



TARTU ÜLICOOL
ARSTITEADUSKOND
ÕETEAUSE OSAKOND

EVE-MERIKE SOOVÄLI

PATSIENTIDE JA ÕDEDE HINNANGUD NING
ARVAMUSED ÕENDUSABILE
KIRURGIAOSAKONDADES

MAGISTRITÖÖ ÕETEAUSE ALAL

JUHENDAJA URMAS LEPNER, MD, PhD

TARTU 1997

KOKKUVÕTE

Uurimuse eesmärgiks oli välja selgitada, millal ja millist õendusabi vajatakse ning milline on patsientide hinnang õendusabile. Uuriti ka patsiendi ootusi õele ning patsientide arusaamist õe ja arsti rolli jaotumisest haiglas. Küsiti, mida õed peavad ennekõike oma igapäevatöök ja kas õdedel on küllaldaselt võimalusi otsuste tegemiseks õendusabis. Kas patsiendid vajavad õpetamist ja kuidas hinnatakse oma õe ideed ning milline on patsientide hinnang ravil viibimisega kaasnevatele erinevatele teguritele?

Uurimuses seatud eesmärkidest lähtuvalt kasutati hinnangulist uurimismeetodit. Hinnangulise uurimusega hinnatakse varajasemate otsuste või abinõude ning ka tegevuse tõhusust või kasulikkust. Saadakse teada, kuidas teenendus või plaanitud tegevused töötavad, millised on tugevad või nõrgad küljed.

Uurimus teostati kahes etapis. Esimeses etapis tehti intervjuud 32 patsiendi ja 9 õega et määratleda patsientide vajadusi ja ootusi õendusabile, samuti ka ravil viibimisega kaasnevatele erinevatele teguritele. Saadud andmebaasi analüüsiti sagedus - jaotus meetodil ja tulemustest koostati küsimustikud teise etapi läbiviimiseks.

Teises etapis täitsid küsimustikud 66 patsienti ja 51 õde, tulemusi analüüsiti statistiliselt.

Saadud tulemuste põhjal võib öelda, et kirurgiaosakonnas määrab õendusabi vajaduse suuresti ravil viibimise põhjus. Küsitletud patsientidest 68% olid operatsioonil ja nendest 41% vajab kõige enam õepoolset aitamist operatsioonijärgselt intensiivravipalatis. Patsientide hinnangul saadud ja õdede arvates antud õendusabi oli heatasemeline.

Patsiendi kõige tähtsamaks ootuseks õelt oli arsti korralduste täpne täitmine, oluliseks peeti ka tähelepanelikkust ja hoolitsust. Õdede arvates ootasid patsiendid õelt ennekõike suhtlemist. Patsiendid ootasid eelkõige õe ja arsti koostööd haigele hea ravi ja õendusabi tagamisel. Väga oluliseks peeti koostööd ka haigele tehtavate protseduuride ja uuringute selgitamisel.

Õed hindasid oma igapäevatöö kõige tähtsamaks osaks protseduuride tegemist. Negatiivsele poolele kaldus see, et õdedel on veel liialt vähe võimalusi otsuste tegemiseks õendusabis.

Nii patsiendid kui ka õed suhtusid positiivselt patsientide õpetamise vajadusse. Patsientide hinnangul oli kõige vajalikum õpetada neile ravimite toimet ja iseendaga toimetulekut operatsioonijärgselt nii haiglas kui ka kodus.

Paljude patsientide hinnangul osutus oma õe idee negatiivseks, eelistati erinevaid õdesid. Poolte õdede hinnangul peeti oma õde vajalikuks.

Enamus küsitletud patsiente hindas saadud õendusabi ja haiglaelu erinevaid külgi heatasemeliseks, kuid igal elualal kiirelt arenev teadus ja tehnika ning üha avarduv maailmapilt suurendavad patsientide ootusi ja õdede vajadust oma professioni tõstmiseks ning õenduse kui teadusala arendamiseks.

SUMMARY

As far as it can be determined, it is the first research of its kind in Nursing Science in Estonia.

The aim of research was to establish the timing and nature of nursing required, and patients' evaluation of nursing. Patients' expectations of a nurse, as well as their understanding of the division of doctors' and nurses' roles in the hospital were surveyed. It was investigated what the nurses considered to be their primary function in their daily work and whether they had enough opportunities of decision making. Are the patients in need of instructions? How is the idea of a private nurse judged, and how do the patients evaluate different aspects in connection with their treatment?

Based on the goals of research, the evaluative research method was applied. Using the evaluative method, earlier decision and means, as well as their quality and usefulness are appraised. This enables to deduct how effective the service or planned activities are, and to establish their strong and weak points.

The research was conducted in two stages. In the first stage, 32 patients and 9 nurses were interviewed to establish patients' needs and their expectations of nursing, as well as different factors deriving from being treated. The acquired database was analyzed using frequency – distribution method and the results were used to formulate the questionnaires for the second stage.

In the second stage the questionnaires were answered by 66 patients and 51 nurses, and the results were analyzed statistically.

Based on the results it can be said that in the surgical department the need for nursing care largely depends on the reason the patient is being treated. 68% of the patients questioned had had an operation, and 41% of those required nursing care most

during their post – operational stay in the intensive care unit. In the patients' judgement, and in the nurses' opinion, the nursing care was adequate.

The emphasis in patients' expectations of a nurse was that she followed doctor's orders accurately; attention and care was also held to be important. In nurses' opinion, patients expected from the nurse, above all, the ability to communicate. They also prioritized nurse's and doctor's collaboration to ensure good medical treatment and nursing care. Co-operation in clarifying the procedures and studies, or research, that patients were undergoing was deemed to be of utmost importance.

Nurses judged that fulfilling their procedures was the most important part of their dailywork.

It leaned towards negative that the nurses still don't have enough opportunity to make decisions in nursing care.

The patients, as well as nurses felt positively about the need to educate the patients. In the patients' judgement it was most important to instruct them in the effects of prescribed medicine and self-care in the hospital as well as at home following an operation.

In the judgement of many patients, the idea of a private nurse was negative, the preference was to have different nurses. In the assessment of half of the nurses, the idea of a private nurse was necessary.

Most of the patients that were questioned judged the nursing care and different aspects of hospital stay to be of good quality.

However rapidly advancing science and technology, and ever expanding horizon in every field of life also increases patients' expectations and nurses' need to constantly enhance their profession and to keep developing nursing science.

SISUKORD

	Lk.
1. Sissejuhatus	4
1.1. Uurimuse eesmärgid	6
2. Kirjanduse ülevaade	7
2. Õenduse ajalooline ülevaade	7
2.1.1. Maailmas	7
2.1.2. Eestis	9
2.2. Patsiendi vajaduste määratlemine ja õe osa nende vajaduste rahuldamisele kaasaaitamisel	11
2.3. Individuaalne õendus ja nn. oma õde	13
2.4. Patsiendi õpetamine	15
2.5. Patsiendi ootused ja hinnangud õendusabi headusele ja rahulolule	17
2.6. Uurimismetoodikad	19
3. Uurimuslik osa	21
3.1. Metoodika	21
3.2. Valim	21
3.3. Tulemused ja arutelu	23
3.3.1. Vajadus õendusabile	23
3.3.2. Hinnang õendusabile	25
3.3.3. Patsiendi ootused õele	27
3.3.4. Õdede arvamused ja hinnangud oma igapäevatööle	29
3.3.5. Õe ja arsti rolli jaotumine haiglas patsientide arusaamise järgi	33
3.3.6. Patsiendi ravil viibimisega kaasnevad erinevad tegurid	34

3.3.7. Õdede iseseisvus ja otsustamise võimalused õenduses ning patsientide soov teha koos õega otsuseid	41
3.3.8. Patsientide õpetamine	43
3.3.9. Oma õde	45
3.3.10. Meeste ja naiste arvamuste erinevused	48
3.3.11. Vanusest sõltuvad arvamuste erinevused	51
3.3.12. Haridusest sõltuvad arvamuste erinevused	53
4. Diskussioon	55
5. Järeldused	59
6. Kasutatud kirjandus	60
Lisad	

UURIMUSES KASUTATUD ERIALASTE TERMINITE SELETUS

ÕENDUS (nursing) on kutsealane tegevus, mis lähtub õenduses kehtivatest põhimõtetest ja väärtushinnangutest ning mille eesmärgiks on tervise edendamine ja säilitamine, haiguste vältimine, tervise ja töövõime taastamine ning kannatuste vältimine.

Õenduse objektiks on üksikisik, perekond või elanikkond oma füüsiliste, psüühiliste ja sotsiaalsete vajadustega (3; 4).

ÕENDUSABI ehk **ÕENDUSHOOLDUS** (nursing care) on õenduse üks osa, mille ülesandeks on inimese (nii terve kui haige) abistamine juhul, kui ta ise oma tervise eest hoolitsemisega toime ei tule kas teadmiste, oskuste, tahte või jõuvarude puudumise tõttu. Õendusabi ülesandeks ei ole inimese eest ärategemine, vaid tema eest hoolitsemine ja samal ajal tema suunamine ning õpetamine, kuidas saavutada võimalikult kiiresti iseseisvus ja sõltumatus teistest inimestest. Õendusabi on sihipärane, eesmärgile suunatud tegevus, mille aluseks on õendushooldusplaan (3; 4).

ÕENDUSPROTSESS (nursing process) on süstemaatiline, sihipärane tegevus, kus õde ja patsient koos määravad kindlaks õendusabi vajaduse, planeerivad ja teostavad hooldust ja hindavad selle tulemusi. Õendusprotsessi esmane eesmärk on aidata õel juhtida iga üksiku patsiendi hooldust teaduslikult, terviklikult ja loominguiliselt, aidates kaasa haiguse ärahoidmisele, tervise paranemisele ja patsiendi toimetulekule muutunud funktsiooniga (39).

ÕENDUSDIAGNOOS (nursing diagnosis) on kliiniline otsustus üksikisiku, perekonna või ühiskonna reageeringust olemasolevale või võimalikule terviseprobleemile või eluprotsessile. Õendusdiagnoos kindlustab lähtekohtade valiku õendusabiks, mille eest õde on vastutav. Õendusdiagnoosi panemisel lähtutakse kliinilisest informatsioonist, mis on saadud patsiendi vajaduste määratlemisel (32).

1. SISSEJUHATUS

Inimese eest hoolitsemine kui ta ei saa ise hakkama, on sama vana kui inimkond. Viis, kuidas ja kes seda hoolitsust teostavad, on kujunenud ja arenenud koos ühiskonnaga.

Kaasajal tunnustatava õenduse alguseks võib pidada 18.saj. keskpaika, kui õendus sai tegevusalana selgemapiirilised jooned.

Õendus nagu kõik teisedki elukutsed on ühiskonna oluline osa, ta on ühiskonnas kasvanud ja selles edasi arenenud. Õendus on dünaamiline, mitte staatiline, ja temas peegeldub ühiskonna vajaduste muutumine. Õenduse kompetentsus põhineb kokkuleppel ühiskonnaga, mis tunnustab elukutse õigusi ja vastutust, samuti vastutusvõimet ühiskonna ees (2).

Seoses ühiskonna pideva arenemise ning uute paradigmadega on hakatud õendusele üha rohkem tähelepanu pöörama, eelkõige haridusele ja kutsealasele tööle. Teatavasti on meie õenduse taust olnud küllalt erinev arenenud maadega võrreldes ning see on mõjutanud õendusala tegevust tervikuna.

Juba varasematest aegadest tulenevalt on õe sotsiaalne positsioon ja roll jäänud arsti elukutse varju. Meie meditsiin on olnud ja on ka veel praegu liialt arstikeskne. Paljud patsiendid eelistavad meditsiinilises teenenduses eelkõige arsti ja näevad õde arsti abilisenä. Ravitsemises ei ole õe roll suunatud arsti aitamisele, vaid patsiendile arstiabi teostamisele nii, et patsiendil oleks sellest võimalikult palju kasu (8).

Antud uurimistööd ajendas tegema soov ja vajadus teada saada patsientide ja õdede arvamusi ja hinnanguid õendusele, eelkõige õendusabile. Hetkel oli teatav vajadus ka olukorra teadvustamiseks, kuna toimuvad ja kindlasti on veel toimumas muudatusi ja uuendusi kogu tervishoiusüsteemis, eriti aga õenduses. Milliseid eesmärke

on Eestis õendusele püstitatud? Neid on erinevaid: heatasemelise kutsealase tegevuse edasiarendamine just õendusabi kvaliteedi tõstmise näol, õdedele parema õpetuse andmine ja haridustaseme tõstmine, õendusosalase teadustöö rajamine ja õendusjuhtimise arendamine. Käesolevas töös on tähelepanu alla võetud ennekõike õendusabi.

Hinnangulist uurimismeetodit kasutades saadi informatsiooni, milline on see tase, kus praegu ollakse, ja milliseid suundi ja tegevusi võiks ning peaks tulevikus õenduses edasi arendama? Patsiendi heaolu sõltub paljuski sellest, milline on õe kompetentsus, kuidas ta oskab oma teadmisi ja oskusi viia iga patsiendini ja milline on praktiline teostuse tase. Õendusabi ülesandeks on patsiendi abistamine, ennekõige siis kui patsient mingil põhjusel ise ei tule toime oma tervise eest hoolitsemisega. Õendusabi on suunatud patsiendi haigusele ja selle ravimisele. Õe ülesandeks on patsiendi eest hoolitsemine, tema õpetamine ja julgustamine, et patsient suudaks võimalikult kiiresti saavutada sõltumatuse teistest inimestest. Paljudes maades kasutatakse tänapäeval õendusabis edukalt õendusprotsessi ja õendusdiagnoose, mille kaudu on parem õendusabi teostada. Meie õenduses on veel küllaldaselt arenguruumi, me ei kasuta oma kutsetöös maailmas tunnustatud ja hästi töötavat õendusprotsessi ja õendusdiagnoose. Õendusdiagnoosi ja õendusprotsessi kasutuselevõtmine võiks olla üheks tuleviku prioriteetidest Eesti õenduses.

1.1. UURIMUSE EESMÄRGID

Antud õttheadusliku uurimuse eesmärgiks on teada saada nii patsientide kui ka õdede hinnanguid ja arvamusi õendusabile ja ravil viibimisega seonduvatele erinevatele teguritele.

1. Selgitada välja, millal ja millist õendusabi eelkõige vajatakse ning milline on hinnang õendusabile?
2. Millised on patsientide ootused õele nii patsientide kui ka õdede hinnangul ning milline on patsientide arusaam õe ja arsti rolli jaotumisest haiglas?
3. Mida peavad õed oma igapäevatöök ja kas õdedel on küllalt võimalusi otsuste tegemiseks õendusabis?
4. Milline on patsientide hinnang erinevatele teguritele, mis kaasnevad ravil viibimisega?
5. Kas patsiendid vajavad õpetamist ning kas õed tahavad patsiente õpetada?
6. Milline on patsientide ja õdede hinnang nn. oma õe ideele?

2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

2.1. ÕENDUSE AJALOOLINE ÜLEVAADE

2.1.1. MAAILMAS

Õendus (nursing) on pidevalt areneva ühiskonna osa, ta on alati teeninud inimese tervise eest hoolitsemist. Õendus kui tegevusala on sama vana kui arstiteadus, nad on läbi aegade liikunud vahelduvates vastastikustes suhetes. Kunagi Hippocratese ajal (400 a. e.m.a.) tegutses arstiteadus ilma õenduseta, aga keskajal praktiseeriti õendust ilma ratsionaalse arstiteaduseta (12; 30).

Varases ajaloos oli hoolitsuse omapäraks see, et ta oli kogukonna teenistuses ning oli seotud tugeva instinktiga hoida ja kaitsta oma perekonda (12). Õendus algas soovist hoida inimest elus ja kanda hoolt haige lohutamise ja hoolitsemise eest (34). Ühiskonna arengu ja kristluse tulekuga sai õendus palju selgemad piirid. Tekkis arusaamine, et armastus ja hoolitsus teise inimese eest on väga tähtsad. Tänu kirikute ja kloostrite olemasolule ja nende suurele mõjule inimeste üle tekkis organiseeritud haigete külastamine ning nende abistamine. Abistajateks olid diakonissid. Haigete ja väetite eest hoolitsemise ning nende ravitsemisega tegelesid ka mungakloostrid ja religioosete meeste ordud (34).

16.sajandil tekkisid ühiskonnas ja kirikuelus muutused, suleti palju munga- ja nunnakloostreid. Kuna valitses tohutu vaesus, siis suurenes haigete inimeste arv. Olukord oli nii raske, et põetajatena kasutati vanglatesse karistust kandma määratud naisi. Selline olukord püsis üsna kaua ja oli raske nii ühiskonna kui ka põetajate jaoks. Põetajate töö oli väga vaevanõudev, tööpäevad pikad ja tasu ülimalt väike (34).

18.sajandil said ühiskonnas alguse reformid, mis parandasid üldist naiste positsiooni, seega muutus õdedegi roll. Sellesse aega jäi ka Florence Nightingal'i sünd (1820-1910), tema õpingud ning õena ja õendusteadlasena töötamine (34).

Florence Nightingal'i võib pidada õenduslase teooria ja õeteaduse rajajaks. Juba 18. saj. keskel tuli Nightingale välja kindla veendumusega, et õeteadus on erinev arstiteadusest. Tema arvates oli õe ülesandeks patsiendi aitamine võimalikult heasse seisundisse, nii et loodus võiks kaasa aidata tema paranemisele. Nightingale kirjeldas, et õendus põhineb inimesel ja tema ümbrust puudutaval teadmisel ehk teistsugustel algteadmistel kui arstide töö. Nightingale hakkas tegelema õdede õpetamise ning õenduslaste raamatute kirjutamisega, aidates nii kaasa õenduse arendamisele ja õeteaduse tekkimisele (24).

See on olnud suuresti aluseks tänapäevase modernse õenduse, õdede hariduse ja õeteaduse tekkele (34).

Olgugi et üldised eesmärgid õenduses on jäänud läbi sajandite suhteliselt püsivaks, on praktiline õendus pidevalt arenenud koos ühiskonnaga ning muutunud iseseisvaks kaasaegseks elukutseks (34).

Rahvusvaheliselt on õendust defineeritud mitmetel erinevatel viisidel. Kuid Rahvusvaheline Õdede Nõukogu (ICN - International Council of Nurses) on kiitnud heaks klassikalise õenduse definitsiooni, mis on formuleeritud 1960.a. Virginia Hendersoni poolt:

“ Õe eriline tööülesanne seisneb selles, et abistada kas haiget või tervet indiviidi rakendama selliseid abinõusid, mis soodustavad tervist või tervenemist (või rahulikku suremist); abinõusid, mida indiviid oleks võimeline teostama ise, kui tal oleks piisavalt jõudu, tahet või teadmisi. Seda tööülesannet tuleb teostada nii, et indiviid taastaks oma sõltumatuse nii ruttu kui võimalik” (16).

2.1.2. EESTIS

Ajaloost on teada, et juba keskajal pühendusi haigete põetamisele mõned nunna- ja mungaordud. Tallinnas oli Begiinide ordu, kes aeg – ajalt surijatelt annetusi ja pärandusi välja meelitades ka pahandusi põhjustas. Meessoost põetajad olid koondunud poolilmalikesse vennaskondadesse. Rohhuse vennad abistasid katkuhaigeid, Antoniuse vennad pidalitõbiseid, kuid Gertruudi vennad olid ainult meremeeste põetajateks.

Vastavalt Peeter I korraldusele ilmusid 1724.a. Eestisse esimesed haigemaja naispõetajad. Nendeks olid kaks Pihkva nunna, kes hakkasid tööle Tallinna Mereväe Hospitalis.

1867.a. asutati Tallinna Diakonisside Maja, millel oli nii haigemaja kui õdedekooli ülesanne, sealt tulid esimesed Eesti halastajaõded diakonisside näol. Selle kooli kasvandikud jäid enamasti tööle samasse haiglasse, kuid mõned saadeti ka maakondadesse. Vähesel määral õpetasid õdesid välja ka Tartu Ülikool ja Punase Risti Organisatsioon.

1892.a. oli juba nii palju koolitust saanud halastajaõdesid, et asutati Eestimaa Halastajaõdede Hooldamise Komitee. Selle komitee ülesandeks oli kõikide haiglate varustamine halastajaõdedega (15).

Halastajaõded said tööd ka Priihospitalis (praegune Tallinna Keskhaigla) ning tollane peaarst Nikolai von Krusenstern on öelnud: "Alles peale halastajaõdede tööleasumist sai meile selgeks, millise asendamatu abi on haigemaja nende näol saanud". See haigla sai ka halastajaõdede väljaõppebaasiks (33).

Ka Tartus koolitati õdesid: 1894.a. asutati Mellini Õdede Kool ja veerand sajandit hiljem 1920.a. Punase Risti Õdede Kool. 1925.a. loodi Eesti Õdede Ühingu ja õde Anna Erma eestvõttel Eesti Õdede Ühingu Õdedekool.

1923. a. pidasid õed vajalikuks moodustada oma ühing. Selleks ajaks oli Eestis juba ~ 400 koolitust saanud õde. Õdede Anna Erma, Julie Abi ja Helmi Kimmeli algatusel moodustati Eesti Õdede Ühing, mis tegutseb tänaseni. "Ühingu eesmärgiks on õdede koondamine ühisele tööle, mis edendaks ja kindlustaks nende vaimset, õiguslikku ning majanduslikku seisukorda ja kaitseks nende huvisid, et töötada ühiskonna tervenemiseks ja heategevalt toetada avalikku rahvatervishoidu ja hoolekannet oma õdede kaudu" (14).

Nagu mujal maailmas, nii laienes ja hoogustus ka Eesti õdede tegevus ning 1933.a. võeti Eesti Õdede Ühing Rahvusvahelise Õdede Nõukogu (ICN) liikmeks, sinna kuulutakse ka praegu (15).

Pärast II maailmasõda alustasid 1944.a. aastal tööd meditsiinikoolid Tallinnas ja Tartus, aasta hiljem Viljandis, Kohtla-Järvel ja Rakveres. Punase Risti korraldusel toimusid soovijatele ka lühiajalised õdede kursused.

Hiljem suleti mitmed koolid, kuid siiani töötavad Tallinna, Tartu ja Kohtla-Järve Meditsiinikoolid (15).

Alates taasiseseisvumisest on Eesti õenduses toimunud kiire areng. Nüüd on ka Eesti õdedel võimalik saada akadeemilist haridust ja teha õendusala teadustööd.

Ka vahepealsetel okupatsiooniaastatel õpiti õdedeks ja töötati õdedena, 1966.a. loodi eesti õdede kutseorganisatsioon - Meditsiini Õdede Selts. Selle organisatsiooni ülesandeks oli organiseerida õdede süstemaatilist täienduskoolitust, hoolitseda töötingimuste parandamise eest ja kaasa aidata ajakohaste töövahendite muretsemisel. Vähem tähtis polnud ka hoolitsus õdede vaba aja sisustamise eest. Suure populaarsusega olid õdede igasuvised üle -eestilised puhkelaagrid (15).

2.2. PATSIENDI VAJADUSTE MÄÄRATLEMINE JA ÕE OSA NENDE VAJADUSTE RAHULDAMISELE KAASAAITAMISEL

Vajadusteooriaid on kasutatud paljude erinevate õendusteooriate lähtekohtadena.

Õenduses on kesksel kohal eelkõige füsioloogilised vajadused, samuti ka psühholoogilised ja sotsiaalsed vajadused (38).

Vajadusteooria vaatenurgast lähtudes on õenduses kesksel kohal patsientide põhivajaduste rahuldamine.

Õendusosalases kirjanduses on sagedasti viidatud A. Maslow ja R. B. Murray teooriatele (35).

R. B. Murray järgi on vajadus jõud, mis mõjutab inimese käitumist, käitumine võib olla kas füüsiline või psüühiline. R. B. Murray teooria järgi on inimene tervik, kes väljastpoolt tulevatele ärritustele või väljaspool juhtuvatele muutustele reageerib teatud aktiivsemate ja passiivsemate rütmidega, enne kui ta saavutab vajaliku tasakaalu (35).

A. Maslow teooria järgi on inimesel vajadused, soovid, ahvatlused, mis on oma põhiolemuselt hierarhilised ja motiveerivad inimese käitumist. Kõrgemal olevaid vajadusi ei saa enne rahuldada, kui alumised vajadused on rahuldatud. A. Maslow vajadushierarhia kõrgemale tasemele – eneseteostuse tasemele – ei saa enne, kui alumised vajadused (füsioloogilised, turvalisus, armastus, olla tunnustatud, kritiseerimisvajadus) on altpoolt ülespoole rahuldatud (25).

Õenduses juhivad vajadused inimese käitumist ja õe rolliks on eelkõige nende vajaduste määratlemine (35).

V. Hendersoni teooria järgi on inimese põhivajadused järgmised: saada hingata, olla söönud, kaitstud, riidetud, tunnustatud ja armastatud, tunda end vajalikuna, rahuldada oma loomulikke vajadusi, liigutada end ja säilitada soovitud kehaasendit, magada ja puhata, pidada puhtust ja olla hoolitsetud, järgida oma usku ja elada kooskõlas oma

arusaamadega õigest ja väärast (16). Patsiendi põhivajaduste rahuldamist määrab ennekõike tema tervislik seisund ning mõjutavad tema iga, sugu, samuti psüühilised, majanduslikud ja sotsiaalsed ressursid (35).

Ka F. Abdellah on õendusest lähtudes kategoriseerinud patsiendi vajadusi. Ta on jaganud vajadused nelja kategooriasse.

I kategooriasse kuulub põhivajaduste eest hoolitsemine: hügieen, uni, rahu, aktiivsus, kaitstus.

II kategooriasse kuulub hoolitsus füsioloogiliste tegevuste säilitamise eest: kõikide keharakkude varustamine hapniku ja toitainetega, vajaliku vedelikubilansi hoidmine kehavedelike elektrolüütilise tasakaalu säilitamiseks, eliminatsioon.

III kategooriasse kuulub hoolitsus psühholoogilise tegevuse eest: positiivsete ja negatiivsete tundeavalduste väljendamine; verbaalne ja mitteverbaalne suhtlemine; orgaanilise haiguse ja tunnete kokkukuuluvus; inimestevahelised suhted; emotsionaalsed, psüühilised ja arengulised vajadused.

IV kategooriasse kuulub individuaalsust toetav hoolitsus: indiviidi füüsiliste, psüühiliste ja emotsionaalsete jõuvarude optimaalne jaotamine; ühiskonna sotsiaalne toetus indiviidi haigusest tingitud probleemide lahendamiseks (1).

Maailmas on kirjutatud erinevaid uurimusi, mis käsitlevad patsientide vajaduste määratlemist ja vajaduste rahuldamisele kaasaaitamist.

USA uurija M.White on läbi viinud uurimistö, kus õed panid patsientide vajadused järjekorda selle rahuldamise kiirusest lähtudes. Selgus, et patsiendid hindasid ennekõike füüsilist ja õed psüühilist hoolitsust (37).

INDIVIDUAALNE ÕENDUS JA NN. OMA ÕDE

“Oma õe” tegevusmudeli loojaks peetakse eelkõige USA õendusteoreetikut L. Hally`t. Esimesena hakati selle tegevusmudeli järgi töötma 1963.a ühes New Yorgi tervisekeskuses (Loeb Center). 70-ndatel aastatel sai see laiema ulatuse nii USA-s kui Inglismaal. 80-ndatel aastatel hakati seda tegevusmudelit kasutama ka Soomes (19).

Üks individuaalse õenduse ja oma õe määratluse viis on järgmine:

“Individuaalne õendus on filosoofia, millele vastavalt õde teeb mitmekülgset ja haigele suunatud õendustegevust, toimib iseseisvalt ja kannab täit vastutust õenduse kvaliteedi eest. Selle õendustegevuse tuumik moodustub kahe indiviidi, patsiendi ja õe vastastikusest mõjust. Nn. oma õde toetab patsienti õenduses senikaua, kuni patsient vajab tervishoiu teenuseid. Õde töötab koos patsiendi, tema omaste ja ka teiste tervishoiutöötajatega püstitades eesmärgid hooldusele või/ja õendusele kas iseseisvalt või koostöös. Oma õde teostab otseselt õendusabi ja koordineerib teisi patsiendi hoolitsusega seonduvaid tegevusi” (9).

Erinevad autorid toovad esile pisut erinevaid vaatenurki. Individuaalses õenduses võib rääkida ennekõike viiest põhimõttest: vastutusest, iseseisvusest, koordineerimisest, katvusest ja pidevusest.

Vastutus.

Oma õde on vastutav patsiendi õendusabi ja selle kvaliteedi eest 24 tundi ööpäevas patsiendi kogu õendusabi perioodi ajal. Oma õde jätab juhtnöörid patsiendi õendusabi plaanist teistele õdedele, kui ta ise tööl ei ole. Teine õde hoolitseb selle eest, et järgitaks oma õe ja patsiendi poolt koostatud plaani (17; 19).

Iseseisvus.

Oma õe õiguseks ja kohustuseks on teha patsiendi õendusabi puudutavaid otsuseid patsiendi soove ja enesemääramise õigust austades. Oma õde teeb koostööd kõigi

patsiendi hooldusega seotud töötajatega kui õenduse asjatundja ja patsiendi esindaja (17; 19).

Koordineerimine.

Oma õde planeerib kõik patsiendiga seonduvad õendusabi tegevused nii, et need moodustavad terviku ja sujuvad tõrgeteta. Oma õde suhtleb kõigi patsiendiga tegelevate osapooltega (17; 19).

Katvus.

Katvuse all mõeldakse patsiendi kui tervikuga arvestamist.

Oma õde hangib patsiendi kohta piisavalt informatsiooni, et teha plaane õendusabiks. Seega saab patsient täpselt sellist hoolitsust, nagu ta vajab, mitte sellist, nagu on olnud harjumuseks anda (17; 19).

Pidevus.

Individuaalse õenduse keskseks eesmärgiks on pideva hoolitsuse tagamine. See tähendab seda, et informatsioon patsiendi kohta antakse täpselt edasi, kui oma õde lõpetab oma tööaja (valve) või kui patsient läheb teise kohta ravile (17; 19).

Maailmas on tehtud väga palju uurimistöid, mis käsitlevad erinevaid lähtekohti individuaalsest õendusest ja oma õdest.

M.-L. Perälä on uurinud patsiendi ja oma õe vastastikuseid suhteid ja pidanud tähtsaks eelkõige koostöösuhet (28).

H. Leino-Kilpi on oma uurimuses, mis käsitleb patsiendi ja oma õe koostööd, esikohale asetanud sellise mõtte, et hea hoolduse eelduseks on teadmised, kogemused, väärtused ja ressursid ning eesmärgiks tervis ja heaolu (20).

2.4. PATSIENTIDE ÕPETAMINE

Patsiendi õpetamist võib määratleda kui süstemaatilist õpetamise-õppimise protsessi, millega saab mõjutada patsiendi käitumist, samuti ka uute teadmiste ja oskuste andmist või vanade arvamuste muutmist. Patsienti tuleb õpetamisel võtta kui tervikut kõigi tema vajaduste ja probleemidega. Õppimise eesmärgid püstitatakse koos patsiendiga ja eesmärkide tulemusi hinnatakse (6; 23; 31).

M. Knowles kirjeldab täiskasvanu õppimise teooria mudelit nii: "Täiskasvanud õppija on iseseisev persoon, kes hakkab kiiresti õppima, kui tekivad vajadused teadmiste või kogemuste järele" (5).

Patsiendi õpetuse sisu on keskendunud eelkõige probleemiga, ülesandega ja eluga toimetulekule (34).

Põhiprintsiibid, mida õde peab jälgima patsienti õpetades:

õde-õpetaja peab suutma efektiivselt suhelda nii individuaalselt kui ka suurte gruppidega ;

õde peab omama teadmisi suhtlemisprotsessist, et osata hinnata verbaalset või mitteverbaalset tagasisidet;

õde peab tundma patsienti ja tegureid, mis mõjutavad õppimist. See aitab tal hinnata patsiendi õppimisvajadust;

õppimise-õpetamise protsess on palju efektiivsem, kui patsient haarata kaasa õppimise eesmärkide planeerimisse;

õde peab oskama seostada uut õppematerjali patsiendi eelneva elukogemusega, see aitab kergemini omandada uusi teadmisi;

õde peab arvestama aja piiratuse ja planeeringuga ning patsiendi füüsilise seisundiga;

õppimise eesmärgid on aluseks õppimistulemuste hindamisel (10; 34).

Patsiendi õppimisvajaduste hindamine.

Patsiendi õppimisvajadused on sõltuvuses tema meditsiinilisest diagnoosist ja õendusdiagnoosist (34).

Patsiendi kohta saadakse asjakohast informatsiooni tema jälgimiskaartilt, kus on kirjas nii arstlikud probleemid kui ka õenduslik tegevus. Vajalik on teada ka patsiendi intellektuaalset, psühholoogilist ja füsioloogilist arengustaadiumi, et osata valida õiget õpetamise meetodit. Uute teadmiste omandamisel peaks arvestama ka ealisi võimeid. Täiskasvanud õpivad palju kiiremini, kuna nad võtavad kasutusele eelnevaid teadmisi. Lapsed õpivad üldiselt kauem kui täiskasvanud, sest neil on vähe eelnevaid kogemusi (10).

Õppimise motivatsioon.

Üldine seisukoht on, et persoon (patsient) peab tahtma õppida, ainult siis on õpetus efektiivne. Kui patsiendil puudub motivatsioon õppida üksikasjalikul (detailisel) teemal, peab õde välja selgitama, millisest informatsioonist (teadmistest) on patsient huvitatud (10; 31; 34).

Õpetamise viis.

Õpetamise viis sõltub patsiendi seisundist, õppematerjalidest, patsiendi hariduslikust ja kultuurilisest taustast (31; 34).

Õpetamise viisidest võib kasutada rolli eeskujut, loengut, diskussiooni, paneeldiskussiooni demonstratsiooni, audiovisuaalseid materjale (34).

2.5. PATSIENTIDE OOTUSED JA HINNANGUD ÕENDUSABI HEADUSELE (KVALITEEDILE) JA RAHULOLULE

Kvaliteet (ld. qualitas) on omadus, laad, väärtus, headus (18).

Kvaliteet on toote, töö jt. omaduste kogusumma, mis näitab otstarbele vastavuse suhtmäära, aga ka eseme või nähtuse määratlus tema, püsivate omaduste kogusumma, mis eristab teda teistest esemetest või nähtustest (13).

Patsientide hinnang õenduse headusele (kvaliteedile) moodustub ootuste ja elluviidud õendusabi suhtest (7; 22). Patsiendi rahulolu peetakse kõige sagedasemaks nähtuseks, millega saab hinnata õenduse kvaliteeti (7).

Mõnede teadlaste tähelepanekute järgi ei ole ootuste täitumisel ja rahulolul otsest seost. Nende arvamusel kohaselt võib patsiendi ootused jagada nn. ideaalootusteks ning konkreetseteks ootusteks, viimased põhinevad patsiendi isiklikel kogemustel või teistel informatsiooniallikatel (22).

Ideaalootused moodustuvad patsiendi hinnangust oma probleemile ning õenduse eesmärgist. Teadlaste oletuste kohaselt põhineb rahulolu peamiselt tegelike ootuste täitumisel (22).

Patsientide ootuste moodustumist ja seost elluviidud hoolitsuse vahel on uurinud erinevad teadlased. Nende arvates mõjutavad patsientide/klientide ootusi individuaalsed vajadused, varajasemad kogemused süsteemist ning süsteemist saadud informatsioon (sõprade ja tuttavate jutud, voldikud). Ka kuulujuttudel on ootusi vormiv tähendus (27).

Patsientide/klientide ootused on kahetasemelised ja muutuvad. Ootuste esimene tase peegeldab patsiendi/kliendi arusaamist soovitud teenendusest. Teine tase näitab seda teenust, mida võidakse veel heaks kiita (vastu võtta), kuigi see ei vasta täielikult ootustele. Nende kahe taseme vahele jäävat valdkonda peegeldab lubatud või heaks

kiidetud teenendus. Patsiendipoolsete ootuste puhul kvaliteedile peab tõdema seda, et mida rohkem on tal kogemusi, seda enam on tal ka ootusi. Patsiendid soovivad individuaalseid suhteid inimesega, keda teatakse ja kellega arvestatakse. Sellisel individuaalsel suhtel on keskne koht teadliku patsiendi ootustes (27).

Rahulolu moodustub patsiendi ootustest, tema hinnangutest ning enda õiguste teadvustamisest. Ka arusaamine toimunust ning varajasemad kogemused mõjutavad rahulolu. S. Linder-Pelzi uurimused on näidanud, et rahulolu võivad mõjutada ka sotsiodemograafilised tegurid nagu vanus, patsiendi sugu, perekonnaseis, haridus, materiaalne heaolu ja ka etniline kuuluvus. Tulemuste analüüsist on tehtud järeldused, et naispatsiendid on rahulolevamad ja ealiselt on rahulolevamad vanemaealised. (21).

2.6. UURIMISMETOODIKAD

Püstitatud eesmärkidest lähtudes võib õendusuurimuses kasutada üsna erinevaid uurimismetoodikaid. Hinnangu saamiseks kasutatakse hinnangulist uurimust.

Hinnanguline uurimus püüab hinnata varasemate otsuste, abinõude tulemusi või ka mõne tegevuse tõhusust või kasulikkust (36). Hinnangulist uurimust võib kasutada praktilises õendustegevuses, õendusjuhtimises ja õendushariduses, kus on ilmselt vajalik tagasi vaadata ja esitada selliseid küsimusi: “Kuidas me oleme seda teinud?” või “Kas me oleme oma eesmärgi saavutanud?” (11; 29).

Läbi hinnangulise uurimuse analüüsi võime saada hea tagasiside: kuidas teenindus või plaanitud tegevused töötavad, millised on tugevad ja nõrgad küljed, milline on tulemuste efektiivsus ja kuidas seda tegevust tulevikus edukamalt juhtida (11).

Hinnangulist uurimust tehakse selleks, et leida võimalusi otsuste ja abinõude parandamiseks. (36).

Tähtis ei ole ainult olemasoleva projekti hindamine, vaid võimalike vajaduste, probleemide ja olukordade määratlemine ja nende suunamine tulevikuplaanidesse (29).

On kolm peamist kategooriat, mille eesmärgiks on juhtida nõudmisi või otsuseid hinnanguteks. Need on vajaduste määratlemine, formatiivne (kujundav) hindamine ja summeeriv (kokkuvõttev) hindamine.

Vajaduste määratlemine.

Hinnang algab vajaduste määratlemisest, probleemide ja tingimuste arvestamisest ja nende suunamisest tulevikuplaanidesse. Üldist laadi situatsioonid vajavad informatsiooni ja selgeid eesmärke ning nende osaluse ulatust. Teha kindlaks, kas patsiendid märkavad probleeme ja siis teha otsus, kas need vajadused suunavad uut viisi tegevusele (11; 29).

Kujundav hinnang.

Kujundav (formatiivne) hinnang viitab toimunud protsessile, hoolitsedes hinnangulise tagasiside eest tegevuse kestel. Kujundava hinnangu eesmärgiks on kindlustada informatsiooni rahulolust, struktuurist või programmi teguritest. Kujundavat hinnangut rakendatakse pisut vabamates hinnangutes. See tähendab, et soovitus täiustamiseks võib tulla mittestruktureeritud arutlusest sinna juurde kuuluva individuaalsusega, kehtiva programmi sundimatust vaatlemisest, materjalide ja eesmärkide teoreetilisest analüüsist jne. (29).

Summeeriv hinnang.

Summeerivat hinnangut kasutatakse siis, kui on vaja hinnata kehtiva ehk kasutuseloleva programmi (tegevuse) väärtust. Niisuguse hinnangu eesmärgiks ei ole täiustada programmi või tegevust, vaid pigem aidata inimestel otsustada kas programmist loobumise, selle asendamise, jätkamise või modifitseerimise üle (29).

Andmete (informatsiooni) kogumise meetodid.

Küsimustikud ja intervjuud on meetodid, mida kasutatakse eneseavaldusliku informatsiooni saamiseks (29). Esimene nõue küsimustikule on, et ta peab sobima informatsiooni kogumiseks, mida saab kasutada uurimuses püstitatud hüpoteeside testimiseks (11). Küsimustiku eesmärkideks on vastajaga suhtlemine ja informatsiooni kogumine. Küsimustik nõuab alati sissejuhatavat teavet, miks antud küsimustikku kasutatakse ning mida saadud infoga tahetakse teada saada. (11). Küsimustikes või intervjuudes peavad küsimused olema esitatud loogilises järjekorras ja teemade kaupa grupeerituna (11). Vastaja vajab küsimustest arusaamiseks niisugust sobivat struktuuri, et see kergendaks vastamist (11). Küsimused peavad olema esitatud kõigile üheselt mõistetavas keeles, ilma erialaste terminitega (11).

Küsimustikes või intervjuudes võib kasutada kahte laialt levinud küsimuste valikut: nn. avatud või suletud küsimusi (29).

Avatud küsimused võimaldavad vastajal oma sõnadega vastata esitatud küsimustele. Intervjuudes püüavad intervjuueerid avatud küsimuste puhul tsiteerida intervjuueeritavaid sõna – sõnalt või sellele nii lähedaselt kui võimalik (29).

Suletud küsimuste korral tehakse vastajale ettepanek valida antud vastustest tema arvamusele täpselt vastav või kõige lähemal olev vastus (29).

3. UURIMUSLIK OSA

3.1. METOODIKA

Käesoleva töö eesmärgiks oli välja selgitada, millised on nii patsientide kui ka õdede hinnangud õendusabile. Püüti määratleda, millised on patsientide ootused ja vajadused õendusabile, samuti ka ravil viibimisega kaasnevatele erinevatele teguritele, mis seonduvad õendusabi ja haige eest hoolitsemisega. Uurimist teostati kahes etapis. Esimeses etapis loodi esialgne andmebaas, mille tulemustest lähtudes koostati teiseks etapiks väited, mida uuritavad hindasid. Selleks, et luua esialgset andmebaasi, tehti patsientide ja õdedega intervjuud. Intervjuud patsientidega toimusid ajavahemikul 6.02.1995. — 31.10.95.a. Intervjueeriti 32 patsienti. Patsientide intervjuud lindistati ja kirjutati, seejärel analüüsiti sagedus-jaotus meetodil ja nende tulemuste põhjal koostati küsimustikud. Õdede intervjuud toimusid 1995.a. oktoobris. Õdede intervjuusid ei lindistatud, need kirjutati, analüüsiti ja koostati küsimustikud.

Õdedele ja patsientidele koostati erinevad küsitluslehed, kus mõningaid probleeme käsitlevad küsimused olid dubleerivad, et õdede ja patsientide hinnanguid oleks võimalik võrrelda.

3.2. VALIM

Uurimistöös osalesid TÜ Kirurgiikliiniku kahe kirurgiaosakonna (I kirurgia, veresoontekirurgia) ja Kardioloogiikliiniku kardiokirurgia osakonna patsiendid ja õed. Küsimustikele paluti vastata kõigil antud hetkel nendes osakondades õe ametikohal töötajail (56). Vastuseid saadi 51. Vastanud õdede vanuseline skaala oli 20 — 56, keskmine vanus 28 ja keskmine tööstaaz 9 aastat (tabel 1).

Tabel 1. Õdede vanuseline struktuur

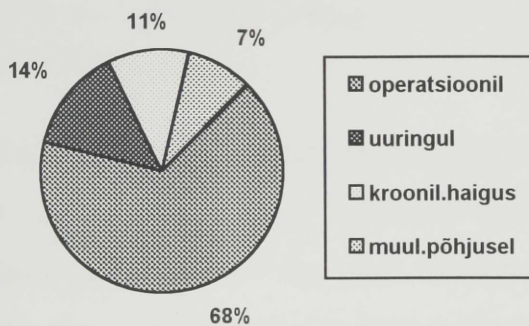
Vanus	Sagedus
20 - 30 a.	36
31 - 40 a.	7
41 - 50 a.	6
51 - 56 a.	2

Patsientide valik küsitluseks oli piiratud kahe nädalaga. Kahe nädala jooksul püüti küsitleda kõiki kontaktivõimelisi patsiente, kes osakonnas olid. Küsimustikule vastamine oli vabatahtlik. Ettepanek tehti 83 patsiendile, vastuseid saadi 66. Keeldumise põhjused olid väga erinevad: patsiendi raske tervislik seisund (5), patsiendi väga kõrge iga (4), keeleline probleem (6), patsient ei soovinud end lisaülesandega koormata (2). 66 vastanust oli mehi 38 ja naisi 28, vanusepiir oli 16-79, keskmine vanus 48 aastat (tabel 2).

Tabel 2. Patsientide sooline ja vanuseline struktuur

Vanus	Naised	Mehed
16 - 20 a.	1	3
21 - 30 a.	2	5
31 - 40 a.	6	4
41 - 50 a.	1	8
51 - 60.a.	9	10
61 - 70 a.	7	8
71 - 80 a.	1	1

Haiglasoleku põhjuse järgi oli patsientide jaotumus järgmine (joonis 1):



Joonis 1. Patsientide jaotumus haiglasoleku põhjuse järgi.

Vastuseid analüüsiti programmpaketi SPSS ("Statistical Package for the Social Sciences") abil. Leiti erinevate vastusevariantide osakaal protsentides.

3.3. TÖÖ TULEMUSED JA ARUTELU

3.3.1. VAJADUS ÕENDUSABILE

Patsientide hinnang õendusabi vajadusele.

Eelnevalt tehtud intervjuudest saadi patsientidelt teavet, millises seisundis keegi abi vajab. Saadud informatsioonile tuginedes koostati väited, mida patsiendid hindasid oma seisundist tulenevalt. Millal ja millist abi ootavad ja vajavad patsiendid eelkõige õelt?

Millises seisundis teie enda arvates vajate õepoolset abi ja aitamist või vajasite, kui te ei saanud ise hakkama? Esitatud väidetele saadi järgmised tulemused (tabel nr.3):

Tabel 3. Patsientide hinnang õendusabi vajadusele.

Hinnatav väide	Kõige enam	Oluliselt	Mingil määral	Ei vaja
Operatsioonijärgselt olles üldpalatis.	24%	26%	36%	14%
Operatsioonijärgselt olles intensiivravipalatis.	41%	11%	3%	45%
Operatsioonieelselt, et säilitada psüühilist tasakaalu ja vältida hirmu tunnet.	23%	21%	23%	33%
Mind vaevava kroonilise haiguse ägenemise ajal.	12%	18%	14%	56%
Uuringute ootel ning nendeks valmistumisel.	11%	10%	32%	47%

Tulemustest selgub, et operatsioonijärgselt intensiivravipalatis ravil olnud patsientidest 41% vajasid kõige enam õendusabi just selles seisundis. Operatsioonijärgsetest üldpalati patsientidest kõige enam õendusabi vajajaid oli 24%. Oli ka neid patsiente (23%), kes pidasid kõige vajalikumaks õendusabi operatsioonieelselt, et säilitada psüühilist tasakaalu ja vältida hirmutunnet. Mõnede patsientide hinnangul vajasid nad kõige enam õepoolset aitamist kroonilise haiguse ägenemise ajal (12%) või uuringute ootel ning nendeks valmistumisel (11%). Ülejäänud küsitatud patsiendid vajasid õepoolset aitamist oluliselt või mingil määral või olid hoopis omatoimised.

Õdede arvamus õendusabi vajadusest patsientidele.

Uuriti ka õdede arvamust, millises seisundis patsiendid nende arvates ootavad ja vajavad kõige enam õendusabi.

Küsimustikus oli see antud avatud küsimusena. Vastuste analüüsi tulemusena võis saadud vastused grupeerida nelja suuremasse rühma.

Suurim rühm saadi vastustest, kus 41% õdedest arvas, et kõige enam õendusabi vajab operatsioonijärgses seisundis patsient.

Teine rühm koosnes vastustest, milles 18% õdede arvates vajavad kõige enam õendusabi patsiendid, keda on opereeritud ning operatsiooni tagajärjena on kaasnenuid patsiendile füüsiline puue (näiteks jäseme amputatsioon). Need patsiendid on lisaks äsjasele füüsilisele puudele saanud ka psüühilise trauma ning nad ei suuda sellega üksi hakkama saada.

Kolmandasse rühma jagunesid vastused, kus 12% õdedest arvas, et kõige enam õendusabi vajavad raskes tervislikus seisundis patsiendid, keda pole veel opereeritud. Sellistel patsientidel on muret topelt: oma halva tervise ja raske seisundi ning eesootava operatsiooni pärast.

Neljanda rühma moodustasid vastused, milles ka 12% õdedest arvas, et kõige enam õe aitamist vajavad nn. lamajad haiged. Need on patsiendid, kes on emotsionaalselt labiilsed ja liigselt ärevuses oma haiguse pärast. Need on psüühiliselt tasakaalutud patsiendid, kes ei suuda harjuda oma haiguse või tervisliku seisundiga ja tekitavad endale liigset stressi.

Veel oli nimetatud raskes üldseisundis haigeid, põetust nõudvaid haigeid, probleemidega haigeid, kõiki haigeid ja ajukahjustusega haigeid.

Kuna küsitlus toimus kirurgilise profiiliga osakondades, siis kujundas suuresti haiglasoleku põhjus patsientide vajaduse õendusabile.

Nii patsientidelt kui ka õdedelt saadud tulemustest nähtub, et õelt oodatakse ennekõike füüsilist abi, eriti operatsioonijärgselt, kui tervislik seisund ei lase ise endaga toime tulla. Õed peavad tähtsaks ka psühholoogilise abi vajadust patsientidele. Muud õe tööd ja tegemised tunduvad nii loomulike ning harjumuspärastena, et neid nagu ei panda tähelegi.

3.3.2. HINNANG ÕENDUSABILE

Patsiendi rahulolu sõltub paljuski sellest, milline on õe kompetentsus, kuidas ta oskab oma teadmisi ja oskusi viia iga patsiendini ning milline on praktiline teostuse tase.

Õdede hinnang teostatavale õendusabile.

Selle teema alla olid koondatud küsimused ja väited, mille alusel paluti õdedel hinnata oma tööd patsientide eest hoolitsemisel.

Hinnangu andmiseks oli pakutud välja järgmine skaala:

väga hästi, piisavalt hästi, ma olen oma tööga rahul, ma pole oma tööga rahul.

Keegi ei hinnanud oma tööd väga heaks, piisavalt hästi arvasid haigete eest hoolitsevat üle poolte (55%), oma tööga olid rahul 35% ja oma tööga ei olnud rahul 10% õdedest.

Patsientide hinnangud saadud õendusabile.

Tasakaalustamaks õdede hinnanguid, oli patsientidelgi palutud hinnata õe tööd. Patsientidele oli pakutud hindamiseks rida väiteid, mis kirjeldasid õendusabi. Saadi järgmised tulemused (tabel nr.4).

Tabel 4. Patsientide hinnangud saadud õendusabile

Hinnatav väide	Nõustun igati	Nõustun enam-vähem	Nõustun vähesel määral	Ei nõustu
Vaatamata suurele töökoormusele jätkub õdedel alati piisavalt aega kõikide haigetega tegelemiseks.	47%	39 %	9%	5%
Õde on haige teenistuses ja hoolitseb laitmatult haige eest.	45%	41%	8%	6%
Õel on palju tööd, tal pole piisavalt aega haigega tegelemiseks ja tema eest hoolitsemiseks.	12%	21%	38%	29%
Õde ei tegele peaaegu üldse haigega, haige peab ise endaga hakkama saama.	6%	9%	38%	47%

Õdede arvamus patsientide rahulolust õendusabile.

Enamikele õe töödele - tegemistele saadakse patsientidelt hinnanguline tagasiside, mis on tunnustav või hoopis rahulolematust väljendav. Õdede küsimustikus oli üks küsimus, millega paluti õdede hinnangut selle kohta, kuidas õdede arvates patsiendid on rahul nende tööga.

Oma arvamust sai väljendada järgmisel hinnanguskaalal:

kõik patsiendid on rahul minu tööga; enamus patsiente on rahul; mõned patsiendid on rahul minu tööga, mõned ei ole; mõned patsiendid nurisevad minu töö üle; sageli nurisetakse minu töö üle.

Ja tulemused olid: kõik patsiendid on rahul minu tööga –4%, enamus patsiente on rahul –88%; mõned patsiendid on rahul minu tööga, mõned ei ole – 8%. Keegi ei arvanud, et mõned patsiendid nurisevad minu töö üle või sageli nurisetakse minu töö üle.

Kokkuvõtteks domineerib patsientide positiivne hinnang õendusabile. Õdede ja patsientide hinnangud on suuresti kokkulangevad ning sellest võib järeldada, et õed teevad oma tööd hästi ning patsiendid on rahul. Võib-olla tuleneb hea ja positiivne hinnang ka sellest, et patsiendid ei ole õe tööle püstitanud küllalt kõrgeid nõudmisi.

Siit ei saa teha absoluutseid järeldusi, kuid intervjuudest saadud informatsiooni põhjal püstitatud hüpotees, et õdedel on liiga palju tööd ja ei jätku aega patsientidega tegelemiseks, ei leidnud kinnitust.

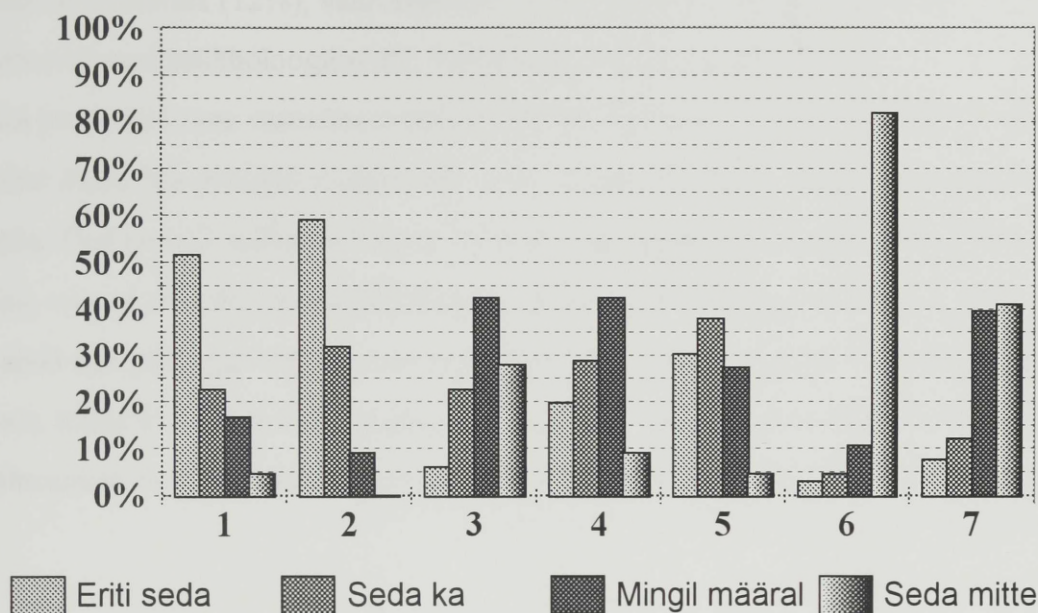
3.3.3. PATSIENDI OOTUSED ÕELE

Mida patsient eelkõige õelt ootab?

Küsimustikus hindamiseks olnud ootuste algallikaks olid patsientide intervjuud, kus antud ootusi oli kõige sagedamini mainitud. Patsientidel paluti pakutud ootuste variante hinnata vastavalt oma ootustele.

Hinnata võis kas eelkõige seda, seda ka, mingil määral sedagi, seda mitte.

Sellele küsimuste blokile oli eelistuste jaotus järgmine (joonis 2):



Joonis 2. Patsientide ootused õele.

1=tähelepanelikkust ja hoolitsust,

2=arsti korralduste täpset täitmist,

3=valusüste,

4=et õde käiks mind tihti vaatamas ja küsiks mu seisundi kohta,

5=et õde oskaks haiget kuulata,

6=et õde tegeleks ainult minuga,

7=ööseks unerohtu.

Nende andmete järjestamise põhjal selgub, et patsiendi kõige tähtsamaks ootuseks õelt on arsti korralduste täpne täitmine (59%). Patsient on oma ootused-lootused pannud eelkõige arstile ja õelt oodatakse nende lootuste täitumisele kaasabi. Tähtsuselt järgmiseks ootuseks õelt peeti tähelepanelikkust ja hoolitsust (56%). Ka teised esitatud õe tegevused said hinnangu.

Kui vaadata sellest aspektist, mida ei oodatud, siis valdav enamus (88%) patsiente arvas, et õde ei pea ainult temaga tegelema.

Ülejäänud tegevusi hindasid patsiendid kõige sagedamini mingil määral vajalikeks.

Õdede arvamus patsientide ootuste kohta.

Patsientide ootuste kohta oli esitatud küsimus ka õdedele. See oli avatud küsimus ja seepärast tuli väga palju erinevaid vastuseid.

Saadud vastused grupeeriti ja tulemused olid: õdede arvates ootab patsient õelt kõige rohkem suhtlemist (22%), abivalmidust (14%), kompetentsust (12%), tähelepanelikkust (12%), valuvaigisteid (12%), mõistvat suhtumist (10%).

Nimetati veel psühholoogilist abi, õpetamist, kohusetundlikkust jne.

Kui patsiendid oma vastustes ootavad õelt eelkõige arsti korralduste täpset täitmist, siis mitte ükski õde ei olnud osanud seda oma vastuses patsiendi kõige esmasema ootusena näha. Õed peavad arsti korralduste täitmist oma igapäevaste tööülesannete üheks osaks ning teevad seda iseenesestmõistetavalt ja korrektselt. Nagu tulemustest näha, peavad paljud õed patsiendi kõige tähtsamaks ootuseks õega suhtlemist. Ka patsiendid peavad seda küllaltki vajalikuks. Patsientide ja õdede arvamusel sarnanesid mõnede kõige tähtsamate ootuste suhtes nagu tähelepanelikkuse ja hoolitsuse ning valusüstide suhtes.

3.3.4. ÕDEDE ARVAMUSED JA HINNANGUD OMA IGAPÄEVATÖÖLE

Küsimustiku avatud küsimusega uuriti õdedelt, mida nad peavad praegusel ajal oma igapäevatöök. Oli palutud välja tuua mõned igapäevased tähtsamad tööülesanded.

Enam nimetatud tähtsamaid tööülesandeid saadi seitse. Need reastati nimetamise sageduse järgi (tabel 5).

Tabel 5. Õdede poolt sagedamini nimetatud igapäevased tööülesanded

Jrk.	Tööülesanne	Nimetamise sagedus
1.	Protseduuride tegemine.	32
2.	Patsientidega suhtlemine.	21
3.	Arsti korralduste täitmine.	20
4.	Haigete eest hoolitsemine .	19
5.	Haigete seisundi hindamine.	15
6.	Dokumentide täitmine.	7
7.	A-ja antiseptika nõuete jälgimine.	4

Veel oli nimetatud patsientide nõustamist, patsientide õpetamist, enesetäiendust, koostööd arstiga, patsientidele heaolu ja mugavuse loomist, patsientide ettevalmistamist uuringuteks ja operatsiooniks.

Õdede töö efektiivsemaks muutmise võimalused.

Kiiresti muutuv ja arenev töökeskkond seab oma nõudmised ka töö efektiivsusele. Kuidas siis saaks õdede tööd efektiivsemaks muuta?

Oli pakutud võimalus, et kui ma teeksin nii... siis muutub õdede töö efektiivsemaks.

Enamus esitatud väiteid saadi eelnevatest vestlustest õdedega. Hinnata sai viit väidet ja võttes aluseks kõige suurema nõustujate hulga, saadi selline järjestus (tabel 6):

Tabel 6. Võimalikud tegevused, mille kaudu saaks õdede tööd efektiivsemaks muuta

Jrk.	Hinnatud tegevus	Nõustun täiesti
1.	Pööraksin suuremat tähelepanu õdede professionaalsusele.	94%
2.	Pööraksin suuremat tähelepanu õe ja arsti meeskonnatööle.	78%
3.	Sooviksin õdedele suuremaid võimalusi otsuste tegemisel õendusel.	29%
4.	Hakkaksin põhjalikumalt õpetama haigeid ja nende omaksed, kuidas haiguse ja põetusega kodus toime tulla .	25%
5.	Võtaksin kasutusele õdede diagnoosid, mille abil koostaksin üksikasjaliku plaani haige eest hoolitsemiseks.	20%

Kindlasti avaldab positiivset mõju õendusarengule õdede soov pöörata suuremat tähelepanu kutsealasele tegevusele. Õed hindasid kõrgelt ka õe ja arsti meeskonnatööd, selle tulemusel paraneks antava õendusabi kvaliteet. Madalalt hinnati veel õendusdiagnoose, ilmselt oli see tingitud sellest, et neid pole harjutud kasutama ja ei osatud näha nende kasulikkust õendusabile.

Milliseid muudatusi õed teeksid?

Et hästi ja tulemuslikult töötada, selleks on vaja teha varasemaga võrreldes muudatusi. Enne küsimustiku koostamist esitati intervjuudes küllalt palju uusi mõtteid, milliseid muudatusi õed teeksid. Kuna neid oli palju, siis küsimustiku koostamisel kasutati sagedamini mainitud.

Küsimustikule vastanud õed said neid väiteid hinnata sellise skaalaga:

väga vajalik muudatus, ka see tuleb arvesse, seda muudatust pole vaja.

Kõige vajalikuma muudatuse järgi saadi järgmine pingerida (tabel 7):

Tabel 7. Soovitud muudatused töö muutmisel efektiivsemaks

Jrk.	Soovitud muudatus	Väga vajalik
1.	Vähendaksin praegusega võrreldes tunduvalt haigete arvu ühe õe kohta.	82%
2.	Hakkaksin haigetele õpetama, kuidas ise kodus oma tervise eest hoolitseda.	41%
3.	Teeksin ettepaneku, et haiged peaksid tulema peale operatsiooni osakonda tagasi stabiilsemas seisundis. Operatsiooniosakonnas vajalik ärkamispalati olemasolu.	41%
4.	Püüaksin selgitada funktsionaalsete voodite vajalikkust kõikide patsientide jaoks.	39%
5.	Korraldaksin ringi haigete toitmise, teeksin haigetele sööginurga osakonda või personaalsed kandikud palatisse viimiseks.	22%
6.	Teeksin muudatusi ja täiendusi haigete jälgimislehele ja kasutaksin õendusdiagnoose.	12%

Tulemustest selgub, et kõige vajalikumaks muudatuseks peeti haigete arvu vähendamist ühe õe kohta. Oluliseks arvati ka soovi hakata haigetele õpetama, kuidas ise kodus oma tervise eest hoolitseda. Oluliseks hinnati ka operatsiooniosakonnas ärkamispalati olemasolu. Kõige vähem vajalikuks peeti täienduste tegemist jälgimislehtedele ja õendusdiagnooside kasutusele võtmist.

Õdede arvamus ja hinnang õe töökoormusele.

Vastajate arvamust oli küsitud sellegi kohta, mitu haiget peaks olema ühel õel hooldada/teenendada osakonnas, st. üldpalatites ja intensiivravipalatis. Kõikide arvamuste keskmisena võiks üldpalatites ühel õel olla keskmiselt 14 ja intensiivravipalatis 3 patsienti, siis oleks õel normaalne koormus. Saadi teada sedagi, milline oli patsientide arv ühele õele küsimustikule vastamise hetkel. Üldpalatites oli õel keskmiselt 31 ja intensiivravipalatis 5 patsienti.

Milline võiks olla õdede ja arstide arvuline suhe ?

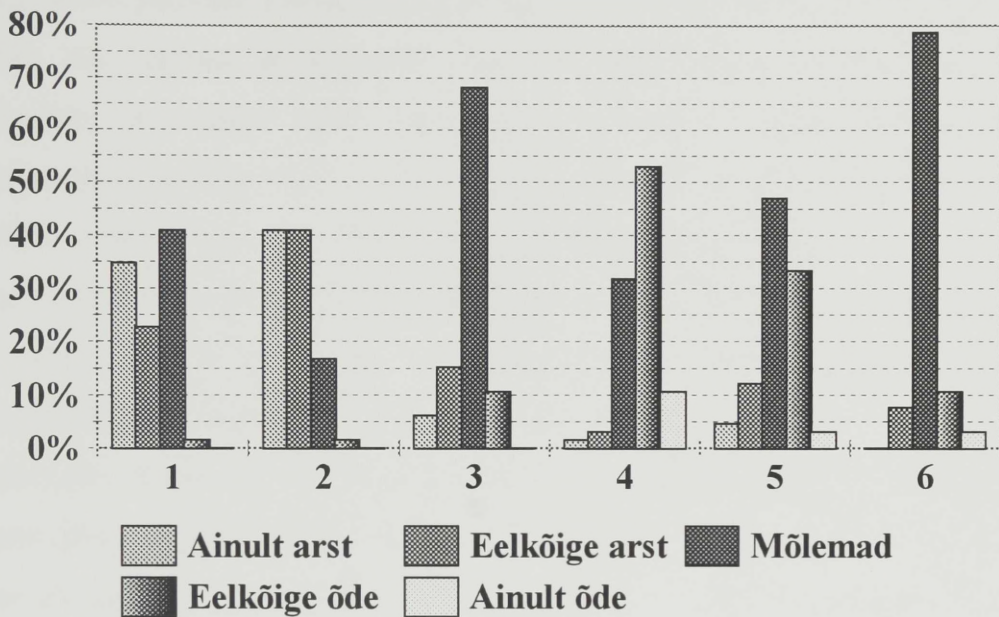
Erinevates eluvaldkondades on palju kasutatud terminit "meeskonnatöö". Haigla töö ilma ühtse meeskonnata pole mõeldav, ravi ilma hea õendusabita või õendusabi ilma hea ravita ei anna soovitud tulemusi. Kui suur peaks olema ligikaudne õdede ja arstide arvuline suhe, et moodustuks meeskond ning saaks teha head koostööd? Arvati, et ühe arsti kohta võiks olla 5 õde.

3.3.5. ÕE JA ARSTI ROLLI JAOTUMINE HAIGLAS PATSIENTIDE ARUSAAMISE JÄRGI

Uuriti sedagi, milline on patsientide arusaamise järgi õe ja arsti rolli jaotus haiglas.

Mida oodatakse eelkõige õelt, mida eelkõige arstilt ja mida koostööna?

Paluti hinnata erinevaid tööülesandeid ja hinnangud jagunesid järgmiselt (joonis 3):



Joonis 3. Õe ja arsti rolli jaotumine.

- 1= haigele peaks selgitama tema haigust ja selle kulgu,
- 2= haigele peaks ravimise plaani koostama,
- 3= haigele teostatavate protseduuride ja uuringute selgitamine,
- 4= haigele vajalike protseduuride teostamine,
- 5= haige psüühiline ettevalmistamine operatsiooniks,
- 6= haigele hea ravi ja hoolitsuse tagamine.

Tulemustest selgub, et haiged ootavad paljuski õe ja arsti koostööd. Kõige rohkem patsiente (79%) ootas õe ja arsti koostööd eelkõige haigele hea ravi ja õendusabi tagamisel. Õe ja arsti koostööd nähti ka haigele teostatavate protseduuride ja uuringute selgitamises (68%), haige psüühilises ettevalmistamises operatsiooniks (47%) ja haiguse ja selle kulu selgitamises haigele (41%). Patsientide arvamus ravimise plaani koostamise osas oli, et seda peaks tegema ainult arst (41%) või eelkõige arst (41%). Seevastu vajalikud protseduurid jäägu eelkõige õdede teostada (53%).

3.3.6. PATSIENDI RAVIL VIIBIMISEGA KAASNEVAD ERINEVAD TEGURID

Patsientide info saamise viisid.

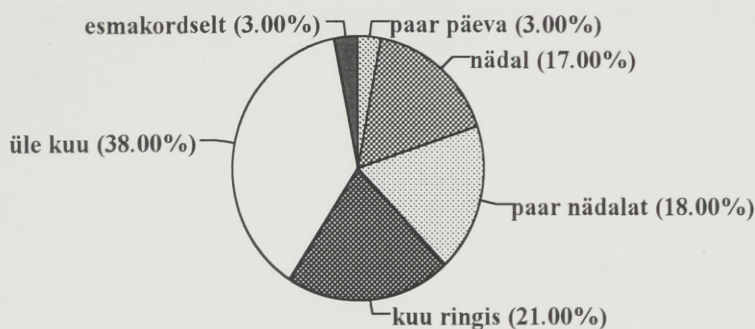
Kui inimene satub võõraste kohta, vajab ta ennekõike informatsiooni, et seal hakkama saada. Uuriti, kelle käest või millisel viisil patsiendid said infot osakonna ja haiglaelu kohta.

Kõige enam patsiente (58%) vastas, et infoallikaks olid kaashaiged. Oli ka patsiente (39%), kes vastasid, et osakonda tulles oli õde teda vastu võtnud ja rääkinud osakonnast ja kõigist ravil viibimisega kaasnevatest teguritest. Oluline koht informatsiooni andjana oli ka raviarstil (38%). Väitega, et mingit infot polegi vaja ja ajapikku avastan kõik ise, ei olnud nõus enamuse patsiente (73%).

Veidi rohkem kui pooled küsitatud patsientidest (58%) olid rahul saadud infoga, oli ka neid patsiente, kes ei olnud rahul (15%). Mõningal määral rahuldab see 27% patsiente.

Kas patsientidel oli eelnev haiglasoleku kogemus?

Patsientidelt küsiti ka eelneva haiglasoleku kogemuse kohta. 66 vastanust oli esmakordselt haiglas ainult paar patsienti. Ülejäänutel oli ka varasem kogemus, kõige enam oli neid, kes olid haiglas olnud üle kuu (joonis 4). Samas haiglas oli küsitletuist viibinud 54.



Joonis 4. Patsientide jaotumus eelneva haiglasoleku kogemuse järgi.

Patsientide tähelepanekud haiglaelu muutustest.

Mida kauem on patsient haiglas olnud, seda suuremad on tema kogemused ja tähelepanekud haiglaelu muutustest. Seda paremini oskab ta neid hinnata.

Sooviti teada saada, kas patsientide arvates on haiglaelus toimunud muutusi.

Sellele küsimuste blokile vastas 54 varem selles haiglas viibinud patsienti.

Kõige suuremat muutust paremuse poole täheldati kogu personali suhtumises patsientidesse (65%). Järgnes ruumide puhtus ja kord (59%), varasemaga võrreldes hinnati paremaks ka olmet (paremad voodid, TV, raadio, ajalehed, ajakirjad) (48%). Ainus, kus ei täheldatud märgatavat muutust paremusele, oli toitlustamine. Üle poolte (56%) hinnangul oli jäänud see samale tasemele või muutunud pigem halvemaks (26%).

Patsientide hinnang osakonnale, palatile ja selle miljööle.

Kui patsient on haiglas, siis osakond ja palat on hetkel tema koduks. Haigel inimesel on küllalt palju muret oma tervisega ja kogu tema energia peaks kuluma selle taastamisele. Teatavasti on ümbritseval keskkonnal ja miljööil suur mõju patsiendi rahulolu kujundamisel ja meeleolu loomisel.

Milline peaks olema haigla keskkond ja miljöö, mis kindlustab inimesele heaolu, mugavuse ja turvalisuse?

Valdav enamus patsiente vastas, et nad on tundnud end selles osakonnas koduselt ja mõnusalt, palat on soe ja puhas ning parajal hulgal kaashaigeid on meeldivaks seltskonnaks. Selline tulemus moodustus neljast erinevast väitest, mida üksikult hinnati järgmiselt (tabel 8):

Tabel 8. Patsientide hinnangud palatile ja osakonnale

Jrk.	Hinnatav väide	Nõustun igati	Nõustun enam-vähem	Nõustun vähesel määral	Ei nõustu
1.	Mina olen tundnud end osakonnas koduselt ja mõnusalt, siin on soe ja puhas.	54%	33%	11%	2%
2.	Minu arvates on olnud palatis parajal hulgal kaashaigeid ja neist on olnud mulle seltskonda.	51%	38%	11%	0
3.	Osakonnas leidub selliseid kohti, kus saab küllastajatega vestelda.	30%	41%	26%	3%
4.	Minu arvates on siin peale ravi ka piisavalt tegevust aja sisustamiseks (TV, ajalehed, ajakirjad, raadio).	26%	29%	33%	12%

Õdede hinnang palati miljöö tähtsusele .

Oma töös puutuvad õed kokku ka kõikvõimalike patsientide heaolu ja mugavust kujundavate teguritega. Seepärast uuriti õdede arvamust sellegi kohta, kuid õrd tähtis on palati miljöö haigele. Loetleti erinevaid palati miljööd kujundavaid tegureid ja paluti neid hinnata. Tulemuste järjestamisel kasutati väga olulise osakaalu ja pingerida sai järgmine (tabel 9):

Tabel 9. Õdede hinnangud palati miljööle

Jrk.	Miljööd kujundav tegur	Väga oluline
1.	Voodikohtade arv palatis.	68%
2.	Palati mööbel (öökapid, toolid, voodid jne.).	59%
3.	Aknakardinate olemasolu.	53%
4.	Raadio ja TV.	43%
5.	Seinte toon.	29%
6.	Toalilled olemasolu.	28%

Nagu näha, peavad õed oluliseks voodikohtade arvu: palati suurus ja voodite hulk peavad olema proportsioonis. Kui palatis on ettenähtust rohkem voodikohti, muudab see haigete elu-olu halvemaks ja raskendab ka õdede tööd. Oluline osa on ka palati mööblil, see peaks olema esteetilise väljanägemisega ja kõikidele haigetele funktsionaalne. Aknakardinatel on kaks olulist ülesannet: kaitsta päikese eest ja pakkuda esteetilist naudingut. Haiged inimesed on küllalt tundlikud ereda valguse ja lõõskava päikese suhtes. Raadiol ja televiisorilgi on oma osa patsiendi rahulolu loomisel, ennekõike küll meelelahutuslik, kuid vähemtähtsad pole nad ka haiglavälise maailma infoallikana. Toalilledel ja seinte toonil on haigla miljöö kujundamisel esteetiline tähtsus, meeldiv miljöö tõstab haige enesetunnet.

Patsientide suhtlemine omastega.

Patsiendile on olulise tähtsusega ka lähedaste inimeste ja sõpradega suhtlemine. Patsientidele esitati kaks sellekohast küsimust ja paluti vastata, kui oluline neile üks või teine on.

Kui oluline on teile see, et omaksed käiksid teid haiguse ajal vaatamas? 3/4 patsientidest pidas seda väga või küllalt oluliseks.

Küstiti ka, kui oluline on teile see, et teie omaksed käiksid teid haiguse ajal pidevalt haiglas aitas.

Küllalt paljude (44%) arvates pole see oluline. Kuid 35% arvates on seegi oluline, et omaksed käiksid aitas. Enamuse patsientide hinnangul nad siiski omaste aitamist oluliseks ei pea, järelikult on haiglas aitajad olemas.

Patsientide ja õdede arvamused külastusaegade kohta.

Millist aega peavad patsiendid kõige paremaks, et külastajatega kohtuda ning mida arvavad külastamisaegadest õed? Oli esitatud õige mitmeid variante, mõlemas küsimustikus olid need ühesugused. Patsientide poolt peeti kõige paremaks seda, kui külastajad võiksid nädalavahetustel käia kella 8–20 (47%). Oli patsiente (39%), kes arvasid, et tööpäevadel võiks külastamist lubada nii hommikupoolikul kella 11–13 kui ka õhtupoolikul kella 16–18. Suvalisel ajal külastusi peeti taunitavaks. See segaks kaashaigete rahu ja personali tööd. Õdede arvamused ühtisid suuresti patsientide omadega.

Haiglasolek ja patsiendi isiklikud probleemid.

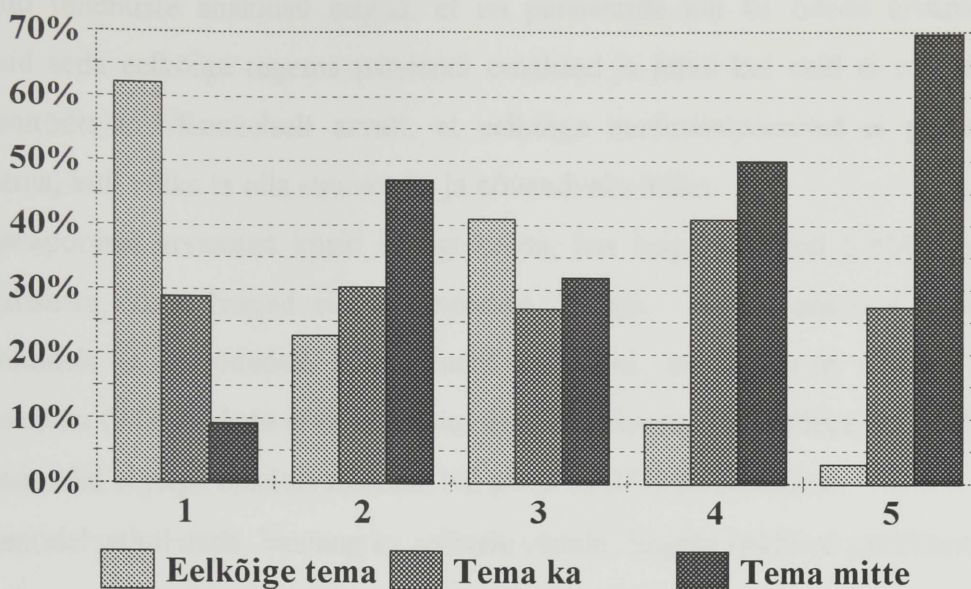
Paratamatult võib haiglasolek kaasa tuua selliseid isiklike probleeme, mis ei ole otseselt seotud patsiendi haiguse ja meditsiiniga, kuid nende olemasolu mõjub haigele murettekitavalt. Mure omakorda avaldab negatiivset mõju haige tervisele ja ka paranemisele. Kes peaks sellelaadiliste probleemide lahendamisel patsienti aitama?

Patsientidega tehtud intervjuudest tuli sellele probleemile väga erinevaid vastuseid. Aitajateks pakuti patsiendi omakseid, raviarsti, haigla sotsiaaltöötajat, haigega tegelevat õde (palatiõde), osakonna vanemõde. Asjasse selguse saamiseks koostati väited ja paluti neid hinnata nii patsientidel kui ka õdedel.

Saadi järgmised tulemused (tabel 10, joonised 5 ja 6):

Tabel 10. Patsiendi isiklike probleemide lahendaja

Jrk.	Patsiendi isiklike probleemide lahendaja	Patsientide hinnangul eelkõige tema	Õdede hinnangul eelkõige tema
1.	Patsiendi omaksed	62%	61%
2.	Haigla sotsiaaltöötaja	41%	35%
3.	Patsiendi raviarst	23%	4%
4.	Palatiõde	9%	18%
5.	Osakonna vanemõde	3%	2%



Joonis 5. Patsientide hinnangud isiklike probleemide lahendajale ravil viibides.

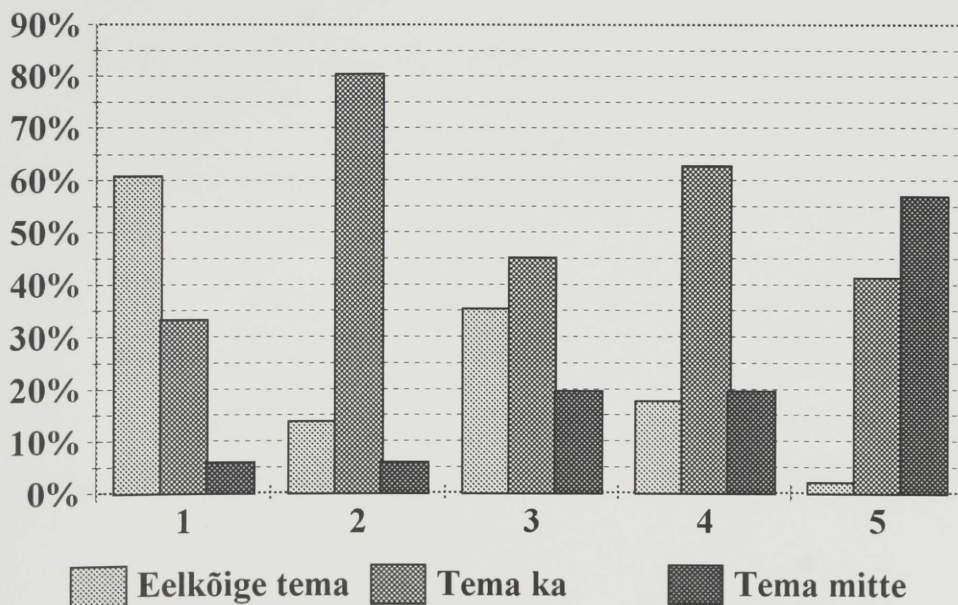
1= patsiendi omaksed,

2=raviarst,

3=haigla sotsiaaltöötaja,

4=palatiõde,

5=osakonna vanemõde.



Joonis 6. Õdede hinnangud patsiendi isiklike probleemide lahendajale.

Saadud tulemuste analüüsil selgus, et nii patsientide kui ka õdede arvamuse järgi peaksid seda eelkõige tegema patsiendi omaksed ja juhul kui neid ei ole, siis haigla sotsiaaltöötaja. Üksmeelselt arvati, et eelkõige meditsiinipersonal ei peaks sellega tegelema, küll võiks ta olla suunavaks ja nõuandvaks lüliks.

Mõlemapoolset arvamust küsiti sellegi kohta, kas haige isiklikud probleemid jäävad lahendamata, kuna haiged ei julge nendest rääkida. Sellele pakutud väitele saadi patsientidelt ja ka õdedelt kõige enam vastuseid, et mõnikord on see nii. Ligi kolmandiku (31%) õdede arvates jäävad need probleemid just sellepärast lahendamata, et patsiendid ei julge nendest rääkida. Nii arvas ka 23% patsientidest.

Patsientidel paluti anda hinnang ka sellisele väitele: haigete isiklikud probleemid jäävad lahendamata, kuna haigetel ei ole neist kellelegi rääkida.

Seda küll mitte – nii arvas 45%, kuid 18% arvates on see nii.

Tulemustest võib välja lugeda, et meie patsiendid on liialt tagasihoidlikud. Nad kas ei julge või ei taha oma probleemidega teisi inimesi koormata. Püütakse ise kuidagi lahendusi leida ja hakkama saada.

3.3.7. ÕDEDE ISESEISVUS JA OTSUSTAMISE VÕIMALUSED ÕENDUSABIS NING PATSIENTIDE SOOV TEHA KOOS ÕEGA OTSUSEID Õdede otsustamise võimalused.

Selleks, et tegavusala saaks pidada elukutseks, on esitatud vajalikud põhikriteeriumid. Üheks oluliseks elemendiks on iseseisvus, millele on lisandunud tugev ametkondlik suund. Nimetatutele lisaks on veel palju teisi elemente. Antud uurimistöös küsimustikus sooviti teada saada, kuidas 51 küsitletud õde hindavad iseseisvust õendusabis.

Oli küsitatud, kas teie arvates on õel oma töös küllaldlaselt iseseisvust ja võimalust teha otsuseid, kuidas haige eest hoolitseda.

Vastamiseks oli pakutud viis erinevat hinnanguvarianti:

õded otsustavad alati ise; õded otsustavad küllalt palju ise, kuidas nad haige eest hoolitsevad; mõnikord õded saavad ise otsustada, mõnikord ei saa otsustada; õded saavad väga vähe otsustada; õdedel pole mingit võimalust otsustada.

Kõige rohkem õdesid (55%) valis variandi, et mõnikord õded saavad ise otsustada, mõnikord ei saa otsustada. Paljud (33%) vastasid ka nii: õded otsustavad küllalt palju ise, kuidas nad haige eest hoolitsevad. Mõnede õdede (12%) arvates saavad õded väga vähe teha otsuseid, kuidas haige eest hoolitseda. Mitte keegi ei vastanud, et õded otsustavad alati ise ja et õdedel pole haigete eest hoolitsemisel mingit võimalust otsuste tegemiseks.

1/3 arvates on õdedel küllalt palju iseseisvust, et teha otsuseid ja nemad järgmistele küsimustele ei vastanud.

Seda teemat käsitlevad küsimused jätkusid neile, kelle arvates õded ei saa veel küllalt teha otsuseid.

Milles võiks olla see põhjus, et õel pole piisavalt suuri õigusi otsustamiseks. Eelnevatest vestlustest oli koorunud erinevaid põhjusi, mille põhjal koostati väited ja paluti õdedel neid hinnata.

Järjestus kujunes selliseks (tabel 11).

Tabel 11. Põhjused, miks õdedel on vähe võimalusi otsuste tegemiseks õendusabis

Jrk.	Hinnatud väide	Peamine põhjus
1.	Arstid soovivad ise haige juures otsustada.	39%
2.	Õel pole veel küllalt teadmisi, et haige juures otsustada.	33%
3.	Haige ei taha, et õde tema juures otsustab, ta usaldab arsti rohkem ja soovib, et arst ka otsustaks.	29%
4.	Õde ei taha võtta endale vastutust otsuse kohta, lihtsam on täita korraldust.	17%

Patsiendid otsustavad koos õega.

Kui enamuse õdede arvates nad mõnikord saavad ja mõnikord ei saa teha haigete juures otsuseid, siis mida arvavad patsiendid koos õega otsuste tegemisest. Tunti huvi patsiendi soovi kohta teha koos õega otsustusi õendusabis. Valdavale enamusele patsientidest on oluline, et tema arvamusega arvestataks: ligi pooled (44%) patsientidest soovisid, et õde mõnikord tema otsuseid arvestaks, kuidas tema kui haige eest hoolitsetaks. Küllalt palju oli ka patsiente (29%), kes eriti ei soovinud osa võtta õega koos otsustamisest. Oli ka neid patsiente (21%), kes soovisid alati ka ise koos õega otsustada, kuidas tema eest hoolitsetaks. 6% patsientidest ei soovinud ise mitte mingeid otsuseid teha.

3.3.8. PATSIENTIDE ÕPETAMINE

Patsientide õpetamisel on eesmärgiks talle uute teadmiste ja oskuste andmine või olemasolevate kinnitamine, vajadusel ka tema käitumise ja harjumuste mõjutamine. Õpetamise protsess on küllalt keeruline, püstitades õdedele täiendavaid nõudmisi: tuleb lahendada probleem, kuidas õpetada ja mida õpetada. Patsiendile tuleb anda eelkõige neid teadmisi, mida ta vajab oma probleemi lahendamiseks ja edaspidiseks toimetulekuks. Õpetus tuleb edasi anda selgelt ja arusaadavalt, nii et see jääks patsiendile meelde.

Selles uurimuses küsiti mõlemapoolset arvamust patsientide õpetamise kohta.

Õdedelt küsiti, kas nad on valmis haiget õpetama ning kas nad tahavad haiget õpetada.

Patsientidelt uuriti, kas nad vajavad õpetust ja mida neile oleks vajalik õpetada.

Nii patsientidelt kui ka õdedelt uuriti, kes peaks haiget õpetama?

Esitatud küsimuste ja väidete koostamisel võeti aluseks patsientide ja õdede intervjuudest saadud informatsioon.

Õdede arvamused patsientide õpetamisest.

Kas te olete valmis haiget õpetama?

Vastamiseks oli antud kolm varianti:

jah; ei; kui ma ise olen saanud eelneva õpetuse, siis küll.

Kõige rohkem õdesid (63%) arvas, et nad peaksid ise eelnevalt õpetust saama, siis oleksid nad valmis haiget õpetama.

Neid õdesid oli 31%, kes vastasid: jah, ma olen saanud eelnevalt õpetust, kuidas haiget õpetada ning olen valmis seda tegema.

6% õdedest arvas, et nad ei ole seda valmis tegema.

Kas te tahate haiget õpetada?

Vastamiseks sai valida järgmisi variante:

jah ma tahan; mul ei ole selle vastu eriti midagi; ma ei ole sellest eriti huvitatud; ma ei taha.

Veidi üle poolte (51%) vastas, et neil ei ole selle vastu eriti midagi.

43% olid täiesti kindlad, et nad tahavad õpetada.

Ma ei ole sellest eriti huvitatud, nii vastas 6%. Keegi ei vastanud, et ta ei taha seda teha.

Patsientide hinnang õpetamise vajadusele.

Patsientide reageering õpetamise vajadusele oli valdavalt positiivne: 52% arvas, et see oleks väga vajalik ja 36% arvas, et see oleks küllalt vajalik. 5% arvates pole see eriti vajalik, ning 8% ei osanud midagi selle kohta öelda. Saadud tulemuste alusel peavad patsiendid enda õpetamist vajalikuks.

Mida siis patsiendid soovivad teada saada?

Küsimustikus oli välja pakutud erinevaid väiteid, mida sai hinnata:

eelkõige seda, seda ka, seda mitte.

Kõige rohkem vastajaid (65%) pidas eelkõige vajalikuks õpetust ravimite toimest (miks see ravim vajalik on, mille vastu ta mõjub).

Järgnes vajadus õpetuse kohta, kuidas iseendaga toime tulla pärast operatsiooni nii haiglas kui ka pärast haiglast lahkumist (61%).

Oluliseks peeti ka õpetust operatsioonijärgsest (eriti peale seedetrakti operatsiooni) (56%) säästvast toitumisrežiimist.

Hinnati ka ravimite võtmist (kuidas võtta, kas enne või peale sööki) (56%).

Väitele, et opereeritud haigele, voodihaigele ning neile, kes ei saa liikuda, tuleks õpetada mitmesuguseid võimlemisharjutusi, vastati kõige rohkem, et seda võiks ka õpetada. (54%).

Kes peaks haiget õpetama?

Kes peaks teie arvates haiget õpetama?

See küsimus oli esitatud mõlemale uurimistöös osalenud grupile.

Õpetajateks oli pakutud palatiõde, raviarsti, vanemõde ja osakonnas spetsiaalse ettevalmistuse saanud õde.

Oma valikut sai hinnata: eelkõige tema, temagi võiks, tema mitte.

Üle poolte patsientidest (56%) arvas, et eelkõige peaks õpetama raviarst, õdede arvamuste järgi eelkõige osakonnas spetsiaalse ettevalmistuse saanud õde (68%).

Teiste pakutud õpetajate järjestus kujunes selliseks: patsientide arvamuste järgi teisena osakonnas spetsiaalse ettevalmistuse saanud õde (41%) ja kolmandana palatiõde (26%). Õdede arvamus teiste õpetajate eelistuste kohta oli järgmine: raviarst (45%), palatiõde (31%).

Enamus patsiente ja õdesid arvas, ei vanemõde ei peaks patsiente õpetama.

3.3.9. OMA ÕDE

Küsiti ka hinnangut oma õe ideele. Alguse on see saanud USA-st ja levinud edasi Inglismaale ja ka Põhjamaadesse. Eesti õdedeni on jõudnud see idee Põhjamaadest, kus oma õde on küllalt levinud ja tunnustatud nii õdede kui patsientide poolt. Oma õe eesmärgiks on patsiendi ja õe vahel parema ja usalduslikuma kontakti saavutamine.

Hindamiseks olid sellised väited: oma patsient seab õele lisakoormuse;

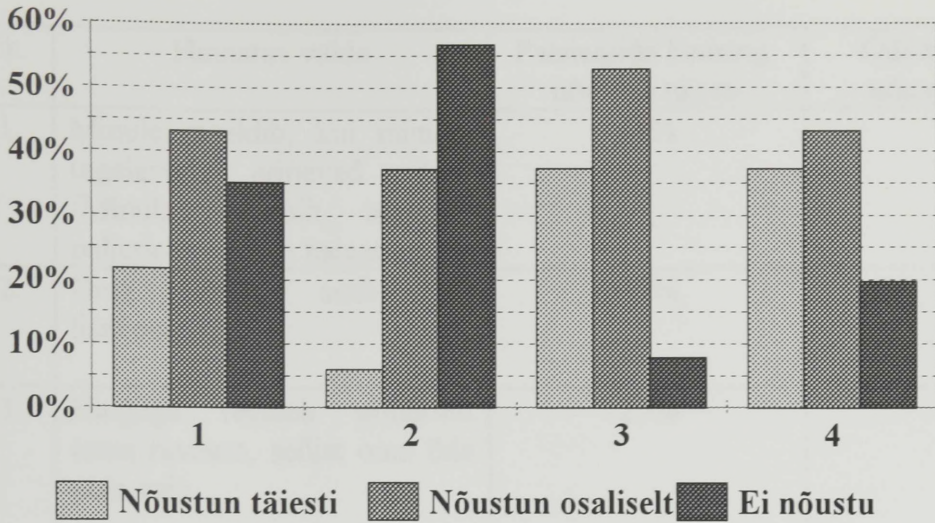
haigega tegeleb põhiliselt tema raviarst, sellist oma õde pole vaja;

paljud haiged soovivad endale kindlat õde nn. oma õde;

minule meeldib tegeleda paljude erinevate haigetega (erinevate õdedega).

Ja hinnanguskaala õdedele ja patsientidele oli niisugune:

nõustun täiesti; nõustun osaliselt; ei nõustu (joonis 7 ja joonis 8; tabel 12).



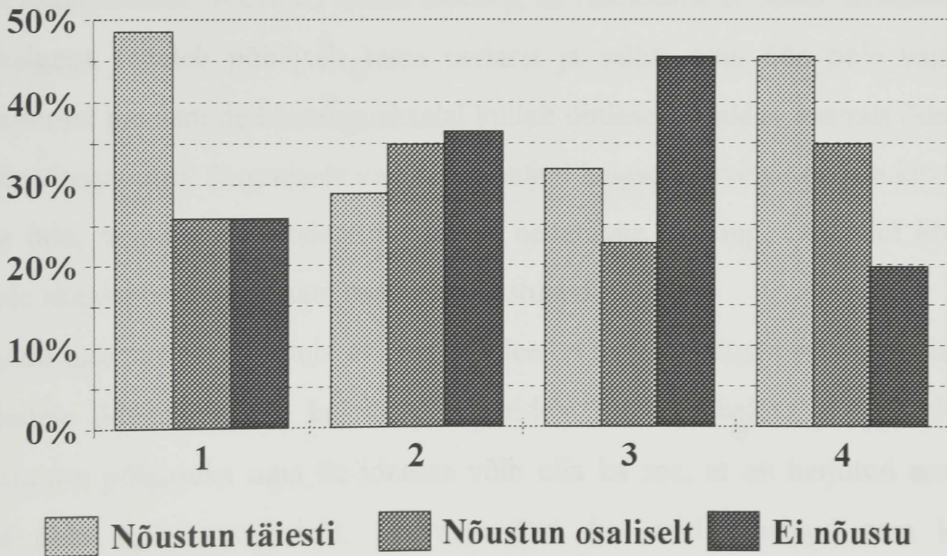
1= oma patsient seab õele lisakoormuse;

2= haigega tegeleb põhiliselt tema raviarst, sellist oma õde pole vaja;

3= paljud haiged soovivad endale kindlat õde, nn. oma õde;

4= minule meeldib tegeleda paljude erinevate haigetega (erinevate õdedega).

Joonis 7. Õdede hinnang "oma õe" ideele.



Joonis 8. Patsientide hinnang oma õe ideele.

Tabel 12. Patsientide ja õdede hinnangud oma õe ideele

Jrk.	Hinnatav väide	Patsientide hinnang, nõustun täiesti	Õdede hinnang, nõustun täiesti
1.	Minule meeldib, kui minuga tegelevad erinevad õed. (Minule meeldib tegeleda paljude erinevate haigetega.)	46%	37%
2.	Oma patsient seab õele lisakoormuse.	49%	27%
3.	Haigega tegeleb põhiliselt tema raviarst, sellist oma õde pole vaja.	29%	6%
4.	Paljud haiged soovivad endale kindlat õde, nn. oma õde.	32%	37%

Hinnangutest nähtub, et õdede ja patsientide arvamustes oli erinevusi. Väitega, et neile meeldib tegelda paljude erinevate haigetega, nõustus kõige enam õdesid osaliselt ja suur hulk ka täiesti. Kõige rohkem patsiente oli selle väitega täiesti nõus ning küllalt paljud ka osaliselt nõus. Patsiendid olid suuresti nõus väitega, et nn. oma patsient seab õele lisakoormuse, seevastu õdede hinnang nii resoluutne ei olnud. Kolmandale väitele, et haigega tegeleb põhiliselt tema raviarst ja sellist oma õde pole vaja, jagunesid arvamused patsientide hinnanguskaalal küllalt ühtlaselt. Valdav enamus õdesid ei olnud selle väitega nõus. Järgmisele väitele, et paljud haiged soovivad endale kindlat õde, nn. oma õde, domineeris patsientide skaalal negatiivne hinnang. Õed olid liberaalsemad, nende skaalal on kõige enam osaliselt nõustujaid.

Saadud tulemustest järeldub, et oma õe idee on meie õenduses võõras ja harjumatu nii paljudele õdedele endile kui ka patsientidele. Sellise ebaleva ja küllalt negatiivse suhtumise põhjuseks oma õe ideesse võib olla ka see, et on harjutud oma arstiga ja oma õele ei leita väljundit. Seevastu õed, kes olid suhelnud oma kolleegidega Põhjamaadest või mujalt, suhtusid sellesse ideesse positiivselt ning nägid selles tulevikuperspektiivi.

3.3.10. MEESTE JA NAISTE ARVAMUSTE ERINEVUSED

Küsimustikega saadud andmeid analüüsiti ka soolisest aspektist, et näha kas naiste ja meeste hinnangutes ja arvamustes oli olulisi erinevusi. Tulemustes kirjeldati neid juhtumeid, kus leiti oluline erinevus.

Haiglasoleku põhjuse järgi oli meeste ja naiste jaotumus järgmine (tabel 13):

Tabel 13. Patsientide sooline jaotumus haiglasoleku põhjuse järgi

Põhjus	Mehed	Naised
Uuringutel	33%	67%
Operatsioonil	56%	44%
Kr. haiguse ägenemine	71%	29%
Muul põhjusel	100%	0

3.3.10.1. VAJADUS ÕENDUSABILE

Nagu eelpool juba kirjutatud, toimus küsitlus kirurgiaosakondades ning küsitletud patsientidest oli 68% opereeritud. Ilmselt oli seegi üheks teguriks õendusabi vajadusele.

Mees- ja naispatsientide abivajadust võrreldes selgus, et kõige enam vajasis õepoolset abi pärast operatsiooni intensiivravipalatis meespatsiendid. Nende osakaal oli 70%.

Mees- ja naispatsientide õendusabi vajaduse erinevus ilmnes ka opereeritud patsientide seas üldpalatis. Saadud tulemuste põhjal vajasis seal kõige enam õepoolset aitamist naispatsiendid (56%).

Mõningane õendusabi vajaduse erinevus ilmnes ka operatsioonieelse psüühilise tasakaalu säilitamises.

Küsimusele, kas te vajate õepoolset abi psüühilise tasakaalu säilitamiseks enne operatsiooni, pidas seda abi kõige vajalikumaks 60% naispatsiente, kusjuures 68% meespatsiente ei pidanud seda üldse vajalikuks.

3.3.10.3. PATSIENDI OOTUSED ÕELE

Kõikidest küsimustikus hindamiseks olnud patsiendi ootustest pidas 72% meespatsiente kõige tähtsamaks arsti korralduste täpset täitmist.

Nais- ja meespatsientide arvamuste erinevus ilmnis ka ootuse puhul, et õde oskaks haiget kuulata. Eelkõige ootas seda 65% naispatsiente.

Naiste arvamus erines meeste omast sellegi ootuse puhul, et õde käiks mind tihti vaatamas ja küsiks mu seisundi kohta. See oli kõige tähtsam ootus 62% naistele.

3.3.10.6. PATSIENDI RAVILVIIBIMISEGA KAASNEVAD ERINEVAD TEGURID

Erinevusi märgati ka mees- ja naispatsientide info saamise allikates. Kõige rohkem meespatsiente (65%) vastas, et nemad said põhiliselt informatsiooni õelt, naispatsiendid (65%) põhiliselt kaashaigetelt.

Haigla elu-olu on muutunud paremaks, rohkem tähelepanu pööratakse haigete olmele. Nii hindas seda väidet 66% meespatsientidest.

Väitega, et minu arvates on siin peale ravi ka piisavalt tegevust aja sisustamiseks, ei nõustunud kõikidest vastajatest 12%, kusjuures sellest meeste osakaal oli 87%.

Mees- ja naispatsientide hinnangute erinevus sobivate külastusaegade suhtes oli järgmine: kui väideti, et külastajad võiksid käia igal tööpäeval kella 8 – 20, siis 75% meespatsientidest ei pidanud seda õigeks.

Väidet, et külastajad võiksid käia suvalisel ajal ilma piiranguteta, pidas 62% hinnanud meespatsientidest ebaõigeks.

Tulemustest selgus, et kõige suurem erinevus mees-ja naispatsientide vastustes oli väitele, et patsiendi isiklikud probleemid peaks eelkõige aitama lahendada tema raviarst. Nii arvas 80% seda väidet hinnanud meespatsientidest.

3.3.10.7.ÕDEDE ISESEISVUS JA OTSUSTAMISE VÕIMALUSED ÕENDUSABIS NING PATSIENTIDE SOOV TEHA KOOS ÕEGA OTSUSEID

Väitele, et ma sooviksin alati ka ise koos õega otsustada, kuidas minu eest hoolitseda, andsid mees- ja naispatsiendid erineva hinnangu. Kui kõikidest vastanud patsientidest soovis seda 22%, siis meespatsientide osalus oli selles 64%.

3.3.10.8. PATSIENTIDE ÕPETAMINE

Olulisi erinevusi mees- ja naispatsientide arvamustes leidis ka õpetajate hindamisel. Eelkõige ei peaks spetsiaalse ettevalmistuse saanud õde patsiente õpetama - nii arvas 79% seda väidet hinnanud meestest.

Meespatsientide hinnang erines naiste omast ka õpetatavate oskuste suhtes.

63% meespatsiente pidas kõige vajalikumaks õpetust iseendaga toimetulekuks pärast operatsiooni nii haiglas kui ka pärast haiglast lahkumist.

3.3.10.9 OMA ÕDE

Kõikides selle bloki väidetes esines meeste ja naiste hinnangutes erinevusi.

Väitega, et oma õde seab õele lisavastutuse ja -koormuse, nõustus täiesti 78% vastanud meespatsientidest.

Väitega, et haigega tegeleb põhiliselt tema raviarst ja sellist oma õde pole vaja, nõustus täiesti 68% meespatsientidest.

Väitega, et mina soovin endale kindlat õde, nn. oma õde, ei nõustunud 63% meespatsientidest.

Väitega, et mulle meeldib, kui minuga tegelevad iga päev erinevad õed, see pakub vaheldust, nõustus täiesti 63% vastanud meespatsientidest.

3.3.11. VANUSEST SÕLTUVAD ARVAMUSTE ERINEVUSED

Patsientide arvamusi ja hinnanguid analüüsiti ka erinevatest vanusegruppidest lähtudes.

Tähtsaks peeti neid juhtumeid, kus esines olulisi erinevusi.

Valimi patsiendid jagati kolme erinevasse vanusegruppi:

I kuni 40aastased ehk nooremapoolsed,

II 41–55aastased ehk keskealised,

III 56–79aastased ehk vanemapoolsed.

3.3.11.1. VAJADUS ÕENDUSABILE

Patsientidelt küsiti, millises seisundis nad enda arvates vajasisid õepoolset abi ja aitamist, kui nad ei saanud ise hakkama?

Kui kõikidest operatsioonijärgselt intensiivravipalatis ravil olnud patsientidest 41% vajasis kõige enam õendusabi just selles seisundis, siis nendest vanemaealisi oli 52%.

Erinevus ilmnis ka õe abi vajadusesele üldpalatis olnud operatsioonijärgsete patsientide puhul, kõikidest opereeritud patsientidest vajab seal kõige enam õendusabi 23% ja nendest nooremapoolsete osa oli 56%.

3.3.11.2. HINNANG ÕENDUSABILE

Kui patsientidele väideti, et õel on palju tööd, tal pole piisavalt aega haigega tegelemiseks ja tema eest hoolitsemiseks, siis selle väitega ei olnud nõus 29% kõikidest vastajatest ja nooremapoolsete patsientide osakaal sellest oli 53%. Teiselt poolt nõustus selle väitega 12% kõikidest patsientidest ja keskealiste vanusegrupi osakaal selles oli 75%.

3.3.11.5. ÕE JA ARSTI ROLLI JAOTUMINE HAIGLAS PATSIENTIDE ARUSAAMISE JÄRGI

Patsientidelt uuriti, milline on nende ettekujutus õe ja arsti rolli jaotumisest ja saadi järgmised tulemused: haigele peaks selgitama tema haigust ja selle kulgu eelkõige arst, nii vastas 23% valimist ja keskealiste patsientide osakaal selles oli 60%. Valimi domineeriv vastus oli, et seda peaksid tegema mõlemad.

Küsimusele, kes peaks haigele ravimise plaani koostama, vastas 17% kõikidest patsientidest, et mõlemad koos, ja keskealiste osa oli selles 63%.

Valdav oli kõikide patsientide hinnang, et ainult arst (41%) või eelkõige arst (41%).

12% kõikidest vastajatest hindas haige psüühilist ettevalmistamist operatsiooniks eelkõige arsti tööks. Hindajatest oli 75% keskealisi.

Valimi domineeriv hinnang oli, et mõlemad koos (47%).

Selle väidete bloki hindamisel erines kõikide patsientide hinnangutest keskealiste patsientide hinnang.

3.3.11.6. PATSIENDI RAVIL VIIBIMISEGA KAASNEVAD ERINEVAD TEGURID

Uuriti sedagi, millisest allikast sai patsient informatsiooni osakonna kohta.

29% kõikide patsientide hinnangul said nemad infot eelkõige raviarstilt ning nendest keskealisi oli 53%.

3.3.12. HARIDUSEST SÕLTUVAD ARVAMUSTE ERINEVUSED

Uurimistöö tulemusi analüüsiti ka patsientide haridustasemest lähtudes. Patsientide tinglik jaotumus hariduse järgi kujunes järgmiseks:

põhiharidusega (kuni 8 kl. ja kutse-või tehnikakool)	23,
keskharidusega (üldine keskharidus ja lõpetamata keskharidus)	19,
kõrgema haridusega (kõrgharidus, lõpetamata kõrgharidus ja kesk-eriharidus)	24.

3.3.12.1. VAJADUS ÕENDUSABILE

Kui kõikidest operatsioonijärgselt intensiivravipalatis ravil olnud patsientidest 41% vajasis kõige enam õendusabi just selles seisundis, siis 52% moodustasid nendest põhiharidusega patsiendid.

Uurides patsientide vajadust õendusabi järele psüühilise tasakaalu säilitamiseks enne operatsiooni, siis kogu valimi patsientidest vajasis seda 23% ja kõige enam oli neist põhiharidusega patsiente (53%).

3.3.12.3. PATSIENDI OOTUSED ÕELE

Eelkõige tähelepanelikkust ja hoolitsust ootasid õelt kõikidest patsientidest 56% ja nendest oli põhiharidusega patsiente 43% .

Eelkõige arsti korralduste täpset täitmist oodati 59% kõikide patsientide poolt ja nendest oli kõrgharidusega patsiente 49%.

Kui kõikidest patsientidest 20% pidas kõige tähtsamaks ootuseks seda, et õde käiks teda tihti vaatamas, siis põhiharidusega patsientide osalus oli selles 54%.

30% kõikide vastanute hinnangul oli kõige tähtsamaks ootuseks, et õde oskaks haiget kuulata, põhiharidusega patsiente oli neist 55%.

3.3.12.5. ÕE JA ARSTI ROLLI JAOTUMINE HAIGLAS PATSIENTIDE ARUSAAMISE JÄRGI

Õe ja arsti rolle hinnates ilmnes erinevus haige psüühilises ettevalmistamises operatsiooniks, 33% kõikide patsientide hinnangul peaks seda tegema eelkõige õde ja nii hinnanutest oli põhiharidusega patsiente 55%.

3.3.12.6. PATSIENDI RAVIL VIIBIMISEGA KAASNEVAD ERINEVAD TEGURID

Väitega, et minu arvates on siin peale ravi ka piisavalt tegevust aja sisustamiseks (TV, ajalehed, ajakirjad), nõustus kõikidest vastanud patsientidest sellega igati 26% ja põhiharidusega patsiente oli neist 59%. Kuid selle väitega ei nõustunud kõikidest patsientidest 12% ja sellest 63% oli kõrgema haridusega.

Väitele, et patsiendi isiklikud probleemid peaks lahendama patsiendi omaksed, saadi 9% patsientidelt vastuseks, et nemad ei peaks seda tegema ja kõrgema haridusega vastajate osakaal oli 67%.

Patsiendi isiklikud probleemid peaks lahendama eelkõige patsiendi raviarst, nii hindas 23% kõikidest patsientidest ja neist oli põhiharidusega 67%.

Patsiendi isiklikud probleemid peaks lahendama eelkõige haigla sotsiaaltöötaja, nii hindas väidet 41% kogu valimi patsientidest ja põhiharidusega patsiente oli neist 48%.

Väitele, et patsiendi isiklikud probleemid jäävad lahendamata, kuna patsient ei julge nendest rääkida, saadi järgmised tulemused ja erinevused: see ei ole nii 33% kõikide patsientide hinnangul ja nendest oli 55% põhiharidusega patsiente; see on nii 23% kõikide patsientide hinnangul ja nendest kõrgema haridusega vastajaid oli 67%.

3.3.12.8. PATSIENTIDE ÕPETAMINE

Patsientidelt uuriti ka seda, mida neile oleks vajalik õpetada. Haridusest lähtuvalt oli erinevus hinnata olnud väidetest sellele, kus sooviti õppida iseendaga toimetulekut pärast operatsiooni nii haiglas kui ka pärast haiglast lahkumist. Kõikidest patsientidest pidas seda eelkõige vajalikuks 61% ja põhiharidusega patsiente oli neist 48%.

3.3.12.9. OMA ÕDE

Selle väidete bloki puhul esines erinevusi väitele, et mina soovin endale kindlat õde, nn oma õde. Sellega nõustus täiesti 32% kõikidest vastajatest ja 52% oli neist põhiharidusega.

4. DISKUSSIOON

Teadaovalt on antud uurimus esimene omataoline Eesti õenduses ja tehti selleks, et teada saada patsientide ning õdede hinnanguid ja arvamusi õendusabile, samuti ka hinnanguid ravil viibimisega kaasnevatele erinevatele teguritele, mis vähem või rohkem mõjutavad õendusabi.

Õendus on dünaamiline, mitte staatiline, ja temas peegeldub ühiskonna vajaduste muutumine (2). Kuna käesolev aeg on hoogsate muudatuste aeg nii ühiskonnas kui ka tervishoius, siis on ka õenduses oluline määrata seda taset, kus ollakse, et saaks püstitada eesmärged tulevikuks.

Töös kasutati hinnangulist uurimismeetodit ja saadi teada, millised on uuritava tegevuse, õendusabi tugevad või nõrgad küljed ning mis suunas võiks seda tegevust tulevikus juhtida. Samuti saadi hinnang uurimistöö ajal kehtinud otsustele ja abinõudele.

Hinnang algab eelkõige vajaduste määratlemisest ja probleemide kindlakstegemisest (11; 29). Suunavaid küsimusi kasutades saadi informatsiooni uuritavate erinevatest vajadustest, ootustest ja probleemidest nii õendusabile kui ka sellega seonduvatele asjaoludele. Uurijapoolne lubadus intervjueeritavale oli, et neid andmeid ei seota tema nimega ja ei avaldata üksikult. Nii saadi usalduslik kontakt ja uuritav võis rääkida kõigist nendest temadest, mis tema arvates jäid õendusabi ja sellega seonduvasse valdkonda. Intervjuudest saadud andmebaasi analüüsi tulemustest koostati küsimustikud. Küsimustike koostamise nõudeks peetakse küsimuste loogilist järjekorda ja teemade kaupa grupeerimist (11), mida ka järgiti. Oluliseks peetakse ka seda, et iga vastaja saaks küsimustest aru ning et küsimustikul oleks sobiv struktuur vastamiseks (11; 29). Kõik uurimistöös osalejad said küsimustiku täitmisega hakkama, siiski tuli mõnele eakamale patsiendile eelnevalt küsimustiku täitmist selgitada.

Õenduses juhivad vajadused inimese käitumist ja õe roll on nende vajaduste määratlemine ja nende rahuldamisele kaasaaitamine, eelkõige füsioloogilistele, aga ka psühholoogilistele ja sotsiaalsetele (16; 35; 38).

Käesolevas uurimistöös osalejatest olid enamus patsiente haiglas seoses operatsiooniga. Nii preoperatiivne kui postoperatiivne periood panevad patsiendi talle tundmatusse olukorda ja tõstavad esile erinevaid vajadusi, mida patsient pole võimeline üksi rahuldama. Preoperatiivses perioodis patsiendid vajavad õelt ennekõike psühholoogilist abi ja postoperatiivses perioodis füüsilist aitamist, kui ise ei saa

hakkama. Nii patsientide kui ka õdede hinnangutes kujunes siiski domineerivaks vajadus füüsilise abi saamiseks või andmiseks. Enamuse patsientide vastustest selgus, et nad olid saanud rahuldada nii oma füsioloogilised kui ka sotsiaalsed vajadused heatasemeliselt.

Paljude teadlaste uuringute tulemustest on teada, et patsiendi hinnang õenduse kvaliteedile moodustub ootuste ja elluviidud õendusabi suhtest (7; 22).

Käesolevas töös uuriti ka õdede töökoormust ja saadi tulemused, kus reaalne töökoormus on ligikaudu poole suurem kui oleks ideaalne. Õdede vähesuse ja suure töökoormuse üheks põhjuseks on ilmselt ka õdede madal tasustatus. Et majanduslikult toime tulla, peavad paljud õed töötama suurema koormusega, kui tahaksid. Teadaolevalt on meie õenduse eesmärgiks õendusabi kvaliteedi tõstmine, selle saavutamiseks tuleks tähelepanu pöörata ka õdede ja patsientide proportsionaalsele suhtele, et saavutada head kvaliteeti.

Patsientide ja õdede hinnangutes tunnistati saadud või antud õendusabi valdavalt heatasemeliseks, kuid siiski ei saa eitada ka rahulolematuse väljendust. Võibolla on meie patsiendid veel liialt vähenõudlikud ning hindavad saadud õendusabi mõningatest puudustest hoolimata heaks. Teiselt poolt on õed vaatamata suurele töökoormusele andnud oma parima.

Kui teha selline oletus, et ühel õel poleks vaja teenendada keskmiselt 31 patsienti osakonna üldpalatis ja 5 patsienti intensiivravipalatis, vaid neid oleks poole vähem. Sellisel juhul saaks õde anda just sellist õendusabi, mida vajatakse ja oodatakse.

Arst on ennekõike haige ravija ja õde aitab patsiendil arstiabi hästi teostada, et sellest oleks patsiendile võimalikult palju kasu (8).

Patsiendid ootavad õelt eelkõige arsti korralduste täpset täitmist ning tähelepanelikkust ja hoolitsust. Patsient ootab haiglas olles kõrgetasemelist ravi, et tervistuda ning ilmselt seepärast ta ongi oma ootused-lootused pannud eelkõige arstile ja õe rolliks jääb nendele ootustele kaasaaitamine. Patsiendid hindasid küll tunnustavalt õe ja arsti koostööd, kuid saadud ravi teostuses ei osata näha õe osa. Õed oma hinnangutes pidasid patsiendi esmaseks ootuseks suhtlemist, kuid patsiendid ise hindasid suhtlemist küllalt tähtsaks, seega sai suhtlemine siiski kõrge hinnangu.

Õed hindasid oma igapäevatöös kõige tähtsamaks protseduuride teostamist. Tähtsaks peeti ka patsientidega suhtlemist ja arsti korralduste täitmist. Nii meditsiinis kui ka teistel elualadel kiirelt edasiliikuv teaduse ja tehnika areng seab suurenevaid nõudmisi

õdedegi igapäevatööle. Ilmselt seegi on mõjutanud valdavalt enamust õdesid kõrgelt hindama vajadust pöörata rohkem tähelepanu õe professionaalsusele ja pidevale enesetäiendusele.

Õdede hinnangutes kaldus negatiivsele poolele vähene võimalus haige juures õendusabis iseseisvalt otsuseid teha. Ajast-aega on olnud nii, et arst on kõikide haige juures tehtavate toimingute otsustajaks. Patsiendid on harjunud sellega, et arst on hästi kursis tema haiguse ja kõigi teiste sellega seonduvate probleemidega. Osad õed põhjendasid vähest otsustamise võimalust sellega, et õel ei ole küllaldaselt teadmisi või et iga otsuse langetamine toob kaasa vastutuse, lihtsam on täita korraldust kui ise vastutada. Kuid üheks õenduse eesmärgiks on õdedele hea hariduse andmine ja täienduste korraldamine, seega võiks tulevikus õdede vähete teadmiste põhjus taanduda. Õde ja arst peaksid haige juures olema võrdväärsed koostööpartnerid, olles seejuures oma eriala head spetsialistid.

Kui uuriti patsientide õpetamise vajadust, siis ilmnnes, et õpetamist hinnati mõlemapoolselt vajalikuks. Patsiendi õpetamist võib määratleda kui süstemaatilist õpetamise-õppimise protsessi, millega saab mõjutada patsiendi käitumist, millega antakse uusi teadmisi ja oskusi ning võidakse muuta ka arvamusi (6; 23; 31). Haigus on pannud patsiendi uude olukorda, millega toimetulekuks on vaja uusi teadmisi või oskusi. Üldine seisukoht on, et patsient peab tahtma õppida, ainult siis on õpetus efektiivne (10; 31; 34). Patsiendid ootavad eelkõige selliseid teadmisi, mida saab oma konkreetse probleemi lahendamiseks kasutada (31). Eriti vajasid probleemiga toimetulekuks õpetust põhiharidusega meespatsiendid. Paljude patsientide hinnangul peaks patsiente õpetama eelkõige arst, õdede hinnangul osakonnas spetsiaalse ettevalmistuse saanud õde.

Põhjamaades tuntud oma õe süsteem on meie õenduses veel võõras nii patsientidele kui ka õdedele. Seda ideed hinnati kaheti, ühelt poolt tunnustavalt ja samas ka arvati, et seda pole vaja, kuna see seab õele lisakoormuse. Meie patsiendid pole harjunud oma õega, kuna senini on olnud ikka oma arst.

Oma õe määratluses ei saa lähtuda mingist lisakoormusest, vaid see on õe igapäevatöö patsiendiga. Oma õde teeb mitmekülgset ja haigele suunatud õendustegevust. Selle õendustegevuse tuumik moodustub kahe indiviidi – patsiendi ja õe – vastastikusest mõjust (9). Oma õe ülesandeks on pidevalt kursis olla patsiendi tervisliku seisukorraga,

kujuures oma õe õiguseks ja kohustuseks on teha patsiendi õendusabi puudutavaid otsuseid patsiendi soove ja enesemääramise õigust austades (17; 19). Kui õde on hästi kursis patsiendi haiguse kui ka tema harjumuste ja tavadega, siis seda täiuslikuma õendusabiplaani ta oskab koostada. Nii saab õde kasutada kõiki oma teadmisi ja oskusi lähtudes konkreetse patsiendi vajadustest. Seega saab patsient sellist õendusabi nagu ta vajab, mitte sellist nagu on olnud harjumuseks anda (17; 19).

Käesoleva uurimuse tulemustel on ka praktiline väljund. Saadud tulemuste põhjal võiks teha mõningaid muudatusi nii õdede töökorralduses kui ka patsientidele antavas õendusabis. Antud uurimust võiks täiendada tehes seda mitmes erinevas haiglas ja saadud tulemusi võrrelda. Nii saaks üldistatuma pildi õendusabi vajadusest kirurgiaosakondades.

5. JÄRELDUSED

1. Kirurgiaosakonnas, eriti operatsioonijärgselt intensiivravipalatis, ootasid ja vajasisid patsiendid kõige enam õelt füüsilist aitamist. Enamus uurimuses osalenud patsiente hindas saadud ja enamuse vastanud õdedest antud õendusabi heatasemeliseks.

2. Üle poolte patsientide esmaseks ootuseks õelt oli arsti korralduste täpne täitmine. Õdede hinnangutes oli patsiendi ootustest esikohale pandud suhtlemine. Patsiendid hindasid ennekõike õe ja arsti koostööd, kusjuures kõige tähtsamaks peeti patsiendile hea ravi ja õendusabi tagamist.

3. Õdede hinnangutest ilmnas, et kõige tähtsamaks igapäevaseks tööülesandeks peeti protseduuride tegemist. Otsustamisvõimalustest õendusabis hindas üle poolte vastanud õdedest, et nad saavad mõnikord ise otsustada. Õenduse üheks suunaks on ka õdede haridustaseme ja erialaliste oskuste parandamine, seega võiks edaspidi suurendada õdede otsustamis- ja vastutusvõimalusi õendusabis.

4. Enamuse patsientide hinnangul olid nad tundnud end osakonnas ja palatis koduselt ja mõnusalt. Võrreldes varajasema haiglakogemusega märgati kõige enam muutust paremusele kogu personali suhtumises patsientidesse.

Patsientide ja õdede hinnangutes peeti kõige sobivamaks külastusajaks nädalavahetust ning taunitavaks vaba külastusaega.

Nii patsientide kui ka õdede hinnangul peaksid patsiendi isiklikud probleemid, mis ei ole seotud ravi ja õendusabiga, lahendama eelkõige patsiendi omaksed. Juhul kui neid ei ole, siis peaks seda tegema haigla sotsiaaltöötaja. Ilmnas reaalne vajadus sotsiaaltöötaja järgi haiglas.

5. Patsientide poolt peeti kõige vajalikumaks õpetust ravimite toimest. Oluliseks peeti ka õpetust iseendaga toimetuleku kohta pärast operatsiooni nii haiglas kui ka kodus.

Enamuse õdede arvates peaksid nad ise eelnevalt õppima, siis on neil rohkem oskusi patsientide õpetamiseks. Õdede hinnangul peaks patsienti õpetama eelkõige osakonnas spetsiaalse ettevalmistuse saanud õde. Patsiendid eelistasid saada õpetust ennekõike arstilt.

6. Patsientide hinnang nn. oma õe ideele oli küllalt ebalev ja sageli ka negatiivne, kuna oma patsient seaks õele lisakoormuse, ning paljud patsiendid eelistasid, et nendega tegeleksid erinevad õed.

Pooled vastanud õdedest eelistasid tegeleda paljude erinevate patsientidega, kuid teine pool vastajaid arvas, et paljud haiged soovivad endale kindlat õde, nn. oma õde.

6. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

1. Abdellah, F. Potilaskeskeinen sairaanhoito. Karisto Oy. SHKS. Hämenlinna, 1976.
2. American Nurses Association, Nursing's Social Policy Statement, ANA, Washington DC. 2-3, 1995.
3. Aro, I. Õendusest, põetusest, õeteadusest. Eesti Arst, 1996, 2: 185-187.
4. Aro, I. Õendusterminoloogia. Eesti Õde, 1996, 1: 5-7.
5. Beare, P. & Myers, J. Principles and Practice of Adult Health Nursing. The C.V. Mosby Company, 1990.
6. Bille, D.A. Practical approaches to patient teaching. Little Brown & Company. Boston, 1981.
7. Bond, S. & Thomas, L. Measuring patients satisfaction with nursing care. Journal of Advanced Nursing, 1992, 17, 52-63.
8. Bowar- Ferres, S. Loeb Center and its philosophy of nursing. The American Journal of Nursing, 1975, 75:810 May.
9. Caliandro, G. & Judkins, B. Primary Nursing Practice. Scott Foresmann and Company Glenview, Illinois, 1988.
10. Chaska, N.L. The Nursing Profession. A Time to Speak. McGraw-Hill Book Company, 1983.
11. Cormak, D.F.S. The Research Process in Nursing. G.B. Hartnolls Ltd. Bodmin, Cornwall, 1995.
12. Donahue, M.P. Nursing : the finest art, an illustrated history, St. Louis, The C.M. Mosby Co, 1985.
13. Eesti Kirjakeele Seletussõnaraamat, Eesti TA Keele ja Kirjanduse Instituut, 1993.
14. Eesti Riigi Arhiiv, toimik nr.513.
15. Eesti Õdede Ühingu arhiiv.

16. Henderson, V. The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research and education. New York, MacMillan Publishing Co, 1966.
17. Hegyvary, S.T. The Change to Primary Nursing - a cross cultural view of professional nursing practice, 1987.
18. Kleis, R. Võõrsõnade leksikon. 3.tr. Tallinn, Valgus, 1979.
19. Laaksonen, K. & Voutilainen, P. Potilaskeskinen Hoitotyö Jyväskylä, 1994.
20. Leino-Kilpi, H. Hyvän Hoitamisen arviointiperusteet. Lääkintöhallituksen julkaisuja 163, Helsinki, 1990.
21. Linder-Pelzi, S. Toward a theory of patient satisfaction. Social Science in Medicine, 1982, 16, 577-582.
22. Locker, D. & Dunt, D. Theoretical and methodological issues on sociological studies of consumer satisfaction with medical care. Social Science in Medicine, 1978, 12, 283-298.
23. Luker, K. & Caress, A.-L. Rethinking patient education. Journal of Advanced Nursing, 1989, 14:711-718.
24. Marriner-Tomey, A. Nursing Theorists and Their Work. The C.V. Mosby Company, 1989.
25. Maslow, A. Toward and Psychology of Being, 2nd.ed. New York, D Van Nostrand, 1968.
26. Murray, R. B. & Zenter, J.P. Nursing Concepts for Health Promotion. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1985.
27. Parasuraman, A., Berry, L. & Zeithamal, V. Understanding Customer Expectations of Service. Sloan Management Review, 1991, Spring, 39-48.
28. Perälä, M.-L. Muutos yksilövastuiseen hoitotyöhön: Vaikutukset hoitotyöntekijöiden toimintaan ja potilas-hoitaja-vuorovaikutukseen.

Lisensiaattityö. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen ja terveydenhuollon hallinnon laitos, Kuopio, 1989.

29. Polit, D. Nursing Research Principles & Methods, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1987.

30. Potter, P. A. & Peny, A. G. Foundations of nursing (2 nd.ed.) St. Louis, Missouri: The C.V. Mosby Company, 1989.

31. Redman, B. K. Potilaan opettaminen. Porvoo. Helsinki, 1972.

32. Sparks, S. M. Nursing Diagnosis Reference Manual. Springhouse Corporation, 1995.

33. Tallinna Kesksaigla arhiiv.

34. Taylor, C. & Co. Fundamentals of nursing. J.B. Lippincott Company 1989.

35. Torres, G. Theoretical Foundations of Nursing. Appleton -Century-Crofts. Norwalk. Connecticut, 1986.

36. Uusitalo, H. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkilman maailman. WSOY. Helsinki, 1991.

37. White, M. Importance of selected nursing activities. Nursing Research, 1972, 21(1),4-14.

38. Yura, H. & Walsh, M. Human needs and the nursing process. Appletton Century - Crofts. New York, 1978.

39. Yura, H.& Walsh, M. The Nursing Protcess. 4th.ed. Norwalk, CT Appletton-Century-Crofts, 1983.

LUGUPEETUD HAIGE.

Te olete praegu haige ja haiglas ning sõltute paratamatult suuremal või vähemal määral haigla personalist. Selle küsimustikuga sooviksime teada saada Teie hinnanguid ja ka arvamusi õdede töö kohta. Palun püüdke vastata kõigile küsimustele just enda kogemuste ja läbielamste põhjal selles osakonnas. Küsitletakse kolme kirurgiaosakonna haigeid Tartu Maarjamõisa Haiglas. Küsimustik on anonüümne. Teie poolt täidetud ankeete ei seostata teie nimega. Teie vastuseid näevad ainult küsitluse korraldajad. Küsimustiku täitmine ei ole keeruline. Enamikul juhtudel on küsimuste järel toodud võimalikud vastusevariandid. Teil tuleb vaid sobiva vastusevariandi ees numbrile ring ümber tõmmata. Kui aga pakutud vastusevariantide hulgas sobiv puudub, siis kirjutage see juurde. Tabelite täitmisel pidage silmas, et igal real oleks tingimata üks ring.

Loodame Teie heatahtlikule ja tõsisele suhtumisele küsimustiku täitmisel.

1. MIS PÕHJUSEL TE PRAEGU OLETE HAIGLAS?

- 1 uuringutel
- 2 operatsioonil
- 3 kroonilise haiguse ägenemise pärast
- 4 muul põhjusel (millisel)-----

2. KUI KAUA TE OLETE VAREM HAIGLAS VIIBINUD?

- 1 paar päeva
- 2 nädala
- 3 paar nädalat
- 4 kuu ringis
- 5 üle kuu
- 6 ma ole esmakordselt haiglas

3.KAS TE OLETE VAREM MAARJAMÕISA HAIGLAS VIIBINUD JA KUI KAUA?

- 1 paar päeva
- 2 nädala
- 3 paar nädalat
- 4 umbes kuu
- 5 üle kuu
- 6 ma pole varem selles haiglas olnud

Kui Teie vastus oli 1-5, siis palun vastake järgmisele küsimusele, kui 6 siis minge küsimuse juurde nr 8

KUI TE OLETE OLNUD VAREM SAMAS MAARJAMÕISA HAIGLAS, KAS TEIE ARVATES ON VÕRRELDES VARASEMA HAIGLAS OLEKUGA TOIMUNUD MUUTUSI JA MILLISED NEED ON?

	on muutunud <u>paremaks</u>	jäänud <u>samaks</u>	on muutunud <u>halvemaks</u>
4. kogu personali suhtumine haigetesse	3	2	1
5. toitlustamine	3	2	1
6. tähelepanu ruumide puhtusele	3	2	1
7. tähelepanu haigete olmele (paremad voodid, TV, raadio, ajalehed, ajakirjad)	3	2	1

**MILLISES SEISUNDIS TEIE ENDA ARVATES VAJATE/VAJASITE ÕE
POOLSET ABI JA AITAMIST, KUI TE EI SAANUD ISE HAKKAMA?**

	<u>kõige enam</u>	<u>oluliselt</u>	<u>mingil määral</u>	<u>ei vaja</u>
8. operatsioonijärgselt intensiiv- ravi palatis olles	4	3	2	1
9. operatsioonijärgselt olles üldpalatis	4	3	2	1
10. operatsioonieelselt, et säilitada psüühilist tasakaalu ja vältida hirmutunnet	4	3	2	1
11. uuringute ootel ning nendeks valmistumisel	4	3	2	1
12. mind vaevava kroonilise haiguse ägenemise ajal	4	3	2	1

**OLLES PRAEGU HAIGE JA HAIGLAS, MIDA TE HAIGENA ÕELT
OOTATE?**

	<u>eelkõige seda</u>	<u>seda ka</u>	<u>mingil määral sedagi</u>	<u>seda mitte</u>

13. tähelepanelikkust ja hoolitsust	4	3	2	1
14. arsti korralduste täpset täitmist	4	3	2	1
15. valusüste	4	3	2	1
16. et õde käiks mind tihti vaatamas ja küsiks mu seisundi kohta	4	3	2	1
17. et õde oskaks haiget kuulata	4	3	2	1
18. et õde tegeleks ainult minuga	4	3	2	1
19. ööseks unerohtu	4	3	2	1

MIDA NÄITAVAD TEIE TÄHELEPANEKUD JA KOGEMUSED SELLE KOHTA, KUIDAS ÕED HOOLITSEVAD HAIGETE EEST, KAS TE NÕUSTUTE JÄRGMISTE VÄIDETEGA ET.....

	nõustun igati	nõustun enamvähem	pigem ei nõustu	ei nõustu
20.õel on palju tööd, tal pole piisavalt aega haigega tegelemiseks ja tema eest hoolitsemiseks	4	3	2	1
21.õde on haige teenistuses ja hoolitseb laitmatult haige eest	4	3	2	1
22.õde ei tegele peaaegu üldse haigega, haige peab ise endaga hakkama saama	4	3	2	1
23. vaatamata suurele töökoormusele jätkub õdedel alati piisavalt aega tegelemaks kõikide haigetega	4	3	2	1

KUIDAS TEIE ETTEKIJUTUSE JA ARUSAAMISE JÄRGI JAGUNEVAD ÕE JA ARSTI ROLLID HAIGLAS. MIDA TE OOTATE ÕELT, MIDA ARSTILT VÕI MÕLEMALT KOOS? Pakume Teile mõned tööülesanded, palun avaldage nende kohta oma arvamust, seda peaks tegema.....

	ainult arst	eelkõige arst	peaksid tegema mõlemad	eelkõige õde	ainult õde
24.haigele peaks selgitama tema haigust ja selle kulgu	5	4	3	2	1
25.haigele peaks ravimise plaani koostama	5	4	3	2	1
26.haigele teostatavate uuringute ja protseduuride selgitamine	5	4	3	2	1
27.haigele vajalike protseduuride teostamine	5	4	3	2	1
28.haige psüühiline ettevalmistamine operatsiooniks	5	4	3	2	1
29.haigele hea ravi ja hoolitsuse tagamine	5	4	3	2	1

**MILLINE ON TEIE KOGEMUS OSAKONNAS INFO LIIKUMISE KOHTA?
PALUN VASTAKE MILLISEL VIISIL TEIE INFOT SAITE.**

	põhiliselt nii	ka sellest allikast	niiviisi mitte
30.osakonda tulles võttis õde mind vastu ja rääkis täpselt sellest osakonnast ja kodukorrast	3	2	1
31.kogu info osakonna kohta pärineb kaashaigetelt	3	2	1
32. raviarst rääkis kõigest	3	2	1
33.mingit infot polnud vajagi, ajapikku ise avastasin	3	2	1

34.KAS SELLINE INFO SAAMISE VIIS RAHULDAS TEID?

- 1 jah, rahuldab
- 2 mõningal määral rahuldab
- 3 ei rahuldanud

KUIDAS TE OLETE RAHUL HAIGLAELU ERINEVATE KÜLGEDEGA?

	nõustun igati	nõustun enamvähem	pigem ei nõustu	ei nõustu
35.mina olen tundnud end osakonnas koduselt ja mõnusalt, siin on soe ja puhas	4	3	2	1
36.minu arvates on siin peale ravi ka piisavalt tegevust aja sisustamiseks (TV, ajalehed-ajakirjad, raadio)	4	3	2	1
37. minu arvates on olnud palatis parajal hulgal kaashaigeid ja neist on olnud mulle seltskonda	4	3	2	1
38.osakonnas leidub selliseid kohti kus saab küllastajatega segamatult vestelda	4	3	2	1

49.KAS TE TUNNETE VAJADUST SELLE JÄRELE,ET KEEGI TEID HAIGLAS ÕPETAKS, (NÄITEKS SELGITAKS TEILE, MIDA JA KUIDAS TEHA ENNE JA PEALE UURINGUT VÕI OPERATSIOONI, SAMUTI KA SEDA, MIDA JA KUIDAS TEHA PÄRAST HAIGLAST LAHKUMIST KODUS.)

- 1 see oleks väga vajalik
- 2 see oleks küllalt vajalik
- 3 ei oska öelda
- 4 see pole eriti vajalik

Kui Teie vastus oli 1või2, siis palun vastake ka järgmisele küsimusele,kui Teie vastus oli 3või 4,siis palun jätkake küsimusega nr.50

KES PEAKS TEIE ARVATES HAIGET ÕPETAMA?

	<u>eelkõige tema</u>	<u>ka tema</u>	<u>tema mitte</u>
40.palatiõde	3	2	1
41.raviarst	3	2	1
42.vanemõde	3	2	1
43.osakonnas spetsiaalse ettevalmistuse saanud õde	3	2	1

MIDA TEIE ARVATES OLEKS TEILE KUI HAIGELE VAJALKIK ÕPETADA?Pakume Teile mõned variandid,kuid võite lisada ka omapoolseid soove

	<u>eelkõige seda</u>	<u>ka seda</u>	<u>seda mitte</u>
44.mitmesuguseid võimlemisharjutusi, kui haiget on opereeritud ja ta on voodihaige ning ei saa liikuda	3	2	1
45.säästvat toitumisrežiimi peale operatsiooni (eriti peale seedetrakti operatsiooni)	3	2	1
46.iseendaga toimetulekut peale operatsiooni nii haiglas kui ka peale haiglast lahkumist (n. kuidas kõhida,pöörata,kodus haava eest hoolitseda,karkudega kõndida jne.)	3	2	1
47.ravimite võtmist(kuidas võtta,kas enne või pärast sööki)	3	2	1
48.ravimite toimet (miks see ravim vajalik on, mille vastu ta mõjub)	3	2	1
.....	3	2	1

KUI OLULINE ON TEILE SEE, ET TEIE....

	see on väga oluline	küllaltki oluline	see pole eriti oluline	see pole üldse oluline
49. omaksed käiksid Teid haiguse ajal haiglas vaatamas	4	3	2	1
50. omaksed käiksid Teid haiguse ajal pidevalt haiglas aitamas	4	3	2	1

51. ÕDE TEEB SEoses HAIGE EEST HOOLITSEMISEGA OTSUSTUSI KUIDAS ÜHT VÕI TEIST ASJA HAIGE JUURES TEHA, KAS KA TEIE ISE SOOVIKSITE KOOS ÕEGA TEHA NEID OTSUSTUSI, MIS PUUDUTAVAD TEIE EEST HOOLITSEMIST?

- 1 sooviksin alati ka ise koos õega otsustada, kuidas minu eest hoolitseda
- 2 sooviksin, et õde mõnikord minu arvamust arvestaks kuidas minu eest hoolitseda
- 3 ma ei soovi ise eriti osa võtta otsustamisest, kuidas minu eest hoolitseda
- 4 ma ei soovi ise üldse osaleda otsustamisel, kuidas minu eest hoolitseda

Patsiendil võib haiglas olles tekkida selliseid isiklikke probleeme, millega ta ise ei saa momendil hakkama, (n.patsient elab koos sellise inimesega, kes vajab hooldust, kuid tema kui hooldaja on nüüd haiglas, ja ta pole seda probleemi eelnevalt ära korraldanud, või hoopis mõni teine probleem, mis ei ole otseselt seotud tervisega) kes peaks teda aitama nende probleemide lahendamisel?

KAS TE NÕUSTUTE JÄRGMISTE VÄIDETEGA, ET PATSIENDI ISIKLIKUD PROBLEEMID PEAKS LAHENDAMA

	eelkõige tema	ka tema	tema mitte
52. patsiendi omaksed	3	2	1
53. patsiendi raviarst	3	2	1
54. haigla sotsiaaltöötaja	3	2	1
55. haigega tegelev õde (palatiõde)	3	2	1
56. osakonna vanemõde	3	2	1

KAS TE NÕUSTUTE VÄIDETEGA ET.....

	<u>sageli</u>	<u>mõnikord</u>	<u>seda küll mitte</u>
57.haigete isiklikud probleemid jäävad lahendamata, kuna haiget ei julge nendest rääkida	3	2	1
58.haige isiklikud probleemid jäävad lahendamata, sest haigel ei ole neist kellelegi rääkida	3	2	1

KUIDAS TE HINDATE JÄRGMISI PAKUTUD HAIGETE KÜLASTAMISE AEGU?

	<u>see on sobiv variant</u>	<u>ka seda võiks lubada</u>	<u>see pole õige</u>
59.külastajad võiksid käia igal tööpäeval 8-20 neile sobival ajal	3	2	1
60.tööpäeval võiksid külastajad käia hommikupoolikuti 11-13 ja õhtupoolikuti 16-18	3	2	1
61.külastajad võiksid käia suvalisel ajal ilma piiranguteta	3	2	1
62.nädalavahetusel võiksid külastajad käia neile sobival ajal 8-20	3	2	1

Pakume Teile hindamiseks sellise idee, et Teil oleks "oma õde", st. et iga päev tegeleb Teiega üks ja sama õde kogu Teie haiglas viibimise aja (midagi analoogset raviarstile) **MILLINE ON TEIE HINNANG "OMA ÕE" IDEELE, KUIDAS TE NÕUSTUTE JÄRGMISTE VÄIDETEGA?** Palun hinnake kõiki väiteid.

	<u>nõustun täiesti</u>	<u>nõustun osaliselt</u>	<u>ei nõustu</u>
63."oma patsient" seab õele lisa vastutuse ja lisakoormuse	3	2	1
64.haigega tegeleb põhiliselt tema raviarst, sellist "oma õde" pole vaja	3	2	1
65.mina sooviksin endale kindlat sellist "oma õde"	3	2	1
66.mulle meeldib kui minuga tegelevad iga päev erinevad õed, on vaheldust	3	2	1

67. TEIE VANUS.....aastat

68. TE OLETE 1 mees
 2 naine

69.MILLINE ON TEIE HARIDUS

- 1 8 klassi või vähem
- 2 lõpetamata keskharidus
- 3 kutse- või tehnikakooli haridus
- 4 üldine keskharidus
- 5 kesk-eriharidus
- 6 lõpetamata kõrgharidus
- 7 kõrgharidus

70.TEIE PRAEGUNE AMET

.....

.....

SELLEGA ONGI KÕIK KÜSIMUSED VASTATUD, TÄNAME TEID VASTUSTE EEST, SOOVIME KIIRET PARANEMIST JA JÕUDU EDASPIDISEKS.

ÕETEADUSE OSAKOND.

Austatud kolleeg

See küsimustik on koostatud eesmärgiga saada arvamusi ja hinnanguid õdedelt oma kutsetöö kohta.

Milles seisneb õe töö?

“Õe eriline tööülesanne seisneb selles, et abistada kas haiget või tervet indiviidi rakendama selliseid abinõusid, mis soodustavad tervist või tervenemist(või rahulikku suremist), abinõusid, mida indiviid oleks võimeline teostama ise, kui tal oleks piisavalt jõudu, tahet või teadmisi. Seda tööülesannet tuleb teostada nii , et indiviid taastaks oma sõltumatuse nii ruttu kui võimalik.”

VIRGINIA HENDERSON.

Seega on palve vastajale, et vastustes kajastuks informatsioon õe tegeliku ja igapäevase töö kohta. Palun vastake just nii nagu teie tunnete ja teete oma tööd iga päev. Küsitletakse TÜ Kirurgiakliiniku kolme kirurgiaosakonna õdesid. Küsimustik on anonüümne. Teie poolt täidetud ankeete ei seostata Teie nimega, ning Teie vastuseid näevad ainult küsitluse korraldajad. Küsimustiku täitmine ei ole keeruline. Enamikul juhtudel on küsimuste järel toodud võimalikud vastuste variandid. Tuleb vaid Teile sobiva vastusevariandi ees numbrile ring ümber tõmmata. Kui aga pakutud vastusevariantide hulgas sobiv puudub, siis kirjutage see juurde. Tabelite täitmisel pidage silmas, et igal real oleks tingimata üks ring.

Loodame Teie heatahtlikule ja tõsisele suhtumisele küsimustiku täitmisel.

1.KUIDAS TE ENDA HINNANGUL HOOLITSETE HAIGETE EEST?

- 1 väga hästi
- 2 piisavalt hästi
- 3 ma olen oma tööga rahul
- 4 ma pole oma tööga rahul

2.MILLISE HINNANGU TEIE ARVATES PATSIENDID ANNAVAD TEIE POOLT TEOSTATAVALE ÕENDUSABILE?

- 1 kõik patsiendid on väga rahul minu tööga
- 2 enamus patsiente on rahul
- 3 mõned patsiendid on rahul minu tööga ,mõned ei ole
- 4 mõned patsiendid nurisevad minu töö üle
- 5 sageli nurisetakse minu töö üle

Te töötate pidevalt haigetega . Iga päev puutute kokku väga raskete haigete või vähem haigete inimestega, kellel kõigil on omad vajadused ja probleemid. Arvatavasti on kogemuste varal kujunenud välja haiged, kes vajavad rohkem aitamist ja ka tüüpilisemad patsientide ootused, lootused ja vajadused, mida patsiendid esitavad õele.

3.MILLISES SEISUNDIS HAIGE TEIE ARVATES VAJAB KÕIGE ROHKEM ÕE ABI ? Palun kirjutage oma arvamused.

4.MIDA PATSIENT TEIE ARVATES ESMAJOOONES ÕELT OOTAB? Palun kirjutage oma arvamused.

5.MIDA TEIE KOGEMUSED ÜTLEVAD , MILLES SEISNEB ÕE TÖÖ PRAEGUSEL AJAL ÜLDSE? PALUN TOOGE VÄLJA MÕNED OMA TÖÖ TÄHTSAMAD ASPEKTID.

Mõeldes õendusele tulevikus.

KAS TE NÕUSTUKSITE ALLJÄRGNEVATE VÄIDETEGA: KUI TEEKSIN NII ET....., SIIS MUUTUB ÕEDEDE TÖÖ EFEKTIIVSEMAKS

	jah täiesti	osaliselt	ei nõustu
6. võtaksin kasutusele õdede diagnoosid ,mille abil koostaksin üksikasjaliku plaani haige eest hoolitsemiseks	3	2	1
7. pööraksin suuremat tähelepanu õdede professionaalsusele(teadmised, oskused jne.)	3	2	1
8. hakkaksin põhjalikumalt õpetama haigeid ja tema omakseid , kuidas haiguse ja põetusega kodus toimetulla	3	2	1
9. pööraksin suuremat tähelepanu "meeskonnatööle" õde ja arst	3	2	1

10. sooviksin õdedele suuremaid võimalusi otsuste tegemisel õenduses	3	2	1
-----	3	2	1

Mõned küsimusde õe iseseisvuse kohta.

11.KAS TEIE ARVATES ON ÕEL KÜLLALDASELT ISESEISVUST JA VÕIMALUST TEHA OTSUSEID OMA TÖÖS , KUIDAS HAIGE EEST HOOLITSEDA?

- 1 õed otsustavad alati ise
- 2 jah õed otsustavad küllalt palju ise, kuidas nad haige eest hoolitsevad
- 3 mõnikord õed saavad ise otsustada, mõnikord õed ei saa otsustada
- 4 õed saavad väga vähe otsustada
- 5 õdedel pole mingit võimalust otsustada

Kui Te vastasite sellele küsimusele 1 või 2 variandiga ,siis minge järgmisena küsimuse juurde nr.16

MIS TEIE ARVATES VÕIKS OLLA PÕHJUSEKS , ET ÕED EI SAA KÜLLALT PALJU ISESEISVALT OTSUSTADA? Esitame mõned väited, Teil on võimalus omi väiteid juurde lisada ja anda kõikidele väidetele hinnang antud skaalaga.

	peamine põhjus	seegi põhjus tuleb arvesse	see pole põhjuseks
12.õel pole veel küllalt teadmisi, et iseseisvalt otsustada	3	2	1
13.arstid soovivad ise haige juures otsustada	3	2	1
14.õde ei taha võtta endale vastutust otsuse kohta, lihtsam on täita korraldust	3	2	1
15.haige ei taha ,et õde tema juures otsustab, ta usaldab arsti rohkem ja soovib ,et arst ka otsustab	3	2	1
-----	3	2	1

Järgnevalt mõned küsimused õpetamise kohta.

Selles ankeedis õpetamise all on mõeldud haigetele ja ka tema omastele enese (haige) hooldamise ja põetamise õpetamist. Näiteks kuidas ühte või teist protseduuri kodus teha, kuidas ja mida süüa, kuidas oma jõudu ja energiat taastada

16.KAS TE OLETE VALMIS HAIGET ÕPETAMA?

- 1 jah, ma olen saanud eelnevalt õpetust kuidas haiget õpetada
- 2 ma peaksin saama ise eelnevalt õpetust kuidas õpetada, siis küll
- 3 ma ei ole valmis

17.KAS TE TAHATE HAIGET ÕPETADA?

- 1 jah ma tahan
- 2 mul ei ole selle vastu eriti midagi
- 3 ma ei ole sellest eriti huvitatud
- 4 ma ei tahagi

KES PEAKS TEIE ARVATES HAIGEID ÕPETAMA? Teil on valida variandid, kuid Te võite ka lisada juurde omi variante ja hinnake kõiki antud skaalaga.

	eelkõige tema	temagi võiks	tema mitte
18.palatiõde	3	2	1
19.vanemõde	3	2	1
20.arst	3	2	1
21.osakonnas sptsiaalse ettevalmistuse saanud õde	3	2	1
-----	3	2	1

Mõnedes maades, eriti Põhjamaades on suurt tähelepanu pööratud sellele, et õel oleks nn."oma patsient", samas on ka palju maid, kus õde peab ühtviisi tegelema kõikide patsientidega.

Kas Teile meeldiks see, et Teil oleks "oma patsient", st. et Teil oleks iga päev ühed ja samad haiged kellega tegelete kogu patsientide haiglas viibimise aja (midagi analoogset raviarstile)

MILLINE ON TEIE HINNANG "OMA PATSIENDI " TEEMALE? KUIDAS TE NÕUSTUTE JÄRGMISTE VÄIDETEGA? Palun hinnake kõiki väiteid, kui soovite, võite omapoolseid juurde lisada.

	<u>nõustun täiesti</u>	<u>nõustun osaliselt</u>	<u>ei nõustu</u>
22. "oma patsient" seab õele lisakoormuse	3	2	1
23. haigega tegeleb põhiliselt tema raviarst, sellist "oma õde" pole vaja	3	2	1
24. paljud haiged soovivad endale kindlat õde "oma õde"	3	2	1
25. minule meeldib tegeleda paljude erinevate haigetega	3	2	1

Kui patsientidel on tekkinud haiglas selliseid isiklikke probleeme, mis ei ole otseselt seotud meditsiiniga, kuid ta ei saa ise nende probleemidega hakkama, kes Teie hinnangul peaks teda aitama nende probleemide lahendamisel?

KAS TE NÕUSTUTE JÄRGMISTE VÄIDETEGA, ET PATSIENDI ISIKLIKUD PROBLEEMID PEAKS LAHENDAMA..... Palun hinnake kõiki väiteid ning võite lisada omi.

	<u>eelkõige nemad</u>	<u>nemad ka</u>	<u>nemad mitte</u>
26. patsiendi omaksed	3	2	1
27. tema raviarst	3	2	1
28. haigla sotsiaaltöötaja	3	2	1
29. haigega tegelev õde (palati õde)	3	2	1
30. osakonna vanemõde	3	2	1

KAS TE NÕUSTUTE VÄITEGA, ET

	<u>see on nii</u>	<u>mõnikord</u>	<u>seda küll mitte</u>
31. haigete isiklikud probleemid jäävad lahendamata, kuna haiged ei julge nendest rääkida	3	2	1

Meditisiinis on tehtud juba palju uuendusi , loodetavasti need jätkuvad tukevikuski. Sellega seoses sooviksime teilt teada saada Teie arvamusi mõnede küsimuste peale.

MILLINE PEAKS OLEMA TEIE ARVATES HAIGETE ARV ÜHELE ÕELE TULEVIKUS?

32.osakonnas ligikaudu.....haiget

33.intensiivravi palatis ligikauduhaiget

MITME HAIGE EEST ÜKS ÕDE HOOLITSEB TEIE OSAKONNAS PRAEGU?

34.osakonnas.....haiget

35.intensiivravi palatis.....haiget

MILLINE PEAKS OLEMA TEIE ARVATES LIGIKAUDNE ÕDEDE JA ARSTIDE ARVULINE SUHE , ET OLEKS "MEESKOND" NING SAAKS TEHA HEAD KOOSTÖÖD

36.ühe arsti kohta võiks ollaõde

Kui Teile antaks võimalus teha oma töös muudatusi ja ümberkorraldusi.

MILLISEID MUUDATUSI TE TEEKSITE? Siin on toodud mõned variandid, kuid Teil on võimalus kirjutada juurde omi ja palun hinnake kõiki variante antud skaalaga.

	väga vajalik muudatus	ka see tuleb arvesse	seda muudatust pole vaja
37.vähendaksin praegusega võrreldes tunduvalt haigete arvu ühele õele	3	2	1
38.korraldaksin ringi haigete toitmise, teeksin haigetele sööginurga osakonda või personaalsed kandikud palatisse viimiseks	3	2	1
39.hakkaksin haigetele õpetama, kuidas hoolitseda oma tervise eest ise kodus	3	2	1
40.teeksin muudatusi ja täiendusi haigete jälgimislehele ja kasutaksin õdede diagnoose	3	2	1

41.püüaksin selgitada funktsionaalsete voodite vajalikkust kõikide palatite jaoks	3	2	1
42.teeksin ettepaneku , et haiged peaksid tulema peale operatsiooni osakonda tagasi stabiilsemas seisundis.OP.osakonnas vajalik ärkamispalati olemasolu	3	2	1
-----	3	2	1

KUIDAS PEAKS OLEMA KORRALDATUD HAIGLAS PATSIENTIDE KÜLASTAMINE?

	see on sobiv variant	ka seda võiks lubada	see pole õige
43.külastajad võiksid käia iga töö päev 8-20 neile sobival ajal	3	2	1
44.E-R võiksid külastajad käia hommikupoolikul 11-13 ja õhtupoolikul 16-18	3	2	1
45.külastajad võiksid käia suvaliselt ilma piiranguteta	3	2	1
46.nädalavahetustel võiksid külastajad käia neile sobival ajal 8-20	3	2	1
-----	3	2	1

KUIVÕRD TÄHTIS ON TEIE ARVATES PALATI MILJÖÖ HAIGELE?

(Miljöö all on mõeldud haigeid ümbritsevad tegureid)

üldse	väga	küllalt	vähe	pole
	<u>oluline</u>	<u>oluline</u>	<u>oluline</u>	<u>oluline</u>
47.voodikohtade arv palatis	4	3	2	1
48.seinte toon	4	3	2	1
49.(toa)lillede olemasolu	4	3	2	1
50.aknakardinate olemasolu	4	3	2	1
51.mööbel(öökapid, toolid jne.)	4	3	2	1
52.pildid seintel	4	3	2	1
53.raadio, TV	4	3	2	1

Lõpuks veel mõned üldised küsimused.

54.KUI KAUA OLETE ÕENA TÖÖTANUD:.....aastat

55.TEIE VANUS.....aastat

Seega ongi kõikidele meid huvitavatele küsimustele vastatud . Suur tänu nähtud vaeva eest. Soovime Teile edu ja vastupidavust selles raskes ning tänuväärises töös.

TARTU ÜLIKOOLI ÕETEAADUSE OSAKOND