ (PÕ-6)

Näide andmebaasist: „...Oleme mõelnud, et võiks pereõed ise üksteist koolitada...“ (PÕ-2)

Näide andmebaasist: „... Mina näen, et seda tööalast koolitust teevad perearstid. Et kui me võtame jälle need meditsiinikooli õpetajad, siis me oleme seda juba kuulnud. Ma arvan, et nad (perearstid) oskaks just seda edasi anda, mida nad pereõelt ootavad...“ (PÕ-3)

Näide andmebaasist: „...Koolitajaks sobib inimene, kes jagab süsteemi, näiteks pereõde, kes on mingis osas tugev ja ka perearstid võiks rääkida teatud aspekte, et erineva nurga alt...“ (PA-2)

Näide andmebaasist: „...Ma siin ise koolitan ja tahan ka, et mul targad õed oleks...“ (PA-1)

Näide andmebaasist: „...Perearste ei saa üldistada, aga miks mitte neid koolitajana rakendada...“ (PA-3)

Näide andmebaasist: „...Kindlasti mingil määral need spetsialistid, just õde, kes töötab sidumistoas või lasteõde... Arst läheb äkki liiga arstiks, see võib olla pole päris see, mida talle (õele) vaja läheks...“ (PA-4)

Näide andmebaasist: „...Sobivad koolitajad on oma eriala spetsialistid. Ise soovitakse, et need kes neid õpetavad, oleksid praktikud... Praktikud, kes õpetavad, on heas kirjas... Kuid kas see on õde või arst-õppejõud, siis siin suurt erinevust ei ole... Ma arvan, et perearst kindlasti teab, mida pereõde vajab, sest nad on ju meeskond...“ (KO-4)

Koolituse korraldajana nähakse erialaliitused ning eeskätt pereõdede seltsingut ja perearstide seltsi, aga ka ravimifirmasid.



Näide andmebaasist: „...*Ma arvan et erialaliidu poolt korraldavates koolitustes ei peaks keegi kahtlema... Ravimifirmade esindajatesse kui koolitajatesse suhtun väga hästi, sest see potentsiaal tuleb ära kasutada, nad ju kaasavad oma ala tippe...*“ (PA-3)

Näide andmebaasist: „...*koolitusi peaks korraldama õdede liit kindlasti, perearstide selts tegelikult ka, minu meelest on nad isegi teinud...aga perearstide selts näeb seda praktilist vajadust, milleks õdesid saab veel rakendada...*“ (PA-5)

Näide andmebaasist: „...*Ravimifirmad iseenesest teevad ka häid koolitusi. Neisse tuleb mõistlikult suhtuda, muidugi nad reklaamivad oma toodet, aga nad kutsuvad ka häid arste ja me oleme suunanud ka, et rääkige õdedega ka...*“ (PA-2)

Näide andmebaasist: „...*Me oleme perearstide seltsis mõelnud, et me oleme nõus, neid ise koolitama...*“ (PA-1)

Näide andmebaasist: „...*Erialaselts peaks võtma ise initsiatiivi...*“ (KO-2)

### 5.2.3 Soovitud õppimisviisid

Antud ülakategooria moodustus 24 substantiivsest koodist, mis omakorda moodustasid viis alakategooriat: vastuvõttev õppimine, osalev õppimine, iseseisev õppimine, koosõppimine, õppimine teiste õpetamise kaudu (joonis 9).

Alakategooria - **vastuvõttev õppimine**. Loengut peeti küll vanamoodsaks, kuid siiski traditsiooniliseks ja üsna levinud õpetamismeetodiks.

Näide andmebaasist: „...*Esialgul võiks olla mingi loeng, aga see ei tohiks olla liiga pikk ja igav...*“ (PÕ-2)

Näide andmebaasist: „...*Loengutel on sellepärast hea, et saab kohe küsida...*“ (PÕ-4)

Näide andmebaasist: „...*Õppejõud kasutas ainult loengumeetodit...*“ (PÕ-6)

Näide andmebaasist: „...*Ütleme nii, et Eestis on väga levinud passiivne õpe, et keegi tuleb loeb ja ülejäänud tukuvad seal...*“ (PA-1)

Näide andmebaasist: „...*Minu arust võiks õppevormiks olla loengud, kuidas siis muud moodi teooriat õpetada?...*“ (PA-4)

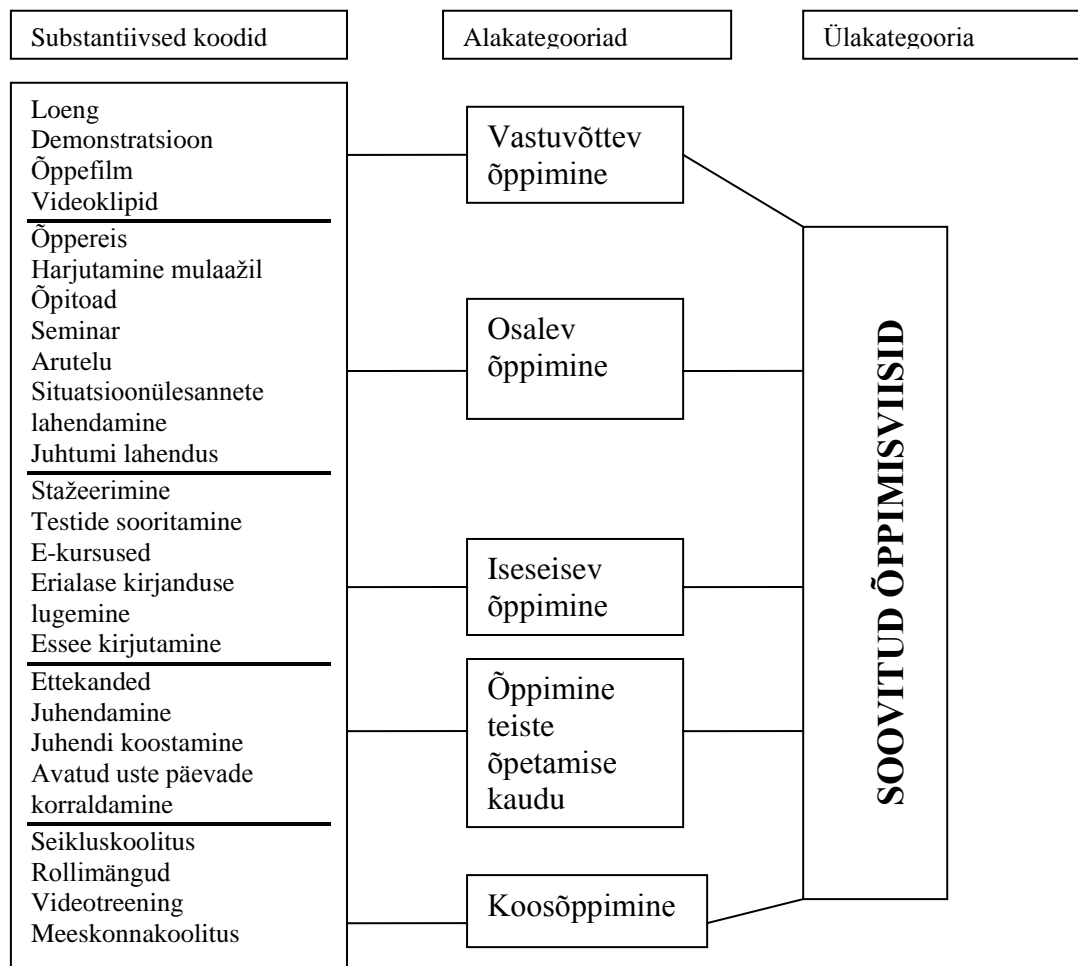
Näide andmebaasist: „...*Alati on kaasas kursusega teoreetiline osa sissejuhatuseks koos loengumaterjaliga. Siis käsitletakse seda just loenguna...*“ (KO-4)

Vastuvõtvatest õppemeetoditest nimetati veel näitlikustatud loengut, õppefilmi ja demonstreerimist.

Näide andmebaasist: „...*või inhalaatorite demonstreerimine...*“ (PÕ-3)

Näide andmebaasist: „...aga üldiselt on selline, et õppejõud räägib, kuulajad kuulavad, kasutatakse ka õppefilme...“ (KO-5)

Näide andmebaasist: „...Kursuste näitlikustamist videoklippidega, seda kasutatakse palju, see meeldib ja toimib hästi...“ (KO-4)



### Joonis 9. Substantiivsed koodid ja alakategoriad soovitud õppimisviiside kohta

Alakategooria - **osalev õppimine**. Nii pereõed, -arstid kui koolitajad pidasid efektiivseks osalevat õppimisviisi.

Näide andmebaasist: „...Loeng pole enam sugugi nii levinud... Vastupidi, nüüd on päris palju grupitööd ja hästi palju kasutatakse situatsioonülesandeid ja rollimänge ...“ (PÕ-1)

Näide andmebaasist: „...Koolitusvormidest meeldiks, et kui on käelised asjad, et siis saaks ise proovida ja võiks situatsioonülesandeid lahendada ja võiks mingeid materjale anda...“ (PÕ-4)

Näide andmebaasist: „...*Välismaal on aktiivne õpe... See tähendab, et sulle antakse ülesanne ja sul tuleb see ära lahendada, näiteks case-study, mõtisklused etteantud teemadel, arutelud... Meie kasutame oma koolitusel interaktiivset vestlust. Keegi tuleb tõstata teema ja kõigil kohalviibijatelt nagu vastuseid välja pigistanud, sundinud kaasa mõtlema., et keegi ei saa tukkuda...*“ (PA-1)

Näide andmebaasist: „...*Õppemeetoditest mina soovitan seminare, rühmatööd, hästi palju läbi teha kõike õpitut... Mitte haiglaid külastada, vaid teisi PAK-e, aga neid ka eriti ei ole...*“ (PA-3)

Näide andmebaasist: „...*Minu õed käisid sel suvel Rootsisis...sealt tuli häid ideid...*“ (PA -1)

Näide andmebaasist: „...*Aga ma pakuks välja, ei ole küll toimunud, aga võiks olla niisugused õpitoad. Et ongi kaetud kolm eri lauda: ühes saad punkteerida veeni, teisel midagi muud. Et ma saaksin need läbi proovida, kinnistada, ainuke asi, et see peab olema hästi läbimõeldud ja sellist õpet läbi viies peab olema suurte kogemustega ja teadma kindlalt, kuidas seda tehakse, et ei tekiks erinevaid käekirju...*“ (KO-7)

Näide andmebaasist: „...*Aga kui on praktiline koolitus nagu EKG tegemine, siis nad saavad kindlasti ise üksteise peal proovida...*“ (KO-5)

Alakategooria - **koosõppimine**. Siia alla kategorieerusid rollimängud, videotreening, seikluskoolitus ja meeskonnakoolitus.

Näide andmebaasist: „...*Seikluskoolitus, rollimängud, mis meie töös on... osata sellega toime tulla, pead sa need kõik läbi mängima – eituse koolitus, kuidas inimesele naha vahele pugeda ja mida iganes...*“ (PA-3)

Näide andmebaasist: „...*Ja minu arvates on igati tore kui perearst ja –õde tulevad koos koolitusele, see teadmine on ju üks, siis ei peaks tegema üldse vahet, et kas ma olen arst või õde...*“ (KO-5)

Näide andmebaasist: „...*oleme teinud videotreeninguid suhtlemiskoolitustel...*“ (KO-5)

**Iseseisva õppimise** alakategooriasse kuuluvad e-õpe, essee kirjutamine ja erialase kirjanduse lugemine, mis ei ole küll eriti levinud, kuid leidsid äranimetamist. Stažeerimist peeti väga vajalikuks, aga nendest võimalustest ei olnud pereõed- ja arstid eriti teadlikud. Koolitajad aga väitsid, et stažeerimiseks haiglas on kõik võimalused olemas.

Näide andmebaasist: „...*saadaks kõik pereõed traumapunkti, kipsituppa...Ja mitte et sa ei lähe ainult vaatlejana, seisad käed taskus, aga üks asi on silmadega näha, teine asi on ise käed külge panna... Näiteks lastel verevõtmine, ma mõtlesin ka, et lähen lastehaiglasse harjutama... kirurgia osakonnas peaks käima praktikal...*“ (PÕ-2)

Näide andmebaasist: „...*võib olla mingi praktiline õpe võiks ka olla õel... võiks ju ka sidumistoas mingi praktika olla, eriti kui see kool on nii ammu lõpetatud ja seal on mingid uued nipid, siis see poleks üldse paha või mingi lastehaiglas terve imiku läbivaatus...*“ (PA-4)

Näide andmebaasist: „...esseed – need on juba raskemad asjad... oleme mõelnud, et laseks õdedel kirjutada...“ (PA-1)

Näide andmebaasist: „...Aga ka ise materjali hankida ja lugeda, aga see nõuab enesedistsiplineerimist... E-õpe võiks küll pereõele sobida...“ (PA-5)

Näide andmebaasist: „...Õpivormidest võiks veel pakkuda praktilist väljaõpet, nt kui teda huvitab neuroloogia, siis saab kokku leppida, et tuleb nädalaks või kaheks-kolmeks päevaks, me oleksime vahendajad - see on individuaalne õpe...“ (KO-7)

Näide andmebaasist: „...Arvutiõpe on meil e-õppepõhine, kus samm-sammult arenetakse. Kui pereõed on motiveeritud e-õppest, siis see peaks neile hästi sobima küll. Kui sinna korralik videomaterjal juurde panna, saaks seal isegi õendustoiminguid õpetada. Aga see e-õpe on natuke selline trikiga ka. Sa oled kodus ja pead end sundima ja keskenduma ja teised ei tohiks sind segada, kui sa teed testi. Sa pead end natuke sundima ja arvutiga peab sõber olema...“ (KO-4)

Näide andmebaasist: „...Tahaks proovida seda e-õpet, et mis see endast kujutab...“ (PÕ-4)

Alakategoorias **õppimine teiste õpetamise kaudu** kategoriseerusid ettekannete tegemine, juhendamine, juhendite koostamine ja avatud uste päevade korraldamine.

Näide andmebaasist: „...Või siis ettekanded, mis on juba kõrgem tase... korraldasime avatud uste päeva...“ (PA-1)

Näide andmebaasist: „...Kui uus õde tuleb, laseme teisel noorel juhendada, sest tal on veel täpselt meeles, mis kõige raskem oli...“ (PÕ-3)

Näide andmebaasist: „...Miks ei võiks olla üks koolitus, et koostatakse juhend, siis tullakse kokku ja diskuteeritakse seminari vormis või hoopis õpetatakse juhendit koostama...“ (KO-1)

#### 5.2.4 Töölase koolituse kasutegurid

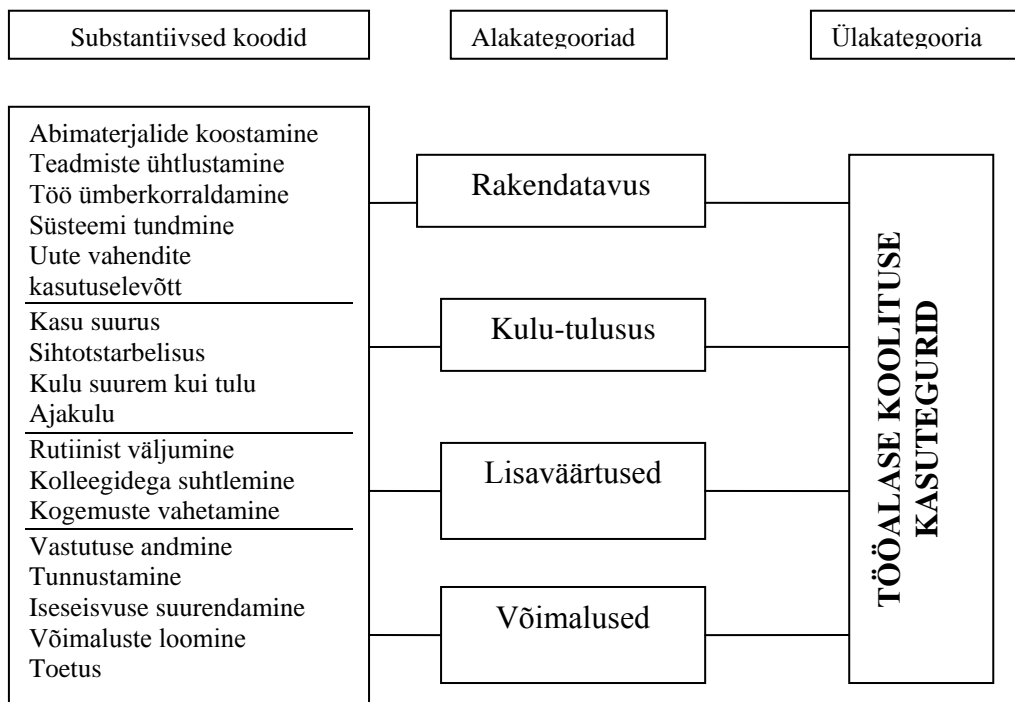
Antud ülakategooria moodustus 17 substantiivsest koodist, mis omakorda jagunes nelja alakategooriasse: rakendatavus, kulu-tulusus, lisaväärtused ja võimalused (joonis 10).

Alakategoorias **rakendatavus** oskasid näiteid tuua vaid pereõed. Perearstid arvasid, et kindlasti on leidnud omandatud teadmised rakendamist, aga konkreetseid näiteid ei meenunud.

Näide andmebaasist: „...Oi ma olen ikka palju sealt välja noppinud ja oma igapäevatöös käiku lasknud. Meil on palju igasuguseid meelespeasid ja teavet patsientidele ja analüüside võtmise teooria, oli põnev, et mida peab teadma ja ma püüan maksimaalselt rakendada...“ (PÕ-1)

Näide andmebaasist: „...Uusi teadmisi sain haavahoolduse kohta...kuidas ühte vahendit õigesti kasutada...seda rääkisin teistele ka...“ (PÕ-6)

Näide andmebaasist: „...Õed külastasid teist perearstikeskust...oli ses mõttes positiivne, et me omad ütlesid, et meil on kõik olemas...“ (PA-4)



**Joonis 10. Substantiivsed koodid ja alakategoriad koolituse kasutegurite kohta**

Alakategooria - **kulu-tulusus**, eriti oluline perearsti kui tööandja seisukohast, keda huvitab, kas koolitusele kulutatud raha on kulutatud sihtotstarbeliselt.

Näide andmebaasist: „...Aga me ei ole nõus maksma nende koolituste eest, mis ei vasta meie vajadustele...“ (PA-1)

Näide andmebaasist: „...Osad keskused ma tean on käinud Rootsis, aga ma kahtlen selle ettevõtmise kulu tulususes, käid korra vaatad, aga palju sa sealt ideid saad või see vajalik on, pigem seda kasutada võib olla premeerimiseks...“ (PA-5)

Näide andmebaasist: „...Meil on siin teatud summa, mille firma kinni maksab, aga me vaatame ikka, et oleks vajalik koolitus, mitte mingi jama...“ (PA-2)

Pereõed olid ebakindlad koolituse kulude küsimustes.

Näide andmebaasist: „...Me ei tea seda piiri, aga seni pole öeldud, et me ei maksa seda kinni...“ (PÕ-6)

Koolitajad leidsid, et koolitusele tulnud pereõde soovib ühelt kursuselt maksimaalselt infot.

Näide andmebaasist: „...Tundub, et pereõed on selles mõttes natuke halvas seisus, et nad tahaks selle ühe koolituse ajal saada võimalikult palju erinevat informatsiooni...“ (KO-5)

Alakategooria **lisaväärtused** toodi välja nii pereõdede, perearstide kui koolitajate poolt.

Näide andmebaasist: „...Tegelikult on ikkagi vaja kokku saada ja igal koolitusel peab olema see maasikas või motivaator, miks ma tahan sinna minna...“ (PA-3)

Näide andmebaasist: „...Mulle meeldib inimestega suhelda, ikka inimesel silma vaadata...Et teed ikka teistega koostööd...Koolituse lisaboonus on, et saad oma igapäeva rutiinist välja ja sa saad vahetada kogemusi ka suuliselt teineteisega...“ (PÕ-1)

Näide andmebaasist: „...Siis nad ise tahavad midagi muud kui seda, mida mina räägin... Maa piirkonnast tulnud õed küsisid teiste käest, et mis teil viga on, et te ei saa?.. Siis ma ütlesin neile, et nüüd rääkige teistele, kuidas teie töö näeb välja, siis saavad teised teada, mis on iseseisev töö...“ (KO-6)

Alakategooria **võimalused** kirjeldavad nähtusi, mida saab koolituse abil muuta või millised konkreetsed võimalused on olemas. Võimalusteks on pereõdesid tunnustada, anda talle iseseisvat tööd või vastutust teatud tegevustes või luua võimalused vajalikeks koolitusteks.

Näide andmebaasist: „...Meil isegi makstakse vene õdedele keelekursused kinni, aga ei minda...“ (PÕ-3)

Näide andmebaasist: „...See ongi meie ülesanne koolitajaid koolitada, keda praegu napib... Tegelikult statsionaariõed, kes teevad iseseisvaid vastuvõtte, neist võiks alustada, neil on juba piisavalt kogemusi ja tegelikult me neid ka kasutame...“ (KO-7)

Näide andmebaasist: „...Seega enne peab andma vastutuse ja siis tekib inimesel huvi ennast täiendada...Et siin peab mingi motivatsioon ka olema... Et need õed, kes on targemad, neid tunnustatakse ja neile tehakse mingi soodustus, seostatakse näiteks palgatõusuga...“ (KO-1)

Näide andmebaasist: „...Me oleme head koostööd teinud õdede liiduga... ja koduõdedega... ning linnavalitsus on meilt kursusi pereõdedele tellinud...“ (KO-6)

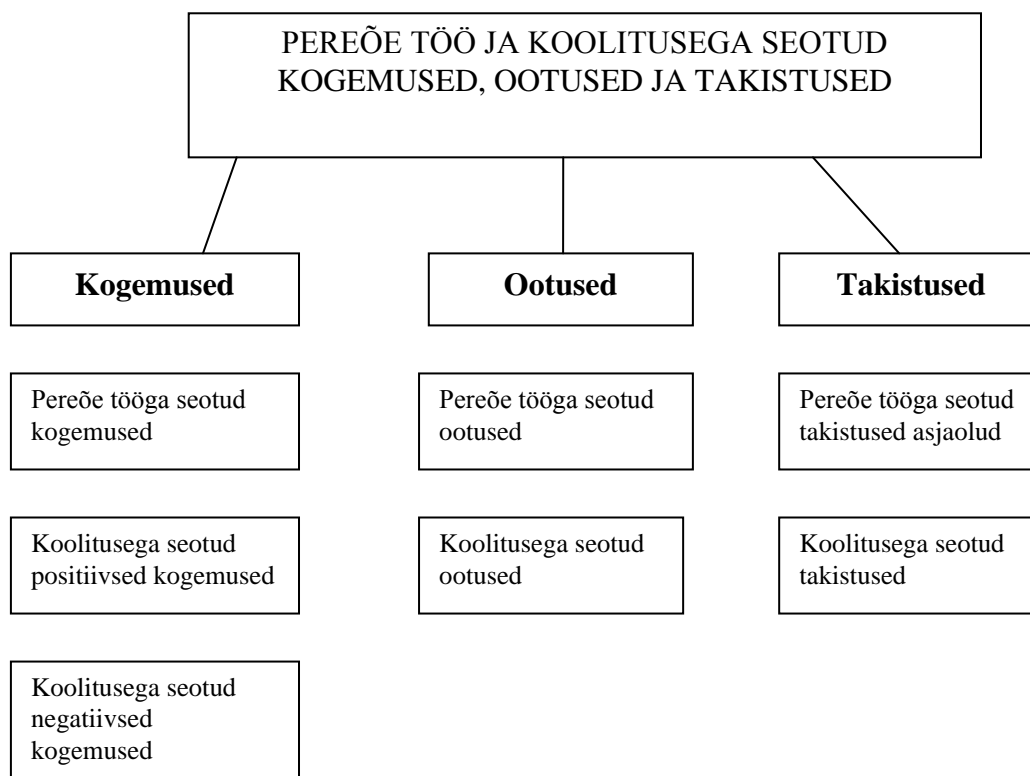
### 5.3 Pereõde töö ja koolitusega seotud kogemused, ootused ja takistused

Kolmas peakategooria moodustus kolmest ülakategooriast, mis omakorda jagunes kuueks alakategooriaks (joonis 11).

#### 5.3.1 Töö ja koolitusega seotud kogemused

Pereõdede, perearstide ja koolitajate käest uuriti, millised on senised kogemused pereõdede tööalase koolitusega. Vastused jagunesid kolme alakategooriasse: tööga seotud kogemused,

koolitusega seotud positiivsed kogemused ja koolitusega seotud negatiivsed kogemused (joonis 12).



**Joonis 11. Pereõe töö ja koolitusega seotud kogemused, ootused ja takistused**

Alakategoorias **pereõe tööga seotud kogemused** kategoriseerusid peamiselt varasemad töö ja staažiga seotud kogemused, mis mõjutavad pereõe pädevust.

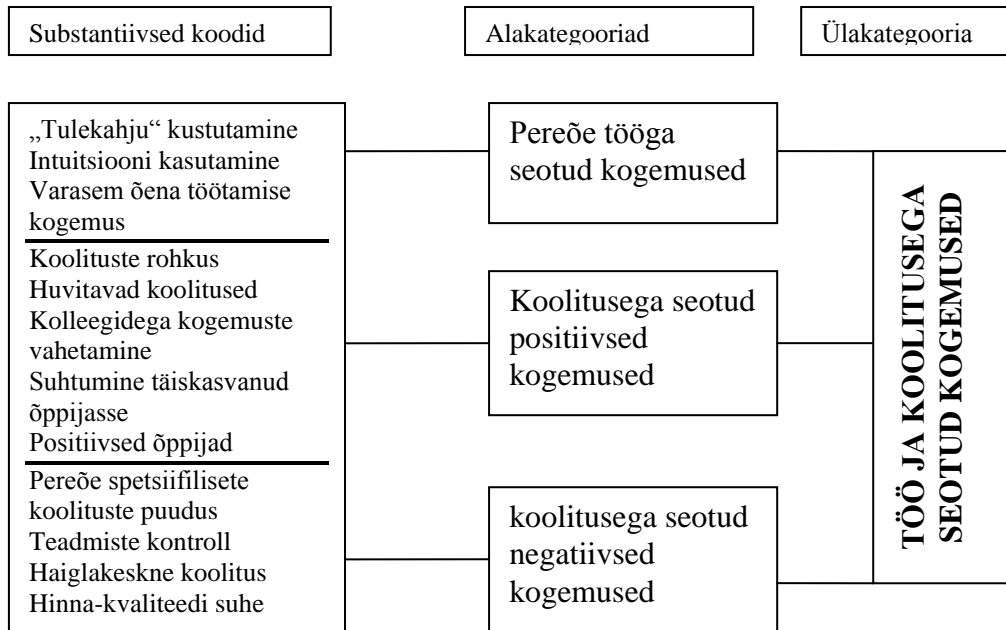
Näide andmebaasist: „...Kes tuleb lastehaiglast ja teab lastest kõike või kui nüüd uus õde tuleb siseosakonnast, ma eeldan, et tal on väga head teadmised sisehaigustest...“ (PÕ-3)

Näide andmebaasist: „...Ühel õel on füsioteraapia alased oskused... Need tulevad kindlasti kasuks...“ (PA-2)

Alakategooria **koolitusega seotud positiivsed kogemused**, paljud pereõed andsid läbitud tööalasele koolitusele positiivse hinnangu. Samuti kiitsid pereõdesid koolitajad.

Näide andmebaasist: „...Koolitus oli positiivne, nii lektorid kui tehnika oli hea ja seda nad valdasid...“ (PÕ-4)

Näide andmebaasist: „...Mulle väga meeldis lapse toitumisalane koolitus... näidati praktiliselt... aga muidu olid slaidid ja loeng...Ning kõik materjalid saime ja ka ühe raamatu osta...“ (PÕ-5)



**Joonis 12. Substantiivsed koodid ja alakategooriad töö ja koolitusega seotud kogemustest**

Näide andmebaasist: „...Nad (pereõded) on tänulikud, et nad saavad käia ja ootavad uusi kursusi... Reeglina nad on väga positiivsed õppijad...“ (KO-5)

Alakategooria **negatiivsed koolitusega seotud kogemused**, leidis näiteid, kui pereõde ei olnud rahul pakutud koolitustega.

Näide andmebaasist: „...Tegelikult on nii, et minu arust (mitte ainult minu) ei peaks olema täiskasvanuõppes ühtki testi ega kontrolltööd. Teadmisi saab ja peab arendama loominguliselt... päris mitu korda pidin ütlema, et ärge unustage, et me oleme täiskasvanud õppijad...“ (PÕ-1)

Näide andmebaasist: „...Pean ausalt ütlema, et polegi käinud kusagil viimasel ajal... Pereõdedele pole mingit koolitust ju...“ (PÕ-2)

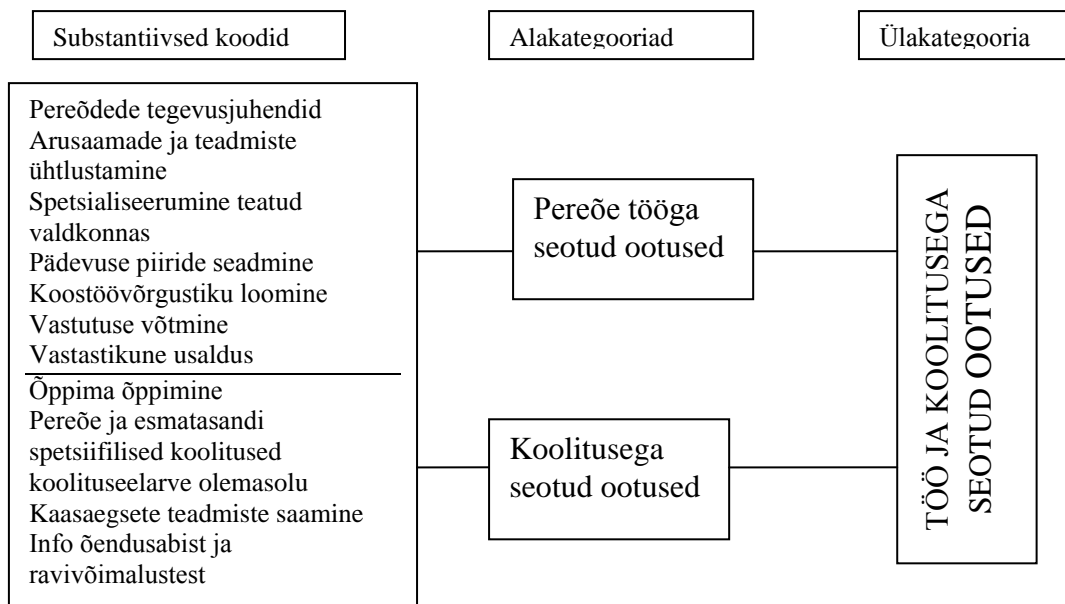
Näide andmebaasist: „...Nii palju kui neid koolitusi on olnud, on nad olnud väga haiglatesksed...“ (PÕ-3)

Näide andmebaasist: „...Aga me ei leiagi nii palju koolitusi, mis oleks väärt seda hinda ja mahtu...“ (PA-3)



### 5.3.2 Ootused

Ootused jagunesid tööga seotuks ja koolitusega seonduvateks (joonis 13).



**Joonis 13. Töö ja koolitusega seotud ootuste substantiivsed koodid ja alakategoriad**

Alakategooria **tööga seotud ootused**, millega loodeti muutusi pereõe töö korraldamises kui ka omavahelistes suhetes.

Näide andmebaasist: „...Tulevik pereõenduses on selline või see tähendab, et ma tahaksin et see on selline, et perearstikeskuses töötab ikkagi n pluss üks õde ja õed on omakorda spetsialiseerunud, kas imikute peale või diadeetikute või hüpertoonikute, astma peale...“ (PÕ-1)

Näide andmebaasist: „...Hariduslik taust on üsna sarnane, kuid oleks hea kui igaihel oleks veel mingi spetsiifiline taust, valdkond, mida tunneb hästi...“ (PA-2)

Näide andmebaasist: „...Pereõde on iseseisev töötaja kindlasti, mis siis, et meie palgal...“ (PA-5)

Koolitajad tegid ettepanekuid, kuidas nemad näevad, et pereõdede töö võiks olla korraldatud.

Näide andmebaasist: „...Kõige ideaalsem oleks, kui oleks mingi õendusagentuur, kus perearst tellib õendusteenust ja perearst võiks üksi vastu võtta koos sekretäriaga... ning perearst saadab need patsiendid õdede juurde, kes niisugust abi vajavad ning õed ise korraldavad oma tööd...“ (KO-6)

Näide andmebaasist: „...Mina tahaks, et oleks pereõe määrus. Perearsti määrus ütleb, et pereõe aitab perearsti kõikides arsti tegevustes. Ja siis ta aitabki kõiges, aga ei ole ju reguleeritud, mis on pereõe funktsioonid ja ülesanded ja mida ei tohi pereõe tegema panna...“ (KO-5)

Alakategooria - **koolitusega seotud ootused**. Pereõed ootavad, et nad saaksid osaleda kursustel, mis arvestavad pereõe töö iseärasustega. Samuti leitakse, et omavahel peaks sõlmima kokkuleppeid või kirjeldama juhendite abil tegevusi, et teenust osutada sarnastel alustel.

Näide andmebaasist: „...*Tahaks spetsiaalselt pereõdedele tehtud koolitustel käia...*“ (PÕ-3)

Näide andmebaasist: „...*Mulle meeldiks küll, kui koolitusel saab ikka ise proovida...*“ (PÕ-4, PÕ-6)

Näide andmebaasist: „...*oleks ühtne alus õpetamiseks. Nagu esmaabis on algorütmid või ravijuhised, õudsalt hea, kui õdedel oleks ka niisugused...*“ (PÕ-3)

Perearstid lootsid, et pereõed oleks aktiivsemad koolitustel osalema ja võimelised ise sobivaid valikuid tegema, samuti koolitustundide normi hajutamist viiele aastale.

Näide andmebaasist: „...*Me eeldame, et me töötame täiskasvanud inimestega, kes siis vastavalt oma vajadustele, teevad enda koolitusplaani...*“ (PA-1)

Näide andmebaasist: „... *60 tundi aastas saab õde koolitust ... Et kui ühel aastal ei saa kõik, siis me nihutame teise aastasse... Tõenäoliselt peaks selle 60 tunni normi viima viie aasta peale...*“ (PA-3)

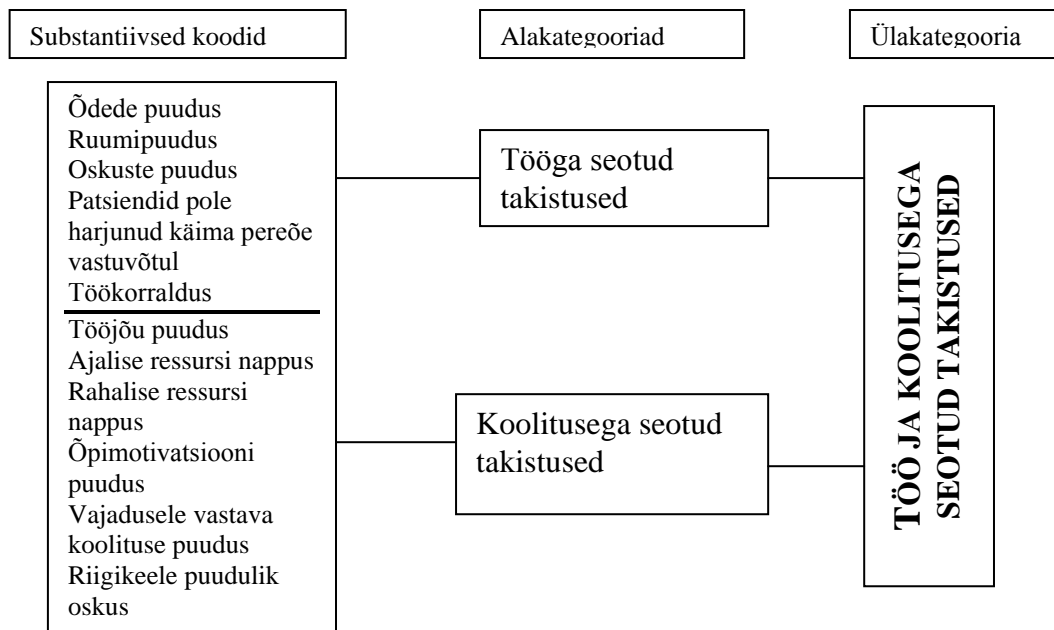
Koolitajad olid teadlikud, et pereõed ootavad neile otse suunatud kursuseid ja eeldasid aktiivsemat koostööd erialaseltsiga.

Näide andmebaasist: „...*et nad ootavad et koolitusprogrammis on see nimetus, see sihtrühm, kuhu nad kuuluvad, et see on ka mõeldud pereõdedele... See võiks olla ka nendepoolne initsiatiiv ise huvi tunda...*“ (KO-2)

Näide andmebaasist: „...*Aga siin on ka meie tegemata kodutöö, et meil puudub ülevaade, kui palju nad üldse soovivad seda koolitust...*“ (KO-1)

### **5.3.3 Takistused**

Antud ülakategooria jagunes kaheks alakategooriaks, milles eraldati takistused, mis häirivad pereõe tööd ja mis mõjutavad koolitusel osalemist (joonis 14).



**Joonis 14. Tööd ja koolitusel osalemist takistavad substantiivsed koodid ja alakategoriad**

Pereõdede tööd takistavad ka korralduslikud üksikasjad.

Näide andmebaasist: „...Osad pereõded töötavad ju perearsti kõrval, nii võib ju jube targaks saada, aga rakendust pole sellel tarkusel...“ (PÕ-3)

Näide andmebaasist: „...Ütleme näiteks siis süsteemiselt ega õde ei saa oma töötingimusi ise muuta, see sõltub ikka perearsti töökorraldusest... Kui arstid ütlevad, et me ei taha, siis see õde võib ennast lõhki töötada, aga tal see ei õnnestu...“ (PA-1)

Näide andmebaasist: „...vajaka on selles meeskonnatöös ja pereõde roll peremeditsiinis – ei saada aru, et ta on ise spetsialist, mitte mingi abiline... siis nii palju seda initsiatiivi ei ole... Kas tõesti see, et see pole ühiskonnas niivõrd tunnustatud kutseala ja seetõttu asjad seisavad?...“ (PA-3)

Näide andmebaasist: „...Iseseisvat tööd takistab eeskätt ruumipuudus ja õdede puudus... aga praktilise töö kõrvalt kahjuks ei jõua seda korraldada...“ (PA-5)

Alakategooria - **koolitusega seotud takistused**. Töölasel koolitusel osalemist takistavad aeg, raha ja inimressursi nappus ning ka motivatsioonipuudus.

Näide andmebaasist: „...Koolituseks ette nähtud päevade arv on ju ka limiteeritud...“ (PA-7)

Näide andmebaasist: „...psühholoogiaalased on kallid ja siis nad võivad takka üles lööma hakata... Kindlasti arsti suhtumine õde koolitusse... Õe enda motivatsioon on ka tähtis, mitte et ainult arst käsib...“ (PÕ-1)

Näide andmebaasist: „...Pigem ei ole harjumust õppida...“ (PÕ-3)

Näide andmebaasist: „...Õpilaste pädevus on seotud koolitaja pädevusega, et nad ei oska koolitust huvitavaks teha, õigeid meetodeid kasutada. Sageli on mõttetu koolitused populaarsed seetõttu, et seal antakse teavet huvitavalt edasi, samas teave ei pruugi adekvaatne ja tõenduspõhine olla...“ (KO-1)

Näide andmebaasist: „ ...Meil pole ressursi, et rääkida kõikide erialaseltsingutega läbi...„ (KO-3)

## 6. ARUTELU

Esmatasandi õendusabi on kirjanduses käsitletud väga mitmetahuliselt. Ühendatud Kuningriigis ja Šotimaal kuulub esmatasandi tervishoiu meeskonda õendustöötajatest peale üldõde, kes töötab koos perearstiga, veel koduvisiite tegev terviseõde (*health visitor*) (tegeleb peamiselt tervete laste ja emadega), piirkondlik õde (*district nurse*) ja iseseisev õde-spetsialist (*nurse practitioner*) (Jenkins-Clarke 1998, Haycock-Strauss ja Houston 2005). Muudes riikides kuuluvad esmatasandi meeskonda veel kogukonna õde (*community nurse*) või rahvaterviseõde (*public health nurse*), kes hoolitsevad teatud paikkonna elanike tervist toetava ja edendava tegevuse eest. Viimastel aastatel on just esmatasandi õenduses nende kahe eriala arendamisele pühendatud (Porche 2006, Huang ja Wang 2005, Danielson jt 2005). Rahvatervise- ja kogukonnaõde kirjeldatakse iseseisvate õde-spetsialistidena, kel on vastutusrikas roll esmatasandi tervishoius. Eesti kontekstis oodatakse pereõelt kõigi nende spetsialistide vahel jagatud ülesannete täitmist – tervisedendus kõikides eagruppides, ennetustegevus, kroonilisi haigusi põdevate inimeste tervise jälgimine ja nõustamine, lisaks veel õendustoimingud, dokumentatsiooni korrashoid ning telefoni konsultatsioonid. Kuigi õendustegevuse ulatus on kitsam, sest pereõde tegevus on suunatud ainult indiviidi tasandile ja enamasti ainult neile, kes pöörduvad ise abi saamiseks perearsti poole.

Atun (2004) toob veel esile väljakutsena meeskonnatöö tõhustamise vajaduse. Võimalustena nimetati pereõdede ja teiste tervishoiuspetsialistide koolitusse investeerimist ning leidmaks stiimuleid liigselt arstiabi kesksuselt multiprofessionaalse meeskonnatöö korraldamisse. Täna moodustab perearsti meeskonna arst ja õde, mõnel juhul veel abiarst või pediaater. Mõnes keskuses töötab ka registraator, kes ei oma meditsiinilist ettevalmistust, kuid tegeleb paljude administratiivsete ülesannetega. Üle poole uurimuses osalenud keskustest moodustas meeskonna arst ja õde kahekesi.

Koolitajad pakkusid välja ja pidasid tähtsaks, et pereõed omaksid infot ja kontakti kliiniliste õde-spetsialistidega ning oluliselt suurendaksid koostööd teiste spetsialistidega. Siia loetellu mahub nii ämmaemand, inkontinentsuse kabinetiõde, reumaõde, diabeedi- ja astmaõde, aga ka stoomiõde. Ehk siis kui pereõde näeb, et tegemist on komplitseeritud juhtumiga või tal puudub pädevus ise abistada, suunab patsiendi edasi teise õde-spetsialisti juurde. Samas ei tohiks pereõde tegevus lõppeda edasisuunamisega, vaid tuleb koguda tagasisidet, kas patsient sai abi, millist abi ja kas edasi tegeleb patsiendiga õde-spetsialist või pereõde. Täna puudub

pereõel ning ka teistel õdedel juriidiline õigus patsienti suunata teise spetsialisti juurde. Puudub ka koostöövõrgustik esmatasandi ja kõrgema etapi tervishoiuasutuste vahel. Vähemalt ei kirjeldanud seda keegi uurimuses osalenutest.

Eestis on täna kaks iseseisvat õendusabi teenuse liiki, selleks on kooli- ja koduõendus. Kooliõed katavad kooliealiste laste õendusabi vajadused koolis. Koduõendus on keskendunud 80% tegevuses geriaatrilistele patsientidele (Eesti Õdede Liit jt 2004). Pereõele jäävad teenindada kõik muud eagrupid ja ka eakad, kes ei vaja kodueõendusteenust. Ampluaa on lai ning igas valdkonnas pädevust saavutada on kindlasti suur väljakutse pereõdedele. Antud tegurist tingituna on põhjendatav pereõdede ootus kitsamale spetsialiseerumisele ja tööülesannete jagamisele kolleegidega.

Kolmel juhul esines andmebaasis näiteid, kuidas pereõe töö on muutunud iseseisvamaks seoses töö ümberkorraldamisega. Antud perearstikeskustes olid kehtestatud pereõe iseseisvad vastuvõtud. Nende ülesanded varieerusid ülesandekeskselt lähenemiselt teatud valdkonna spetsiifika sügavamale tundmisele. Valdkonna spetsiifika väljendus iga pereõe keskendumisel teatud eagrupile, terviseprobleemile või tervisedendusele. Eelpool kirjeldatu saavutamine oli teises perearstikeskuses töötava pereõe ootus töökorraldusele tulevikus. Ülesandekesksus eeldas kõigi õdede valmidust toime tulla igasuguste ülesannetega perearstipraktisises. Viimase näite eeliseks on pereõe pädevuse säilitamine kõigis küsimustes. Spetsiifikat järgiva mudeli eeliseks võib pidada sügavamaid teadmisi ja suuremat kogemust teatud probleemide käsitlemisel. Kolmandana võib välja tuua ka nimistukeskse tegutsemise, kus ühes keskusel töötas mitu arsti ja õde, kuid iga õde teenindas ja vastutas just oma arsti nimistu klientide õendusabi osutamise eest. Niisugune lähenemine loob eeldused järjepidevusele teatud klientide paremale tundmisele. Milline on kõige efektiivsem ja sobilikum töötamise mudel, vajaks edaspidi täpsemalt kirjeldamist.

Atun (2004) viitab perearstide kasutuses olevatele ravijuhistele, mis kirjeldavad ja annavad suuniseid esmatasandi arstiabis esinevate haigusseisundite lahendamisel. Nimetatud ravijuhised aga ei sisalda infot, mida saaksid teha pereõed, et neid haigusseisundeid ennetada või kuidas tekkinud probleemide korral vältida tüsistuste teket. Pereõe tegevusvaldkondades puuduvad tõendus põhised juhendid. Tegevusjuhendite ja algoritmide olemasolu oli samuti pereõdede peamisi ootuseid oma töö parendamiseks. Näidati üles ka valmidust ise olla

tegevusjuhendite koostajaks. See on suurepärane võimalus kaasata pereõed aktiivselt eriala arengusse ja oluline oleks nende juhendamine antud protsessi elluviimisel.

Tulemuste põhjal võib väita, et kahjuks ei kirjelda pereõe töö tegevusi ja eeldusi, mida rõhutavad pereõenduse teooriad ja varasemad pereõendusosalased uurimused (Freidemann 1989, Wright ja Leahey 1990, Friedman 1998). Täitmata jääb peamine eeldus – pereõe tegevus ei ole suunatud perekondadele. Seega tasub kaaluda, kas edaspidi muuta pereõe tegevust või muuta pereõe nimetust või siis leppida kokku, et Eesti kontekstis on tegemist pereõdedega, kes tegelevad ainult indiviidi tasandiga ja ei tugine pereõenduse teooriates kirjeldatud kontseptsioonile.

Pereõed kirjeldasid oma tegevusi protseduuritoas, iseseisval vastuvõtul ja koduviisiitidel. Viimaste osakaal Tallinna pereõdede tegevustes oli väiksemahuline. Põhjendati seda logistika keerulisusega, sest perearsti ei valita enam elukohajärgselt, vaid mingite muude kriteeriumite alusel, ja teisalt peetakse seda arstide ja õdede poolt ajakulukaks, mida vähese tööjõu ressursi juures lubada ei saa. WHO (2000b) leiab, et perekondade aitamine nende kodus keskkonnas on aga kõige efektiivsem. Esiteks viibivad pereliikmed oma harjumuspäras keskkonnas, teiseks võimaldab see hinnata keskkonna mõju tervisele ja kolmandaks hinnatakse kõigi vajadusi, mitte ainult haigestunud või abivajava pereliikme omi (Kemp jt 2005, WHO 2000b,c). Kui pereõdede töökorraldus ei võimalda koduviisiite teha, siis tasuks tõhustada koostööd koduõdedega. Kuid sel juhul peaks ka koduõdede tegevusvaldkond laienema geriaatrialt muude eagruppide abistamisele.

Atun (2004) tuginedes perearsti tööjuhendile (2001) nimetab perearsti vastutusvaldkondadeks haigusseisundite diagnoosimist ja ravi, tervisekasvatust, tervise edendamist, haiguste ennetamist ja üldiste diagnostiliste protseduuride teostamist. Võrdluses perearsti vastutusvaldkondadega ja pereõe kohustustega, siis õe tegevustes on välistatud diagnoosimine ja ravimine. Muudes vastutusvaldkondades on õde kaastegev. Perearstide arvamusele tuginedes, võib pereõe olulisimaks töövaldkonnaks olla tervise edendamine ja haiguste ennetamine. Tulemustest selgus, et ennetustegevustest pereõde teostab immuniseerimist, jälgib teatud vanuses lapse arengut, teostab kroonilisi haigusi põdevate haigete järelevalvet ja teatud juhtudel ka annab soovitusi haigusest taastumiseks. Piir perearsti ja pereõe kohustuste vahel on hägune ning iga keskus on lahendanud olukorra vastavalt olemasolevatele

ressurssidele. Siit võib järeldada, et pereõe pädevusepiirid ei ole selgelt paigas. Seetõttu ka tööülesanded ning selleks vajalikud teadmised- oskused varieeruvad suuresti.

Samuti ei selgu uurimistulemustest väga selgepiirilist eristust, mis on pereõe vastutusvaldkond. Seega töö autor järeldab, et perearst vastutab ka pereõe tegevuste eest, korraldab ise pereõe tööd ja seab piirid pereõe tegevustele.

Uurimuses osalenud perearstide ootused olid seotud pereõdede suurema vastutuse ja iseseisvuse saavutamise. Uurimuses osales ka pereõdesid, kes ootasid võimalust tegutseda iseseisvalt. Esmajoones vajaks aga määratlemist mõiste iseseisev vastuvõtt, mida kasutatakse perearsti tööjuhendis (2001) pereõe töö osana. Uurimuses osalejate intervjuudest ei selgunud selle mõiste ühtsed arusaamad ega ka arusaadavat selgitust, mille alusel toimub pereõe iseseisev vastuvõtt. Pereõded, kes omasid iseseisvat vastuvõttu, kirjeldasid seda kui individuaalset tegevust patsiendiga, kellel oli krooniline tervisehäire või täiskasvanu, kes vajab tervisetõendit. Iseseisva töö alla kategoriseerus ka imiku psühhomotoorse arengu hindamine, immuniseerimine ning lapsevanema küsimustele vastamine. Mõnel juhul kirjeldati ka esmase ägedalt haigestunud patsiendiga tegelemist pereõe poolt enne perearsti vastuvõtule pääsemist. Sageli kasutati mõistet „iseseisev vastuvõtt“ selles kontekstis, et õde töötas arstist eraldi, tavaliselt protseduuritoas õendustoiminguid sooritades või registratuuris, saabuvald kliente teenindades. Uuriija arvab, et iseseisev vastuvõtt peaks olema üheselt mõistetavalt defineeritud ja piiritletud tegevuste loeteluga, milliste tegevuste jaoks on pereõel pädevus ja ka antud vastutus. See lihtsustaks klientuuri informeerimist ja suunamist pereõe vastuvõtule, mida täna peeti veel osaliselt problemaatiliseks.

Perearstid rõhutasid korduvalt, et näevad pereõde kui iseseisvat spetsialisti, kuid nägid ka vajakajäämisi iseseisvuse väljendumises. Enamasti seisnes see isikuomadustes või erialases ettevalmistuses. Varasemates uurimustes on kirjeldatud, et õe enesehinnang ja soov osaleda koolitustel kasvab paralleelselt iseseisvuse suurenemisega (Francke jt 1995, O`Shea 2003, Griscti ja Jacono 2006, Bradley ja Nolon 2007).

Õendusprotsess on nelja etapiline õendustegevus, mis põhineb vastastikusel suhtlemisel, et lahendada probleeme ja langetada otsuseid eesmärkide saavutamiseks (Uiga 2002). Pereõe töös kirjeldati õendusprotsessi kahte etappi. Kui pereõded kirjeldasid oma igapäevaseid tegevusi, siis väga suur hulk ülesandeid ja tegevusi olid seotud õendusprotsessi esimese etapiga ehk terviseseisundi hindamisega. Vähem kirjeldati iseseisvat planeerimist, seda vaid



vähesel määral kahes valdkonnas: laste tervisekontroll ja krooniliste haigete jälgimine. Planeerimine oli küll pigem töökorralduse tähenduses kui indiviidi vajadusest lähtuv. Õendustoimingud ja muud käelised tegevused moodustasid teise suurema hulga pereõe kohustustest, mida võib tõlgendada õendusprotsessi kolmanda etapina. Õendustoiminguid sooritati kas erakorraliselt või arsti korraldusel, mitte varasemalt ette planeerituna. Viimast etappi ehk tegevuse hindamist ei kirjeldanud keegi uurimuses osalejatest. Seega võib väita, et praktiline pereõe töö ei ole protsessipõhine, vaid ülesandekeskne. Kui pereõe töö oleks õendusprotsessina ellu viidud, siis tuleb kindlasti rakendada ka protsessi viimast etappi - õendustegevusele kokkuvõtva hinnangu andmist. Hindamine on tähtis kahest aspektist: esiteks, et koguda infot õe tegevuse tõhususest, ja teiseks, et õe suudab hinnata iseenda tööalaseid vajadusi teadmiste täiustamise osas.

Perearstid olid üksmeelsed, et ennetus ja tervisedendus võiks olla pereõe prioriteetsemaid tegevusvaldkondi. Samas aga pole leitud võimalusi töökorralduses, et luua õele tingimusi süstemaatiliseks ja järjepidevaks tervist edendavateks ja haigusi ennetavateks tegevusteks. Valdkond on oluline ja õed võiksid omada selles pädevust, ometi kirjeldati ainult üksikuid juhuslikke tegevusi antud valdkonnas ja nenditi, et ennetustegevuseks jääb vähe aega.

Nõustamistegevusi nimetasid pea kõik uurimuses osalejad. Ka selle mõiste tähendus on kindlasti mitmeti tõlgendatav. Juhul, kui on tegemist nõu andmisega kas telefoni teel või vastuvõtul, tähendab see õe poolt antud soovitusi teatud olukorras. Nõustamist aga mõistetakse tänapäeval võrdse partnerlusena, kus patsient on ekspert oma tervise küsimustes ja õde erinevate tervisega seotud olukordadega toimetuleku ja tervise parendamise küsimustes. Tveiten ja Severinsson (2005) kirjeldasid rahvatervise õdede nõustamist kui kliendisuhet, kus luuakse dialoog ja vesteldakse kliendiga tervisega seotud toimetulekust. Sagedasemad nõustamist vajavad teemad olid elustiili mõju tervisele, lapse areng ja haiguse mõju elukvaliteedile (Tveiten ja Severinsson 2005).

Pereõde defineeritakse perearsti tööjuhendis (2001) kui erikoolituse saanud õde või ämmaemandat, kes on läbinud spetsialiseeritud täiendkoolituse. Koolituse läbimise nõue on kaotatud 2004. aastast seoses oluliste muutustega õe põhiõppekavas. Õdede koolitusega seotud arvamused usuvad, et kaasaegne õendusharidus annab pereõe tööks vajaliku valmiduse. Üks põhjus, mis sellele arvamusele tugineb, on, et pereõe kohustuste hulka ei kuulu midagi spetsiifilist, mida õe üldised kutseoskused ei sisalda. Samas selgub, et

perearstide arvates, ei vasta õdede ettevalmistus esmatasandi vajadustele ja on siiski liiga haiglakeskne. Pereõded ei ole aga rahul tööalase koolitusega, mis on taas liiga haiglakeskne ja nende eriala iseärasusi ei käsitleta. Põhjuseks on see, et täiendkoolituse keskused asuvad haiglate juures ja ka sealne personal nentis üksmeelselt, et kursused ongi haiglakesksed, kuna nad on ellu kutsutud haiglatöötajate vajadusest lähtuvalt. Põhja-Eestis puudub koolituskeskus, mis korraldab kursuseid ja järgib esmatasandi tervishoiutöötajate vajadusi. Lünka püüavad osaliselt täita ravimfirmade esindajad, kes seavad oma nõudmised tasuta pakutavale koolitusele.

Koolitusvajadus lähtub paljuski õe eelnevast töökogemusest, praktiseerimisvõimalustest ja ka hariduslikust ettevalmistusest (Hughes 2005, Griscti ja Jacono 2006). Kui pakkuda pereõdedele spetsiaalseid nende vajadusest lähtuvaid kursuseid, siis tuleb arvestada, et ka siin puututakse kokku erinevate vajadustega inimestega ja alati peaks jääma valikuvabadus leida koolitust vastavalt oma isiklikele soovidele. Uurimuses osalenud pereõdede hulgas oli professionaale, kes on täna enamaks võimelised, kui nad antud töökohal saavad rakendada, ja koolitusvajaduse hindamisel tõid sageli näiteid hoopis oma nooremate kolleegide vajadustest. Isiklikud tööalased vajadused võisidki puududa, sest nad ei saa uusi oskusi-teadmisi rakendada igapäevases pereõde töös. Edasijõudnud ja kogemustega pereõdesid oleks mõistlik kaasata eriala arendamisse - tööjuhendite koostamisse või ette valmistada koolitaja rolliks.

Benneri (1984) pädevusastmetele tuginedes on osad uurimuses osalenud pereõded jõudnud vähemalt õde-spetsialisti tasandile (IV tase), sest nad kirjeldasid intuitsiooni kasutamist patsientidega tegelemisel. Ometi ei erinenud nende tööülesanded noorte algajate kolleegide tööst. Ka pereõdede hulgas oleks vajalik eristada õdesid vastavalt nende võimekusele, praktilisele kogemusele ja pädevusele antud valdkonnas. Et perearst kui tööandja saaks ühelt poolt tunnustada tublisid ja perspektiivikaid õdesid ja teisalt, algajaid motiveerida enesearengule, pakkuda karjäärivõimalusi asutusesiselt. Erinevus peaks väljenduma eeskätt tööülesannete raskusastmes, aga ka muude soodustustena nagu kõrgem palk, suurem iseseisvus vms. Samas ei saa tööalase koolituse eesmärgiks seada, et õde saavutab kompetentsuse, mis võimaldab tal asendada ja täita arsti ülesandeid, nagu diagnoosimine või medikamentoosse ravi määramine. Õdede tegevusel on teine eesmärk ja nad peaks keskenduma pigem selle elluviimisele.

Kirjeldatud koolitusvajadused on väga üldised ja nimetuste taga ei paistagi välja pereõe spetsiifikat, mida taotleti. Seetõttu aga soovitakse koolitajaid esmatasandi tegevusvaldkonnast, kes oskavad paigutada rõhuasetuse praktilisele vajadusele perearstisüsteemis.

Patsientide poolse rahulolematusena õdede töös on toodud vajakajäämisi suhtlemisoskuses (Castledine ja McGee 1998). Ka perearstid olid arvamusel, et õdedele tuleb kasuks arendada nii suhtlemisoskusi kui ka toimetuleku oskusi keeruliste klientide, stressirikka töösituatsiooniga ja õppida enesekehtestamist.

Uurija nõustub uurimuses osalejatega, kes väitsid, et tööalase koolituse planeerimine on liiga juhuslik ja ei lähtu tegelikust vajadusest. Mõnel juhul küll töandja selgitab pereõe koolitusvajadusi, kas arenguestluse või oma tähelepanekutega, kuid koolitused valitakse siiski selle põhjal, mida koolituskeskuste programmid sisaldavad. Koolituskeskused, kus pereõed on koolitustel käinud, olid viiest kolmel korral haiglate juurde loodud keskused, kelle esimeseks prioriteediks on koolitada haiglapersonali. Vaid üks koolitaja on spetsialiseerunud esmatasandis töötavate õdede koolitamisele, aga see koolitaja ei asu Tallinnas. Haiglatesse koolitusele ja õdede alakvalifitseeritusele viitab ka Maailma Tervise Organisatsioon oma raampoliitikas “Tervis kõigile 21“ (WHO 2000c). Pealegi keskenduvad koolitused haigustele, mitte tervisele. Sageli just perearstide poolt nimetati koolitusvajadusena haiguste tundmist. Pereõdede tööalase koolituse planeerimisel aga võiks keskenduda tervisealasele väljaõppele ning anda teadmisi, kuidas muuta eluviise, hinnata riske ja tegeleda terviseprobleemidega varases staadiumis.

Koolitusvajadus peab olema kooskõlas patsientide vajadusega. Seetõttu võiks rakendada nimistupõhist analüüsi oma klientide vajaduste selgitamiseks nagu ka ühe perearsti poolt soovitati. Samas kirjanduses (Green jt 2005, Whittaker jt 2006, Uzel jt 2007) tõdetakse, et koolitusvajaduse selgitamiseks kasutatakse traditsiooniliselt küsitlusi koolitusteemade lõikes.

Suuremate muutuste planeerimisel võib järgida Chiesa ja Fracolli (2008) poolt kirjeldatud protsessi. Antud lähenemine võimaldab kaasata õdesid juba koolituse planeerimise etappi ja pädevate eestvedajate korral on ka tulemuslikkus garanteeritud. Probleempõhine lähenemine aktiveerib õppijaid (Knowles 1970, O`Shea 2003) ning oluline on koguda ka tagasisidet, et hinnata koolituse kulu-tulusust (Nicol ja Patterson 1999, Green jt 2005).

Koolituse korraldamisel olid uurimuses osalejatele vastuvõetavad väga erinevad kursuste kestused. Viiepäevast koolitust peeti maksimumiks ning sel juhul eeldati ka, et sellist koolitust on aastas üks või kaks. Sageli leiti, et poolepäevane koolitus oleks suurepärane võimalus pereõdede õppeks, kuid Francke jt (1995) ütlevad, et koolituse kestus alla kaheksa tunni ei anna püsivaid muutusi õppija käitumises. Sellegipoolest töö autor leiab, et poolepäevast koolitust võiks pereõdede õppes rakendada küll. Kuid õppimisviiside valikul võiks pakkuda aktiivseid ja iseõppimise võimalusi ning ühel korral alustatud teemat järgmisel kohtumisel jätkata. Vahepeal aga anda õppijatele iseseisvaid töid, lugeda erialast kirjandust või lahendada juhtumeid rühmatööna. Et mitte ära võtta koolitusel osalemise lisaväärtusi, vaid pigem neid õppimise eesmärgil ära kasutada. Samuti sobivad lühiajalised koosviibimised töötubade läbiviimiseks või infovahetuseks. Teatud regulaarsus aitab kujundada ka harjumust koos käia ja ühiseid otsuseid teha.

Üllatuslikult palju pakuti välja erinevaid õppimisviise. Pereõed küll sageli eelistasid pigem loengut või siis kombineeritud õpet, kus passiivne õppimine vaheldub aktiivsete õpimeetoditega. Perearstid uskusid, et enamasti tuleks rakendada osalevaid õppevorme ja pakkusid selleks väga mitmekesiseid võimalusi. Koolitajad nentisid, et kahjuks küll kasutatakse läbiviijate poolt liiga palju klassikalist loenguvormi, kuid samas nimetati ka tihti praktilise harjutamise võimalusi nii mulaažidel kui individuaalse stažeerimisena teise spetsialisti kõrval. Alternatiivina pakuti ka õpitubasid, mida seni koolitajad eriti rakendanud ei olnud. Häid tulemusi meeskonnakoolituses saavutati Šotimaal, kus seati eesmärgiks meeskonnakoolituse kaudu parendada meeskonnatööd, tegevuse kvaliteeti ja selle hindamist (Haycock-Stuart ja Huoston 2005).

Samuti peeti perearstide poolt tähtsaks iseseisvat õppimist, kas siis tööd erialase kirjandusega, artikli või essee kirjutamist. Furnham jt (2008) leidsid, et süvateadmiste saamiseks tuleb eelistada iseseisvat materjali läbitöötamist ja kirjalike tööde koostamist. Õed ei toonud neid näiteid kuigi tihti, sest koolituse all esmaselt meenus kõigile uurimuses osalejatele kursustel osalemine. Carcich (2007) uuris kogemustega õdede eelistusi õppimeetodite valikul. Tulemustest selgus, et kogunud õded eelistavad traditsioonilisi õppevorme, sealhulgas loengut ja arutelu, isejuhitud õppimisviisidele (Carcich 2007). Autor arvab, et tegemist on pigem õpiharjumusega, sest varasemal ajal omandati teadmsi enamasti just vastuvõtva õppimise

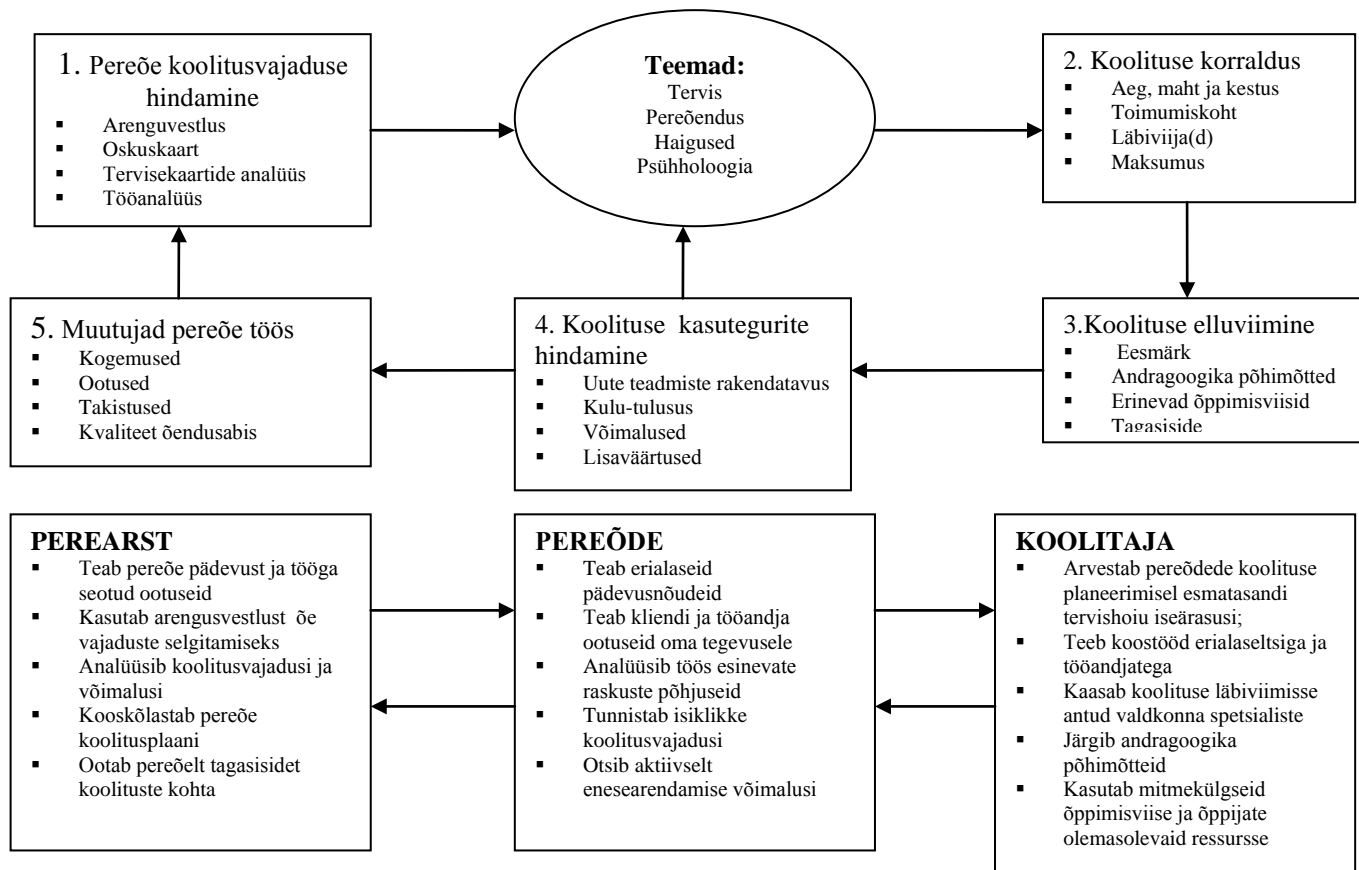
viisil. Osalevad ja muud aktiveerivad õppevormid on uuenduslikud ja vajavad kogemist, et hinnangut anda.

E-õppe meetodite rakendamist on palju käsitletud ja peetud tänases päevas kaasaegseks ja võimalusterohkeks õppimisviisiks (Rashid ja Sriwerdana 2005, Docherty ja Sandhu 2006, Lin jt 2007). Antud töös osalejad nimetasid küll e-õpet, kuid olid äraootaval seisukohal ja ei omanud kogemusi e-õppes. Uurimuses osalenud koolitajate poolt ühel juhul pakuti e-õppe võimalust. Kuna aga arvutioskus on pereõe töös oluline, siis e-õpe on üks võimalus lisaväärtusena parendada koos erialaste teadmistega IT-alaseid oskuseid.

Potentsiaalsete pereõdede koolituste läbiviijatena pakuti üksmeelselt õde-spetsialiste, sealhulgas ka pereõdesid, kes omavad teatud valdkonnas suuri kogemusi ja sügavamaid teadmisi. Samuti leiti ühiselt, et perearstid on sobilikud koolituse läbiviijad, teades kõige paremini ootuseid ja vajadusi pereõe tööle. Kriitiliselt suhtuti koolitajatesse, kes töötavad õpetajatena või ei praktiseeri ise, nende juhitud kursuseid peetakse liiga teoreetilisteks ja õpetatavat ei suudeta siduda praktilise elu situatsioonidega. Koolitajad arvasid, et tuleb rohkem panustada õpetajate ettevalmistusse, et parendada koolituse kvaliteeti. Sama tuleks arvesse võtta ka siis, kui kaasata praktikuid koolitamisse. Näiteks võiks häid teadmisi ja suuri kogemusi omavatele pereõdedele pakkuda koolitust, mis annab neile parema valmiduse ja enesekindluse koolitajana tegutseda.

Koolituste korraldamisel tuleb kindlasti arvestada andragoogilisi põhimõtteid. Nagu ka uurimuses osalenud koolitaja väitis, on nende ülesandeks õpetada õppima. Õpimotivatsiooni puudumist olid märganud nii pereõded ise, perearstid kui ka koolitajad. Üheks põhjuseks võib olla negatiivne õpikogemus, kui õppijat ei ole koheldud täiskasvanuna, vaid õpilasena. Pereõded leidsid, et teadmiste kontroll ja hinnete panemine tekitab liigset stressi ja soovimatust saada negatiivset tagasisidet, mida parema meelega välditakse. Samad tulemused sai ka Evans jt (2007), kelle uurimuses oli eksamite sooritamine õppimise juures kõige stressirikkam tegur.

Koolitajad ja tööandjad nägid olulise puudusena pereõenduse kui eriala aeglase arengu osas pereõdede seltsingu vähest sekkumist. Erialaseltsilt oodatakse suuremat panust koolituse tellimuse ja võimaluste loomise kui ka pereõdede tegevuse koordineerimises.



**Joonis 15. Pereõdede tööalase koolituse protsess pereõde, perearsti ja koolitaja koostöös**

Joonisel 15 on kujutatud pereõdede tööalast koolitust protsessipõhiselt. Et koolitus oleks tulemuslik, tuleb läbida kõik etapid, alustades koolitusvajaduse selgitamisest. Tööandja saab suunata ja julgustada õde rääkima soovidest ja ootustest tööalases arengus. Kui täiendamist vajavad valdkonnad on selgunud, saab asuda koolitust planeerima. Siia võib kaasata juba ka koolitaja, kes on asjatundja koolituste korraldamisel. Koolituse elluviimisel tuleb sõnastada eesmärgid, kuhu soovitakse jõuda. Peale koolituse läbimist tuleb leida aega aruteluks, mida koolitus pakkus ja millised muutused toimusid. Tulemuste vastu peaks huvi üles näitama ka tööandja. Uued kogemused annavad uusi võimalusi ja väljakutseid edaspidisteks tegevusteks ja uute koolitusvajaduste tekkimiseks.

Linnakesksus annab eelised personalivalikul, koolituste kättesaadavuses ja asendustöötajate leidmisel. Need iseärasused peaks mõjutama töökorraldust ja koolitusvõimalusi antud piirkonnas. Tallinna eelis on see, et perearstid on koondunud ja keskuses töötab rohkem kui üks perearst ja -õde, mis annab paremad eeltingimused muutustes töökorralduses või ka koolitusel osalemises. Antud töö tulemusi saab kasutada vaid Tallinna pereõdede töö ja koolituse iseloomustamiseks. Samas arvab uurija, et Tallinnaga seotud spetsiifikat esines vaid mõnedes nüanssides. Näiteks võõrkeelte valdamine ning eesti ja vene keele hea tase on piirkonna spetsiifiline vajadus. Ka vene rahvusest õdesid töötab Tallinnas nähtavasti rohkem kui mujal Eestis ning seetõttu on ka kõrgem venekeelsete koolituste vajadus.

Uurija julgeb väita, et kogutud andmebaas võib olla tegelikkusest positiivsem, sest nõusoleku uurimuses osaleda andsid ainult niisuguste perearstikeskuste töötajad, kus soovitakse pereõde rolli väärtustada, tõhustada ja tagada tööalase koolituse kättesaadavus. Lumepalli meetodil osalejaid otsides, suunati ka keskustesse, kus teati, et pereõel on vaid administratiivsed ja mõned protseduurilised kohustused, kuid seal ei saavutanud töö autor nõusolekut uurimuses osalemiseks. Vaatamata edumeelsele suhtumisele ja valmidusele olukorda parendada, on täna palju konkreetseid tegevusi, mis aitaks pereõenduse eriala arengule kaasa. Väga olulist rolli mängib siin süstemaatilise ja eesmärgipärase tööalase koolituse korraldamine.

Uurija eeldas, et erinevate uuritavate gruppide hulgas võib esineda uurimistöö tulemustes erinevaid arusaamu. Tegelikult ei sõltunud eriarvamuste korral, keda uuritav esindas. Erinevad osapooled pigem täiendasid ja rikastasid kogutavat andmebaasi. Tulemused näitasid, et palju sagedamini esines erinevusi sama eriala esindajate hulgas ja leidus ka vastandlikke arvamusi. Näiteks ühe pereõde arvates ei pakuta üldse koolitusi, mille hulgast

valida. Samas teine pereõde väitis, et koolitusi on nii palju, et raske on valikuid teha, mida eelistada. Perearstid kui tööandjad jäid eriarvamusele pereõdede pädevuse piirides. Ühe näitena võib tuua, kus perearst väitis, et pereõde on iseseisev spetsialist ja teda võib täielikult usaldada otsuste tegemisel, näiteks ägeda tervisehäirega pereõde poole pöördunud patsiendi vastuvõtul. Teine tööandja aga arvas, et ta liiga vähe kontrollib oma õde. Näiteks immuniseerimisel, kas õde manustab õiget vaktsiini õiges doosis õigele patsiendile, perearst tundis vastutust õe töö eest ja seetõttu ka kartis usaldada ja arvas, et peaks kontrolli tõhustama.

Koolitajate erimeelsused seisnesid näiteks kirjaliku tagasiside kogumise vajalikkuses. Ühel juhul väideti, et see on elementaarne, nad teevad seda alati ja koguvad seeläbi väärtuslikku informatsiooni edaspidiste koolituste korraldamiseks. Teine koolitaja väitis, et see on suhteliselt mõttetu tegevus ja ta viib seda läbi vaid mõnikord, sest see on alati ühesugune ja selle korjamine ei aita ega mõjuta oluliselt edaspidiseid koolitusi. Nicol ja Patterson (1999) leidsid, et tagasiside kogumist alatähtsustasid koolituse korraldajad, kes ei olnud saanud didaktilist ettevalmistust.

Samuti arutlesid koolitajad teemal, millal anda pereõele vastutus. Ühel juhul leidis koolitaja, et enne tuleb pereõdesid õpetada ja seejärel anda neile iseseisvat tegevust. Teine koolitaja uskus, et eelnevalt tuleb anda pereõele vastutusvaldkond ja seejärel tekib pereõel huvi ja vajadus end antud valdkonnas täiendada. Viimast väidet kinnitavad Bradley ja Nolon (2007) ja O`Shea (2003), kes leidsid, et peale õe iseseisvuse suurendamist tõuseb huvi enesetäiendamise vastu ja suureneb rahulolu oma tööga.

Uuriija arvab, et oli õigustatud kaasata uurimusse just need kolm osapoolt, kellel on oluline roll tööalase koolituse sihipärasuses ja vastavuse saavutamises. Erinevad osapooled omasid sarnast arusaama pereõenduse olemusest ja täiendasid üksteise vastuseid esitatud küsimustes.

Kvalitatiivses uurimuses ei räägita niivõrd töö usaldusväärsusest ja kehtivusest, kui analüüsi hinnatavusest ja korratavusest (Burns ja Grove 2001). Selleks, et tagada tulemuste korratavus, püüdis töö autor võimalikult täpselt anda edasi andmete analüüsimise protsessi ja kategooriate moodustumist. Tekkinud kategooriaid näidati asjatundjate rühmale, kes andis tagasisidet kategooriate loogilisuse ja alakategooriate nimetuste täpsustamisel. Niisugust meetodit nimetatakse *face*-valiidsuseks (Kyngäs ja Vanhanen 1999).



Teatud teadusringkondades kaheldakse kvalitatiivse andmeanalüüsi usaldusväärsuses. Põhjuseks asjaolu, et uurimistulemusi ei saa korrata isegi siis, kui kasutatakse samu andmeid (Burns ja Grove 2001). Kahtluse alla seatakse töö autori subjektiivset mõju uurimistulemustele. Ühe võimalusena kontrollida tulemuste kehtivust, on paluda teisel uurijal sama andmebaasi põhjal moodustada kategooriad. Kui kokkulangevus on 80-85%, võib pidada tulemusi usaldusväärseks (Polit ja Hungler 1995). Seda meetodit uurija ei rakendanud, sest antud töö on väga mahukas ja aeganõudev ning keeruline oleks leida teist uurijat, kes sama protsessi läbi teeks. Küll võiks mõelda edaspidi, eriti mahuka andmebaasi korral, uurimisrühma moodustamisele, mis tagab suurema usaldusväärsuse ja välistaks uurija võimaliku subjektiivsete hoiakute kajastamise tulemustes.

Uurija leiab, et uuritav valdkond oli ühe uurimuse tarvis liiga lai. Samas ei olnud mõeldav uurida tööalast koolitust eraldi erialase tegevuse kirjeldusest. Intervjuudes sageli sooviti rääkida igapäevasest tööst ja seal esinevatest kitsaskohtadest. Selle tagajärjel tekkis rikkalik andmebaas, mis põhjustas kategooriate rohkuse. Seetõttu võis jääda ka andmete võrdlus ja analüüs pinnapealseks.

Ettepanekud edaspidisteks uurimist vajavatest teemadest:

- 1) käesoleva uurimistöö tulemuste kvantitatiivne mõõtmine kõigi Eesti pereõdede hulgas;
- 2) pereõde iseseisva vastuvõtu tähendus ja pädevuse piirid;
- 3) pereõdede töökorralduslike mudelite analüüs ja efektiivsuse hindamine;
- 4) elanikkonna vajadused ja ootused pereõendusabile.

Pereõdede tööalase koolituse korraldamisega seotud soovitused:

- 1) luua Tallinna pereõdedele võimalused saada oma töö spetsiifikale vastavat täiendkoolitust;
- 2) pereõdede tööalase koolituse korraldamisel lähtuda soovituslikest toimumisaegadest ja pakkuda erinevaid õppimisviise kombineeritult. Võimalusel korraldada koolitusi ka vene keeles või toetada pereõdede keeleõpet;
- 3) pakkuda pereõdedele võimalust saada koolitust koolitajana, et rakendada praktikuid tööalase koolituse läbiviijana.

## 7. JÄRELDUSED

- Pereõde töö sisaldab patsiendi tervise hindamist, õendustoimingute sooritamist, nõustamis- ja haigusi ennetavaid tegevusi ning dokumentatsiooni haldamist. Pereõde vajab oma tööks teadmisi ealistest iseärasustest, pereõendusabist, kirurgiast ja traumatoloogiast ja farmakoloogiast ning ka tervisedendusest. Perearstid ja koolitajad olid arvamusel, et pereõde tööd hõlbustavad teatud lisaoskused nagu keelte tundmine, arvuti kasutamine ja psühholoogilised oskused ennast säästa ja patsienti mõjutada.
- Uurimuses osalejate arvamusel vajavad pereõed tööalast koolitust tervise, pereõenduse, haiguste ja ravi ning psühholoogia valdkonnas. Tööalase koolituse korraldamisel tuleks arvesse võtta pereõde tööaja ja intensiivsuse iseärasusi. Samuti oodatakse väga erinevate õppeviiside kasutamist ja propageerimist, sealhulgas ka e-õpet ja meeskonnakoolitust. Väga oluliseks peeti stažeerimisvõimalusi teiste spetsialistide juhendamisel. Tööalase koolituse planeerimine on täna liiga juhuslik ja lähtutakse valikutes kättesaadavatest koolitusprogrammidest. Koolitusega kaasnevad lisaväärtused, nagu rutiinist pääsemine ja võimalus teiste pereõdedega kohtuda ja kogemusi vahetada, on olulisel kohal koolituse toimumisel.
- Senised koolitusega seotud kogemused olid nii positiivsed kui negatiivsed. Positiivsena toodi välja pakutavate koolituste rohkust, kättesaadavust ja suhtumist täiskasvanud õppijasse. Samad tegurid aga esinesid ka negatiivse kogemusena: puuduvad spetsiifilised koolitused pereõdedele ja leidis koolitajaid, kes ei järginud andragoogilisi tõekspidamisi. Ootustest pereõde töös toodi välja selgepiirilise pädevuse kirjeldamise vajalikkust ja konkreetsete tegevusjuhendite väljatöötamise vajadust. Takistusena nimetati tööjõupuudust, õpimotivatsiooni nappust ja vähest ajalist ressursi. Koolitajate arvates ei ole piisavalt asjatundlikke koolituste läbiviijaid antud valdkonnas.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Affara, F. A. (2003). ICN framework and core competencies for the family nurse. International Council of Nurses. Geneva.

Atun, R. (2004). Nõuandev toetus esmatasandi arstiabi hindamismudelile: Eesti esmatasandi arstiabi hindamise projekt. Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo. Tallinn.

Bengtson, A., Drevenhorn, E. (1998). Mõõdukalt kõrgenenud vererõhuga patsientide ravi. Tõendus põhine õendus. Tallinn.

Benner, P. E. (1984). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Addison-Wesley Publishing Company, California, London, Amsterdam.

Bradley, E., Nolon, P. (2007). Impact of nurse prescribing: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 59(2): 120-128.

Burns, N., Grove, S. K. (2001). The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization. W. B. Saunders Company.

Carcich, G. (2007). Experienced registered nurses' satisfaction with using self-learning modules versus traditional lecture/ discussion to achieve competency goals during hospital orientation, *Journal For Nurses In Staff Development*, 23 (5): 214-220

Castledine, G., McGee, P. (1998). Advanced and specialist nursing practice. Blackwell Science, Great Britain.

Chiesa, A. M., Fracolli (2008). An educational process to strengthen primary care nursing practices in São Paulo, Brazil. *International Nursing Review*, 54(4): 398-404.

Crumbie, A. (2006). Assessment and management of the patient with chronic health problems and the patient as partner in care. In Walsh, M. (Ed.) (2006). *Nurse Practitioners. Clinical skills and professional issues* (307-329). Elsevier.

Danielson, E., Krogerus-Therman, I., Sivertsen B., Sourtzi, P. (2005). Nursing and public health in Europe – a new continuous education programme. *International Nursing Review*, 52(1): 32-38.

Docherty, A., Sandhu, H. (2006). Student-perceived barriers and facilitators to e-learning in continuing professional development in primary care. *Education for Primary Care*, 17, 343-353.

Eesti Õdede Liit, Eesti Haigekassa, Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon (2004). Koduõenduse tegevusjuhend. [http://www.ena.ee/dokumendid/Koduoendus\\_juhend.pdf](http://www.ena.ee/dokumendid/Koduoendus_juhend.pdf) (02.01.2008)

- Edwards, N., Hui, Z. D., Xin, S. L. (2001). Continuing education for nurses in Tianjin Municipality, the Republic of China. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 32(1): 31-37.
- Evans, W., Timmins, F., Nicholl, H., Brown, G. (2007). The impact of ongoing continuing professional development for nurses in the Republic of Ireland. *Journal of Nursing Management*, 15(6): 614-625
- Francke, A. L., Garssen, B., Huijer Abu Saad, H. (1995). Determinants of changes in nurses behaviour after continuing education: a literature review. *Journal of Advance Nursing*, 21, 371 – 377.
- Freidemann, M. L. (1989). The concept of family nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 211-216.
- Friedman, M. M. (1998). Family nursing: Research, theory and practice. Appleton and Lange, Stamford Connecticut.
- Furnham, A., Cristopher, A., Garwood, J., Martin, N. G. (2008). *Educational psychology*, 28, 15-27.
- Gardner, G., Gardner, A., Proctor, M. (2004). Nurse practitioner education: A research based curriculum structure. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2): 143-152.
- Gould, D., Fontnela, M. (2006). Commitment to nursing: Results of qualitative interview study. *Journal of Nursing Management*, 14(3): 213 -221.
- Gould, D., Smith, P., Payne S., Aird T. (1999). Students` expectations of postregistration degree programmes. *Journal of Advance Nursing*, 29(6): 1308–1317.
- Green, R., Gorzka, P., Kodish, S. (2005). Achieving excellence in practice: A model for continuing education for nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17(11): 452-459.
- Gristi, O., Jacono, J. (2006). Effectiveness of continuing education programmes in nursing: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, vol 55(4): 449-456.
- Hallin, K., Danielson, E. (2008). Registered nurses` perceptions of their work and professional development. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1): 62-70.
- Hansson, A., Friberg, F., Segesten, K., Gedda, B., Mattsson, B. (2008). Two sides of the coin – general practitioner`s experiences of working in multidisciplinary teams. *Journal of Interprofessional Care*, 22(1): 5-16.
- Haridus ja teadusministeerium (2005). Elukestva õppe strateegia 2005 – 2008. <http://www.hm.ee/index.php?popup=download&id=6877> 20.01.2008
- Havukainen, P., Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M. (2007). Perhehoitotyön oppimistehtävät – opiskelijaiden näkemykset perhehoitotyössä. *Hoitotiede*, vol 19(1): 23-32.

- Haycock-Stuart, E. A., Huoston, M. N. (2005). Evaluation study of a resource for developing education, audit and teamwork in primary care. *Primary Health Care Research and Development*, 6(3): 251-268.
- Huang, C. L., Wang, H. H. (2005). Community health development: what is it? *International Nursing Review*, 52(1): 13-17.
- Hughes, E. (2005). Nurses' perceptions of continuing professional development. *Nursing Standard*, 19(43): 41-49.
- ICN (2002). Nurses always there for you: caring for families. Geneva.
- Jenkins-Clarke, S., Carr-Fill, R., Dixon, P. (1998). Teams and seams: skill mix in primary care. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5): 1120-1126.
- Kemp, L., Anderson, T., Travaglia, J., Harris, E. (2005). Sustained nurse home visiting in early childhood: exploring Australian nursing competencies. *Public Health Nursing*, 22(3): 254-259.
- Knowles, M. S. (1970). The modern practice of adult education for development. *Andragogy versus pedagogy*. Associated Press, New York.
- Kyngäs, H., Vanhanen, L. (1999). Sisällön analyysi. *Hoitotiede*, 11(1): 3-12.
- Lim, G. A., Honey M., Kilpatrick, J. (2007). Framework for teaching pharmacology to prepare nurse for prescribing in New Zealand. *Nurse Education in Practice*, 7(5): 348-353.
- Lin, J. S., Lin, K. C., Jiang, W. W., Lee, T. T. (2007). An exploration informatics competency and satisfaction related to network education. *The Journal of Nursing Research*, 15(1): 54-66.
- Maaroos, H.-I., Ilves, K., Tiik, M. (2001). Peremeditiini arengukava 2001-2015. *Perearst*, 1, 3-10.
- Morse, J. M., Field, P. A. (1996). Nursing research. The Application of qualitative approaches. London.
- Märja, T., Lõhmus, M., Jõgi, L. (2003). Andragoogika. Raamat õppimiseks ja õpetamiseks. Kirjastus Ilo, Tallinn.
- Mäkipeura, J. (2005). Sairaanhoidajien ammatilinen pätevyys ja täydennys-koulutustarve. Pro gradu tutkielma. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Nettle, C., Pavelich, J., Jones, N., Beltz, C., Laboon, P., Pifer, P. (1993). Family as client: Using Gordon's health pattern typology. *Journal of Community Health Nursing*, 10(1): 53-61.
- Nicol, F., Patterson, W. M. (1999). Does formal approval of educational courses guarantee quality? *Medical Education*, 33, 371-373.
- O'Shea, E. (2003). Self-directed learning in nurse education: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 43(1): 62-70.

- Perearsti tööjuhend (RTL 2001, 130, 1887, sotsiaalministri määrus nr. 117).
- Polit, D., Hungler, B. (1995). *Nursing research: Strategies for natural sociology*, Philadelphia.
- Porsche, D. J. (2006). *Rahva ja kogukonna terviseõendus. Elanikkonnapõhine lähenemine*, Tartu.
- Puusepp, K. (2007). *Õdede võimestamise tegevused ja väljundid: kirjanduse süstemaatiline ülevaade*. Magistritöö õendusteaduses. Tartu Ülikool.
- Rashid, A., Siriwardena, A. N. (2005). The professionalisation of education and educators in postgraduate medicine. *Education for Primary Care*, 16, 235-245.
- Shannon, S. (2003). Adult learning and CME (continuing medical educational programme). *The Lancet*, 361(18): 266.
- Singleton, J. K., Sandowski, S. A., Green-Hernandes, C., Horvath, T. V., DiGregorio, R. V., Holzemer, S. P. (1999). *Primary care*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, New York, Baltimore.
- Stanhope, M., Lancaster, J. (2004). *Community and public health nursing*. Mosby, USA.
- Streeton, R., Cooke, M., Campell, J. (2004). Researching a researchers using a snowballing technique. *Nurse Researcher*, 12(1): 35-46.
- Suomen sairaanhoitajaliitto ry (2003). Täydenniskoulutuksen laatuvaatimukset. [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/mp/db/file\\_library/x/IMG/11894/file/laatuvaatimukset.pdf](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/mp/db/file_library/x/IMG/11894/file/laatuvaatimukset.pdf) (23.01.2007).
- St John, W., Rolls, C. (1996). Teaching family nursing: strategies and experiencies. *Journal of Advance Nursing*, 23, 91-96.
- Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded (RTL 2004, 158, 1237, sotsiaalministri määrus nr. 128).
- Tight, M. (2002). *Key concepts in adult education and training*. 2nd edition. RoutledgeFalmer, London and New York.
- Tveiten, S., Severinsson, E. (2005). Public health nurses` supervision of clients in Norway. *International Nursing Review*, 52(3): 210 -218.
- Täiskasvanute koolituse seadus (RT I 1993, 74, 1054).
- Uiga, B. (2002). *Õendusprotsess: käsiraamat õdedele*, Tartu.
- Uzel, M, Celik, M., Ekebricer, H. (2007). The knowledge, attitude and practice of the primary and secondary care nurse-midwife practioners on developmental dysplasia of hip. *Nurse Education Today*, 27, 635-645.

Viikmann, T. (2004). Elukestva õppimise sotsiaalseid aspekte Tallinna Meditsiinikooli näitel. Kogumikus: Tulva, T. (toim.) (2004). Õendus ja sotsiaaltöö. Teadusartiklite kogumik (31-49). Tallinn.

Whittaker, E., Krenahan, G. W., Hasson, F., Haward, V., McLaughlin, D. (2006). The palliative care education needs of nursing home staff. *Nurse Education Today*, 26(6): 501-510.

WHO (1986). The Ottawa Charter for Health promotion, the First Conference on Health Promotion, 21 November 1986. [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf) (20.01.2008)

WHO (1996). The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, 1996. [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927\\_5](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_5) (20.01.2007)

WHO (2000a). Munich Declaration: Nurses and midwives: A force for health 2000. [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010828\\_4](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010828_4) (21.01.2007).

WHO (2000b). The family health nurse context, conceptual framework and curriculum. [http://www.see-educoop.net/education\\_in/pdf/family\\_health\\_nurse-oth-enl-t06.pdf](http://www.see-educoop.net/education_in/pdf/family_health_nurse-oth-enl-t06.pdf) (04.01.2008).

WHO (2000c). Tervis 21: WHO Euroopa piirkonna "Tervis kõigile" raampoliitika. Tartu.

Wright, L. M., Leahey, M. (1990). Trends in nursing of families. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 148-154.

## Tartu Ülikooli Inimuuringute Eetika Komitee

### Ethics Review Committee (ERC) on Human Research of the University of Tartu

Protokolli number: 161/7, 18.06.2007

**Vastutav uurija (asutus):**

Tiiina Tõemets (TÜ Õendusteaduse osakond, Nooruse 9, Tartu)

**Uurimistöö nimetus:**

Õdede tööalane koolitus pereõe, perearsti ja koolitaja vaatenurgast

**Komitee koosseis:**

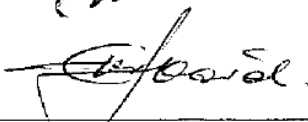
	Asutus, amet	Osalemine otsuse tegemisel
Andres Soosaar	TÜ Tervishoiu instituut, dotsent, komitee esimees	+
Arvo Tikk	TÜ Närvikliinik, emeriitprofessor, komitee aseesimees	+
Eve-Merike Sooväli	Tartu Tervishoiu Kõrgkool, lektor, komitee sekretär	+
Riina Kallikorm	TÜ Sisekliinik, dotsent	+
Oivi Uibo	TÜ Lastekliinik, dotsent	+
Kaia Kastepõld-Tõrs	TÜ Psühholoogia osakond, lektor	+
Kristi Lõuk	TÜ eetikakeskus, projektijuht	+
Lembit Allikmets	TÜ Farmakoloogia instituut, emeriitprofessor	+
Vallo Olle	TÜ Õigusteaduskond, Riigi- ja haldusõiguse õppetool, dotsent	+
Naatan Haamer	TÜ Naistekliinik, hingehoidja	+
Maire Link	TÜ Arstiteaduskonna doktorant	+

**Komitee otsus:** Antud nõusolek uurimistööks.

Komitee esimees: dotsent Andres Soosaar



Komitee sekretär: Eve-Merike Sooväli



TÜ Biomeedikum  
room 3050  
Ravila Str. 19  
51014, Tartu, Estonia

Phone: (+372) 7 374 350  
Fax: (+372) 7 374 352



## Lisa 2. Informeeritud nõusoleku vorm

### LUGUPEETUD PEREÕDE/ PEREARST/ KOOLITAJA,

Käesoleva magistritöö eesmärgiks on kirjeldada õdede tööd ja tööalast koolitust pereõe, perearsti ja koolitaja vaatenurgast. Kuna pereõe roll on alles Eestis välja kujunemas, soovitakse antud uurimusega koguda uut teavet õdede vajaduste ja ootuste osas tööalasele koolitusele, et edaspidi parendada süstemaatilist, kvaliteetset ja ootuspärast koolituse pakkumist pereõdedele. Uurimusse kaasatakse ka perearst kui tööandja ning ka koolitaja, et teada saada, kas eelpool nimetatud osapooltel on ühtne arusaam õdede ootustest ja vajadustest koolitusele.

Uurimismaterjali kogumiseks soovib uurija läbi viia intervjuud kõigi osapooltega. Uurimuses osalemine on kõigile vabatahtlik ja alati võib osalemise katkestada, kui see tundub vajalik. Uurimistöös ei nimetata uuritavate nimesid ega töökohti, vaid tulemused esitatakse üldistatult ja uurija poolt välja mõeldud tunnuste abil (nt tähistatakse teatud tähega). Intervjuud lindistatakse, kirjutatakse ümber ning seejärel lindistused kustutatakse.

Uurija on alati valmis vastama tekkinud küsimustele ja täpsustama töö eesmärki ning uurimuse läbiviimist.

Uurimuse läbiviimiseks on taotletud luba Inimuuringute Eetika Komiteelt

Meeldivat koostööd soovides,

Tiina Tõemets

Õendusteaduse magistrant

Tartu Ülikool

Tel. ...., e-post:.....

---

### Uurimistöö teema: õdede tööalane koolitus pereõe, perearsti ja koolitaja vaatenurgast.

Mind, ....., on informeeritud ülalmainitud uuringust ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist, uuringu metoodikast ja uuringuga seotud võimalikest kahjuohtudest ja kinnitan oma nõusolekut selles osalemiseks allkirjaga.

Minu (uuritava) töökoht ja telefon: .....

Tean, et uurimuse käigus tekkivate küsimuste kohta saan mulle vajalikku täiendavat informatsiooni uuringu teostajalt Tiina Tõemetsalt.

Uuritava allkiri.....

Kuupäev, kuu, aasta .....

### Lisa 3. Intervjuu teemad:

- Pereõdede olemasolevad teadmised ja oskused
- Pereõdede vajadus uute teadmiste ja oskuste kohta
- Pereõdede eelnevad kogemused töölalasel koolitusel osalemisest ja uute teadmiste rakendamisest praktikas
- Pereõdede ootused tööalasele koolitusele
- Pereõde koolitusplaan (kursuste valik, ajakava, maht aastas jms)
- Töölalasel koolitusel osalemist mõjutavad tegurid

#### Intervjuu suunavad küsimused

##### PEREÕELE

1. milliseid teadmisi ja oskusi peate tähtsaks töötades pereõena?
2. milliseid teadmisi soovite saada juurde tööalasel koolitusel?
3. millised kogemusi omate eelnevalt läbitud koolitustelt?
4. kuidas rakendate koolitustelt saadud teadmisi praktikas?
5. millised õppevorme teate ja sooviksite ise kogeda oma teadmiste täiendamisel?
6. milline on pereõde koolitusplaan?
7. millised tegurid mõjutavad tööalasel koolitusel osalemist?

##### PEREARSTILE

1. nimetage, milliseid pereõde teadmisi ja oskusi peate tähtsaks pereõde töös?
2. milliseid teadmisi võiks pereõde omandada tööalasel koolitusel?
3. kuidas suhtute pereõde osalemisse tööalasel koolitusel?
4. kuidas pereõde rakendab koolitustelt saadud teadmisi?
5. milliseid õppevorme võiks pereõdede koolituses kasutada?
6. milline on pereõde koolitusplaan? Kes valib kursused ja mis kriteeriumite alusel?
7. millised tegurid mõjutavad pereõde tööalasel koolitusel osalemist?

##### KOOLITAJALE

1. millised teadmised ja oskused teie arvates peaks pereõdel on?
2. milliseid koolitusi arvate, et pereõde vajab?
3. milline on olnud tagasiside pereõdedelt, kes on osalenud teie poolt korraldatud koolitustel?
4. kas teie poolt pakutud kursused on praktilähedased/ töös rakendatavad?
5. milliseid õppevorme sooviksite kasutada pereõdede koolitamisel?
6. milliseid koolitusi pakute praegu pereõdedele?
7. millised tegurid mõjutavad teie arvates pereõdede tööalasel koolitusel osalemist?