

Tartu Ülikool
Meditsiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Kersti Rimmelgas

**EESTI ERIÕDEDE HINNANGUD PROFESSIONAALSELE AUTONOOMIALE JA
SEDA MÕJUTAVAD TEGURID: LÄBILÕIKELINE UURIMUS**

Magistritöö

Tartu 2025

Juhendaja: Helle Peterson, MSc (õendusteadus)

Retsensent: Jaanika Lutsepp, MSc (õendusteadus)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendaja otsusega /07.05.2025/. Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

LIHTLITSENTS LÕPUTÖÖ REPRODUTSEERIMISEKS JA ÜLDSUSELE KÄTTESAADAVAKS TEGEMISEKS

Mina, Kersti Remmelgas (sünnikuupäev: 20.06.1989),

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „**Eesti eriõdede hinnangud professionaalsele autonoomiale ja seda mõjutavad tegurid: läbilõikeline uurimus**“, mille juhendaja on Helle Peterson, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada Tartu Ülikooli digitaalarhiivi kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni;

2. annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 4.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, alates **01.06.2026** kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni;

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

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

Kersti Remmelgas

07.05.2025

KOKKUVÕTE

Eesti eriõdede hinnangud professionaalsele autonoomiale ja seda mõjutavad tegurid: läbilõikeline uurimus

Eriõdede kõrgem autonoomia ja iseseisvus otsustamisel tagab tervishoiuteenuste parema kättesaadavuse, kõrgema kvaliteedi ja ohutuse. Autonoomia suurendab eriõdede osalemist nii patsiendi kui ka töökorraldusega seotud otsustes. Varasemad uurimistööd kirjeldavad, et professionaalne autonoomia on seotud eriõdede kõrgema töörahulolu ja pühendumisega ning vähendab töölt lahkumise soovi. Eriõdede õiguseid on kogu maailmas laiendatud, aga jätkuvalt on nii juriidilisi kui ka organisatsioonilisi piiranguid nende autonoomsele tegevusele. Eestis ei ole varasemalt uuritud eriõdede hinnanguid professionaalsele autonoomiale ega ka seda, kas ja mil määral on need seotud eriõdede tausta ning organisatsiooniliste teguritega. Uurimistöö eesmärk oli kirjeldada Eestis töötavate eriõdede hinnanguid professionaalsele autonoomiale igapäevatoos kontekstis ning kirjeldada seoseid autonoomia ja taustaandmete vahel.

Andmeid koguti anonüümse elektroonilise küsimustikuga 2024. aastal. Uuritavateks olid uurimisperioodil Eestis töötavad erinevate erialade eriõded (N = 903). Uurimistöös osales 90 eriõde ja vastamismääraks oli 10%. Andmeid analüüsiti kasutades kirjeldavat statistikat, ANOVA dispersioonanalüüsi, Kruskal-Wallise testi, Pearsoni hii-ruut testi ja Fisheri täpset testi.

Tulemustest selgus, et eriõded hindasid professionaalse autonoomia ja kaasatuse oma igapäevatoos kõrgemaks patsiendiga seotud otsustes kui üksusega seotud tegevustes. Kõige kõrgem on eriõdede autonoomia patsiendile tervisedenduslike tegevuste õpetamisel ning patsiendiga seotud ülesannete määramisel. Kõige madalam on autonoomia haiglast väljakirjutamise kuupäeva määramisel ning eelarve planeerimisel. Eriõdede hinnanguid autonoomiale mõjutavad eriõdede erinevad erialad.

Tulemustest võib järeldada, et Eesti eriõded hindavad professionaalse autonoomia ulatust keskmiseks, sarnaselt varasematele uurimistulemustele. Samas sooviksid rohkem olla kaasatud nii patsiendi kui ka üksuse tasandil tehtavatesse otsustesse. Seetõttu on oluline organisatsiooni juhtidel pöörata tähelepanu autonoomiat toetava töökeskkonna loomisele, et eriõded saaksid oma pädevust rakendada ilma liigse järelevalve ja piiranguteta.

Märksõnad: eriõde, professionaalne autonoomia, läbilõikeline uurimus

SUMMARY

Estonian advanced practice nurses' assessments of professional autonomy and the factors influencing it: a cross-sectional survey

Greater autonomy and independence in decision-making among advanced practice nurses ensure better accessibility, higher quality, and increased safety of healthcare services. Autonomy enhances advanced practice nurses' participation in decisions related to both patient care and the organization of work. Previous research has shown that professional autonomy is associated with higher job satisfaction and greater professional commitment among nurses, while also decreasing their intention to leave the profession. Advanced practice nurses' rights have been expanded worldwide; however, their autonomous activities remain subject to both legal and organizational restrictions. In Estonia, the professional autonomy of advanced practice nurses has not been studied before, and it is not known whether, and to what extent, it is associated with nurses' backgrounds or organizational factors. The aim of the study was to describe Estonian advanced practice nurses' perceptions of professional autonomy in the context of their daily work and to examine the relationship between autonomy and various background characteristics.

Data were collected using an anonymous electronic questionnaire in 2024. The study subjects were advanced practice nurses of various specialties working in Estonia during the study period (N = 903). Ninety advanced practice nurses participated in the study and the response rate was 10%. The data were analysed using descriptive statistics, ANOVA, the Kruskal-Wallis test, Pearson's chi-square test, and Fisher's exact test.

The results revealed that advanced practice nurses rated professional autonomy and engagement in their daily work is higher in patient-related decisions than in unit-related activities. Advanced practice nurses' autonomy is highest in teaching patient-related health-promoting activities and assigning patient-related tasks. The lowest level of professional autonomy is in determining the date of discharge from the hospital and planning the budget. Different specialties influence the autonomy range of advanced practice nurses.

The results suggest that Estonian advanced practice nurses rate the extent of professional autonomy as average, like previous research results. Also, they would like to be more involved in decisions made at both the patient and unit levels. Therefore, it is important for organizational leaders to pay attention to creating a work environment that supports professional autonomy so that nurses can exercise their competence without excessive supervision and restrictions.

Keywords: advanced nurse practitioner, professional autonomy, cross-sectional survey

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

1. SISSEJUHATUS	4
2. ERIÕDEDE HINNANGUD PROFESSIONAALSELE AUTONOOMIALE JA SEDA MÕJUTAVAD TEGURID	6
2.1. Eriõenduse olemus professionaalse autonoomia kontekstis	6
2.2. Professionaalse autonoomia mõju eriõdedele ja tervishoiuteenuse osutamisele	10
2.3. Eriõdede autonoomiat mõjutavad tegurid	13
3. METOODIKA	20
3.1. Uurimistöö metodoloogilised lähtekohad	20
3.2. Uuritavad ja nende värbamine	20
3.3. Andmete kogumine	21
3.4. Andmete analüüs	23
3.5. Uurimistöö usaldusväärsus	25
4. TULEMUSED	27
4.1. Uuritavate taustaandmed	27
4.2. Eriõdede hinnangud professionaalsele autonoomiale	29
4.2.1. Eriõdede hinnangud autonoomiale patsiendiga seotud otsustes	29
4.2.2. Eriõdede hinnangud autonoomiale struktuuriüksusega seotud otsustes	31
4.3. Eriõdede hinnangud autoriteedi ja vastutuse ulatusele	33
4.4. Seosed eriõdede taustaandmete ja professionaalse autonoomia hinnangute vahel	34
5. ARUTELU	36
5.1. Olulisemad tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimistööde tulemustega	36
5.2. Eetilised aspektid	41
5.3. Uurimistöö usaldusväärsus ja kitsaskohad	43
5.4. Tulemuste olulisus, rakendatavus ja uued uurimisprobleemid	46
6. JÄRELDUSED	47
KASUTATUD KIRJANDUS	48
LISAD	
Lisa 1. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus	55
Lisa 2. Kirjavahetus originaalküsimustiku autoriga	57
Lisa 3. Kutse uurimistöös osalemiseks	58
Lisa 4. Prooviuurimuse lisaküsimused	59
Lisa 5. Analüüsiva statistika tulemused autonoomia ja taustaandmete kohta	60

1. SISSEJUHATUS

Professionaalne autonoomia on õenduse lahutamatu osa ning erialase praktika põhielement, mis toetab tervishoiuteenuste kättesaadavuse, kvaliteedi ja ohutuse parandamist (Alruwaili ja Abuadas, 2023; Patel jt, 2025). Tervishoiusüsteemi keerukus on suurendanud eriõdede erialaseid kohustusi, mis on seadnud nõudeks kõrge autonoomia ulatuse ning mille saavutamine on väljakutse pidevalt areneva tegevusulatuse tõttu (Shohani jt, 2018). Eriõdede iseseisva otsustamise ja vastutuse võtmise eelduseks igapäevatöös on autonoomia olemasolu ning selle kujunemist mõjutavate tegurite mõistmine. Seetõttu on oluline autonoomia täpsem määratlemine, mis aitab selgemalt piiritleda eriõdede erialase vastutuse ulatuse, võimaldades nende potentsiaali tõhusamat rakendamist tervishoius (Lockwood jt, 2021).

Eriõdede õigust tegutseda iseseisvalt võivad piirata mitmed seadusandlikud ja ka töökorralduslikud tegurid, sealhulgas ranged organisatsioonisisemed reeglid ning ebaselge tööülesannete kirjeldus (Liivet, 2015; Pursio jt, 2021). Samas toetavad kõrge autonoomia ja otsustusvabadus õendusteenuse ohutust, kvaliteetset kättesaadavust ning suurendavad patsientide rahulolu teenuse osutamisega (Patel jt, 2025). Autonoomia suurendamine on tihedalt seotud tõenduspõhise praktika rakendamise, professionaalse arengu, kriitilise mõtlemise ja suurenenud otsustusvõimega. See omakorda toetab õdede töörahulolu, vähendab töölt lahkumise määra, moraalset stressi ja läbipõlemise riski. (Alruwaili ja Abuadas, 2023; Oshodi jt, 2019.) Professionaalne autonoomia on seotud paremate töö- ja organisatsiooniliste tulemustega, sealhulgas suurema pühendumuse, tõhusama tööjaotuse ja töötulemuste paranemisega (Labrague jt, 2019; Lockwood jt, 2021). Seetõttu peaks organisatsiooni juhtkond koostöös õendusjuhtidega toetama professionaalset autonoomiat ja töörahulolu, luues motiveeriva töökeskkonna ning tagades piisavad ressursid ja juhtimisalase toe (Judi jt, 2025; Pursio jt, 2021).

Maaailmas on uuritud õdede hinnanguid ja kogemusi seoses autonoomiaga, keskendudes peamiselt patsiendiga seotud otsuste tegemisele ja õdede kaasatusele otsustusprotsessides (Alruwaili ja Abuadas, 2023; Shohani jt, 2018). Samas on vähem tähelepanu pööratud eriõdede arusaamale autonoomia tähendusest igapäevatöö kontekstis, erinevate erialade ülesannete jaotuses ning organisatsiooniliste piirangute mõjust eriõdede autonoomiale (Lockwood ja Schober, 2024; Weiland, 2015). Eestis on õdede autonoomiat käsitletud vaid süstemaatilises ülevaates, mille autor (Liivet, 2015) toetas vajadust uurida õdede arusaamist autonoomiast ja seda mõjutavaid tegureid. Seega puudub tõenduspõhine teave, kuidas hindavad eriõded professionaalset autonoomiat ja mis mõjutab selle rakendamist. Uurimistöö järeldest tulenevalt oleks võimalik eriõdedel analüüsida

ametialast iseseisvust töökeskkonnas individuaalsel tasandil ning püüelda autonoomsema praktika suunas. Organisatsiooni tasandil annavad tulemused juhtidele sisendi eriõdede autonoomiat toetava töökeskkonna arendamiseks vajalike muudatuste läbiviimiseks. Seeläbi aitab autonoomia olemasolu suurendada eriõdede rahulolu tööga, vähendades stressi ja läbipõlemise riski ning suurendades tööle pühendumust, millega kaasneb töölt lahkumise määra vähenemine.

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada Eestis töötavate eriõdede hinnanguid oma professionaalsele autonoomiale igapäevatöö kontekstis ja analüüsida seoseid autonoomia ning isiklike ja organisatsiooniliste tegurite vahel. Eesmärgist tulenevalt on püstitatud järgmised uurimistöö küsimused:

1. Millised on Eesti eriõdede hinnangud professionaalsele autonoomiale?
2. Millised on eriõdede hinnangud autonoomiale patsiendi ja üksusega seotud otsuste tegemisel?
3. Millised seosed esinevad professionaalse autonoomia ning isiklike ja tööga seotud taustaandmete vahel?

2. ERIÕDEDE HINNANGUD PROFESSIONAALSELE AUTONOOMIALE JA SEDA MÕJUTAVAD TEGURID

2.1. Eriõenduse olemus professionaalse autonoomia kontekstis

Professionaalne autonoomia (*professional autonomy*) on mitmedimensiooniline mõiste ja see koosneb erinevatest tunnustest, millest kõige enam domineerivad hinnangute andmine, otsustamine, tegutsemine ja vastutamine (Liivet, 2015; Setoodegan jt, 2019). Mõiste on jätkuvalt ebaselge ja mitmeti mõistetav ning selle põhjalik selgitamine endiselt vajalik õdede autonoomia saavutamise toetamiseks, seadusloomeks ja õenduspraktika arendamiseks (AllahBakhshian jt, 2017; Rouhi-Balasi jt, 2020). Õenduspraktikute autonoomia mõiste määratlused ja tõlgendused on sageli erinevad, mis tekitab segadust nii tervishoiutöötajate, poliitikakujundajate kui ka patsientide seas (Peacock ja Hernandez, 2020). Sellest tulenevalt peetakse professionaalset autonoomiat oluliseks eelduseks ja prioriteediks õenduspraktika ulatuse laiendamisel ning õendusvaldkonna arendamisel laiemalt (Alruwaili ja Abuadas, 2023).

Õenduspraktika kontekstis kasutatakse peamiselt mõistet „professionaalne autonoomia“ (Peacock ja Hernandez, 2020), kuid kirjanduses esinevad ka mõisted „õenduse professionaalne autonoomia“ (Mrayyan jt, 2024) ja „õdede autonoomia“ (Rouhi-Balasi jt, 2020). Hoolimata erinevast sõnastusest viitavad kõik need mõisted õdede autonoomiale õenduspraktikas. Sageli aetakse autonoomia mõiste segamini selliste terminitega nagu iseseisvus, sõltumatus ja vastutus, kuid autonoomia ei tähenda täielikku iseseisvust, vaid viitab otsustusvõimele ja tegutsemisvabadusele meeskonnatöö kontekstis (Alruwaili ja Abuadas, 2023). Eelmainitud mõisted ei ole autonoomia sünonüümid, vaid pigem kirjeldavad selle erinevaid tahke ja olemust. Eesti õenduspraktikas on mõiste „professionaalne autonoomia“ vähem levinud, selle asemel kasutatakse sagedamini terminit „iseseisev õendusabi“ (Liivet, 2015). Siiski võiks rahvusvaheliselt ühtse mõiste kasutamine toetada professionaalse autonoomia nähtuse ühtset tõlgendamist ning pakkuda terminoloogilist selgust nii teaduskirjanduses kui ka kliinilises töös.

Tervishoiusüsteemi keerukus on suurendanud õdede erialaseid kohustusi ja seetõttu vajatakse oma tegevuses aina rohkem autonoomiat (Shohani jt, 2018). Õenduses defineeritakse professionaalne autonoomia enamasti kui õe õigust, võimu või vabadust teha iseseisvaid otsuseid, tuginedes oma erialastele teadmistele ning vastutades tehtud otsuste ja tegevuste eest. Professionaalne autonoomia tähendab ka seda, et õel on teatud mõjuvõim nii oma eriala piires kui ka suhtluses teiste erialade esindajatega (Asakura jt, 2016; Wang-Romjue, 2018).

Uurimistöodes kirjeldatakse autonoomia põhiolemusena **õigust teha otsuseid** (*decision making*) (Alruwaili ja Abuadas, 2023; Rouhi-Balasi jt, 2020). Õdedelt oodatakse iseseisvate otsuste tegemist ja nende otsuste eest vastutamist, tuginedes erialastele teadmistele, patsiendi vajadustele ning seadusandlikele nõudmistele (Atasoy ja Baykara, 2020; Liivet, 2015). Professionaalne autonoomia eeldab, et õed määratlevad oma tegevuspõhimõtted, lähtudes erialastest teadmistest, ning tegutsevad iseseisvalt vastavalt kehtivatele õendusalastele õigusaktidele ja standarditele (Alruwaili ja Abuadas, 2023). Otsuste tegemise ja nende järgi tegutsemise võimekus sõltub teadmiste, pädevuse ja enesekindluse tasemest. Varasemas uurimistöös on kirjeldatud autonoomiat kui võimekust teha iseseisvaid otsuseid erakorralistes olukordades, kus seda saab vastavalt olukorrale aktiveerida või peatada (Oshodi jt, 2019). On leitud, et näiteks intensiivravi osakonna õed teevad otsuseid keskmiselt iga kaheksa minuti järel, kuid teatud olukordades võib otsuste tegemise sagedus ulatuda isegi ühe otsuseni iga 30 sekundi tagant (Georgiou jt, 2015). Seetõttu on autonoomia süvitsi mõistmine oluline, et selle rakendamine oleks järjepidev ega piirduks üksnes valikuliste otsustega kriitilistes olukordades (Oshodi jt, 2019).

Professionaalsel autonoomial on keskne roll kaasaegses õenduses, kuna see on seotud mitte ainult patsiendi paremate ravitulemustega, vaid ka õdede professionaalse ja isikliku arenguga (Oshodi jt, 2019). Seetõttu on autonoomia olemasolu oluline kõikide õdede jaoks, kuid osa autorite hinnangul on see eriti tähtis intensiivravits töötavatele õdedele, kes puutuvad kokku keeruliste ja kiireloomuliste olukordadega, mis eeldab kriitilist mõtlemisoskust ning heal tasemel otsustusvõimet. Seetõttu on oluline sekkumiste väljatöötamine just ägeda ravi tingimustes, et mõista professionaalse autonoomia tähtsust ning parendada patsiendi raviga seotud tulemusi, õendusabi kvaliteeti ja kujundada autonoomiat toetav töökeskkond. (Alruwaili ja Abuadas, 2023.) Eriõdede seisukohast võimaldab autonoomia rakendada maksimaalselt oma haridusele vastavaid teadmisi, kogemusi, kliinilist otsustusvõimet ja vastutust, tegutsedes ilma takistavate piirangute ja liigse järelevalveta ning tehes koostööd teiste tervishoiutöötajatega (Peacock ja Hernandez, 2020). Eriõdede autonoomia ja iseseisvus otsustamisel on seotud nii õendusteenuse kõrgema kvaliteedi kui ka teenuste parema kättesaadavuse ja võrdsusega (Park jt, 2018; Patel jt, 2025; Peacock ja Hernandez, 2020).

Eriõde (*advanced practice nurse, nurse practitioner, advanced registered nurse practitioner, advanced practice registered nurse, clinical nurse specialist, advanced nurse practitioner*) on diplomeeritud õde, kes on tervishoiukõrgkoolis läbinud erialase koolituse (aastatel 2006-2019) või terviseteaduse magistriõppekava (alates 2020. aastast) terviseõenduse, kliinilise õenduse, intensiivõenduse või vaimse tervise õenduse erialal (Õendus- ja ämmaemandusterminite kogu,

2023). Eriõel on omandatud õpitud erialal suurem kliiniline pädevus ja otsustusoskus, samuti valmisolek töötada nii iseseisvalt kui ka interdistsiplinaarses meeskonnas ning eest vedada uurimis- ja arendustööd (Eesti Õdede Liit, 2020). Lisaks on eriõdede autonoomiat sageli valesti mõistetud või tõlgendatud ning eriõe praktikas puudub üksmeel selle mõiste tähenduse osas. Samuti on teadmised sellest, kuidas õed ja eriõded professionaalset autonoomiat mõistavad, piiratud (Peacock ja Hernandez, 2020; Weiland, 2015.)

Eriõdede autonoomia selge määratlemine on vajalik, et võimaldada neil tervishoius töötades saavutada oma täielik potentsiaal (Weiland, 2015). Neid nähakse sageli ka kui võimalikku lahendust esmatasandi arstide puuduse leevendamisel (Neprash jt, 2021), eriarstide ravijärjekordade vähendamisel ning patsiendi raviteekonna kiirendamisel (Kannus, 2024). Näiteks on varasemas uurimistöös leitud, et eriõe lisandumine meeskonda võimaldas vastu võtta aastas üle tuhande patsiendi rohkem ning lühendas keskmist ooteaega uuringutele 6,5 päeva võrra (Patel jt, 2025). Seetõttu on eriõdede kõrge autonoomia tihedalt seotud tervishoiusüsteemi arengu ning patsiendikeskse tervishoiuteenuse tagamisega (Peacock ja Hernandez, 2020). Uuringud näitavad, et eriõdede poolt esmatasandil osutatavad tervishoiuteenused on kvaliteedilt võrreldavad arstide omadega, ent sageli seostatakse neid parema patsiendikogemuse ning madalamate tervishoiukuludega (Park jt, 2018). Kusjuures iseseisvad vastuvõetud võimaldavad eriõdedel keskenduda madalama raskusastmega patsientide ravile, vabastades samal ajal arstide ressursse keerukamate juhtumite käsitlemiseks (Patel jt, 2025).

Eestis töötavatel eriõdedel on mitmeid lisaõigusi, sealhulgas piiratud retseptiõigus, õigus tellida teatud diagnostilisi teste ja analüüse ning välja kirjutada abivahendeid (Kannus, 2024). Uuringud on näidanud, et laiendatud retseptiõigus või arstidega võrdsustatud ravimite väljakirjutamise õigus toob kaasa paremaid ravitulemusi. Seetõttu võib väga piiratud eriõdede retseptiõigus pikendada patsientide ooteaegu, põhjustada ravi edasilükkumist ning suurendada korduvate visiitidega seotud tervishoiukulusid. Järelikult on ravimite väljakirjutamise õigus eriõdede jaoks olulise tähtsusega, et tagada järjepidev, terviklik ja koordineeritud ravi kättesaadavus. (Park jt, 2018.)

Varasemates uurimistöödes on õdede professionaalse autonoomia hinnangud olnud valdavalt keskmised (AllahBakhshian jt, 2017; Labrague jt, 2019), samas kui eriõded on autonoomiat hinnanud enamasti kõrgemalt (Maharmeh, 2017; Oshodi jt, 2019). Seda võib selgitada asjaoluga, et tänu spetsialiseerumisele omavad nad sügavamaid teadmisi oma valdkonnast. Seega võimaldavad eriõdede oskused ja teadmised neil töötada iseseisvalt ning võtta suuremat vastutust otsuste tegemisel (Oshodi jt, 2019). Professionaalne autonoomia annab õdedele võimaluse teha

otsuseid nii patsiendi õendusabiga seotud tegevustes kui ka osakonna töökorralduse küsimustes. Lisaks on varasemad uurimistööd näidanud, et nii õdede kui ka eriõdede kõrgem professionaalse autonoomia tase on pigem seotud patsiendikesksete tegevustega kui üksuse tasandi otsustusprotsessidega (Alruwaili ja Abuadas, 2023; Labrague jt, 2019; Saad ja Elsayad, 2019). See viitab sellele, et patsiendiga seotud otsused on õendusabi prioriteediks, mis on kooskõlas ka õenduspraktika põhifookusega (Alruwaili ja Abuadas, 2023) ning õed tunnevad end nende tegemisel enesekindlamalt. Patsiendiga seotud otsustes avaldub õdede kõrgem autonoomia eelkõige patsiendi esindamisel, arstide korralduste kontrollimisel, operatsiooniga seotud riskide selgitamisel, tervisedendusliku hariduse andmisel, diagnostiliste testide tellimisel ning haiglast väljakirjutamise kuupäeva määramisel (Labrague jt, 2019). Sellega seoses on esmatasandil töötavate eriõdede autonoomia ulatus kõrgem kui haiglas töötavatel õdedel, mis on seotud töö iseloomu ja organisatsiooniliste erinevustega. Nimelt on perearstikeskustes töötavad õed sageli rohkem kaasatud iseseisvate otsuste tegemisse, kuna sellistes töökeskkondades on vähem hierarhilist juhtimist ning suurem tegutsemisvabadus patsientidega tegelemisel. (Athey jt, 2016.)

Riikide seadusandlused on küll eriõdede õigusi laiendanud, aga tervishoiusüsteemis on jätkuvalt mitmeid piiranguid eriõdede autonoomia ulatuse suurendamisele (Lockwood ja Schober, 2024; Yuk ja Yu, 2023). Piirangud tulenevad puudulikust juriidilisest toetusest õdede autonoomsele tegevusele, sest seaduses puudub autonoomia ulatuse kirjeldus. Eestis ei ole seadust, mis reguleeriks õdede professionaalset autonoomiat ja see muudab selle mõistmise keerulisemaks. (Liivet, 2015.) On olemas tegevusjuhendid ning määratletud õe ja eriõe miinimumpädevused ja õendustegevused, mida õde peab kõrgkooli lõpetamise järel kindlasti valdama (Liivet, 2018), aga puudub teave õdede autonoomia kohta. Aastal 2025 jõustunud õendusabi määrus täpsustab õe õigusi iseseisvalt töötada, olles aluseks õendusabi arengule ja tervishoiuteenuste kättesaadavuse parandamisele. Määruses on määratletud eriõe roll, et selgitada teenuse olemust ja tagada pädevuste maksimaalne rakendamine. (Eesti Õdede Liit, 2025; Sotsiaalministeerium, 2025.) Seetõttu muudab uus määrus eriõdede tööga seotud vastutuspiirid selgemaks ning loob parema arusaama õenduse iseseisvuse sisust ja ulatusest, tagades õdede pädevuste maksimaalse rakendamise. Lisaks toetab see Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2021-2030 eesmärki ajakohastada õigusakte vastavalt praktikale ning määratleda tervishoius selged vastutuspiirid, et laiendada õendusteenuste osutamist ja kättesaadavust (Eesti Õdede Liit jt, 2020). Seetõttu jätkatakse Eesti Õdede Liidu ja Sotsiaalministeeriumi koostöös eriõe õiguste laiendamiseks ravimiseaduse ja tervishoiuteenuse korraldamise seaduse muutmist (Eesti Õdede Liit, 2025). Selline areng võimaldab eriõdedel rakendada oma pädevusi tõhusamalt, tõstes teenuse kvaliteeti ning vähendades tervishoiusüsteemi koormust.

2.2. Professionaalse autonoomia mõju eriõdedele ja tervishoiuteenuse osutamisele

Professionaalne autonoomia mõjutab eriõdede iseseisvust, enesekindluse kasvu, erialast arengut ja tööga seotud tulemuslikkust, samuti õendusteenuste kvaliteeti, kättesaadavust ning tõhusust. Autonoomiaga kaasneb õdede suurem võimestatus, kuna neil on võimalus teha otsuseid ja tegutseda ilma pideva järelevalveta, mis omakorda suurendab erialast enesekindlust ning tugevdab professionaalset identiteeti (Pursio jt, 2021; Weiland, 2015). Samuti tuntakse suuremat vastutust nii oma tegevuse kui ka patsiendi heaolu tagamise eest (Oshodi jt, 2019). Seega võimaldab teadmiste ja oskuste tuginev otsustamine ning vastutuse võtmine lahendada keerulisi olukordi, mis suurendab eriõdede usku oma võimetusse ning toetab iseseisvuse ja professionaalse autonoomia edasist arengut.

Varasemad uuringud on näidanud, et õdede vähene otsustusvõime ja enesekindlus on sageli seotud madala või piiratud professionaalse autonoomiaga (Abdolmaleki jt, 2018; AllahBakshian jt, 2017; Rababa jt, 2023). Eneseusku õõnestavad eelkõige piiravad seadusandlikud ja organisatsioonilised tegurid, mis takistavad iseseisvate otsuste tegemist (Weiland, 2015). Autonoomia olemasolu igapäevatoos toetab õdede suutlikkust langetada otsuseid iseseisvalt, võimaldades oma teadmisi ja oskusi täiel määral rakendada patsiendikeskse hoolduse edendamisel (Yuk ja Yu, 2023). Samas võib liigselt reguleeritud töökeskkond vähendada eriõdede usku oma võimesse teha iseseisvaid otsuseid, piirates nii nende erialast kui ka isiklikku arengut.

Lisaks võib iseseisvat otsustamist pärssida töökeskkonnas valitsev süüdistamise kultuur, kus vigade esinemise korral tunnevad töötajad hirmu negatiivsete tagajärgede või karistuse ees, mis omakorda vähendab enesekindlust ning takistab professionaalset arengut. Sellest lähtuvalt on oluline loobuda süüdistamiskultuurist ning kujundada organisatsiooniline keskkond, kus väärtustatakse õppimist ning avatud arutelu. See omakorda aitab organisatsioonides tõsta tervishoiuteenuste kvaliteeti ja parandada patsiendiohutust. Varasem uurimistöö on näidanud, et süüdistamist esineb sagedamini tugeva hierarhiaga tervishoiuasutustes ja harvem organisatsioonides, kus töötajad on kaasatud otsustusprotsessidesse. (Oshodi jt, 2019.) Süüdistamiskultuur vähendab eriõdede valmisolekut võtta vastutust ja teha otsuseid, samas kui avatud ja õppimist soodustav keskkond toetab enesekindlust ning erialast iseseisvust.

Toetavale ja motiveerivale töökeskkonnale on iseloomulik eriõdede kõrgem autonoomia, tõhus koostöö kolleegidega ning rahulolu palga ja arenguvõimalustega (Hoeve jt, 2024). Selline keskkond toetab iseseisvate otsuste tegemist ning tagab nii füüsilise kui vaimse heaolu, läbi piisava

puhkeaja ning stressi vähendavate meetmete (Yuk ja Yu, 2023). Toetav töökeskkond põhineb vastastikusel austusel, väärtustamisel ja koostööl, luues tingimused, kus eriõed saavad arendada oma oskusi ning tegutseda iseseisvalt vastavalt professionaalsele arengule (Wang-Romjue, 2018; Yuk ja Yu, 2023). Selline keskkond võimaldab õdedel oma teadmisi ja oskusi maksimaalselt rakendada (Athey jt, 2016). Professionaalse autonoomia edendamine töökeskkonnas toetab õdede tööalaste eesmärkide saavutamist, mis omakorda parandab töö tulemuslikkust (Judi jt, 2025).

Juhtide toetus ja avatud suhtlus personaliga vähendab stressi ning tööga seotud ülekoormust (Lockwood jt, 2021; Yuk ja Yu, 2023). Professionaalne autonoomia soodustab õdede püsimist töökohal, mis on eriti oluline olukorras, kus tervishoiusüsteem seisab silmitsi õdede puudusega (Liivet, 2015). Seetõttu on haiglate juhtide jaoks stabiilse tööjõu säilitamine suur väljakutse, kuna hinnanguliselt lahkub igal aastal oma töökohalt ligikaudu 68% õdedest (Labrague jt, 2019). Lahkumise põhjused on sageli seotud töökoormuse, -stressi, autoritaarse juhtimise, juhtide toetuse puudumise, piiratud arenguvõimaluste ja ebapiisavate töökeskkonna ressurssidega (Alruwaili ja Abuadas, 2023). Olukorras, kus õdedel ei ole võimalik rakendada oma teadmisi ja oskusi täies ulatuses ning puudub juhtide tugi, võib see tekitada tunde, et neid ei väärtustata.

Seetõttu on töökeskkonna tingimused, nagu piisav personali hulk, ligipääs vajalikele ressurssidele, meeskonnatöö ja toetav juhtimine, olulised tegurid, mis aitavad õdedel oma töösse pühenduda ning tunnevad, et nende panust väärtustatakse (Alruwaili ja Abuadas, 2023; Patel jt, 2025). Eriõed, kes tunnevad oma töökeskkonnas autonoomiat ja mõjuvõimu, on tööle rohkem pühendunud ning vähem tõenäoliselt kaaluvad töölt lahkumist (Duignan jt, 2024). Sellised tegurid aitavad kaasa positiivse töökeskkonna kujunemisele, mis suurendab rahulolu, vähendab stressi ja läbipõlemise riski ning aitab vähendada ametist lahkumiste arvu (Hoeve jt, 2024; Judi jt, 2025). Kuigi autonoomia suurendab eriõdede iseseisvust ja vastutust, on juhtide toetus äärmiselt oluline, et tugevdada selle positiivset mõju. Juhtide roll seisneb muu hulgas positiivse ja tervisliku töökeskkonna loomises, kus väärtustatakse avatud suhtlust, õppimist ja meeskonnatööd, mis omakorda aitab suurendada eriõdede motivatsiooni ja rahulolu oma tööga. (Pursio jt, 2021.)

Professionaalne autonoomia on tihedalt seotud töörahulolu ja -motivatsiooniga. Uuringud on näidanud, et suurem autonoomia töökohtadel on tugevalt seotud eriõdede kõrgema töörahulolu ja organisatsioonilise pühendumusega (Alruwaili ja Abuadas, 2023; Judi jt, 2025). Kui õdedel on võimalus langetada iseseisvaid otsuseid, on nad oma tööga rahulolevamad ja pühendunud ning ollakse avatumad koostööle ja tõhusale suhtlusele nii kolleegide kui ka patsientidega (Judi jt, 2025; Labrague jt, 2019). Lisaks on autonoomia olemasolu töökeskkonnas positiivselt seotud

suurenenud empaatiaga patsientide suhtes (Pursio jt, 2021). Eriõdede motivatsioon ning sellega kaasnev töörahulolu toetavad nende hoolsust ja pühendumust patsiendile (Saad ja Elsayad, 2019). Samuti tunnevad eriõded, kes on kaasatud töökorraldusega seotud otsustesse, suuremat rahulolu ning neil on kõrgem motivatsioon teha teadlikke ja iseseisvaid otsuseid, mis aitab tõsta pakutava tervishoiuteenuse kvaliteeti.

Vastupidiselt, piiratud eriõdede autonoomia ja otsustusvabaduse puudumine võivad viia frustratsiooni ja rahulolu vähenemiseni. Kui õdedel ei ole õigust teha otsuseid, mis puudutavad nende igapäevatööd, võib see põhjustada töörahulolu langust, mis omakorda mõjutab negatiivselt nende professionaalset enesekindlust ja arengut. (Wang-Romjue, 2018.) Madal autonoomia takistab sageli ka pühendumist tööle ning avaldab negatiivset mõju motivatsioonile, töörahulolule ja empaatiavõimele (AllahBakshian jt, 2017; Judi jt, 2025; Peacock ja Hernandez, 2020). Töörahulolu puudumine ja madal autonoomia võivad kaasa tuua stressi, depressiooni ja läbipõlemise (Labrague jt, 2019; Setoodegan jt, 2019). Varasemast uurimistööst on teada, et eriõdede pühendumus on positiivselt seotud vanuse, töökogemuse ja koostööga (Hoeve jt, 2024). Leitud on ka, et autonoomia täielik rakendamine aitab vähendada stressi ja suurendada töömotivatsiooni, kuna töötajad tunnevad, et nende panust hinnatakse (Abdolmaleki jt, 2018; Duignan jt, 2024). Kui õdedel on võimalus ise mõjutada oma tööga seotud tegevusi, aitab see neil paremini säilitada vaimset ja emotsionaalset tasakaalu (Saad ja Elsayad, 2019). Töörahulolu suurendab omakorda töökeskkond, kus neil on võimalik osaleda nii töökorralduse kui ka patsientidega seotud otsuste tegemisel (Duignan jt, 2024). Töörahulolu suureneb veelgi, kui õdedel on võimalus oma oskusi maksimaalselt rakendada ja tegutseda oma pädevuse piires (Athey jt, 2016). Selle põhjuseks võib olla kõrgem sisemine motiveeritus, kuna eriõded tunnevad, et nende omandatud teadmisi ja oskusi peetakse oluliseks.

Eriõdede töörahulolu kujunemist toetab erialaste oskuste arendamine. Professionaalne areng, sealhulgas täiendõpe, mitte ainult ei paranda erialaseid teadmisi ja oskusi, vaid suurendab ka enesekindlust (Judi jt, 2025). Seega aitab tööandja poolt arenguvõimaluste loomine oluliselt kaasa eriõdede töömotivatsiooni ja pühendumuse parandamisele. Samuti aitab see kaasa kõrgema autonoomia tajumisele töökeskkonnas (Duignan jt, 2024). Varasem uurimistöö on näidanud, et eriõded peavad oluliseks karjäärivõimalusi ja täiendkoolitust, mis toetavad erialast arengut, mistõttu kindel ja väärtustatud positsioon organisatsioonis suurendab soovi pidevalt oma teadmisi ja oskusi täiendada (Hoeve jt, 2024). Uute oskuste omandamine ning erialaste eesmärkide saavutamine toetavad isikliku rahulolu kasvu ja suurendavad motivatsiooni oma töö kvaliteeti veelgi parandada.

Eriõdede kõrgem autonoomia on tugevalt seotud tervishoiuteenuse suurema efektiivsuse, kvaliteedi ja ohutusega (Saad ja Elsayad, 2019). Suurem iseseisvus töökeskkonnas aitab kaasa paremate organisatsiooniliste tulemuste saavutamisele. Töökeskkond, kus eriõdedele on tagatud autonoomia, soodustab lisaks usalduse kasvu juhtkonna vastu ning parandab koostööd tervishoiutöötajate vahel. (Alruwaili ja Abuadas, 2023.) Autonoomia edendamine mitte ainult ei tugevda eriõdede rolli tervishoiusüsteemis, vaid aitab kaasa ka patsiendiga seotud ravitulemuste ning teenuse üldise kvaliteedi paranemisele (Judi jt, 2025; Peacock ja Hernandez, 2020).

Varasem uurimistöö on näidanud, et suuremat eriõdede autonoomiat seostatakse patsiendi madalamate suremusmäärade, väiksema tüsistuste arvu ning vähenenud korduvate hospitaliseerimistega (Georgiou jt, 2015). Autonoomia võimaldab õdedel langetada enesekindlalt kiireid otsuseid, mis omakorda toetab vajaduspõhise ja kõrgema kvaliteediga õendusteenuse osutamist. Otsuste tegemine ei eelda alati hierarhiliste tasandite läbimist, muutes teenuse paindlikumaks ja paremini kohandatavaks patsiendi tegelikele vajadustele. (Alruwaili ja Abuadas, 2023; Peacock ja Hernandez, 2020; Weiland, 2015.) Eriõdede professionaalne autonoomia toetab patsiendi individuaalsete soovide ja vajadustega arvestamist, mis tõstab patsiendi rahulolu tervishoiuteenusega (Saad ja Elsayad, 2019). Suurem kontroll oma tegevuse üle võimaldab eriõdedel pakkuda terviklikumat, tõhusamat ja vajaduspõhisemat teenust, mis parandab kogu õendusabi kvaliteeti (Peacock ja Hernandez, 2020; Saad ja Elsayad, 2019). Vastupidiselt aeglustab piiratud autonoomia raviprotsessi, piirab teenuste kohandamist ning suurendab ravikulusid (Weiland, 2015).

Lisaks kliinilistele tulemustele avaldab eriõdede autonoomia positiivset mõju ka organisatsioonikultuurile. Autonoomiat toetav keskkond soodustab positiivset töökultuuri ja töötajate rahulolu, mille kujunemisel on olulise tähtsusega tugev juhtimine ja läbimõeldud tööprotsesside korraldus (Pursio jt, 2023). Autonoomiat toetavas töökeskkonnas tunnevad õed end väärtustatuna ja võimekatena, mis omakorda tugevdab nende pühendumist ja motivatsiooni. Tugev ja toetav organisatsioonikultuur aitab kaasa töötajate rahulolule, mis omakorda avaldab positiivset mõju teenuse kvaliteedile ning patsiendikogemusele (Pursio jt, 2023; Saad ja Elsayad, 2019).

2.3. Eriõdede autonoomiat mõjutavad tegurid

Varasemates uurimistöödes on kirjeldatud mitmeid individuaalseid kui ka organisatsioonilisi tegureid, mis mõjutavad eriõdede professionaalset autonoomiat. Mitmed õdede taustategurid, nagu sugu, vanus, tööstaaž, kogemused, haridus, meeskonnatöö, erialane spetsialiseerumine, kliiniline

väljaõpe, töökeskkonna tüüp, võivad mõjutada õdede erialast autonoomiat nende igapäevatöös (Alruwaili ja Abuadas, 2023; Labrague jt, 2019). Seetõttu on eriõdede autonoomia oluline kvaliteetse ja patsiendikeskse tervishoiuteenuse osutamiseks, kuid selle ulatus ja rakendamise võimalused võivad varieeruda sõltuvalt erinevatest teguritest, sealhulgas organisatsioonilistest, seadusandlikest ja ka töökorralduslikest aspektidest.

Eriõdede professionaalset autonoomiat mõjutab sugu, kuna meessoost eriõdedele antakse sageli paremad õppe- ja töötingimused ning edutamisevõimalused, samas kui naised on nende võimaluste osas sageli vähem esindatud (Lockwood ja Schober, 2024). See võib olla tingitud meeste väiksemast esindatusest valdkonnas, mistõttu nende kohalolu tajutakse justkui eelisena, mille tulemusel pakutakse ka rohkem arenguvõimalusi. Samas näitavad varasemad uuringud, et kuigi valimites on enamasti ülekaalus naissoost õed, on juhtivatel ametikohtadel sageli suurem meeste esindatus. Lisaks on meestel tervishoius juhtivatel ametikohtadel võrreldes naistega suurem hääleõigus ja organisatsiooniline autoriteet, mis kajastub ka kõrgemates hinnangutes autonoomiale. Sageli seostatakse juhtimisoskuseid mehelike omadustega, nagu autoriteetsus ja otsustuvõime, mis loob paremad võimalused kõrgematele ametikohtadele liikumiseks. (Labrague jt, 2019; Lockwood ja Schober, 2024.) Erinevad uuringud on näidanud vastandlikke tulemusi seoses soolise kuuluvuse ja autonoomiale antud hinnangute vahel. Näiteks on leitud, et naissoost õed hindavad oma autonoomiat kõrgemalt (Labrague jt, 2019; Maharmeh, 2017), samas kui teises uurimistöös on meessoost õdede autonoomia hinnang kõrgem (Amini jt, 2015). Naissoost eriõdede autonoomia võib teatud kultuurilistel või organisatsioonilistel tingimustel olla piiratum, kuid puuduvad kindlad tõendid, et sugu kui sotsiodemograafiline tegur mõjutaks õdede professionaalset autonoomiat. Seetõttu ei ole varasemates uurimistöödes leitud kinnitust, et sugu oleks autonoomia määramisel oluline tegur, ning statistiliselt olulisi erinevusi sugude vahel autonoomiale antud hinnangutes ei esine (Lockwood ja Schober, 2024).

Vanus on professionaalset autonoomiat mõjutav tegur, kuid selle mõju on erinevates uurimistöödes tõlgendatud vastuoluliselt. Varasemates uuringutes on vanust harva käsitletud autonoomiat otseselt mõjutava tegurina, pigem on see seotud teiste näitajatega, nagu töökogemus ja tööstaaz. Näiteks on leitud, et vanuserühmas 30–40 aastat hinnatakse autonoomiat kõrgemalt kui teistes vanuserühmades (Amini jt, 2015). Samas ei ole see seos alati üheselt määratletav, kuna erinevates uuringutes on vanuserühmad jaotatud erinevalt. Seetõttu näitas Özaras ja Onarici (2025) uurimus, et autonoomia hinnangud ei ole seotud vanusega, vaid pigem töökogemuse ja praktiliste oskustega. Kõrgema vanusega kaasneb sageli suurem kogemus, mis võib mõjutada autonoomia ulatust. Professionaalse autonoomia rakendamise võimekus ja valmisolek kasvab peamiselt kogemuste

kaudu, kuna suurem töökogemus võimaldab õdedel paremini hinnata ja rakendada oma teadmisi ning oskusi igapäevastes kliinilistes otsustes, mis omakorda aitab kaasa professionaalse autonoomia suurenemisele (Pursio jt, 2023). Seega, mida rohkem on kogemusi, seda kõrgemaks hinnatakse autonoomia (Alruwaili ja Abuadas, 2023; Labrague jt, 2019). Sellest lähtuvalt on varasemas teaduskirjanduses kirjeldatud, et üle kümne aastase töökogemusega õdedel on kõrgem autonoomia võrreldes vähem töötanud õdedega (Maharmeh, 2017). Kokkuvõttes, olenemata varasemalt töötatud aastatest õena, on äsja kvalifitseeritud eriõdede autonoomia siiski madalam ning suureneb kliinilise kogemuse kasvades (Lockwood ja Schober, 2024). Autonoomia on nooremates vanuserühmades madalam ja vanemates kõrgem, kuid teaduskirjanduses puuduvad selged seosed vanuse ja professionaalse autonoomia vahel.

Õdede professionaalset autonoomiat mõjutavad ka teadmised, oskused ja spetsialiseerumine. Haridusel on oluline osa autonoomia kujunemisel ja tugevdamisel ning kõrgema haridustasemega õed tunnevad end oma töös autonoomsemalt. (Özaras ja Onarici, 2025.) Seega on haridus oluline tegur, mis suurendab autonoomia ulatust, kuna õed vastutavad oma kompetentsuse säilitamise eest, pidevalt arendades teadmisi ja oskusi (Pursio jt, 2021). Sellest tulenevalt on kõrgem hinnang autonoomiale seotud kõrghariduse, magistri- või doktorikraadi olemasoluga (Alruwaili ja Abuadas, 2023; Hoyt jt, 2024; Labrague jt, 2019). Lisaks aitavad kõrgema haridustaseme pakutavad enesearengu võimalused õdedel omandada vajalikud teadmised ja oskused, et suurendada oma autonoomiat igapäevatoos. Seetõttu soodustab töökeskkond, mis pakub võimalusi enesearenguks, õdede suuremat professionaalset autonoomiat, iseseisvust otsuste tegemisel ning vastutuse võtmisel (Alruwaili ja Abuadas, 2023). Haridustase ja põhjalik kliiniline väljaõpe on olulised tegurid kõrgema otsustusvõime tagamisel, kuna need võimaldavad õdedel arendada vajalikke teadmisi ja oskusi (Labrague jt, 2019). Lisaks on õdede piiratud suutlikkus autonoomiat rakendada seotud madala haridustaseme ja erialaste koolituste puudumisega (AllahBakshian jt, 2017).

Eriõed on iseseisvad spetsialistid, kes vastutavad oma professionaalse arengu eest, suunates erialaste koolituste valikut vastavalt teadmiste ja oskuste puudujääkidele, et tagada järjepidev õppimine ning areng. Autonoomia ja õendusabi kvaliteedi tagamiseks on õdede jaoks oluline jätkata õpingutega töötamise ajal (Liivet, 2015). Sellest lähtuvalt peaksid juhid looma toetava töökeskkonna, mis soodustab spetsialiseerumist ja suurendab autonoomiat igapäevases töös (Rouhi-Balasi jt, 2020). Samuti aitab järjepidev erialane täiendamine ja koolitused õdedel paremini toime tulla keerulistes kliinilistes olukordades, suurendades nende enesekindlust otsuste tegemisel ja vastutuse võtmisel (Yuk ja Yu, 2023). Kõrgem haridustase ja kogemus on tihedalt

seotud pädevusega, mis on autonoomia edendamise eelduseks (Alruwaili ja Abuadas, 2023). Pädevus tähendab võimet rakendada omandatud teadmisi ja oskusi igapäevastes otsustes, tuginedes erialastele teadmistele ja töökogemusele (Liivet, 2015). Kokkuvõttes peaksid nii eriõed kui ka organisatsioonid investeerima koolitustesse ja haridusse, et tugevdada autonoomiat ja seeläbi toetada tervishoiuteenuste kvaliteedi paranemist (Alruwaili ja Abuadas, 2023).

Eriõdede professionaalset autonoomiat mõjutavaks teguriks on ka nende ametipositsioon. Varasemates uurimistöödes on leitud, et autonoomia on kõrgem juhtivatel ametikohtadel töötavatel õdedel (Labrague jt, 2019). Õdede juhtimisoskused võimaldavad planeerida tööpäeva, jagada patsientidega seotud ülesandeid erinevate meeskonnaliikmete vahel ja hallata oskuslikult osakonna või üksuse ressursse. Iseseisev tööülesannete korraldamine, probleemide lahendamine ja prioriteetide seadmine vähendab juhtide sekkumise ja järelevalve vajadust ning suurendab õdede autonoomiat (Yuk ja Yu, 2023). Seega, võimaldavad juhtimisoskused tõhusamalt suunata probleemide lahendamise protsessi, eriti keerulistes tööolukordades, vähendades emotsioonidest tingitud vigu ja tagades kiirema ning tõhusama probleemilahenduse (Labrague jt, 2019). Sellest lähtuvalt on oluline suunata eriõdesid arendama oma juhtimisoskusi koolituste ja mentorlusprogrammide kaudu, et toetada nende võimekust iseseisvalt oma tööd korraldada ning seeläbi tugevdada professionaalset autonoomiat (Yuk ja Yu, 2023).

Eriõdede professionaalset autonoomiat piiravad mitmed tegurid, sealhulgas juriidilised regulatsioonid, mis tulenevad kehtivatest seadustest ja õigusaktidest (Liivet, 2015). Samas ei ole riiklikud seadusandlused ainukesed piirangud igapäevasele praktikale. Eriõdede autonoomset praktikat piiravad lisaks juriidilistele ka organisatsioonilised tegurid, mis takistavad autonoomia rakendamist (Lockwood ja Schober, 2024; Pursio jt, 2024). Uuringud on näidanud, et väga piiravate töökeskkondade puhul tunnevad õded end oluliselt vähem autonoomsetena (Lockwood ja Schober, 2024; Wang-Romjue, 2018). Seetõttu mõjutavad õdede autonoomiat mitmed organisatsioonilised tegurid, sealhulgas organisatsioonikultuur, juhtimispraktikad, koostöösuhted arstide ning teiste tervishoiutöötajatega, kvaliteedistandardid, olemasolevad ressursid ning personalihaldus (AllahBakhshian jt, 2017; Pursio jt, 2024). Professionaalse autonoomia suurendamiseks töökeskkonnas on vajalikud sihipärased investeeringud nii organisatsioonides kui ka poliitilises kontekstis (Pursio jt, 2024). Ainult mitmetasandiline ja süsteemne lähenemine, nii organisatsioonilisel kui ka juriidilisel tasandil, võimaldab luua tingimused, mis toetavad eriõdede autonoomiat.

Väga spetsialiseerunud organisatsioonides võib iseseisev praktika olla piiratud rangete eeskirjade ja organisatsioonipoliitikaga, mis omakorda vähendab professionaalse autonoomia ulatust ning piirab õdede otsustusvabadust (Labrague jt, 2019). Seadusandluses võib olla küll määratud eriidedele rohkem õiguseid iseseisvalt otsustada, aga organisatsioonis puudub sageli võimalus neid õiguseid kogu pädevuse piires täielikult rakendada (Lockwood ja Schober, 2024). Näiteks on varasem uuring näidanud, et vaid 20% õdedest on võimalik haigla keskkonnas teha iseseisvaid vastuvõtte (Park jt, 2018). Seega võib liigne spetsialiseerumine vähendada paindlikkust ning nõuda ranget protseduuride ning töökorralduse järgimist, mis omakorda piirab töötajate iseseisvust ja otsustusvabadust (Lockwood ja Schober, 2024). Iseseisvad vastuvõtud on vajalikud eelkõige tervishoiuteenuse kättesaadavuse parandamiseks ja ravijärjekordade lühendamiseks. Seetõttu on organisatsiooni tasandil oluline täiendada poliitikaid, mis sisaldavad seadusandlikke muudatusi, et tagada suurem professionaalne autonoomia (Yuk ja Yu, 2023).

Professionaalse autonoomia kujunemist ja rakendamist mõjutavad olulisel määral töökorralduslikud tegurid. Probleemid töökorralduses, nagu ebaselged tööülesannete kirjeldused ja vastutusalad, võivad takistada autonoomia efektiivset kasutamist (Liivet, 2015). Kliinilises töökeskkonnas on erinevad juhised ja regulatsioonid vajalikud tervishoiuteenuste kvaliteedi ja ohutuse tagamiseks. Organisatsioonipõhiselt on enamasti kehtestatud konkreetsete tööülesannete, mida eriõde haridusega õde võib osutada. Samas on näiteks ametijuhendid sõnastatud peamiselt kohustuste kaudu ja ebamäärase sõnastusega, mis ei toeta nendest ühtset arusaamist. Selleks, et autonoomiat paremini mõista, võiksid kohustused olla pigem kirjeldatud õigustena. (Liivet, 2015.) Selge tööjaotus ja vastutuse määratlemine, suurendab autonoomiat, sest õed mõistavad oma töö ulatust ja saavad keskenduda tööülesannetele ilma liigse järelevalveta (Lockwood ja Schober, 2024; Park jt, 2018). Tööülesannete selgust toetab tõhus koostöö ja suhtlus meeskonnaliikmete vahel, mis aitab vältida ülesannete kattuvusi ja lünki tööprotsessides (Pursio jt, 2024).

Juhtimine on töökorralduslik tegur, mis mõjutab otseselt eriidede professionaalset autonoomiat ja toetaval juhtimisel on märkimisväärne positiivne mõju autonoomia ulatusele (Liivet, 2015; Park jt, 2018). Lisaks on juhtimisel oluline roll autonoomia kujundamisel, sest juhtimisstiil ja juhtkonna toetus avaldavad mõju iseseisvate otsuste tegemisele ning õdede enda töökorralduse kontrollimisele (Pursio jt, 2024). Juhtide toetus ja julgustamine iseseisvate otsuste tegemisel suurendab meeskonnasisest usaldust ning autonoomia edendamist (Park jt, 2018; Özaras ja Onarici, 2025). Professionaalset autonoomiat toetab juhtkonna valmisolek kuulata töötajate muresid, reageerida neile ning pakkuda tuge otsuste tegemisel. Näiteks juhtide toetus konfliktide lahendamisel aitab otseselt kaasa autonoomia tugevdamisele. (Pursio jt, 2024.) Autokraatlik ja

kontrolliv juhtimisstiil vähendab töötajate kaasatust ja iseseisvat otsustamist ning autonoomia ulatust (Addolemakeki jt, 2019). Lisaks seostatakse madalat autonoomiat juhtide ebarealistlike ootuste, liiga kõrge töökoormuse ja piiratud võimalustega iseseisvalt tegutseda (AllahBakshian jt, 2017). Seega toetab kaasav juhtimisstiil kõrgemat autonoomiat, kuna õed saavad osaleda otsuste tegemises ja organisatsiooni poliitikate kujundamises (Lockwood ja Schober, 2024; Pursio jt, 2024). Juhtimisstiil, mis väärtustab koostööd ja avatud suhtlust, loob autonoomiat edendava töökeskkonna. Kokkuvõttes kujundab juhtimisstiil eriõdede autonoomia ulatuse, mõjutades nende otsustusvabadust. Seega on eelkõige osakonna või üksuse juhil vastutus luua autonoomiat edendavad töötingimused läbi täpselt määratletud õenduspraktika ulatuse (Liivet, 2015).

Professionaalset autonoomiat mõjutavaks teguriks on meeskonnatöö arstide ning teiste tervishoiutöötajatega. Toimiv koostöö kolleegidega põhineb vastastikusel austusel, mis suurendab õdede enesekindlust ja autonoomia ulatust (Park jt, 2018). Autonoomia lihtsustab meeskonnatööd (Liivet, 2015), kuna õed tunnevad end oma töös enesekindlamalt, kui neil on head koostöö- ja meeskonnatööoskused (Oshodi jt, 2019). Eriõdede töö on tihedalt seotud arstidega, kuid arstide tugev professionaalne autoriteet võib piirata iseseisvust otsuste tegemisel, kuna sageli tuleb järgida rangelt etteantud juhiseid (Abdolmaleki jt, 2018; Liivet, 2015). Liiga range hierarhia ja arstide suurem autoriteet võib piirata õdede autonoomiat, sest tegemist on pigem järelevalve kui koostööga (Abdolmaleki jt, 2018; Pursio jt, 2021). Seega võivad liiga negatiivsed töösuhted ja pidev vastuseis töökeskkonnas oluliselt vähendada autonoomiat (Wang-Romjue, 2018). Selleks, et seda ulatust suurendada, on oluline õdede ja arstide toimiv koostöö ning kaasarääkimine ühiste otsuste tegemisel (Duignan jt, 2024; Özaras ja Onarici, 2025). Sellest lähtuvalt võimaldab koostöö arstide ja teiste tervishoiuspetsialistidega õdedele rohkem vastutust ja vabadust teha iseseisvaid otsuseid, samuti toetab ühiste eesmärkide nimel töötamist (Georgiou jt, 2015). Kui õdedel on suurem autonoomia otsustamisel, paraneb ka koostöö arstidega, kuna nende professionaalset panust väärtustatakse enam ning meeskonnatööd tajutakse positiivsemalt, eriti kui arstid toetavad õdede otsuseid (Poghosyan jt, 2020; Pursio jt, 2024). Seega suurendab koostöö nii autonoomia ulatust kui ka õdede kaasatust patsiendiga seotud otsustesse (Oshodi jt, 2019). Õdede ja arstide meeskonnatöö on kriitilise tähtsusega tervishoiu kvaliteedi parandamisel ja tööjõu efektiivsemal kasutamisel (Poghosyan jt, 2020). Organisatsiooni juhid saavad meeskonnatööd toetada ja autonoomiat suurendada, määratledes selged ühised eesmärgid ning andes meeskonnaliikmetele suurema otsustusvabaduse (Lockwood ja Schober, 2024).

Kokkuvõtvalt võib väita, et eriõdede kõrgem autonoomia aitab parandada tervishoiuteenuste kvaliteeti. Lisaks sellele mõjutab autonoomia eriõdesid, tõstes nende töörahulolu ning

motiveerituse taset. Hetkel puudub Eestis tõenduspõhine teave selle kohta, kuidas hindavad eriõed oma professionaalset autonoomiat. Teadmised eriõdede autonoomiast aitaksid juhtida tähelepanu teguritele, mis toetavad või takistavad eriõdede pädevuse täielikku rakendamist. Selle kaudu oleks võimalik parandada tervishoiuteenuste kättesaadavust ja patsiendikesksust. Organisatsiooni juhtidele annaksid need teadmised väärtuslikku sisendit autonoomiat toetava töökeskkonna kujundamiseks, mis võimaldab tõhusamat töökorraldust, ressursside optimaalsemat planeerimist ja tervishoiuteenuste pidevat arendamist, soodustades seeläbi organisatsiooni arengut tervikuna.

3. METOODIKA

3.1. Uurimistöö metodoloogilised lähtekohad

Uurimistöös toetutakse positivistlikule teadusfilosoofilisele suunale, mis keskendub uuritava nähtuse kirjeldamisele, analüüsimisele ja ennustamisele. Kvantitatiivne uurimismeetod keskendub objektiivsusele, sihipärasusele ja mõõdetavusele. Uuriija läheneb uurimistööle objektiivselt ja erapooletult, kirjeldades muutujaid ja nendevahelisi seoseid. (Gray jt, 2017.)

Käesolev uurimistöö on empiiriline, kvantitatiivne ja kirjeldav läbilõikeuurimus. Empiiriline uurimus võimaldab vaadelda, mõõta või loetleda ning läbi mõõtmistulemuste kogumise ja analüüsimise leida vastused uurimisküsimustele. Kvantitatiivne uurimistöö võimaldab koguda ja analüüsida arvulisi andmeid, et teha objektiivseid järeldusi, tuvastada mustreid, seoseid või erinevusi uuritavate muutujate vahel. Lisaks võimaldab kvantitatiivne meetod teha üldistatavaid järeldusi uuritava populatsiooni kohta. Läbilõikeline uurimus kirjeldab teatud ajahetkel eksisteerivat olukorda või nähtust ning seoseid muutujate vahel ning ei jälgi muutusi ajas ega püüa selgitada põhjus-tagajärg seoseid. (Gray jt, 2017.) Käesoleva magistritöö jaoks läbi viidud läbilõikeline uurimus võimaldas koguda mõõdetavaid andmeid ja uuritava nähtuse kirjeldamiseks kasutati uuringus osalenud eriõdede subjektiivseid hinnanguid.

Õdede professionaalset autonoomiat on varasemalt uuritud nii kvalitatiivselt (Oshodi jt, 2019; Setoodegan jt, 2019) kui ka kvantitatiivselt (Alruwaili ja Abuadas, 2023; Hara jt, 2020; Shohani jt, 2018). Käesoleva töö autori arvates on kvantitatiivne meetod kõige sobivam uurimistöö eesmärgist ja küsimustest lähtuvalt. Küsimustiku kasutamine oli autori arvates parim andmete kogumise viis, sest võimaldas nähtuse kohta koguda andmeid mõõdetavas vormis. Uurimistöös keskenduti olukorra ning võimalike seoste kirjeldamisele tuginedes küsimustikuga kogutavale andmestikule. Kvantitatiivne uurimismeetod võimaldab teha populatsiooni kohta üldistusi esindusliku valimi ja objektiivselt mõõtna mõõdiku korral (Gray jt, 2017).

3.2. Uuritavad ja nende värbamine

Käesoleva uurimistöö populatsiooniks on kõik Eestis töötavad eriõded (N = 903). Uuritavate kaasamiseks kasutati mittetõenäosusliku valimi meetodina mugavusvalimit, et saada ülevaade uuritavast nähtusest (Gray jt, 2017). Mugavusvalimi valiku tingis asjaolu, et eriõdede täpset arvu ei olnud võimalik kindlaks teha ning nendeni jõudmiseks puudus ühtne register või seltsing,

mistõttu jagati uuringukutset Eesti Õdede Liidu (EÕL) kaudu. Valimi esinduslikkuse tagamiseks ja uuritava nähtuse kirjeldamiseks kaasati kõik eriõded olemasolevalt neljalt erialalt ehk populatsiooni alamgruppidest. Lisaks mugavusvalimile rakendati andmete kogumisel ka lumepalli meetodit, võimaldades uuringukutset jagada sihtrühma kuuluvate isikute hulgas ning laiendada seeläbi potentsiaalsete vastajate ringi. (Gray jt, 2017.)

Uuringusse kaasati kõik uuringuperioodil töötanud eriõded erinevatelt erialadelt, sõltumata vanusest ja tööstaažist. Uuritavate kaasamise kriteeriumiteks olid õe erialase koolituse läbimine aastatel 2006–2019 või terviseteaduse magistrikraadi omandamine alates 2020. aastast terviseõenduse, kliinilise õenduse, vaimse tervise õenduse või intensiivõenduse erialal. Need neli eriõdede eriala on kehtestatud ka õendusabi erialade loetelu määruses (Õendusabi erialade loetelu, 2025). Uurimistöö läbiviimiseks ja uuritavate värbamiseks taotleti luba Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt, protokoll number 389T-3 (vt lisa 1). Värbamine teostati koostöös EÕL-ga ning nende all tegutsevate seltsingutega, kelle meililisti kasutati kutse levitamiseks. Lisaks jagas töö autor kutset enda sotsiaalmeedia kontol ja kõrgkoolide vilistlasgruppides.

3.3. Andmete kogumine

Andmete kogumiseks kasutati Decision Making Autonomy (DMA) küsimustikku, mida on varasemates uurimistöödes korduvalt valideerinud teised autorid. Küsimustiku põhiautoriks on Mary Ann Blegen ning loodi esmakordselt 1993. aastal Ameerika Ühendriikides õendusvaldkonna spetsialistide poolt, tuginedes nii ekspertide praktilistele kogemustele kui ka teaduskirjandusele. DMA küsimustik võimaldab hinnata õdede professionaalset autonoomiat läbi patsiendi ja organisatsiooni tasandi tehtavate otsuste. (Blegen jt, 1993.) Otsustusprotsessides osalemise võime on professionaalse autonoomia keskne komponent. Küsimustikku on varasemalt kasutatud mitmes uurimistöös nii õdede kui ka eriõdede autonoomia hindamiseks (Alruwaili ja Abuadas, 2023; Shohani jt, 2018).

Küsimustik sisaldab taustaandmete küsimusi, mis käsitlevad vanust, sugu, haridustaset, eriala ja töökogemust, eesmärgiga uurida seoseid taustaandmete ja autonoomiale antud hinnangute vahel. Taustaandmete küsimused koostati tuginedes originaalküsimustikule ja varasematele uurimistöödele (Alruwaili ja Abuadas, 2023; Blegen, 1993; Shohani jt, 2018). Küsimustiku põhiosas on 42 väidet, millest 21 käsitleb otsuste tegemist patsiendi tasandil ja 21 osakonna tasandil. Hinnangute andmine toimub viieastmelisel ordinaalskaalal (1 - „volitus ja vastutus puuduvad“, 2 - „autoriteedi ja vastutuse võtmine, kui seda küsitakse“, 3 - „autoriteedi ja vastutuse

jagamine meeskonnatöös osaledes“, 4 - „otsuse tegemine ja vastutuse võtmine meeskonnaliikmetega arutelu järgselt“, 5 - „sõltumatu autoriteet ja vastutus“), mis määrab vastaja nõustumise astme antud väitega.

Originaalküsimustikku analüüsis esmalt käesoleva uurimistöö autor, seejärel võeti ühendust küsimustiku autoriga, et taotleda kasutus- ja tõkeloa saamist (vt lisa 2). Kasutus- ja tõkeloa saamise järgselt tõlgiti küsimustik esmakordselt eesti keelde ja kohandati keelele vastavasse konteksti. Tõlke vastavuse tagamiseks originaalile küsiti tagasisidet magistritöö vastutavalt uurijalt ja tõlkebüroo tõlkijalt, kes väljastas tõlkeõigsuse kinnituse.

Uurimistöö andmeid koguti kahes etapis. Andmete kogumise esimene etapp oli perioodil 16.05.-30.05.2024. Prooviuuring oli vajalik, kuna DMA küsimustikku ei ole Eestis varem kasutatud, ning eesmärgiks oli selgitada välja, kas küsimustikku on vaja kohandada vastavalt Eesti tervishoiusüsteemi kontekstile. Uuritavate anonüümsuse tagamiseks koostati küsimustik elektroonilisel kujul, kasutades veebipõhist LimeSurvey platvormi. Prooviuurimuse läbiviimiseks võeti ühendust EÕL-i asepresidendiga, kes jagas uuringu kutset (vt lisa 3) ja elektroonilise küsimustiku hüperlinki liitu kuuluvate õdede üldlistis. Kaaskirjas selgitati uurimistöö eesmärki, sisu ning osalemise vabatahtlikkust. Prooviuurimusele olid juurde lisatud ka lisaküsimused (vt lisa 4), kus uuritavatel paluti tagasisidet väidete sõnastuse, arusaadavuse ning küsimustiku täitmiseks kulunud aja kohta.

Prooviuuringu perioodil täitsid 30 uuritavat küsimustiku, mille täitmine võttis igal uuritaval keskmiselt 15 minutit aega. Saadud tagasisides selgus, et küsimustikus oli mitmeid raskesti mõistetavaid väiteid, mille sõnastus vajab muutmist Eesti tervishoiusüsteemi konteksti sobivamaks. Kolme väite täpsemaks sõnastamiseks võeti ühendust originaalküsimustiku autoriga, et saada selgitusi ja näiteid. See võimaldas vältida väidete sisulist muutmist ning säilitada nende algne sisu. Küsimustiku autoriga konsulteeriti e-kirja teel, mille tulemusena muudeti väidete numbrite 5 („Otsustada, millal korraldada patsiendihooldus“), 11 („Arutada patsiendiga kogu raviplaani“) ja 17 („Tegeleda arsti kaebusega seoses patsiendi raviga“) sõnastust. Tartu Ülikooli inimuurigute eetikakomiteelt täiendavat kooskõlastust ei taotletud, kuna väidete osas sisulisi muudatusi ei tehtud ja kogutud andmeid uurimistöö andmestikku ei lisatud.

Uurimistöö teine etapp ehk põhiuurimus toimus perioodil 05.09.-31.10.2024. Uuringu läbiviija võttis ühendust EÕL-i esindajaga, kes edastas liidu liikmetele nimekirja kaudu kaaskirja koos LimeSurvey veebikeskkonnas asuva küsimustiku hüperlingiga. Osalema olid oodatud kõik eriõed,

kaasa arvatud ka prooviuurimuses osalejad. Uuringus osalemise korduskutse saadeti osalejatele kokku kolmel korral, esimesed kaks kutset kolme nädala tagant ning viimane kaks nädalat pärast teise kutse saatmist. Põhiuurimuse ajal järgiti anonüümsuse ja eetilise printsiipi, tagades osalejate konfidentsiaalsuse ja töö usaldusväärsuse vastavalt kehtivatele teaduseetika standarditele. Elektrooniliselt kogutud andmed olid hoiustatud Tartu Ülikooli Microsoft OneDrive serveris, et tagada andmete turvalisus ning ligipääs ainult vastutavale uurijale ja uurimistöö läbiviijale.

3.4. Andmete analüüs

Küsimustiku esialgne vastamismäär oli 11% ($n = 95$). Andmete analüüsimiseks sisestati 95 küsimustiku vastust Microsoft Office 365 rakendusse Excel, kus kogutud andmed korrastati ja ettevalmistati edasiseks analüüsiks. Korrastatud andmebaas sisestati statistikaprogrammi STATA 14.0, mille abil valimi kirjeldamiseks ja uuritavate muutujate põhiomaduste mõistmiseks, arvutati vastavalt tunnuse tüübile kirjeldavad statistilised näitajad, nagu miinimum (Min), maksimum (Max), mediaan (Me), aritmeetiline keskmine ($\bar{x}$) ja standardhälve (SD). Gruppide omavaheliseks võrdlemiseks kasutati statistilisi teste. (Gray jt, 2017.) Sagedustabeleid kasutati ordinaalsete muutujate näitlikustamiseks, kus esitati absoluutne (n) ja suhteline sagedus (%). Lisaks koostati Microsoft Wordi rakenduse abil tulemuste kirjeldamiseks tabelid ja joonised.

DMA küsimustiku vastusevariandid põhinevad Likert-tüüpi skaalal, kus number üks tähistab kõige negatiivsemat ja number viis kõige positiivsemat vastust (Gray jt, 2017). Nõustumise määra tõlgendati Gray jt (2017) järgi järgmiselt: 1 = volitus ja vastutus puuduvad / tugevalt mittenõustumine, 2 = autoriteedi ja vastutuse võtmine, kui seda küsitakse / mittenõustumine, 3 = autoriteedi ja vastutuse jagamine meeskonnatöös osaledes / ebakindel, 4 = otsuse tegemine ja vastutuse võtmine meeskonnaliikmetega arutelu järgselt / nõustumine, 5 = sõltumatu autoriteet ja vastutus / täielik nõustumine. Hinnangud jagunesid uuritavate arvu (n) ja suhtelise sageduse (%) järgi vastavalt Likert-skaala vastusevariantidele 1-5. Iga väite hinnangule arvutati eraldi aritmeetiline keskmine ($\bar{x}$) ja standardhälve (SD). Kogu küsimustikule ja kahele dimensioonile eraldi arvutati aritmeetiline keskmine ($\bar{x}$) ja standardhälve (SD). Lisaks arvutati dimensioonide kirjeldamiseks kvartiilid (Q1 ja Q3), miinimum (Min), maksimum (Max), mediaan (Me) ja 95% usaldusvahemik (95% UV). Andmete kirjeldamiseks ja seoste analüüsimiseks kodeeriti mitteamvulised andmed (sugu, haridustase, eriala, osakond/üksus) arvulisteks. Vanuse järgi jaotati uuritavad nelja gruppi: 25-34 eluaastat, 35-44 eluaastat, 45-54 eluaastat ja 55 aastat või vanem. Kogu töökogemus õena jaotati kuude gruppi: 1-10 aastat, 11-20 aastat, 21-30 aastat, 31-40 aastat,

41-50 aastat ja 51 või rohkem aastat. Lisaks kasutati andmete visualiseerimiseks tabelleid ja graafikuid.

Seoste analüüsimisel kasutati parameetrilist ANOVA dispersioonanalüüsi (*analysis of variance*) ja mitteparameetrilist Kruskal-Wallise testi. Uuritavate nähtuste põhjal rohkem kui kahe rühma keskmiste võrdlemiseks valis autor ANOVA dispersioonanalüüsi, kuna analüüsitavate muutujate keskmised tulemused vastasid ligikaudu normaaljaotusele, mida kontrolliti Shapiro-Wilki testiga, histogrammi ja aritmeetilise keskmise ($\bar{x}$) ning mediaani (Me) võrdlemisega. Enne ANOVA testi hinnati Levene testi abil võrreldavate gruppide tulemuste hajuvust, mis ei erinenud statistiliselt oluliselt ehk hajuvus oli gruppide vahel võrdne ($p > 0,05$).

Normaaljaotusele mitte vastanud muutujate analüüsimiseks kasutati mitteparameetrilist Kruskal-Wallise testi, mis võimaldab võrrelda kahe või enama sõltumatu grupi jaotusi. Kruskal-Wallise test ei eelda normaaljaotust, kuid andmed peavad olema järjestatavad ja grupid sõltumatud. (Gray jt, 2017.) Levene testiga kontrolliti variatsioonide homogeensust ehk kas kõigi gruppide vahelised hajuvused on võrdsed. ANOVA dispersioonanalüüsi käigus, kui gruppide keskväärtuste vahel ilmnes statistiliselt oluline erinevus ($p < 0,05$), kontrolliti Bonferroni võrratuse abil, milliste gruppide keskmiste vahel täpselt ilmnes statistiliselt oluline erinevus. Bonferroni võrratus on sobilik kolme või enama rühma erinevuste määramiseks, et vältida mitme võrdluse tegemisel valepositiivsete tulemuste tekkimise tõenäosust (Gray jt, 2017).

Iga väite seose eraldi hindamiseks erinevate taustaandmetega kasutati Pearsoni hii-ruut testi või vajadusel Fisheri täpset testi kategooriliste andmete analüüsimiseks, et teha järeldus, kas kahe võrreldava grupi suhtelised sagedused on statistiliselt olulised. Väidete puhul, kus üle kahe sagedustabelis oleva lahtri vastanute arv jäi alla viie, kasutati tulemuste võrdlemiseks Fisheri täpset testi, et tagada tulemuste täpsus. Seetõttu loodi autonoomiale antud hinnangutest uued tunnused, et võrrelda professionaalse autonoomia hinnanguid taustaandmetest moodustatud gruppidega. Väidete vastusevariantidest moodustati kaks gruppi. Vastusevariantidele „volitus ja vastutus puuduvad“, „autoriteedi ja vastutuse võtmine, kui seda küsitakse“, „autoriteedi ja vastutuse jagamine meeskonnatöös“ anti ühine nimetaja „puuduv või madal autonoomia“. Vastusevariantidele „otsuse tegemine ja vastutuse võtmine meeskonnaliikmetega arutelu järgselt“ ja „sõltumatu autoriteet ja vastutus“ määrati ühiseks nimetajaks „kõrge autonoomia“. Käesoleva magistritöö statistilise olulisuse nivooks määrati autori poolt $p < 0,05$.

Professionaalse autonoomia dimensioonide keskvaartuste omavaheliste seoste tugevuse võrdlemiseks kasutati Pearsoni korrelatsiooni analüüsi, milleks arvutati korrelatsioonikordaja (r) väärtus muutujate vahel, mis vastavad ligikaudu normaaljaotusele. Lineaarse seose esinemisel tehti kindlaks selle positiivsus ja negatiivsus ning tugevuse aste. Tugevaks positiivseks või negatiivseks seoseks Gray jt (2017) järgi on $r > 0,5$, keskmine $0,3-0,5$ ja nõrk $r < 0,3$.

Andmete analüüsi kaasati ka need küsimustikud, milles esines üksikuid juhuslikke puuduvaid vastuseid ($n = 10$), kusjuures ühe küsimustiku puhul võis puududa maksimaalselt neli vastust. See moodustas vähem kui 5% kogu andmestikust. Selline piirang kehtestati, et säilitada küsimustiku terviklikkus ja minimeerida vastuste puudumise mõju analüüsi usaldusväärsusele (Madley-Dowd jt, 2019). Andmeanalüüsist jäeti välja need küsimustikud, mis ei vastanud uurimistöö kaasamiskriteeriumitele ($n = 5$). Välja jäetud juhtudel olid vastajad märkinud oma haridustasemeks kutsehariduse või kutsekeskhariduse, kuid õe erialase koolituse eeltingimuseks on õendusalane kõrgharidus. Taustaandmete kirjeldamisel jäeti välja uuritavad, kes ei soovinud oma sugu avaldada ($n = 1$). Osakonna ja üksuse puhul ei kaasatud analüüsi neid muutujaid, kus struktuuriüksust ei täpsustatud, vaid vastuseks oli märgitud tervishoiuteenuse osutamise vorm, nagu „ambulatoorne“ või „statsionaarne“ ($n = 2$).

3.5. Uurimistöö usaldusväärsus

Uurimistöö usaldusväärsuse suurendamiseks kaasati valimisse kõik eriõed, sõltumata nende erialast, soost, vanusest ja haridustasemest, et tagada valimi esinduslikkus. Kasutati ka usaldusväärset küsimustikku, mis on varasemate uurimistööde autorite poolt valideeritud ja korduvalt kasutatud. Küsimustiku valiidsust on erinevate ekspertrühmade poolt hinnatud rahuldavaks ning sisereleiaablust heaks, mida kinnitab Cronbachi kordaja (Cronbachi α) väärtuste vahemik $0,78-0,96$ (Alruwaili ja Abuadas, 2023; Ehsan ja Elsayad, 2019; Shohani jt, 2018). Tugevaks usaldusväärsuseks peetakse Cronbachi α väärtust alates $0,8$ (Gray jt, 2017).

Käesolevas uurimistöös hinnati küsimustiku usaldusväärsust ja sisemist kooskõla, arvutades Cronbachi kordaja väärtused nii küsimustiku eri osade kui ka kogu küsimustiku kohta, nagu on esitatud tabelis 1. Küsimustiku eri osade Cronbachi kordaja väärtused jäid vahemikku $0,76-0,94$, kogu küsimustiku koondväärtus oli $0,95$. Gray jt (2017) järgi on kordaja väärtus alla $0,60$ madal sisemise kooskõla näitaja, mis tähendab, et mõõdik ei mõõda ühtset nähtust. Cronbachi kordaja väärtust vähemalt $0,70$ peetakse reliaabluse alampiiriks, mis viitab küsimustiku piisavale sisemisele kooskõlale ja usaldusväärsusele (Gray jt, 2017). Antud uurimistöö Cronbachi kordajate

väärtused näitavad küsimustiku kõrget sisemist kooskõla ning selle erinevad osad on uuritava nähtuse mõõtmiseks sobivad.

Tabel 1. DMA küsimustiku Cronbachi kordaja väärtused dimensioonide kaupa

Küsimustiku osa	Cronbachi α
Patsiendiga seotud tegevused (21 väidet)	0.91
Osakonna/üksusega seotud tegevused (21 väidet)	0.94
Autoriteedi ja vastutuse ulatus (4 väidet)	0.76
Kokku	0.95

Uurimistöö küsimustiku tõlkimisel tagati selle vastavus originaalküsimustikule, mida kinnitab tõlkebüroo kinnitus. Lisaks tõlke kontrollimisele viidi läbi prooviuurimus, et tagada tõlgitud tekstide arusaadavus ja sobivus Eesti tervishoiusüsteemi konteksti. Tõlgitud väidete sõnastuse muutmiseks kontakteeruti originaalküsimustiku autoriga, et vältida küsimustiku sisulist muutmist. Väidete esialgse keerukuse tõttu jäeti prooviuuringu andmed uurimistöösse kaasamata, et vältida tulemuste võimalikku ebatäpsust.

Andmete kogumiseks koostati elektrooniline küsimustik Tartu Ülikooli poolt heaks kiidetud LimeSurvey keskkonnas. See võimaldas koguda andmeid kodeeritud kujul, salvestamata uuritavate IP-aadresse ning tagades sellega nende anonüümsuse. Andmetele oli parooliga juurdepääs vaid uurimistöö läbiviijale ja vastutavale uurijale. Andmete korrastamisel ja kodeerimisel Microsoft Exeli programmis kontrolliti andmed vigade vältimiseks korduvalt üle. Lisaks võimaldas programm kõigi andmete ülekandmist korraga andmetöötlusprogrammi, vähendades sellega eraldi sisestamisest tulenevaid vigu. Andmete statistiliseks analüüsiks valiti analüüsimeetodid vastavalt muutujate andmetüüpidele ja töö eesmärgile. Andmeanalüüsi protsess kirjeldati võimalikult täpselt ja andmeid esitati muutmata kujul ning autoripoolsete mõjutusteta. Töö koostamisel tugineti tõenduspõhistele allikatele, viidates autoritele vastavalt õendusteaduse õppetooli kehtivale kirjalike tööde vormistamise juhendile.

4. TULEMUSED

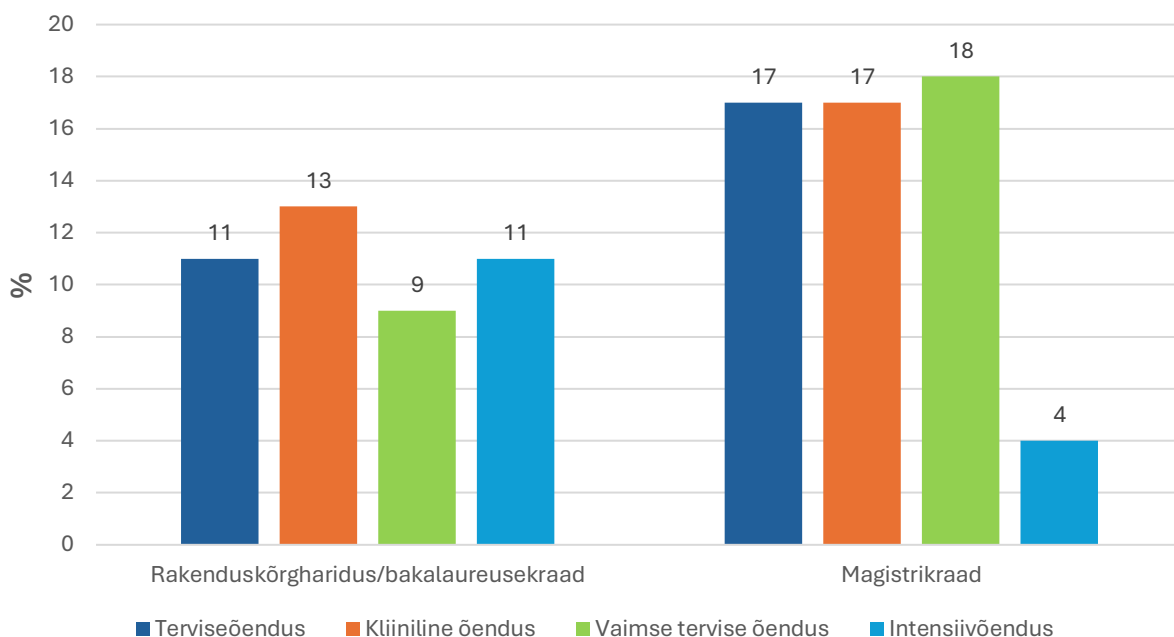
4.1. Uuritavate taustaandmed

Uurimistöös osales 10% (n = 90) kõikidest Eestis töötavatest eriidedest (N = 903), kellest 98% moodustasid naised (n = 87). Vastanute keskmine vanus oli 48 eluaastat (SD = 10,8). Küsimustikule vastanutest noorim oli 26-aastane ja vanim 73-aastane. Vastanute keskmine tööstaaž õena oli 22 aastat (SD = 13,4). Kõige lühem tööstaaž oli kolm aastat ja kõige pikem 55 aastat. Vastanutest moodustasid 30% (n = 27) kliinilise õenduse eriala õed ning 28% (n = 25) olid erioed, kes töötavad terviseõenduse valdkonnas. Kõige vähem vastanuid oli intensiivõenduse eriala õdede seas, kes moodustasid vastanutest 16% (n = 14). Uuritavate detailsed taustaandmed on kirjeldatud tabelis 2.

Tabel 2. Uuritavate taustaandmed

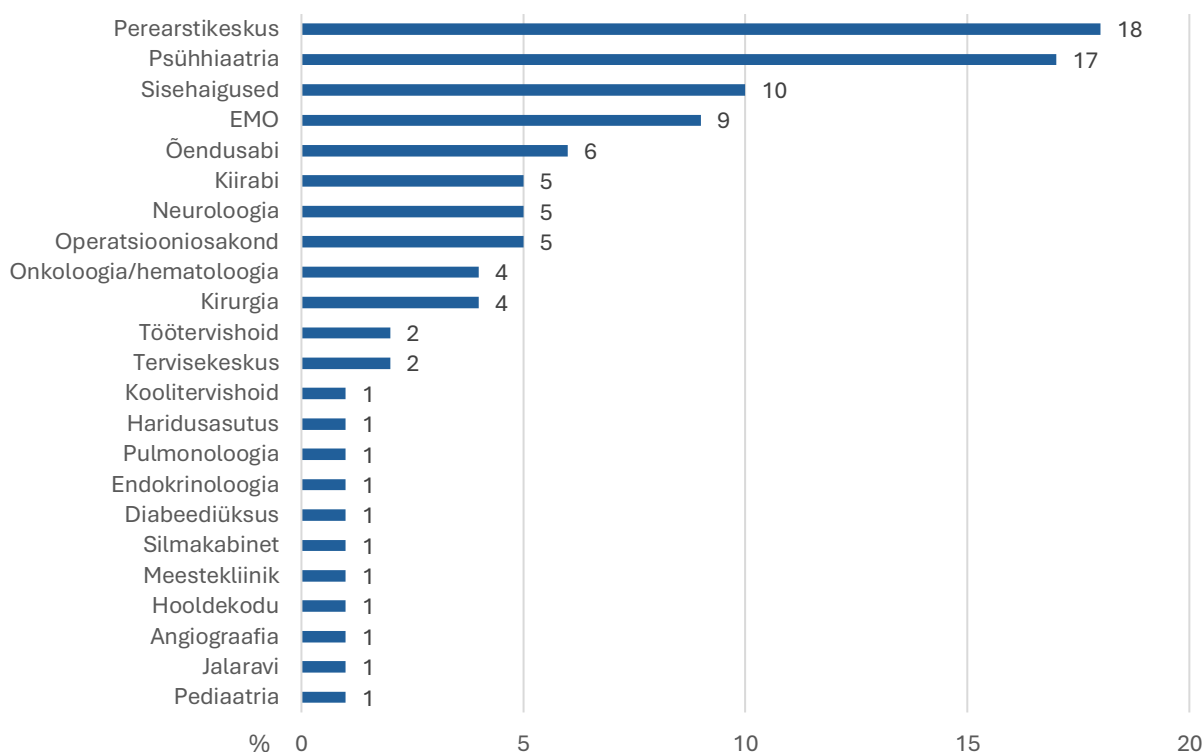
Taustaandmed		n	%
Vanus (n = 90)	25-34	13	14,4
	35-44	22	24,5
	45-54	27	30,0
	> 55	28	31,1
Sugu (n = 90)	Mees	2	2,4
	Naine	87	97,6
Haridus (n = 90)	Rakenduskõrgharidus/bakalaureusekraad rakenduskõrgkoolist	36	40,0
	Bakalaureusekraad või sellega võrdsustatud haridus ülikoolist	4	4,5
	Magistrikraad rakenduskõrgkoolist	39	43,3
	Magistrikraad või sellega võrdsustatud haridus ülikoolist	11	12,2
Töökogemus õena (n = 90)	1-10	22	24,4
	11-20	25	27,8
	21-30	15	16,7
	31-40	20	22,2
	41-50	6	6,7
	> 51	2	2,2
Eriala (n = 90)	Terviseõendus	25	27,8
	Kliiniline õendus	27	30,0
	Vaimse tervise õendus	24	26,7
	Intensiivõendus	14	15,5

Üle poole uuritavatest, 55%, olid magistrikraadiga erioed (n = 50), samas kui rakenduskõrghariduse või bakalaureusekraadiga õdesid oli 44% (n = 40). Magistrikraadiga eriidedest moodustasid kõige suurema osa vaimse tervise valdkonna erioed (18%), samal ajal kui kõige vähem vastajaid oli intensiivõenduse eriala erioedede seas (4%). Rakenduskõrghariduse või bakalaureusekraadiga õdede seas oli kõige enam kliinilise õenduse eriala erioedesid (13%) ja kõige väiksema osa moodustasid vaimse tervise valdkonna erioed (9%). Täpsem haridustaseme ja erioedede erialade jaotumus on näha joonisel 1.



Joonis 1. Eriõdede jagunemine erialade kaupa vastavalt haridustasemele

Vastanud eriõdede seas töötas 18% perearstikeskustes ($n = 15$) ja 17% psühhiaatria struktuuriüksuses ($n = 14$). Sisehaiguste valdkonnas töötas 10% ($n = 8$) ja erakorralise meditsiini üksuses 9% ($n = 6$) eriõdedest. Vastanutest 1% moodustasid eriõded, kes töötasid koolitervishoius, pulmonoloogias, endokrinoloogias, diabeediüksuses, silmakabinetis, meeste tervise kliinikus, hooldekodus, angiograafias, jalaravi kabinetis ja pediaatrias, nagu on esitatud joonisel 2.



Joonis 2. Eriõdede jagunemine struktuuriüksuse kaupa

4.2. Eriõdede hinnangud professionaalsele autonoomiale

4.2.1. Eriõdede hinnangud autonoomiale patsiendiga seotud otsustes

Patsiendiga seotud otsuste autonoomia dimensiooni eriõdede kõikide hinnangute keskmine skoor, skaalal 1–5, oli 3,5 (SD = 0,8), ning 95% usaldusvahemiku järgi jääb autonoomia keskmine hinnang patsiendiga seotud otsustes vahemikku 3,3–3,6. Võrreldes kogu küsimustiku autonoomia hinnangu keskmisega oli patsiendi tasandil tehtud otsuste autonoomia kõrgem. Kogu küsimustiku autonoomia hinnangute keskmiseks skooriks oli 3,3 (SD = 0,8) ja 95% tõenäosusega jääb kogu küsimustiku autonoomia hinnang vahemikku 3,1–3,4.

Kõige kõrgemalt on uuritavad (61%) hinnanud autonoomia ulatuse tervisedenduslike tegevuste õpetamisel patsiendile, mille keskmiseks skooriks oli 4,3 (SD = 1,0). Pooled uuritavatest (50%) tunnevad end autonoomselt konsulteerides arstide ja teiste tervishoiutöötajatega patsiendiga seotud otsuseid, mille keskmiseks skooriks oli 4,2 (SD = 1,1). Patsiendile enesehooldustoimingute õpetamisel ja sellega seoses ka nahakahjustuste ennetamisega seotud otsuste tegemisel tunnevad end vastavalt 48% ja 51% uuritavatest sõltumatuna, mõlema väite hinnangute keskmine skoor oli 3,9 (SD = 1,3). Meeskondlikul tasandil hindasid 41% uuritavatest end autonoomseks arsti antud korralduste küsitavuse alla seadmise osas, mille keskmine skoor oli 3,3 (SD = 1,2). Selle väite puhul hindas 26% vastanutest end ebakindlaks autonoomia osas, eelistades autoriteedi ja vastutuse jagamist meeskonnaliikmetega. Meeskondlikul tasandil hindas 40% uuritavatest oma autonoomiat kõrgemaks olukordades, kus tuli teha otsuseid määratud ravikorralduse muutmise vajaduse osas, mille keskmine skoor oli 3,2 (SD = 1,4). Valu leevendamisega seotud otsuste tegemisel, mis toimuvad sageli meeskonnatööna, oli autonoomia keskmine hinnang 3,8 (SD = 1,0).

Üle poole uuritavatest (73%) leidis, et neil puudub autonoomia patsiendi haiglast väljakirjutamise kuupäeva määramisel. Selle väite keskmine hinnang oli 1,7 (SD = 1,3), mis oli kogu dimensiooni madalaim. Teine kõige madalam hinnang autonoomiale on seotud otsusega keelduda arsti ettekirjutuse täitmisest, mille keskmine skoor oli 2,5 (SD = 1,4). 29% uuritavate hinnangul puudub neil autonoomia diagnostiliste testide tellimisel, mille keskmine hinnang oli 3,0 (SD = 1,5). Keskmine skoor patsiendi informeerimisel operatsiooniga seotud riskidest oli üks madalamaid selles dimensioonis, 3,1 (SD = 1,6). Selle väite puhul hindas 26% eriõdedest, et neil puudub autonoomia, samas kui 28% pidas end selles otsuses täielikult autonoomseks. Detailne ülevaade patsiendiga seotud tegevuste keskmistest hinnangutest autonoomiale on esitatud tabelis 3.

Tabel 3. Hinnangud autonoomiale patsiendiga seotud tegevustel

Patsiendiga seotud tegevused	n (%)					$\bar{x}$ (SD)
	Volitus ja vastutus puuduvad	Autoriteedi ja vastutuse võtmine kuidas küsitakse	Autoriteedi ja vastutuse jagamine meeskonna-töös osaledes	Otsuse tegemine ja vastutuse võtmine meeskonna-liikmetega arutelu järgselt	Sõltumatu autoriteet ja vastutus	
1. Patsiendile enesehooldus-toimingute õpetamine	5 (5,6)	9 (10,1)	16 (18,0)	16 (18,0)	43 (48,3)	3,9 (1,3)
2. Patsiendi kukkumiste ennetamine	11 (12,2)	5 (5,6)	22 (24,4)	18 (20,0)	34 (37,8)	3,6 (1,3)
3. Tervisedenduslike tegevuste õpetamine patsiendile	1 (1,1)	6 (6,7)	11 (12,2)	17 (18,9)	55 (61,1)	4,3 (1,0)
4. Otsuste tegemine seoses valu leevendamise	1 (1,1)	8 (8,9)	20 (22,2)	37 (41,1)	24 (26,7)	3,8 (1,0)
5. Otsustada, millal korraldada patsiendihooldus	19 (21,1)	7 (7,8)	14 (15,6)	30 (33,3)	20 (22,2)	3,3 (1,4)
6. Nahakahjustuste ennetamine	7 (7,8)	8 (8,9)	13 (14,4)	16 (17,8)	46 (51,1)	3,9 (1,3)
7. Otsustada, millal muuta "vajadusel" määratud ravikorraldust (suurendada ravimi annust või sagedust)	20 (22,2)	5 (5,6)	13 (14,4)	36 (40,0)	16 (17,8)	3,2 (1,4)
8. Uute ravimite kasutamise õpetamine patsiendile	6 (6,7)	10 (11,2)	13 (14,6)	27 (30,3)	33 (37,2)	3,8 (1,2)
9. Arstide ja teiste tervishoiutöötajatega konsulteerimine	3 (3,3)	6 (6,7)	9 (10,0)	27 (30,0)	45 (50,0)	4,2 (1,1)
10. Arsti antud korralduse küsitavuse alla seadmine	12 (13,3)	7 (7,8)	23 (25,6)	37 (41,1)	11 (12,2)	3,3 (1,2)
11. Arutada patsiendiga kogu raviplaani	7 (7,8)	7 (7,8)	18 (20,0)	18 (20,0)	40 (44,4)	3,8 (1,3)
12. Keelduda arsti ettekirjutuste täitmisest	38 (42,7)	7 (7,9)	15 (16,9)	22 (24,7)	7 (7,8)	2,5 (1,4)
13. Suunata teise erialaspetsialisti juurde (toitumisspetsialist, sotsiaaltöötaja vms)	12 (13,3)	5 (5,6)	11 (12,2)	22 (24,4)	40 (44,5)	3,8 (1,4)
14. Arutada arstiga alternatiivseid raviviise või -tegevusi	6 (6,7)	12 (13,5)	17 (19,2)	27 (30,3)	27 (30,3)	3,6 (1,2)
15. Tegeleda patsiendi raviga seotud kaebusega	13 (14,4)	7 (7,8)	20 (22,2)	28 (31,1)	22 (24,5)	3,4 (1,3)
16. Välja töötada patsiendiõpetuse materjalid	16 (17,8)	4 (4,4)	11 (12,2)	30 (33,3)	29 (32,3)	3,6 (1,4)
17. Tegeleda arsti kaebusega seoses patsiendi raviga	17 (18,9)	11 (12,2)	17 (18,9)	19 (21,1)	26 (28,9)	3,3 (1,5)
18. Toetada ravist/uuringutest keeldunud patsienti	8 (8,9)	10 (11,1)	11 (12,2)	26 (28,9)	35 (38,9)	3,8 (1,3)
19. Informeerida patsienti operatsiooniga seotud riskidest	23 (25,6)	10 (11,0)	14 (15,6)	18 (20,0)	25 (27,8)	3,1 (1,6)
20. Määrata haiglast väljakirjutamise päev	65 (73,0)	4 (4,6)	8 (9,0)	6 (6,7)	6 (6,7)	1,7 (1,3)
21. Tellida diagnostilised testid	26 (28,9)	7 (7,8)	17 (18,9)	22 (24,4)	18 (20,0)	3,0 (1,5)
Dimensioon (95% UV 3,3-3,6)	Min 1,0	Q1 3,1	Me 3,5	Q3 4,1	Max 4,9	$\bar{x}$ (SD) 3,5 (0,8)

4.2.2. Eriõdede hinnangud autonoomiale struktuuriüksusega seotud otsustes

Struktuuriüksuse tasandil tehtavate otsuste autonoomia dimensioonis oli hinnangute keskmine skoor, skaalal 1–5, uurimistöö madalaim, olles 3,0 (SD = 0,9) ja 95% usaldusvahemiku põhjal jääb eriõdede hinnang autonoomiale vahemikku 2,8–3,2. Üksuse tasandil tehtavate otsuste autonoomia hinnati madalamaks võrreldes kogu küsimustiku autonoomia keskmise skooriga, mis oli 3,3 (SD = 0,8), ning patsienditasandi otsuste dimensiooni keskmise skooriga, mis oli 3,5 (SD = 0,8). Autonoomiale antud hinnangute keskmised küsimustiku erinevatele osadele on esitatud tabelis 4.

Tabel 4. Autonoomiale antud hinnangute keskmised kogu küsimustikule ja dimensioonidele

Hinnatav näitaja	$\bar{x}$	SD	95%UV
Autonoomia otsuste tegemisel (n = 90)	3,3	0,8	3,1-3,4
Patsiendiga seotud otsuste autonoomia (n = 90)	3,5	0,8	3,3-3,6
Osakonna/üksusega seotud otsuste autonoomia (n = 83)	3,0	0,9	2,8-3,2

Struktuuriüksuse dimensiooni kõige kõrgem keskmine hinnang autonoomiale oli 4,1 (SD = 1,3) patsiendiga seotud ülesannete määramise väitele. Selle väite puhul tunneb üle poolte uuritavatest (57%) otsustamisel sõltumatut autoriteeti ja vastutust. Uuritavatest 48% hindavad autonoomia ulatuse kõrgeks otsustes, mis on seotud pauside ja lõuna aegade määramisega, mille keskmiseks skooriks oli 3,8 (SD = 1,4). Lisaks oli kõrgem autonoomia hinnang otsustes haigla töörühmades töötamise ja patsiendiühendustega koostöö arendamise osas, mille skoor oli 3,7 (SD = 1,5).

Kõige madalamad keskmised hinnangud anti väidetele, mis käsitlesid üksuse eelarve erisuste kindlakstegemist, mille keskmine hinnang oli 1,7 (SD = 1,2), ning aastaeelarve planeerimist, mille keskmine hinnang oli 1,6 (SD = 1,1). Pooled uuritavatest (54%) hindasid oma autonoomia puuduvaks uue personali valimise ja intervjuerimise väite puhul, mille hinnangute keskmiseks skooriks oli 2,1 (SD = 1,4). Väitele, mis käsitles õdede vastastikuse eksperthinnangu tulemuslikkuse hindamisprotsesside väljatöötamist, anti keskmiseks hinnanguks 2,3 (SD = 1,4). Veidi alla poolte vastanutest (42%) leidis, et neil puudub selle otsuse tegemisel autonoomia.

Pärast arutelu meeskonnaliikmetega andis 41% vastanutest kõrgema autonoomia hinnangu otsuste tegemisel töövahetuse muutmise või vahetamise väite puhul, mille keskmine skoor oli 3,4 (SD = 1,3). Meeskondlikul tasandil hindas 49% uuritavatest kõrgemalt autonoomiat väite puhul, mis käsitles uute seadmete ja tarvikute valimist, mille keskmine skoor oli 3,1 (SD = 1,3). Samuti hindas 58% vastanutest kõrgemalt meeskonnatöös tehtavat otsust, mis käsitles üksuse eesmärkide arendamist, mille keskmine skoor oli 3,4 (SD = 1,3). Kõik struktuuriüksusega seotud väidete keskmised hinnangud autonoomiale on esitatud tabelis 5.

Tabel 5. Hinnangud autonoomiale struktuuriüksusega seotud tegevustel

Struktuuriüksusega seotud tegevused	n (%)					$\bar{x}$ (SD)
	Volitus ja vastutus puuduvad	Autoriteedi ja vastutuse võtmine kuidas küsitakse	Autoriteedi ja vastutuse jagamine meeskonna-töös osaledes	Otsuse tegemine ja vastutuse võtmine meeskonna-liikmetega arutelu järgselt	Sõltumatu autoriteet ja vastutus	
1. Töövahetuste muutmise/vahetamine	12 (14,5)	7 (8,4)	16 (19,3)	34 (41,0)	14 (16,8)	3,4 (1,3)
2. Otsustada ise oma pauside ja lõuna ajad	12 (14,5)	2 (2,4)	14 (16,8)	17 (20,5)	38 (45,8)	3,8 (1,4)
3. Määrata patsiendiga seotud ülesanded	6 (7,2)	6 (7,2)	9 (10,8)	15 (18,2)	47 (56,6)	4,1 (1,3)
4. Töötada haigla töörühmades ja arendada koostööd patsiendi-ühendustega	13 (15,7)	9 (10,8)	5 (6,0)	21 (25,3)	35 (42,2)	3,7 (1,5)
5. Olla kaasatud haigla/osakonna töö või protseduuride arendusse (nii kliiniline tegevus, kui töökorraldus)	11 (13,3)	11 (13,3)	14 (16,9)	20 (24,0)	27 (32,5)	3,5 (1,4)
6. Arendada/uuendada osakonna/üksuse õendusabi standardeid	12 (14,5)	12 (14,5)	17 (20,5)	26 (31,3)	16 (19,2)	3,3 (1,3)
7. Arendada/uuendada osakonna/üksuse eeskirju	12 (14,5)	15 (18,0)	16 (19,3)	26 (31,3)	14 (16,9)	3,2 (1,3)
8. Valida osakonda/üksusesse uued seadmed ja tarvikud	18 (22,0)	8 (9,8)	16 (19,5)	31 (37,7)	9 (11,0)	3,1 (1,3)
9. Arendada osakonna/üksuse eesmärgid	10 (12,0)	10 (12,0)	15 (18,1)	32 (38,6)	16 (19,3)	3,4 (1,3)
10. Töökoosoleku päevakorra määramine	12 (14,5)	10 (12,1)	9 (10,9)	22 (26,5)	30 (36,0)	3,6 (1,4)
11. Osakonna/üksuse kvaliteedikriteeriumite määramine	19 (22,9)	7 (8,4)	15 (18,1)	30 (36,1)	12 (14,5)	3,1 (1,4)
12. Otsustada hoolduse osutamise viisi ja määrata personali koosseis	29 (35,4)	8 (9,8)	10 (12,2)	22 (26,8)	13 (15,8)	2,8 (1,5)
13. Õe ametijuhendi arendamine/muutmine	27 (32,5)	16 (19,3)	10 (12,1)	22 (26,5)	8 (9,6)	2,6 (1,4)
14. Esitleda osakonna/üksuse täiendõppe programme	23 (27,7)	14 (16,9)	8 (9,6)	16 (19,3)	22 (26,5)	3,0 (1,6)
15. Uute ideede rakendamine: näiteks stressikoolitus patsientidele	19 (22,9)	9 (10,8)	14 (16,9)	26 (31,3)	15 (18,1)	3,1 (1,4)
16. Välja töötada õdede vastastikkuse eksperthinnangu tulemuslikkuse hindamisprotsess	35 (42,2)	13 (15,7)	13 (15,7)	16 (19,2)	6 (7,2)	2,3 (1,4)
17. Planeerida ise oma töötunnid	29 (35,0)	7 (8,4)	8 (9,6)	22 (26,5)	17 (20,5)	2,9 (1,6)
18. Algatada osakonnas/üksuses uurimistööde läbiviimisi	26 (31,3)	11 (13,3)	13 (15,7)	24 (28,9)	9 (10,8)	2,7 (1,4)
19. Osakonna/üksuse eelarve erisuste kindlakstegemine	56 (67,5)	8 (9,6)	8 (9,6)	7 (8,5)	4 (4,8)	1,7 (1,2)
20. Osakonna/üksuse aasta-eelarve planeerimine	60 (72,3)	9 (10,8)	6 (7,2)	6 (7,2)	2 (2,5)	1,6 (1,1)
21. Uue personali valimine ja intervjuerimine	45 (54,2)	11 (13,3)	6 (7,2)	16 (19,3)	5 (6,0)	2,1 (1,4)
Dimensioon (95% UV 2,8-3,2)	Min 1,1	Q1 2,2	Me 3,1	Q3 3,7	Max 5,0	$\bar{x}$ (SD) 3,0 (0,9)

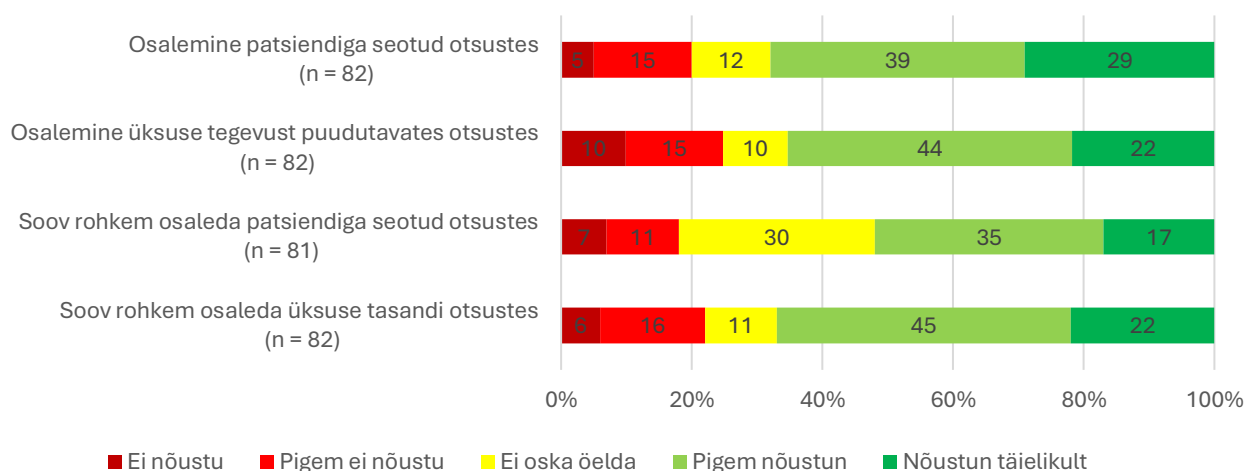
4.3. Eriõdede hinnangud autoriteedi ja vastutuse ulatusele

Kõrgeim keskmine hinnang autoriteedi ja vastutuse ulatusele, 3,7 (SD = 1,2), anti väitele, et uuritavatel on õigus osaleda patsiendi hooldust puudutavate otsuste tegemisel. Seevastu väitele, mis käsitles õigust osaleda üksuse tegevust puudutavate otsuste tegemisel, anti madalam keskmine hinnang, milleks oli 3,5 (SD = 1,3). Uuritavad sooviksid kõrgemat autoriteeti ja vastutust, olles rohkem kaasatud struktuuriüksuse tasandil tehtavate otsuste tegemisse. Selle väite keskmine skoor oli 3,6 (SD = 1,2). Soov rohkem osaleda patsiendi hooldusega seotud otsuste tegemisel oli sarnasel tasemel, keskmise skooriga 3,4 (SD = 1,1). Täpsem hinnangute kirjeldus uuritavate autoriteedi ja vastutuse ulatusele on esitatud tabelis 6.

Tabel 6. Uuritavate keskmiste hinnangute kirjeldus autoriteedi ja vastutuse ulatusele

Väide	n (%)					$\bar{x}$ (SD)
	Ei nõustu	Pigem ei nõustu	Ei oska öelda	Pigem nõustun	Nõustun täielikult	
1. Teil on õigus osaleda patsiendi hooldust puudutavate otsuste tegemisel (n = 82)	4 (4,9)	12 (14,6)	10 (12,2)	32 (39,0)	24 (29,3)	3,7(1,2)
2. Teil on õigus osaleda osakonna/üksuse tegevust puudutavate otsuste tegemisel (n = 82)	8 (9,8)	12 (14,6)	8 (9,8)	36 (43,8)	18 (22,0)	3,5(1,3)
3. Te sooviksite rohkem osaleda patsiendi hooldusega seotud otsuste tegemisel (n = 81)	6 (7,4)	9 (11,1)	24 (29,6)	28 (34,6)	14 (17,3)	3,4(1,1)
4. Te sooviksite rohkem osaleda osakonna/üksuse tasandil tehtavate otsuste tegemisel (n = 82)	5 (6,0)	13 (15,9)	9 (11,0)	37 (45,1)	18 (22,0)	3,6(1,2)

Eriõdede autoriteedi ja vastutuse ulatust kirjeldavate väidete hinnangutest selgus, et 68% uuritavatest nõustus väitega, et neil on igapäevatöös autoriteet ja vastutus osaleda patsiendiga seotud otsustes. Uuritavatest 66% nõustusid väitega, et nad on kaasatud üksuse tegevust puudutavate otsuste tegemisse. Kõigist eriõdedest nõustus 52% väitega, et nad soovivad rohkem osaleda patsiendiga seotud otsuste tegemisel. Samas 30% uuritavatest ei osanud anda hinnangut, kas nad sooviksid rohkem olla kaasatud patsiendiga seotud otsustesse või mitte. Soovi olla rohkem kaasatud üksuse tasandi otsustesse tundsid 67% eriõdedest. Uuritavate täpsem hinnangute jaotus autoriteedile ja vastutusele ning soovile olla kaasatud otsustesse on kirjeldatud joonisel 3.



Joonis 3. Autoriteedi ja vastutuse ulatust kirjeldavate väidete vastamise jaotus

4.4. Seosed eriõdede taustaandmete ja professionaalse autonoomia hinnangute vahel

Andmete analüüsist selgus, et terviseõenduse eriala omandanud eriõed hindasid patsiendi ja struktuuriüksuse tasandil tehtavate otsuste keskmist autonoomiat kõrgemalt kui kliinilise, vaimse tervise või intensiivõenduse erialade eriõed, nagu on näha tabelist 7. Struktuuriüksuse tasandil tehtavate otsuste autonoomia hinnangud olid statistiliselt oluliselt erinevad sõltuvalt eriõe erialast ($p = 0,042$; ANOVA), mida kinnitas ka gruppide võrdlemisel Bonferroni võrratus (madalaim $p = 0,004$). ANOVA dispersioonanalüüs ei näidanud statistiliselt olulist seost patsiendiga seotud otsuste tegemise autonoomia ja eriõe eriala vahel ($p = 0,231$).

Tabel 7. Taustaandmete seos autonoomiale antud hinnangutega

Taustamuutuja	Patsiendiga seotud otsuste autonoomia			Struktuuriüksuse tasandil tehtavate otsuste autonoomia		
	$\bar{x}$	SD	p-väärtus	$\bar{x}$	SD	p-väärtus
Eriala (n=90)						
Terviseõendus	3,7	0,8	0,231	3,4	0,8	0,042
Kliiniline õendus	3,3	0,9		2,9	1,0	
Vaimse tervise õendus	3,4	0,6		2,9	0,9	
Intensiivõendus	3,3	0,8		2,5	0,9	

Statistiliselt analüüsiti ka dimensioonide seoseid taustamuutujatega nagu vanus, haridus ning õe tööstaaž. Vanusegrupis 45–54 aastat hindasid eriõed oma autonoomia ulatust patsiendiga seotud otsuste tegemisel kõige kõrgemalt, keskmise skooriga 3,5 (SD = 0,8). Osakonna tasandil oli kõige kõrgem keskmine hinnang autonoomiale 3,1 (SD = 1,0) vanusegrupis 45-54 aastat. Statistiline analüüs ei kinnitanud autonoomia dimensioonide ja vanusegruppide vahel statistiliselt olulist seost. Lisas 5 on esitatud patsiendi ja struktuuriüksusega seotud otsuste autonoomiale antud hinnangute ning taustaandmete vaheliste seoste leidmiseks teostatud statistiline andmeanalüüs.

Patsiendi tasandil tehtavate otsuste autonoomia ja struktuuriüksuse tasandil tehtavate otsuste autonoomia dimensioonide vahel ilmnes tugev positiivne seos ($r = 0,60$; $p < 0,001$). See viitab sellele, et kõrgemad autonoomia hinnangud patsiendi tasandil olid seotud kõrgemate hinnangutega ka struktuuriüksuse tasandil ning vastupidi. Teisisõnu, kui autonoomia tajumine suureneb ühes dimensioonis, suureneb tõenäoliselt autonoomia tajumine ka teises dimensioonis.

Osakonna tasandil tehtavate otsuste puhul hindasid oma autonoomiat kõrgeks 45–54-aastased eriõed, kes osalesid haigla töörühmades ja tegelesid patsiendiühendustega koostöö arendamisega ($p = 0,006$; Pearsoni hii-ruut test). Samuti oli samas eriõdede vanusegrupis kõrgem autonoomia tajumine seotud panustamisega osakonna või üksuse eeskirjade arendamis- ja uuendamisprotsessi ($p = 0,016$; Pearsoni hii-ruut test). Magistrikraadiga eriõed hindasid professionaalset autonoomiat osakonna tasandil kõrgemalt võrreldes rakenduskõrghariduse või bakalaureusekraadiga kolleegidega, eriti juhul, kui nad osalesid haigla töörühmades ja tegelesid koostöö arendamisega patsiendiühendustega ($p = 0,004$; Pearsoni hii-ruut test). Samuti andsid magistriharidusega eriõed kõrgemad hinnangud autonoomiale osalemisel õendusabi standardite ($p = 0,020$; Pearsoni hii-ruut test) ja eeskirjade ($p = 0,019$; Pearsoni hii-ruut test) arendamise ning uuendamise protsessides.

Eriõed, kelle tööstaaž õena on 21-30 aastat, hindasid osakonna tasandil erialast autonoomiat kõrgeks patsiendi hoolduse osutamise viisi ja sellele vajaliku personali koosseisu määramise otsuste tegemisel ($p = 0,029$; Pearsoni hii-ruut test). Patsiendi valu leevendamisega seotud otsuste tegemisel on autonoomia ulatus kõrgem eriõdedel, kelle tööstaaž õena on 31-40 aastat ($p = 0,047$; Fisheri täpne test). Samuti tunnevad 31-40-aastase tööstaažiga eriõed autonoomiat olukordades, kus on vaja seada kahtluse alla arsti antud korraldus ($p = 0,014$; Fisheri täpne test). Patsiendiõpetuse materjalide väljatöötamisel on professionaalse autonoomia ulatus kõrge 21-30-aastase tööstaažiga eriõdedel ($p = 0,020$; Fisheri täpne test).

Eriõe erialast lähtuvalt ilmnes struktuuriüksuse tasandil statistiliselt oluline erinevus terviseõenduse eriõdede kõrge autonoomia ja patsiendiga seotud ülesannete määramise vahel ($p = 0,028$; Pearsoni hii-ruut test). Lisaks on terviseõenduse eriõdedel kõrgem autonoomia otsuste tegemisel patsiendi suunamisel teise erialaspetsialisti vastuvõtule ($p = 0,036$; Pearsoni hii-ruut test). Küsimustiku taustamuutujate ning kategooriliste muutujate ja kõrge ning madala/puuduliku autonoomia gruppide vahel statistiliselt olulisi erinevusi ei leitud. Lisas 5 on esitatud statistiline andmeanalüüs struktuuriüksuse ja patsiendiga seotud kõikide väidete ning taustaandmete vaheliste seoste kohta.

5. ARUTELU

5.1. Olulisemad tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimistööde tulemustega

Autorile teadaolevalt ei ole Eestis varasemalt kirjeldatud eriõdede professionaalse autonoomia hinnanguid ja samuti puudus teave, mismoodi eriõded hindavad tööga seotud autonoomia ulatust läbi patsiendi ja struktuuriüksuse tehtud otsuste. Lisaks analüüsiti, kuidas eriõdede autonoomia hinnangud on seotud nende taustaandmetega. Teadmised, kuidas eriõded hindavad oma professionaalset autonoomiat, pakuvad väärtuslikku sisendit organisatsiooni juhtidele autonoomsema töökeskkonna kujundamisel, et toetada eriõdede suurema kliinilise pädevuse rakendamist ja otsustusõiguse tugevdamist. Seega, läbi autonoomiat toetava töökeskkonna, on võimalik parandada tervishoiuteenuste kättesaadavust, ohutust ja kvaliteeti. Uurimistöö tulemused näitasid, et Eestis töötavate eriõdede üldine hinnang professionaalsele autonoomiale on keskmisest mõnevõrra kõrgem. Eriõded hindavad kõrgemalt oma autonoomiat ja kaasatust patsiendiga seotud otsuste tegemisse, samas kui nad soovivad suuremat osalust üksusega seotud otsustusprotsessides. See viitab vajadusele suurendada eriõdede osalust nii kliinilistes kui ka organisatsioonilistes otsustusprotsessides, samal ajal vähendades juriidilisi ja organisatsioonilisi piiranguid.

Uurimistöid, kus oleks erinevate erialade eriõdede professionaalset autonoomiat hinnatud, leidub pigem vähe. Käesoleva uurimistöö tulemused näitasid, et professionaalse autonoomia erinevate dimensioonide keskmine hinnang oli 3,3. Kuna väidetele anti hinnanguid viiepalliskaalal, kus üks tähistas väga madalat ja viis kõrget autonoomia ulatust, viitab skoor 3,3 sellele, et eriõdede professionaalset autonoomiat tajutakse peamiselt keskmisena, jäädes neutraalse ja positiivse hinnangu vahele. See näitab, et eriõdede autonoomia tajumine on pigem positiivne, kuid samas ilmneb vajadus valdkonna edasise arengu järele. Varasemas uurimistöös oli dimensioonide keskmine hinnang 3,1, mille alusel määratleti õdede professionaalne autonoomia keskmise ulatusega (Alruwaili ja Abuadas, 2023). Siinkohal on oluline märkida, et vastavalt originaalküsimustiku autori tagasisidele puuduvad kindlaks määratud vahemikud küsimustiku väidete või dimensioonide hinnangute keskmiste tõlgendamiseks, mis võimaldaksid autonoomia ulatust määratleda madala, keskmise või kõrgena.

Uurimistöös osalenud eriõdede hinnangud professionaalsele autonoomiale on veidi üle keskmise, mis võib olla seotud tervishoiusüsteemi pidevate muudatuste ja eriõdede piiratud õigustega. Eriõdede õiguseid on küll järjepidevalt laiendatud ning neile on antud mitmeid täiendavaid volitusi, kuid neid õigusi ei rakendata siiski täielikult. Lisaks on erinevate üksuste valmisolek

eriõdede täieliku potentsiaali rakendamiseks varieeruv, mis viitab vajadusele keskenduda tulevikus õiguste laiendamisele eelkõige asutusepõhiselt (Kannus, 2024). Eestis töötavate eriõdede veidi kõrgem keskmine hinnang professionaalsele autonoomiale võib olla seotud osalejate kõrgema keskmise vanuse, tööstaaži ja haridustasemega, võrreldes varasemas uurimistöös osalenud õdedega (Alruwaili ja Abuadas, 2023). Saadud tulemus näitab, et suurem töökogemus ja kõrgem haridustase avaldavad positiivset mõju professionaalse autonoomia ulatusele töökeskkonnas.

Käesolevas uurimistöös osales eriõdesid erinevatest valdkondadest, mis võis samuti mõjutada nende hinnanguid autonoomiale. Eriõdede autonoomiat mõjutavad nende töökohtade ja tööülesannete erinevused, kuna iseseisvate otsuste tegemise võimalus sõltub suurel määral töökeskkonna toetavast lähenemisest. Varasemas uurimistöös on leitud, et tööülesannete keerukus mõjutab oluliselt eriõdede autonoomiat, kuna keerukamad olukorrad eeldavad suuremat iseseisvust ja otsustusõigust. Näiteks intensiivravi õdede autonoomia peab olema kõrgem, sest kriitilistes olukordades tuleb teha otsuseid kiiresti. Samas on keerukamad tööülesanded seotud madalama autonoomia hinnanguga, kuna need otsused vajavad arstidega kooskõlastamist ning piiravad eriõdede iseseisvaid otsuseid. (Alruwaili ja Abuadas, 2023.)

Uurimistöö tulemustes kajastus, et vastanute seas oli kõige enam eriõdesid, kes töötasid perearstikeskustes ja psühhiaatria valdkonnas. Varasemas uurimistöös on kirjeldatud, et psühhiaatria valdkonnas töötavate õdede autonoomia on rohkem piiratud rangelt reguleeritud töökeskkonna reeglite ning patsientide keeruliste seisundite tõttu, mis võib vähendada iseseisvust otsuste tegemisel (Manderius jt, 2023). Esmatasandil töötavate eriõdede autonoomiat piiravad samuti mitmed tegurid, kuid nende hinnangud on enamasti kõrgemad kui haigla keskkonnas töötavatel eriõdedel (Choi ja De Gagne, 2016). Seega võib uurimistöö keskmist autonoomia tulemust mõjutada ka erinevatest erialavaldkondadest pärit eriõdede hinnangute varieeruvus. Samas ei võimaldanud vastanute töökohtade suur mitmekesisus ja sellest tulenevalt väikearvulised rühmad teha usaldusväärseid üldistusi erialavaldkonna mõju kohta eriõdede autonoomiale.

Antud uurimus keskendus eriõdede enesehindamisele professionaalse autonoomia osas, hõlmates nii patsiendiga kui ka üksusega seotud otsuseid. Tulemustes kajastus, et osalenud eriõded hindasid oma autonoomia kõrgemaks patsiendiga seotud otsuste tegemisel ning madalamaks struktuuriüksuse tasandil tehtavate otsuste puhul. Saadud tulemuste põhjal oli viiepalliskaalal patsiendiga seotud otsuste autonoomia dimensiooni keskmine hinnang 3,5 ning struktuuriüksusega seotud otsuste autonoomia dimensiooni keskmine 2,9. Sarnased tulemused on ilmnenu ka varasemates uuringutes, kus professionaalsele autonoomiale anti kõrgem hinnang eelkõige

patsiendiga seotud otsuste tegemise osas (Alruwaili ja Abuadas, 2023; Labrague jt, 2019; Shohani jt, 2018). Eelnevas teadusuuringus oli patsiendiga seotud otsuste autonoomia dimensiooni keskmine hinnang 3,4, samas kui struktuuriüksusega seotud otsuste dimensiooni hinnang oli 2,9 (Alruwaili ja Abuadas, 2023), mis on sarnane käesoleva töö tulemuste keskmistele. Antud töö tulemuste analüüs näitas, et eriõdede kõrgemad subjektiivsed hinnangud autonoomiale patsiendiga seotud otsustes on positiivselt seotud kõrgemate hinnangutega struktuuriüksuse tasandil, ning vastupidi. Uurimistöö autori hinnangul on see tulemus loogiline, sest kui eriõded on kaasatud ja autonoomsed patsiendiga seotud otsustes, siis suure tõenäosusega on töökeskkonna töötingimused otsustusvabadust ja autonoomiat toetavad ning eriõded on kaasatud ka rohkem üksusega seotud küsimustesse. Lisaks võib eriõdede suurem kaasatus struktuuriüksuse tasandi otsustusprotsessides soodustada ka patsiendi huvide paremat arvestamist.

Uurimistöö autori hinnangul võib eriõdede kõrgem professionaalse autonoomia ulatus olla seotud patsiendiga, kuna patsient on õe igapäevatöö keskmes ning paljudes üksustes ei eristu eriõde tööülesanded oluliselt õe tööst. Struktuuriüksusega seotud otsused kuuluvad vastava üksuse juhi ülesannete hulka, samas kui eriõdede õigused kaasa rääkida personali- ja organisatsioonipoliitikas võivad erineda vastavalt asutuse reeglitele. Kuna läbiviidud uuringus ei kogutud andmeid juhtivatel kohtadel töötavate eriõdede kohta, ei olnud võimalik hinnata, kas üksuse igapäevase tegevuse korraldamine ja väiksem kontakt patsiendiga on seotud madalamate hinnangutega patsiendiga seotud otsustes või kõrgemate hinnangutega struktuuriüksusega seotud otsustes.

Eriõded hindasid oma autonoomiat patsiendiga seotud otsuste tegemise valdkonnas kõige kõrgemalt, eriti tervisedenduslike tegevuste ja enesehooldustoimingute õpetamise osas, samuti otsustusõiguses, mis puudutab arstide ja teiste tervishoiutöötajatega konsulteerimise vajadust. Lisaks sellele hindasid eriõded oma autoriteedi ja vastutuse sõltumatuks nahakahjustuste ennetamisega seotud otsustes. Patsiendiga seotud otsuste dimensioonis anti kõige madalam hinnang autonoomiale haiglast väljakirjutamise kuupäeva määramise osas. Samuti andsid eriõded madala hinnangu arsti ettekirjutustest keeldumise ja diagnostiliste testide tellimisega seotud otsustes. Varasemad uurimistööd kinnitavad, et õdede autonoomia on madal diagnostiliste testide tellimisel ja haiglast väljakirjutamise kuupäeva määramisel, samas kui kõrgem autonoomia hinnang on seotud tervisehariduse andmisega patsiendile (Alruwaili ja Abuadas, 2023; Labrague jt, 2019). Erinevalt käesoleva töö tulemustest hindasid varasemas uuringus osalenud õded end autonoomseks ka diagnostiliste testide tellimisel ning patsiendi haiglast väljakirjutamise kuupäeva määramisel (Labrague jt, 2019). Uurimistöö autorile teadaolevalt on Eestis töötavatel eriõdedel õigus tellida diagnostilisi teste ja analüüse, kuid see õigus on piiratud teatud ulatuses ning sõltub

seadusandlusest. Lõplikud otsused patsiendi ravi osas, sealhulgas ka välja kirjutamise kuupäeva määramisel, teeb arst. Seetõttu võivad eriõed tajuda oma autonoomiat madalamana, eriti raviotsuste tegemisel ja vastutuse võtmisel.

Struktuuriüksuse tasandil tehtavate otsuste dimensioonis oli eriõdede kõrgeim subjektiivne hinnang autonoomiale patsiendiga seotud ülesannete määramisel. Lisaks andsid eriõed kõige kõrgema hinnangu professionaalsele autonoomiale oma pauside aja määramisel, haigla töörühmades töötamisel ja patsiendiühendustega koostöö arendamisel. Uurimistöö autori hinnangul võivad need tulemused peegeldada soovi tagada patsiendile parim võimalik õendusabi struktuuriüksuse tasandil tehtavate otsuste kaudu. Lisaks on eriõdede töökorralduse määramise õigus seotud ka võimalusega otsustada oma tööpauside üle, mis kajastab autonoomiat igapäevaste tööülesannete planeerimisel. Eriõdede osalemine töörühmades ning koostöö edendamine patsiendiühendustega viitab nende kõrgele autonoomiale erialadevahelise koostöö edendamisel, mille eesmärk on toetada tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi parandamist. Ühtlasi on ka varasema uurimistöö tulemustes kirjeldatud õdede kõrgemat hinnangut autonoomiale isiklike tööpauside üle otsustamisel. Erinevalt käesoleva uurimistöö tulemustest, hinnati autonoomia ulatus kõrgeks struktuuriüksuse eesmärkide arendamisel ja uute ideede rakendamisel, samas kui antud uurimistöös andsid eriõed neile tegevustele pigem madalama hinnangu. (Alruwaili ja Abuadas, 2023.) Uurimistöö autori arvates võib antud väidete puhul madalama hinnangu põhjuseks olla organisatsioonide erinevad juhtimisstruktuurid, kus eesmärkide püstitamine ja arendamine jääb peamiselt juhtide ülesandeks. Järelikult võib eriõdede kaasamine ja koostöö juhtidega soodustada autonoomsema töökeskkonna loomist, kus õdedel on suurem osalus otsustusprotsessides ning vastutus oma igapäevases töös.

Eriõdede kõige madalam subjektiivne hinnang professionaalsele autonoomiale struktuuriüksuse tasandil oli seotud aastaeelarve planeerimise ja eelarve erisuste kindlakstegemisega. Sellest lähtuvat on eriõed oma töös eelarvega seotud otsustesse kõige vähem kaasatud. Lisaks hinnati autonoomia ulatus madalaks ka uue personali valikuprotsessi kaasamisel. Ka varasema uurimistöö tulemustes kirjeldatakse eelarvega seotud otsustes õdede madalamaid hinnanguid autonoomiale (Alruwaili ja Abuadas, 2023). Uurimistöö autori hinnangul on eelarveotsused seotud peamiselt juhtimistasandiga ega pruugi olla otseselt eriõe igapäevaste tööülesannete hulgas, mis selgitab madalat subjektiivset hinnangut nendele otsustele. Seetõttu võiksid need tulemused olla sisendiks tervishoiuasutuste juhtidele, et edaspidi suurendada eriõdede võimalusi osaleda administratiivsetes otsustusprotsessides, näiteks eelarve planeerimisel ning struktuuriüksusele vajalike teadmiste ja oskustega personali valimisel. Lisaks on eriõdedel praktilised teadmised ja oskused kliinilisest

praktikast, mis võivad aidata teha kulutõhusamaid eelarveotsuseid ning toetada juhtimistasandil patsiendikeskse ja kvaliteetse tervishoiuteenuse arendamist.

Uurimistöö tulemused näitavad, et eriõdede eriala mõjutab oluliselt nende hinnanguid professionaalse autonoomia ulatusele struktuuriüksuse tasandil tehtavate otsuste puhul. Sellest tulenevalt oli intensiivõenduse eriõdede grupis keskmine hinnang autonoomiale üksuse tasandil tehtavates otsustes oluliselt madalam kui terviseõenduse eriala eriõdedel. Kliinilise õenduse ja vaimse tervise õenduse eriõdede hinnangud autonoomiale olid omavahel võrdsed, kuid madalamad kui terviseõenduse eriõdedel ja kõrgemad kui intensiivõenduse eriõdedel. Intensiivõenduse eriõdede madalama hinnangu põhjuseks võib olla asjaolu, et vastanute seas oli selle eriala eriõdesid oluliselt vähem võrreldes teiste gruppidega. Terviseõenduse eriala eriõdede kõrgem hinnang autonoomia ulatusele üksuse tasandil tehtavates otsustes võib olla seotud nende töö spetsiifikaga. Selle valdkonna eriõded töötavad peamiselt tervise- ja perearstikeskustes, kus keskendutakse tervisedendusele ja haiguste ennetamisele. Samuti on nad tihti rohkem kaasatud töökorralduslike otsuste tegemisse, et parandada tervishoiuteenuste kättesaadavust. Kokkuvõttes on tervisekeskustes loodud soodsamad tingimused iseseisvate otsuste vastuvõtmiseks võrreldes haigla keskkonnaga. Näiteks intensiivõenduse eriõdede tööülesanded on keerukad ja rangemalt määratletud, sest tegeletakse rohkem kriitilises seisundis patsientidega. Otsused on seotud patsiendi raviga ning need tehakse interdistsiplinaarse meeskonnatööna, järgides täpselt arsti poolt määratud ravijuhiseid, mis võivad vähendada kaasatust osakonnaga seotud küsimustes. Seda kinnitavad ka varasemad uurimistulemused, mille kohaselt on eriõdedel akuutravi tingimustes kõrgem professionaalne autonoomia patsiendiga seotud otsuste tegemisel. Samas toovad uuringud esile, et autonoomia rakendamisel esineb mitmeid väljakutseid just intensiivravi osakondades töötavate õdede seas (Allahbakhshian jt, 2017; Alruwaili ja Abuadas, 2023).

Uurimistulemustest ei ilmnenu statistiliselt olulisi seoseid vanuse, haridustaseme ja töökogemuse alusel moodustatud gruppide ning professionaalsele autonoomiale antud hinnangute vahel. Samas on varasemas uuringus leitud, et vanuse, soo ja õena töötatud aastate vahel ei esinenud statistiliselt olulist seost (Alruwaili ja Abuadas, 2023). Lisaks kinnitavad varasemad tulemused, et vanemad ja suurema töökogemusega õded hindavad oma professionaalset autonoomiat kõrgemalt (Shohani jt, 2018). Antud uurimistöösse kaasati erinevate erialade eriõded ning vastanute vanusevahemiku ning tööstaaži suure varieeruvuse tõttu võivad need tegurid mõjutada autonoomiale antud hinnangut erinevatel viisidel, sõltudes ka töökeskkonna ja -ülesannete eripäradest, mida uurimistöös eraldi ei käsitletud. Seetõttu väike valim ja moodustatud gruppide ebaühtlane ning väike uuritavate hulga jaotumus võib mõjutada statistiliselt oluliste seoste puudumist.

Töös leiti statistiliselt olulisi seoseid teatud väidete ja autonoomiale antud hinnangute vahel. Tulemustest selgus, et kõrgem hinnang autonoomiale on 45–55-aastaste eriidede seas, kes on aktiivselt kaasatud haigla töörühmadesse, teevad koostööd patsiendiühendustega ning osalevad üksuse eeskirjade arendustöös. Lisaks on eriidede kõrgem professionaalse autonoomia ulatus seotud magistriharidusega, eriti nende puhul, kes töötavad haigla töörühmades, arendavad koostööd patsiendiühendustega ning osalevad üksuse tasandil õendusabi standardite ja eeskirjade väljatöötamisel. Varasemas uurimistöös on kirjeldatud magistri- ja doktorikraadiga ning suurema tööstaažiga õdede kõrgemaid hinnanguid professionaalse autonoomia ulatusele (Alruwaili ja Abuadas, 2023). Samuti on leitud seos haridustaseme ja autonoomiale antud hinnangute vahel patsiendiga seotud otsustes, kuid mitte struktuuriüksuse tasandil (Shohani jt, 2018). Samas on varasemates uuringutes kajastatud, et magistri- või doktorikraadiga õdedel on kõrgem otsustusõigus nii patsiendiga seotud kui ka organisatsiooni tasandil tehtavates otsustes (Labrague jt, 2019). Kõrgem autonoomia hinnang esines eriidedel, kelle tööstaaž jääb vahemikku 31–40 aastat, eriti patsiendi valu leevendamise seotud otsuste tegemisel ning arsti antud korraldustes kahtlemisel. Sama tööstaažiga eriidedel esines ka statistiliselt oluline seos üksuse tasandil tehtavates otsustes, mis puudutasid patsiendi hoolduse osutamise viisi ja personali koosseisu määramist. Varasemalt on kirjeldatud õdede kõrgemat professionaalset autonoomiat seoses tööstaažiga üle 10 aasta (Labrague jt, 2019; Maharmeh, 2017). Kokkuvõttes on professionaalse autonoomia ulatus seotud teatud tingimustel tööstaaži, haridustaseme ja vanusega. Eriühtedele, kellel on rohkem töökogemust, kõrgharidus ja kõrgem vanus, hindavad autonoomia ulatust kõrgemalt, eriti patsiendiga seotud otsuste tegemisel. Lisaks suurema tööstaažiga ühtedele on kõrgem otsustusõigus osakonna ja üksuse tegevustes, mis näitab, et kogemus ja haridus võivad tugevdada eriidede professionaalse autonoomia ulatust.

5.2. Eetilised aspektid

Uurimistöö läbiviimisel tegutseti kooskõlas kehtivate teaduseetika põhimõtete, standardite ja õigusnormidega ning tagati uurimistööks vajalikud load ja nõusolekud (Tartu Ülikooli Eetikakeskus, 2017). Enne uurimistöö läbiviimist analüüsiti mujal maailmas läbi viidud uurimistööde uuritavast nähtusest ja kasutatud meetodikatest ning koostati sellele tuginedes uurimisplaan. Uurimistöö vastavus eetikanõuetele kinnitati Tartu Ülikooli inimuurimiste eetika komitee poolt enne andmete kogumise alustamist.

Uuringus osalemine oli vabatahtlik ning uuritavatele anti kaaskirja ja veebiküsimustiku sissejuhatuse kaudu ülevaade selle sisust, eesmärgist ning osalemise ja loobumise tingimustest.

Uuritavatele anti põhjalik ülevaade uuringu eesmärgist ja korraldusest, et nad saaksid teha informeeritud otsuse osalemise kohta. Osalemisest oli võimalik loobuda igal ajahetkel enne küsimustiku ära saatmist, mille järgselt ei olnud võimalik enam esitatud andmeid tagasi võtta, kuna neid ei olnud võimalik andmebaasis isikuliselt tuvastada. Küsimustiku ärasaatmisega andis uuritav loa andmete töötlemiseks käesoleva uuringu ulatuses. Lisaks olid uuritavatel olemas kontaktandmed, et pöörduda vajadusel täiendava teabe saamiseks. Uuringu läbiviijaga võeti meili teel ühendust ühe korra, et täpsustada vastamise tingimusi mitme eriõe eriala omamise korral.

Enne uurimistöö läbiviimist teostati prooviuurimus, et testida küsimustiku arusaadavust ning väidete sõnastuse selgust. Prooviuurimuse tagasisides toodi esile, et esines raskesti mõistetavaid väiteid ja seetõttu muudeti küsimustiku originaalautoriga kooskõlastatult osade väidete sõnastust selgemaks. Lisaks ei pidanud uuritavad küsimustikus mingeid väiteid üleliigseks ega puudulikuks. Seega sisulisi muudatusi uurimistöö küsimustikus ei tehtud.

Uuritavate anonüümsuse tagamiseks koostati küsimustik elektroonilisel kujul LimeSurvey keskkonnas, millele oli ligipääs vaid uurimistöö läbiviijal ja vastutaval uurijal. Uuritavate andmete konfidentsiaalsus oli tagatud. Uuringu perioodil ei kogutud uurimistööga mitteseotud andmeid. Samuti IP-aadressi salvestamata jätmine tagas vastajate anonüümsuse ja kogutud andmeid ei olnud võimalik siduda uuritavate isikutega. Lisaks ei sisaldanud küsimustik küsimusi, mille vastused oleksid võimaldanud uuritavate isiku tuvastamist. Kõigil osalejatel oli võimalus täita küsimustik neile sobival ajal ja kohas. Küsimustiku täitmine ei põhjustanud uuritavatele ebamugavust ega liigset ajakoormust. Osalejaid ei diskrimineeritud soo, hariduse, vanuse või muude isikut iseloomustavate tunnuste tõttu.

Andmeid analüüsiti vastavalt uurimistöö eesmärkidele ja andmetüüpidele ning tulemused esitati ausalt, ilma autoripoolsete mõjutusteta. Tulemused kodeeriti, grupeeriti ja esitati üldistatud kujul. Uurimistöö andmestikku ei sisestatud ühtegi tehisintellektil põhinevasse programmi, et tagada andmete konfidentsiaalsus ning vastavus andmekaitseõuetele. Tehisintellektil põhinevat tekstigeneraatorit ChatGPT kasutati piiratud ulatuses, peamiselt töö varases etapis esialgsete ideede genereerimiseks, ingliskeelsete teadusartiklite tõlkimise abivahendina ning tõlgitud teksti sõnastuse selgemaks ja akadeemilisemaks kohandamiseks (OpenAI, 2025).

Käesolevas uurimistöös kasutati ainult tõenduspõhiseid materjale ja autoritele viidati korrektselt, et vältida plagiaati ja võltsimist. Uuringuga seotud kulud kattis uurimistöö läbiviija ning uuritavatele ei tekkinud rahalisi lisakulusid. Uurimistöös osalemise eest ei makstud

kompensatsiooni, mis aitas vältida tulemuste võimalikku kallutatust rahalise motiivi tõttu. Kogutud andmeid hoiustatakse töö läbiviija Tartu Ülikooli pilveteenuse kaustas ja kustutatakse magistritöö kaitsmise ning tulemuste avaldamise järgselt hiljemalt 01.06.2026.

5.3. Uurimistöö usaldusvärsus ja kitsaskohad

Käesolevas uurimistöös rakendati usaldusväärset küsimustikku, mis on teaduskirjanduses korduvalt kasutatud ja mitmete autorite poolt valideeritud, tagades seeläbi andmete kvaliteedi ning mõõtmisvahendi sobivuse uuritava nähtuse hindamiseks. DMA küsimustiku tõlkimisel kasutati tõlke- ja tagasitõlke meetodit, ning tõlke õigsust kontrollis ja kinnitas tõlkebüroo tõlkija. Tõlkimise käigus pööruti ka originaalküsimustiku autori poole, et saada kinnitus tõlgitud väidete õige mõistmise kohta. Vajadusel täiendati väiteid autori abiga sobivate näidete toel.

Käesoleva uurimistöö raames arvutati kogu küsimustiku ja selle osade jaoks Cronbachi kordajad, mille tulemused näitasid, et küsimustiku ja selle osade sisene kooskõla on hea. Samas võib Cronbachi kordaja üle 0,9 olla liiga kõrge, mis viitab sellele, et küsimused on sarnased ega pruugi mõõta uuritava nähtuse erinevaid aspekte (Tavakol ja Dennick, 2011). Seejuures on Gray jt (2017) leidnud, et üle 20 väitega küsimustikud enamasti kõrgema sisemise kooskõlaga, mis võib osaliselt seletada ka käesolevas uuringus saadud tulemusi. Uurimistöö autori hinnangul käsitlevad küsimustiku väited uuritavat nähtust mitmekülgsest ja mõõdavad seda erinevatest aspektides.

Küsimustiku üheks võimalikuks kitsaskohaks on selle sobivus Eesti konteksti, arvestades eelkõige kultuurilisi eripärasid ning erinevusi tervishoiusüsteemis. Kuna küsimustik tõlgiti ja kasutati Eestis uurimistöö jaoks esmakordselt, ei olnud autor algselt kindel selle sobivuses Eesti tervishoiukonteksti. Lisaks ilmnes prooviuurimuse käigus, et mõned uuritavad ei mõistnud kõiki väiteid üheselt, mistõttu tuli nende sõnastust kohandada Eesti tervishoiusüsteemile sobivamaks. Vastajate tagasiside põhjal ilmnes, et mitmed küsimustiku väited olid pigem haiglatesksed, kuigi Eestis töötavad eriõed mitmesugustes valdkondades, sealhulgas esmatasandi tervishoius ja eriarstiabis. Seetõttu lisati uurimistöö autori poolt organisatsiooniga seotud väidete juurde mõiste „osakond/üksus“, et paremini kajastada eriõdede tööd erinevates tervishoiuvaldkondades. Küsimustiku sõnastuse muutmise järel paranes eeldatavasti väidetest arusaamine, mistõttu küsimustik võimaldab nüüd täpsemalt kaardistada ja kirjeldada uuritava nähtuse esinemist erinevates kontekstides. Küsimustikus kasutatakse mõistet „patsiendihooldus“, kuid uurimistöö autori hinnangul oleks edaspidi terminoloogiliselt täpsem asendada see mõistega „õendusabi“, kuna viimane on spetsiifilisem ja viitab otseselt õdede poolt osutatavale hooldusele. Siiski tuleks

muudatuste tegemiseks läheneda väitepõhiselt, arvestades, et patsiendi toetamisega seotud tegevused võivad eeldada ka teiste tervishoiutöötajate panust ning mõiste „patsiendihooldus“ on seotud ka teiste tervishoius töötavate spetsialistide tegevusega.

Veel üheks uurimistöö võimalikuks kitsaskohaks on osalenute madal vastamismäär (10% kogu valimist) ning mugavusvalimi kasutamine, mis piirab tulemuste üldistamist kogu huvipakkuvale populatsioonile. Kuna kõik eriõed ei kuulu EÕL-i, ei jõudnud uuringu kutse nendeni läbi liidu ega selle all tegutsevate seltsingute. Samas on mugavusvalim sobiv teabe kogumiseks, kuna uuringusse kaasati eriõed kõikidelt erialadelt ja erinevate taustaandmetega, mis aitas tagada valimi mitmekesisuse ning suurendada selle esinduslikkust. Lisaks võimaldab läbilõikeline uurimismeetod kirjeldada ja kaardistada nähtuse esinemist ning uurida selle seoseid valimi taustaandmetega. Seega koguti uurimistöö andmed kõik ühes ajahetkes, kahe kuu jooksul, et saada ülevaade huvipakkuvast populatsioonist kindlal ajaperioodil ning hinnata statistiliselt muutujaid ja nende vahelisi seoseid.

Valimi suurust võis mõjutada andmete kogumise põhietapp, mis toimus sügisel, septembrist oktoobri lõpuni, mis võib olla seotud osaluse vähenemisega. See on akadeemilise õppeaasta algus ja intensiivsem uurimistööde andmete kogumise periood. Lisaks ei ole erioõdedeni jõudmiseks eraldi andmebaasi või seltsingut, mistõttu saadeti kutse EÕL-i esindaja poolt liidu üldlisti, kuhu kuuluvad kõik õed. Sellest tulenevalt võib uurimistöö kutse jääda mitmete teiste uurimistööde ja erialaste teadete varju, mis omakorda vähendab osalemise määra. Samuti ei pruugi erioõdede töökoormus võimaldada neil uurimisperioodi jooksul aega leida, et vastata mitmetele erinevatele küsimustikele.

Küsimustikule vastamise üheks võimalikuks kitsaskohaks võis olla selle ülesehitus, mis koosnes 46 väitest, millele tuli vastata, kasutades samu vastusevariante. Küsimustiku pikkus võis vastajatele tunduda ajakulukas ning soodustada vastamata jätmist või vastuseid, mis ei olnud piisavalt põhjalikult läbimõeldud. Sellega seoses oli uuritavate vastamismäär kõrgem küsimustiku esimeses osas, mis viitab asjaolule, et kitsaskohaks võis olla ka Likert-skaala vastusevariandid. Erinevalt traditsioonilisest lühikesest nõustumisastmest tuli siin väidetele anda subjektiivne hinnang viieballi süsteemis vastutuse ja autoriteedi tasemele. Samas võib see olla ka tugevuseks, sest vastuse andmisel tuli valikuvariantide valimisel rohkem süveneda ning ei võimaldanud nii kergelt valida neutraalset („ei oska vastata“) vastust, kuna selline valikuvariant puudus. Lisaks eelnevale võib kitsaskohaks olla ka erioõdede puudulik teadmine uuritavast nähtusest ning nende arusaam professionaalse autonoomia mõistest.

Uurimistöö vastamismäär võis mõjutada ka kevadel läbiviidud prooviuuring, milles osalenud eriidedele jäi mulje, et nad on juba varem vastanud uurimistöö küsimustikule. Autori hinnangul oleks olnud oluline kaaskirjas rohkem rõhutada, et vastama on oodatud ka juba prooviuuringus osalenud eriid, et tagada selgus. Lisaks juhiks tähelepanu eriidede mõiste ja rolli määratlemise selguse küsimusele, kuna uurimistöös osales ka õdesid, kelle haridus ei vastanud erioe tingimustele, kuid kes määratlesid end siiski eriidedena.

Uurimistöö usaldusväärsust tõstab kindlasti eriidede informeerimine andmete kogumise protsessist ja vabatahtlikkus uurimistöös osaleda. Uurimistöö läbiviija oleks võinud informeerimist veelgi laiendada, näiteks läbi sihtgrupile suunatud ettekannete, aga uurimistöö periood oli piiratud ning sellist võimalust autorile sel ajaperioodil ei tekkinud. Lisaks töötavad eriid väga erinevates valdkondades ja asutustes ning nendeni eraldi jõudmine informeerimise eesmärgil on magistritöö koostamise raames liialt aja- ja ressursimahukas ettevõtmine.

Veebikeskkonnas läbiviidava küsitluse kitsaskohaks on suutmatus hinnata, kas küsimustikku on täidetud üks või mitu korda ühe isiku poolt. Samuti ei ole võimalik uurimistöö läbiviija poolt tagada täielikku anonüümsust sõltuvalt küsimustiku täitmise asukohast. Samuti infotehnoloogilised tõrked võivad piirata küsimustikule ligipääsu. Veebipõhise küsimustiku eeliseks on siiski kõrgem anonüümsus tänu vahetu kontakti puudumisele uurijatega. Lisaks vabadus täita küsimustik endale sobivas kohas ja ajal ning väike ajakulu. Küsimustiku formaat oli sobiv arvutis täitmiseks, kuid puudub teadmine, kas sama elektrooniline küsimustiku formaat võimaldas vastata ka nutiseadme kaudu. Veebikeskkonnas võivad jätta vastamata ka eriid, kes eelistavad küsimustikku täita paberkandjal ja ei oma piisavalt digipädevusi. Samuti edastati veebipõhine küsimustik ainult eesti keeles, mis võib teise emakeelega osalejate puhul tekitada ebakindlust uurimistöös osalemisel.

Uurimistöö usaldusväärsust tõstab asjaolu, et tugineti ainult tõenduspõhistele ja usaldusväärsetele allikatele, millele viidati korrektselt ning autori arvates on teaduslikus taustas kasutatud allikate mitmekesisus hea. Lisaks ei kasutatud tulemuste analüüsimisel ja tõlgendamisel tehisintellektil põhinevaid tööriistu. Uurimistöö sisuline ja analüütiline osa põhineb uurija professionaalsel hinnangul ning asjakohasel teaduskirjandusel. Kitsaskohaks võib olla varasemates uurimistöödes kasutatud erinevad meetodikad, samuti riikidevahelised erinevused eriidede hariduse nõuetes ja vastutuspriiride määramises. Sageli kaasati uurimistöödesse kõik osakonna või üksuse õed, sealhulgas eriid ja juhtivatel ametikohtadel töötavad õed. Samas jääb autor arvamusele, et kõik

need erisused koonduvad ühe nimetaja „õe“ kriteeriumi alla, ning tagati, et varasemate uurimistööde kaasamisel oleks täidetud vähemalt kõrghariduse nõue.

5.4. Tulemuste olulisus, rakendatavus ja uued uurimisprobleemid

Uurimistöö tulemused pakuvad tõenduspõhist teavet eriõdede professionaalsest autonoomiast ja juhivad tähelepanu teguritele, mis võivad mõjutada autonoomia ulatust. Uurimistöö käigus kaardistati, kuidas hindavad Eestis töötavad erinevate erialade eriõded enda professionaalset autonoomiat ning kuidas mõjutavad uuritavate taustaandmed neid hinnanguid. Teadmised eriõdede professionaalse autonoomia hinnangute kohta on vajalikud, et eriõdede autonoomiat töökeskkondades säilitada ja edendada nende kliinilise pädevuse täielikuks rakendamiseks ning laiemalt tervishoiuteenuste kättesaadavuse, ohutuse ja kvaliteedi parandamiseks.

Eriõdede suurenevas rollis nähakse lahendust esmatasandi arstide puuduse leevendamisel ja krooniliste haigete jälgimisel. Kõrgem autonoomia töökeskkonnas toetab eriõdede rahulolu tööga ja vähendab töölt lahkumisi. Saadud teadmised võivad olla oluliseks sisendiks organisatsioonide juhtidele teadvustamiseks eriõdede professionaalse autonoomia olulisust ning edendamaks autonoomiat toetava töökeskkonna loomist. Liigsed piirangud töökorralduses, pidev kontroll ja tugev arstide-õdede hierarhia vähendab eriõdede autonoomiat. On teada, et madal autonoomia ja rahulolematust tööga võib viia töölt lahkumiseni ning vähendada tervishoiuteenuse kättesaadavust, ohutust ja kvaliteeti. Seega saavad uurimistöö tulemusi kasutada ka eriõded ise, et rakendada oma erialaseid teadmisi ja oskusi vastavalt omandatud pädevusele. Samuti üksuste õendusjuhid, kes saavad kasutada neid tulemusi juhtimisotsuste tegemiseks. Kaudset kasu saavad patsiendid ja kogu tervishoiusüsteem.

Uurimistöö käigus selgus, et eriõdede hinnang autonoomiale on veidi üle keskmise, mis on sarnane varasemate uurimistööde tulemustega. Tulevikus võiks kaardistada läbi eriõdede hinnangute, missugused organisatsioonipoolsed tegurid mõjutavad autonoomiat töökeskkonnas, nii ambulatoorselt kui statsionaarselt, ning millist toetust eriõded ootaksid vahetu juhi poolt. Lisaks võiks edasistes uuringutes süvitsi uurida, milline on eriõdede valmisolek iseseisvate otsuste tegemiseks ja suurema vastutuse võtmiseks, samuti nende teadlikkust professionaalsest autonoomiast.

6. JÄRELDUSED

Eestis töötavad eriõed hindavad oma tajutava professionaalse autonoomia ulatuse veidi üle keskmise, mis viitab sellele, et autonoomiat piiravad erinevad seadusandlikud ja organisatsioonilised tegurid. Eriõed kogevad oma töös autonoomiat ja otsustusvabadust, kuid samas nähakse ka vajadust autonoomia edasiseks arendamiseks. Vajadus suurema autonoomia järele ilmneb eeskätt struktuuriüksuse tegevustes osalemisel, kuid teataval määral soovitakse suuremat iseseisvust ka patsienditööga seotud otsustusprotsessides.

Igapäevatöös on eriõed autonoomsemad ja rohkem kaasatud patsiendiga seotud otsustesse ning vähem üksusega seotud tegevustesse. Kõige autonoomsemad on eriõed patsiendile tervisedenduslike tegevuste ja enesehoolduse õpetamise valdkonnas, samas on autonoomia kõige piiratum haiglast väljakirjutamise kuupäeva määramisel. Struktuuriüksuse tegevustes tunnevad eriõed end kõige autonoomsemalt patsiendiga seotud ülesannete jaotamisel ning tööpäeva jooksul pauside ajastamise üle otsustamisel. Eriõdede autonoomia on oluliselt piiratud aastaeelarve koostamise ja personali planeerimisega seotud tegevustes.

Uurimistulemused viitavad sellele, et eriõdede kõrgemad hinnangud autonoomiale patsiendiga seotud otsustes on positiivses seoses nende hinnangutega autonoomiale struktuuriüksusega seotud otsustes. Seega autonoomiat ja otsustusvabadust toetav töökeskkond suurendab eriõdede iseseisvust nii patsiendiga seotud tegevustes kui ka nende kaasatust administratiivsetesse otsustesse. Eriõdede hinnangud professionaalsele autonoomiale on mõjutatud nende erialast ja töövaldkonnast. Struktureeritud ja rangelt määratletud töökeskkonnas, nagu intensiivõendus, on autonoomia madalam, samas kui terviseõenduse erialal hinnatakse autonoomiat kõrgemaks. Pikema töökogemuse ja kõrgharidusega eriõed hindavad autonoomiat kõrgemaks, eriti patsiendiga seotud otsustes. Samuti on neil suurem otsustusõigus üksuse tasandi tegevustes.

Uurimistöö tulemused kinnitavad, et eriõdede professionaalse autonoomia tugevdamine vajab sihipärast ja mitmetasandilist lähenemist, mis hõlmab nii eriõdesid kui ka tervishoiuasutuste juhtkonda. Eriõdede pidev professionaalne areng ning nende teadmiste ja oskuste sihipärane rakendamine on autonoomia kujunemisel olulise tähtsusega. Juhtidel on oluline roll autonoomiat soodustava töökeskkonna loomisel, kus vähendatakse organisatsioonipoolseid piiranguid ja kaasatakse eriõdesid aktiivselt otsustusprotsessidesse. Tulemused viitavad vajadusele tegeleda takistustega, mis pärsvad eriõdede autonoomiat, et toetada nende tõhusamat panust tervishoiusüsteemis.

KASUTATUD KIRJANDUS

- Abdolmaleki, M., Lakdizaji, S., Ghahramanian, A., AllahBakhshian, A., & Behshid, M. (2018). Relationship between autonomy and moral distress in emergency nurses. *Indian Journal of Medical Ethics*, 4(1), 20-25. <https://doi.org/10.20529/IJME.2018.076>
- AllahBakhshian, M., Alimohammadi, N., Taleghani, F., Nik, A. Y., Abbasi, S., & Gholizadeh, L. (2017). Barriers to intensive care unit nurses' autonomy in Iran: A qualitative study. *Nursing Outlook*, 65, 392-399. <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2016.12.004>
- Alruwaili, M. M., & Abuadas, F. H. (2023). Professional autonomy among nurses in Saudi Arabian critical care units. *BMC Nursing*, 22(224), 3-11. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01390-x>
- Amini, K. A., Negarandeh, R., Ramezani-Badr, F., Moosaeifard, M., & Fallah, R. (2015). Nurses' autonomy level in teaching hospitals and its relationship with the underlying factors. *International Journal of Nursing Practice*, 21(1), 52-59. <https://doi.org/10.1111/ijn.12210>
- Asakura, K., Satoh, A., & Watanabe, I. (2016). The development of the attitude toward professional autonomy scale for nurses in Japan. *Psychological Reports*, 119(3), 761-782. <https://doi.org/10.1177/0033294116665178>
- Atasoy, N., & Baykara, Z. G. (2020). Adaptation of nurses' attitude towards professional autonomy scale into Turkish: validity and reliability study. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 28(2), 206–215. <https://doi.org/10.5336/mdethic.2019-71559>
- Athey, E. K., Sagady Leslie, M., Briggs, L. A., Park, J., Falk, N. L., Pericak, A., El-Banna, M. M., & Greene, J. (2016). How important are autonomy and work setting to nurse practitioners' job satisfaction? *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(6), 320–326. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12292>

- Blegen, M. A., Goode, C., Johnson, M., Maas, M., Chen, L., & Moorhead, S. (1993). Preference for decision-making autonomy. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 339-344.
<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00269.x>
- Choi, M., & De Gagne, J. C. (2016). Autonomy of nurse practitioners in primary care: An integrative review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(3), 170–174. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12288>
- Duignan, M., Drennan, J., & McCarthy, V. J. C. (2024). Work characteristics, job satisfaction and intention to leave: a cross-sectional survey of advanced nurse practitioners. *Contemporary Nurse*, 60(4), 382-394. <https://doi.org/10.1080/10376178.2024.2327353>
- Eesti Õdede Liit. (27.08.2020). *Eriõde baaspädevused*. Eesti Õdede Liit.
<https://www.ena.ee/wp-content/uploads/2022/04/Erioe-baaspadevused-1.pdf>
- Eesti Õdede Liit. (22.01.2025). *Sel nädalal jõustunud määrus täpsustab õe õigused iseseisvalt töötada*. Eesti Õdede Liit.
<https://www.ena.ee/sel-nadalal-joustunud-maarus-tapsustab-oe-oigused-iseseisvalt-tootada/>
- Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing, & Eesti Õendusjuhtide Ühing. (2020). *Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2021–2030*.
- Ehsan, S. S., & Elsayad, S. M. (2019). Organizational support as perceived by staff nurses and its relation to their autonomy. *Evidence-Based Nursing Research*, 1(3), 171-181.
<https://doi.org/10.47104/ebnrojs3.v1i3.81>
- Eriõde. Õendus- ja ämmaemandustermine kogu 2023. Eesti Keele Instituut, Sõnaveeb 2023.
Vaadatud 09.03.2025
<https://sonaveeb.ee/search/unif/dlall/dsall/eri%C3%B5de/1/est>
- Georgiou, E., Papathanassoglou, E. D. E., & Pavlakis, A. (2015). Nurse-physician collaboration and associations with perceived autonomy in Cypriot critical care nurses. *British Association of Critical Care Nurses*, 22(1), 29-39. <https://doi.org/10.1111/nicc.12126>

- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. 8th Edition*. Elsevier, Missouri.
- Hara, Y., Asakura, K., & Asakura, T. (2020). The impact of changes in professional autonomy and occupational commitment on nurses' intention to leave: A two-wave longitudinal study in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6129), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176120>
- Hoeve, Y., Drent, G., & Kastermans, M. (2024). Factors related to motivation, organisational climate, and work engagement within the practice environment of nurse practitioners in the Netherlands. *Journal of Clinical Nursing*, 33(2), 543–558. <https://doi.org/10.1111/jocn.16914>
- Hoyt, A., Lucey, J., Kelly-Weeder, S., & O'Reilly-Jacob, M. (2024). Nurse practitioners' degrees and associations with time use, functional autonomy, and job outcomes. *Nursing Outlook*, 72(102193), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2024.102193>
- Judi, A., Parizad, N., Mohammadpour, Y., & Alinejad, V. (2025). The relationship between professional autonomy and job performance among Iranian ICU nurses: The mediating effect of job satisfaction and organizational commitment. *BMC Nursing*, 24(20), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02551-2>
- Kannus, A. (04.10.2024). *Eriõed ja e-konsultatsioonid*. Eesti Õdede Liit. <https://www.ena.ee/erioed-ja-e-konsultatsioonid/>
- Labrague, L. J., McEnroe-Pettite, D. M., & Tsaras, K. (2019). Predictors and outcomes of nurse's professional autonomy: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Practice*, 25, 1-8. <https://doi.org/10.1111/ijn.12711>
- Liivet, G. (2015). *Professionaalne autonoomia õenduspraktikas- integreeriv kirjanduse ülevaade*. [Magistritöö, Tartu Ülikool].

- Liivet, G. (2018). Õe ja eriõe miinimumpädevuse kokkulepe on vajalik. *Eesti Õde*, 1, 10-14.
- Lockwood, E. B., & Schober, M. (2024). Factors Influencing the impact of nurse practitioners' clinical autonomy: a self-determining perspective. *International Nursing Review*, 71, 375–395. <https://doi.org/10.1111/inr.12948>
- Lockwood, E. B., Lehwaldt, D., Sweeney, M. R., & Matthews, A. (2021). An exploration of the levels of clinical autonomy of advanced nurse practitioners: A narrative literature review. *International Journal of Nursing Practice*, 28(1), 1-17. <https://doi.org/10.1111/ijn.12978>
- Madley-Dowd, P., Hughes, R., Tilling, K., & Heron, J. (2019). The proportion of missing data should not be used to guide decisions on multiple imputation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 110, 63–73. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.02.016>
- Maharmeh, M. (2017). Understanding critical care nurses' autonomy in Jordan. *Leadership in Health Services*, 30(4), 432-442. <https://doi.org/10.1108/LHS-10-2016-0047>
- Manderius, C., Clintståhl, K., Sjöström, K., & Örmon, K. (2023). The psychiatric mental health nurse's ethical considerations regarding the use of coercive measures – a qualitative interview study. *BMC Nursing*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01186-z>
- Mrayyan, M. T., Abu Khait, A., Rababa, M., Algunmeeyn, A., Al-Rawashdeh, S., Al-Atiyyat, N., Rababa, M., Abu Saraya, A., & Al-Rjoub, S. (2024). Professional autonomy in nursing: A concept analysis. *SAGE Open*, 14(4), 1–17. <https://doi.org/10.1177/21582440241302129>
- Neprash, H., Smith, L. B., Sheridan, B., Moscovice, I., Shailendra, P., & Kozhimannil, K. (2021). Nurse practitioner autonomy and complexity of care in rural primary care. *Medical Care Research and Review Volume*, 78(6), 684-692. <https://doi.org/10.1177/1077558720945913>
- OpenAI. (2025). *ChatGPT (kasutatud veebruaris 2025), suur keelemudel*. <https://chat.openai.com/>

Oshodi, T. O., Burneau, B., Crockett, R., Kinchington, F., Nayar, S., & West, E. (2019).

Registered nurses' perceptions and experiences of autonomy: a descriptive phenomenological study. *BMC Nursing*, 18(51), 2-14.

<https://doi.org/10.1186/s12912-019-0378-3>

Park, J., Athey, E., Pericak, A., Pulcini, J., & Greene, J. (2018). To what extent are state scope of practice laws related to nurse practitioners 'day-to-day practice autonomy. *Medical Care Research and Review*, 75(1), 66-87. <https://doi.org/10.1177/1077558716677826>

Patel, E., Lowe, J., & Broyhill, B. (2025). Value of adding a nurse practitioner into an outpatient practice. *The Journal for Nurse Practitioners*, 21, 1-3.

<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2024.105275>

Peacock, M., & Hernandez, S. (2020). A concept analysis of nurse practitioner autonomy.

Journal of Association of American Nurse Practitioner, 32(2), 113-119.

<https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000374>

Poghosyan, L., Ghaffari, A., Liu, J., & Friedberg, M. W. (2020). Physician-nurse practitioner

teamwork in primary care practices in New York: A cross-sectional survey. *Journal of General Internal Medicine*, 35(4), 1021-1028.

<https://doi.org/10.1007/s11606-019-05509-2>

Pursio, K., Kankkunen, P., Sanner-Stiehr, E., & Kvist, T. (2021). Professional autonomy in nursing: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1565-1577.

<https://doi.org/10.1111/jonm.13282>

Pursio, K., Kankkunen, P., & Kvist, T. (2023). Nurse managers' perceptions of nurses'

professional autonomy- A qualitative interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 00, 1-13. <https://doi.org/10.1111/jan.15744>

- Pursio, K., Kankkunen, P., Mikkonen, S., & Kvist, T. (2024). Organizational characteristics of nursing practice environments related to registered nurses' professional autonomy and job satisfaction in two Finnish magnet-aspiring hospitals: Structural equation modelling study. *BMC Nursing*, 23(100), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01772-9>
- Rababa, M., Shoman, B., Hayajneh, A. A., & Rababa, Y. (2023). Association of nurses' autonomy and perception toward electronic health records with decision-making. *Jordan Journal of Nursing Research*, 2(4), 299-307. <https://doi.org/10.14525/JJNR.v2i4.06>
- Rouhi-Balasi, L., Elahi, N., Ebadi, A., Jahani, S., & Hazrati, M. (2020). Professional autonomy of nurses: a qualitative meta-synthesis study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery*, 25, 273- 281. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_213_19
- Saad, E. S., & Elsayad, S. M. (2019). Organizational support as perceived by staff nurses and it's relation to their autonomy. *Evidence-Based Nursing Research*, 1(3), 159-166. <https://doi.org/10.47104/ebnrojs3.v1i3.81>
- Setoodegan, E., Gholamzadeh, S., Rakhshan, M., & Peiravi, H. (2019). Nurses' lived experiences of professional autonomy in Iran. *International Journal of Nursing Sciences*, 6, 315-321. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.05.002>
- Shohani, M., Rasouli, M., & Sahebi, A. (2018). The level of professional autonomy in Iranian nurses. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 12(5), 1-4. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2018/31249.11465>
- Sotsiaalministeerium. (15.01.2025). *Õendusabi paraneb: uus määrus lihtsustab nõudeid ja tugevdab õdede rolli*. Sotsiaalministeerium. <https://www.sm.ee/uudised/oendusabi-paraneb-uus-maarus-lihtsustab-noudeid-ja-tugevdab-odede-rolli>
- Tartu Ülikooli Eetikakeskus. (2017). *Hea teadustava*. <https://www.etag.ee/wp-content/uploads/2017/02/HEA-TEADUSTAVA.pdf>

- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Õendusabi erialade loetelu (2025). RT I, 23.08.2019, 13.
<https://www.riigiteataja.ee/akt/12819821?leiaKehtiv>
- Özaras, G., & Onarici, M. (2025). Nurses' perceptions of their professional autonomy in nonpharmacologic pain management: A qualitative study. *Pain Management Nursing*, 21(29), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.10.011>
- Wang-Romjue, P. (2018). Meta-synthesis on nurse practitioner autonomy and roles in ambulatory care. *Nursing Forum*, 53, 148-155. <https://doi.org/10.1111/nuf.12236>
- Weiland, S. A. (2015). Understanding nurse practitioner autonomy. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27, 95-104. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12120>
- Yuk, S., & Yu, S. (2023). The effect of professional autonomy and nursing work environment on nurse's patient safety activities: A perspective on magnet hospitals. *Journal of Nursing Management*, 31(1), 1-10. <https://doi.org/10.1155/2023/5587501>

Lisa 1. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokoll number: 389/T-3

koosolek: 15.04.2024

Komitee koosseis:

Esimees

Aime Keis Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, meditsiinieetika nooremlektor

Aseesimees

Kristi Lõuk Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, projektijuht / doktorant

Liikmed

Diva Eensoo	Tervise Arengu Instituut, teadur
Katrin Kaarna	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliiniliste uuringute keskuse juhataja
Kalle Kisand	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, laborimediitsiini professor
Piret Koosa	Eesti Rahva Muuseum, teadur
Malle Kuum	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur
Marje Oona	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremediitsiini kaasprofessor
Maire Peters	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika kaasprofessor
Raivo Puhke	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, funktsionaalse morfoloogia lektor
Atko-Sulhan Remmel	Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, religiooniuuringu kaasprofessor
Anna-Liisa Tamm	Tartu Tervishoiu Kõrgkool, füsioteraapia ja tervisekaitse osakonna juhataja
Anni Tamm	Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, arengu- ja koolipsühholoogia lektor / arengupsühholoogia teadur
Maarja Torga	Riigikohus, tsiviilkolleegiumi nõunik

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö

Uurimistöö nimetus: Eesti eriõdede hinnangud professionaalsele autonoomiale ja seda mõjutavad tegurid: läbilõikeline uurimus

Vastutav uurija (asutus):

Helle Peterson (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremediitsiini ja rahvatervishoiu instituut, Ülikooli 18, Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid (kooskõlastusele lisatud):

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt
2. Lisa 1. Decision making autonomy küsimustik inglise keeles
3. Lisa 2. Kirjavahetus originaalküsimustiku autoriga
4. Lisa 3. Decision making autonomy küsimustik eesti keeles, 22.04.2024
5. Lisa 4. Kaastöötaja Kersti Remmelgas CV
6. Lisa 5. Prooviuurimuse lisaküsimused
7. Lisa 6. Prooviuurimuse kaaskiri, 22.04.2024
8. Lisa 7. Vastutava uurija Helle Peterson CV

Tartu Ülikool
grandikeskus
Raekoja plats 9
51004 Tartu

tel 737 6215
e-post etikakomitee@ut.ee
www.ut.ee/teadus/etikakomitee

(järgneb)

Uurimistöö lõpp: 30.04.2025

Komitee esimees: Aime Keis */allkirjastatud digitaalselt/*

Komitee sekretär: Kaire Kallak */allkirjastatud digitaalselt/*

Väljastatud: */viimase digitaalallkirja kuupäev/*

Selgitus:

- Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee otsus uuringu taotluse osas ei kohusta isikuandmete või andmekogu vastutavat või volitatud töötajat andmeid uurijale väljastama. Isikuandmete või andmekogu vastutav või volitatud töötaja on kohustatud hindama, kas isikuandmete väljastamine uuringu tegemise eesmärgil ja uurija poolt taotletud viisil on tehniliselt võimalik, lubatud ja vastab õigusaktidele.
- Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee annab hinnangu planeeritavas uuringus isikuandmete töötlemise suhtes taotluses esitatud kirjelduse ja dokumentide alusel. Uuringus kasutatavate isikuandmete vastutav või volitatud töötaja (vastutav uurija ning uuringumeeskond) vastutab isikuandmete töötlemise nõuetekohasuse ja õigusaktidele vastavuse eest ka siis, kui eetikakomitee on uuringu kooskõlastanud.

Lisa 2. Kirjavahetus originaalküsimustiku autoriga

Kersti Rummelgas <kersti.kalind@gmail.com>

16. okt 2023, 22:44



saajale Mary.Blegen ▾

Dear Mary Blegen!

My name is Kersti Rummelgas and I am Master's student of Nursing Sciences in Tartu University in Estonia. In my Master's thesis I would like to explore Estonian nurses professional autonomy in their work and factors which could affect it.

I would like to examine the questionnaire which was used in the 1993 study "Preferences for decision-making" (Blegen, M.A., Goode, C.J., Johnson, M., Maas, M., Chen, L., Moorhead, S.)

Would it be possible for you to share the Blegen questionnaire to ensure its suitability for my research? I also ask for permission to translate the questionnaire into Estonian and use it when it is suitable for solving my research problem.

While using questionnaire copyright stipulations will be followed including the obligation to make known the source of questionnaire.

Thank you in advance and kind regards!

Sincerely,

Kersti Rummelgas

Blegen, Mary <Mary.Blegen@ucsf.edu>

N, 19. okt, 02:16



saajale mina ▾

inglise ▾ > eesti ▾ Tõlgi sõnum

Lülita välja: inglise x

You have my permission to use the Decision Making Autonomy tool and to translate and otherwise modify the tool for your research.

Unfortunately and given the long time period since this tool was used, I cannot find a copy of the tool itself. However, all the items are listed in the publication. I hope that is sufficient for your use.

Best wishes on your project.

Mary Blegen PhD RN FAAN

Professor Emeriti

Kersti Rummelgas <kersti.kalind@gmail.com>

6. nov 2023, 23:42 (8 päeva eest)

saajale Mary ▾

Dear Mary Blegen!

I received your reply and thank you for it!

I also thank you for your permission to use and modify the Decision Making Autonomy tool.

Best wishes

Kersti Rummelgas



Lisa 3. Kutse uurimistöös osalemiseks

Lugupeetud eriõde!

Palun Teid osa võtma uurimistööst „Eesti eriõdede hinnangud professionaalsele autonoomiale ja seda mõjutavad tegurid: läbilõikeline uurimus“. Töö eesmärgiks on kirjeldada, kuidas erinevatel erialadel töötavad eriõded kogevad autonoomiat oma igapäevatoos ning selgitada seoseid õdede taustategurite ja autonoomiale antud hinnangute vahel. Eestis ei ole varem uuritud eriõdede kogemusi seoses professionaalse autonoomiaga ja ei ole teada, kuidas on eriõded kaasatud patsiendi või organisatsiooniga seotud otsuste tegemisse. Uurimistöö tulemuste põhjal on võimalik järeldada, millised tegurid eriõdede autonoomiat mõjutavad ja tulemused on sisendiks juhtidele, et toetada eriõdede autonoomiat edendava töökeskkonna loomist ja parandada sellega pakutava teenuse kättesaadavust, ohutust ja kvaliteeti.

Küsimustikku on oodatud täitma kõik Eestis töötavad eriõded olenemata erialast, kes prooviuurimuses ei osalenud. Küsimustiku täitmine on vabatahtlik ja anonüümne ning võite selle täitmisest igal ajahetkel loobuda. Vastamise pooleli jätmisel tuleb arvestada, et hiljem ei ole võimalik küsimustiku täitmist jätkata, sest arvuti IP-aadressi ei salvestata teie anonüümsuse tagamiseks. Andmeid kogutakse üldistatud kujul ja neid ole võimalik Teie isikuga seostada. Küsimustikus sisalduv info ei ole kättesaadav kõrvalistele isikutele. Täidetud küsimustiku ärasaatmisega kinnitate nõusolekut uurimistöös osaleda. Küsimustiku andmeid kasutatakse vaid üldistatuna. Uurimistöö valmib 2025. aasta juunis ja tulemused avaldatakse Tartu Ülikooli DSpace digitaalarhiivis. Küsimustiku täitmine võtab aega umbes 15 minutit.

Uurimistööd ja Teie osalemist puudutavate küsimuste osas palun pöörduge uurimistöö läbiviija poole e-posti teel **kersti.remmelgas@ut.ee**.

Täna teid vastuste eest!

Lugupidamisega

Kersti Remmelgas

Tartu Ülikooli

Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi

õendusteaduse magistriõppe üliõpilane

Lisa 4. Prooviuurimuse lisaküsimused

1. Millised väited/küsimused või sõnad olid raskesti mõistetavad? (*Märkige väite/küsimuse number ja/või sõna*)

2. Millised väited/küsimused olid halvasti sõnastatud? (*Märkige väite/küsimuse number*)

3. Millistele väidetele/küsimustele oli raske vastata? (*Märkige väite/küsimuse number*)

Põhjendage, miks oli raske vastata?

4. Kas mõni väide/küsimus oli üleliigne?

- ☐ Ei
- ☐ Jah*

***Kui vastasite jah, siis mis võiks välja jääda ja põhjendage miks?**

5. Kas mõni väide/või küsimus oli puudu?

- ☐ Ei
- ☐ Jah*

***Kui vastasite jah, siis mida võiks veel küsida?**

6. Mida sooviksite lisada küsimustiku või sellele vastamise kohta?

7. Kui kaua võttis küsimustiku täitmine aega? (*Märkige aeg minutites*)

Lisa 5. Analüüsiva statistika tulemused autonoomia ja taustaandmete kohta

Tabel 8. Taustaandmete seos patsiendi ja struktuuriüksuse autonoomia hinnangute vahel

Taustamuutuja	Patsiendiga seotud otsuste autonoomia			Struktuuriüksusega seotud otsuste autonoomia		
	$\bar{x}$	SD	p-väärtus	$\bar{x}$	SD	p-väärtus
Vanus (n=90)						
25-34 (n=13)	3,4	0,9	0,877	3,0	0,7	0,947
35-44 (n=22)	3,4	0,7		2,9	1,0	
45-54 (n=27)	3,5	0,8		3,1	1,0	
>55 (n=28)	3,5	0,8		2,9	0,9	
Haridus (n=90)						
Rakenduskõrgharidus	3,5	0,8	0,841*	2,8	0,9	0,129*
Bakalaureusekraad	3,1	1,2		2,7	1,3	
Magistrikraad	3,6	0,7		3,2	0,8	
rakenduskõrgkoolist						
Magistrikraad ülikoolist	3,2	1,0		2,7	1,3	
Töökogemus öena (n=90)						
1-10	3,2	0,9	0,107	2,7	0,9	0,218
11-20	3,3	0,7		2,8	1,0	
21-30	3,8	0,5		3,4	0,9	
31-40	3,7	0,6		3,3	0,7	
41-50	3,7	1,1		3,0	0,9	
>51	3,6	0,3		2,4	1,7	
Eriala (n=90)						
Terviseõendus	3,7	0,8	0,231	3,4	0,8	0,042
Kliiniline õendus	3,3	0,9		2,9	1,0	
Vaimse tervise õendus	3,4	0,6		2,9	0,9	
Intensiivõendus	3,3	0,8		2,5	0,9	

*Kruskal-Wallis test

Tabel 9. Bonferroni võrratuse tulemused üksuse autonoomia ja taustamuutujate vaheliste seoste kontrollimiseks

Kategooria	Taustamuutuja		p-väärtus
	Eriala		
Osakonna/üksuse tasandil tehtavate otsuste autonoomia	Terviseõendus	Intensiivõendus	0,004

Tabel 10. Taustaandmete seos kõrge ja madala/puuduliku autonoomiaga

Taustamuutuja	Kõrge autonoomia		Madal/puudulik autonoomia		p-väärtus
	n	%	n	%	
Vanus					
25-34	5	12,2	7	15,2	p = 0,881 (Pearsoni hii-ruut test)
35-44	11	26,8	10	21,7	
45-54	13	31,7	13	28,3	
>55	12	29,3	16	34,8	
Haridus					
Rakenduskõrgharidus	15	36,6	21	45,6	p = 0,379 (Fisheri täpne test)
Bakalaureusekraad	1	2,4	3	6,5	
Magistrikraad	25	61,0	22	47,8	

(järgneb)

Töökogemus õena					p = 0,577 (Fisheri täpne test)
1-10	11	26,8	10	21,7	
11-20	11	26,8	13	28,3	
21-30	5	12,2	10	21,7	
31-40	10	24,4	9	19,6	
41-50	4	9,8	2	4,3	
>51	0	0	2	4,3	
Eriala					p = 0,976 (Pearsoni hii-ruut test)
Terviseõendus	11	26,8	13	28,3	
Kliiniline õendus	13	31,7	13	28,3	
Vaimse tervise õendus	11	26,8	12	26,1	
Intensiivõendus	6	14,6	8	17,4	

Tabel 11. Patsiendiga seotud otsuste autonoomia hinnangute seosed eriõdede vanusega

Patsiendiga seotud otsused	Vanus				p-väärtus Pearsoni hii-ruut või Fisheri täpne test*
	25-34 aastat Kõrge autonoomia n (%)	35-44 aastat Kõrge autonoomia n (%)	45-54 aastat Kõrge autonoomia n (%)	> 55 aasta Kõrge autonoomia n (%)	
1.Patsiendile enesehooldustoimingute õpetamine	7 (11,8)	14 (23,7)	20 (33,9)	18 (30,5)	0,634
2.Patsiendi kukkumiste ennetamine	6 (11,5)	9 (17,3)	20 (38,4)	17 (32,7)	0,097
3.Tervisedenduslike tegevuste õpetamine patsiendile	10 (13,9)	18 (25,0)	22 (30,6)	22 (30,6)	0,978
4.Otsuste tegemine seoses valu leevendamisega	10 (16,4)	16 (26,2)	16 (26,2)	19 (31,2)	0,650
5.Otsustada, millal korraldada patsiendihooldus	10 (20,0)	9 (18,0)	13 (26,0)	18 (36,0)	0,123
6.Nahakahjustuste ennetamine	8 (12,9)	14 (22,6)	20 (32,3)	20 (32,3)	0,793
7.Otsustada, millal muuta "vajadusel" määratud ravikorraldust (suurendada ravimi annust või sagedust)	6 (11,5)	12 (23,1)	15 (28,8)	19 (36,5)	0,565
8.Uute ravimite kasutamise õpetamine patsiendile	10 (16,7)	13 (21,7)	16 (26,7)	21 (35,0)	0,436
9.Arstide ja teiste tervishoiutöötajatega konsulteerimine	11 (15,3)	15 (20,8)	24 (33,3)	22 (30,6)	0,326
10.Arsti antud korralduse küsitavuse alla seadmine	6 (12,5)	10 (20,8)	16 (33,3)	16 (33,3)	0,714
11.Arutada patsiendiga kogu raviplaani	9 (15,5)	12 (20,7)	17 (29,3)	20 (34,5)	0,639
12.Keelduda arsti ettekirjutuste täitmisest	3 (10,3)	9 (31,0)	8 (27,6)	9 (31,0)	0,719
13.Suunata teise erialaspetsialisti juurde (toitumisspetsialist, sotsiaaltöötaja vms)	7 (11,29)	15 (24,2)	19 (30,7)	21 (33,9)	0,595
14.Arutada arstiga alternatiivseid raviviise või -tegevusi	8 (14,8)	12 (22,2)	17 (31,5)	17 (31,5)	0,942
15.Tegeleda patsiendi raviga seotud kaebusega	8 (16,0)	10 (20,0)	15 (30,0)	17 (34,0)	0,706
16. Välja töötada patsiendiõpetuse materjalid	6 (10,2)	14 (23,7)	19 (32,2)	20 (33,9)	0,406
17.Tegeleda arsti kaebusega seoses patsiendi raviga	5 (11,1)	10 (22,2)	17 (37,8)	13 (28,9)	0,418
18. Toetada ravist/uuringutest keeldunud patsienti	7 (11,5)	16 (26,2)	21 (34,4)	17 (27,9)	0,351
19. Informeerida patsienti operatsiooniga seotud riskidest	9 (20,9)	8 (18,6)	11 (25,6)	15 (34,9)	0,216
20. Määrata haiglast väljakirjutamise päev	1 (8,3)	4 (33,3)	4 (33,3)	3 (25,0)	0,754*
21. Tellida diagnostilised testid	6 (15,0)	8 (20,0)	15 (37,5)	11 (27,5)	0,522

Tabel 12. Struktuuriüksusega seotud otsuste autonoomia hinnangute seosed eriõdede vanusega

Struktuuriüksusega seotud otsused	Vanus				p-väärtus Pearsoni hii-ruut või Fisheri täpne test*
	25-34 aastat Kõrge autonoomia n (%)	35-44 aastat Kõrge autonoomia n (%)	45-54 aastat Kõrge autonoomia n (%)	>55 aasta Kõrge autonoomia n (%)	
1. Töövahetuste muutmine/vahetamine	9 (18,8)	13 (27,1)	16 (33,3)	10 (20,8)	0,139
2. Otsustada ise oma pauside ja lõuna ajad	8 (14,5)	15 (27,3)	18 (32,8)	14 (25,4)	0,518
3. Määrata patsiendiga seotud ülesanded	10 (16,1)	18 (29,0)	19 (30,6)	15 (24,2)	0,158
4. Töötada haigla töörühmades ja arendada koostööd patsiendiühendustega.	12 (21,4)	16 (28,6)	17 (30,4)	11 (19,6)	0,006
5. Olla kaasatud haigla/osakonna töö või protseduuride arendusse (nii kliiniline tegevus, kui töökorraldus)	10 (21,3)	11 (23,4)	14 (29,8)	12 (25,5)	0,240
6. Arendada/uuendada osakonna/üksuse õendusabi standardeid	9 (21,4)	12 (28,6)	12 (28,6)	9 (21,4)	0,131
7. Arendada/uuendada osakonna/üksuse eeskirju	9 (22,5)	12 (30,0)	13 (32,5)	6 (15,0)	0,016
8. Valida osakonda/üksusesse uued seadmed ja tarvikud	4 (10,0)	10 (25,0)	12 (30,0)	14 (35,0)	0,473*
9. Arendada osakonna/üksuse eesmärgid	8 (16,7)	11 (22,9)	15 (31,2)	14 (29,2)	0,890
10. Töökoosoleku päevakorra määramine	10 (19,2)	11 (21,1)	16 (30,8)	15 (28,8)	0,436
11. Osakonna/üksuse kvaliteedikriteeriumite määramine	5 (11,9)	11 (26,2)	11 (26,2)	15 (35,7)	0,713
12. Otsustada hoolduse osutamise viis ja määrata personali koosseis	5 (14,3)	6 (17,1)	15 (42,9)	9 (25,7)	0,176
13. Õe ametijuhendi arendamine/muutmine	5 (16,7)	7 (23,3)	10 (33,3)	8 (26,7)	0,890
14. Esitleda osakonna/üksuse täiendõppe programme	5 (13,2)	8 (21,1)	11 (28,9)	14 (36,8)	0,776
15. Uute ideede rakendamine: näiteks stressikoolitus patsientidele	6 (14,6)	12 (29,3)	12 (29,3)	11 (26,8)	0,759
16. Välja töötada õdede vastastikkuse eksperthinnangu tulemuslikkuse hindamisprotsess	3 (13,6)	5 (22,7)	9 (40,9)	5 (22,7)	0,931*
17. Planeerida ise oma töötunnid	5 (12,8)	8 (20,5)	15 (38,5)	11 (28,2)	0,495
18. Algatada osakonnas/üksuses uurimistööde läbiviimisi	6 (18,2)	7 (21,2)	12 (36,4)	8 (24,2)	0,528
19. Osakonna/üksuse eelarve erisuste kindlakstegemine	2 (18,2)	2 (18,2)	6 (54,5)	1 (9,1)	0,226*
20. Osakonna/üksuse aastaeelarve planeerimine	1 (12,5)	2 (25,0)	4 (50,0)	1 (12,5)	0,754*
21. Uue personali valimine ja intervjuerimine	3 (14,3)	4 (19,1)	8 (38,1)	6 (28,6)	0,694*

Tabel 13. Bonferroni võrratuse tulemused väidete ja taustamuutujate vaheliste seoste kontrollimiseks

Väide	Taustamuutuja		p-väärtus
	Vanus		
Töötada haigla töörühmades ja arendada koostööd	25-34 aastat	>55 aasta	0,006
	Vanus		
Arendada/uuendada osakonna/üksuse eeskirju	25-34 aastat	>55 aasta	0,018

Tabel 14. Patsiendiga seotud otsuste autonoomia hinnangute seosed eriõdede haridustasemega

Patsiendiga seotud otsused	Haridus		p-väärtus Fisheri täpne test
	Rakendus- kõrgharidus/ bakalaureusekraad	Magistri- kraad	
	Kõrge autonoomia n (%)	Kõrge autonoomia n (%)	
1. Patsiendile enesehooldustoimingute õpetamine	26 (44,1)	33 (55,9)	1,000
2. Patsiendi kukkumiste ennetamine	27 (51,9)	25 (48,1)	0,133
3. Tervisedenduslike tegevuste õpetamine patsiendile	33 (44,4)	40 (55,6)	1,000
4. Otsuste tegemine seoses valu leevendamisega	28 (45,9)	33 (54,1)	0,821
5. Otsustada, millal korraldada patsiendihooldus	22 (44,0)	28 (56,0)	1,000
6. Nahakahjustuste ennetamine	30 (48,4)	32 (51,6)	0,360
7. Otsustada, millal muuta "vajadusel" määratud ravikorraldust (suurendada ravimi annust või sagedust)	23 (44,2)	29 (55,8)	1,000
8. Uute ravimite kasutamise õpetamine patsiendile	29 (48,3)	31 (51,7)	0,370
9. Arstide ja teiste tervishoiu-töötajatega konsulteerimine	33 (45,8)	39 (54,2)	0,792
10. Arsti antud korralduse küsitavuse alla seadmine	25 (52,1)	23 (47,9)	0,140
11. Arutada patsiendiga kogu raviplaani	27 (46,5)	31 (53,4)	0,661
12. Keelduda arsti ettekirjutuste täitmisest	9 (31,0)	20 (69,0)	0,112
13. Suunata teise erialaspetsialisti juurde (toitumisspetsialist, sotsiaaltöötaja vms)	29 (46,8)	33 (53,2)	0,647
14. Arutada arstiga alternatiivseid raviviise või -tegevusi	22 (40,7)	32 (59,3)	0,397
15. Tegeleda patsiendi raviga seotud kaebusega	20 (40,0)	30 (60,0)	0,397
16. Välja töötada patsiendiõpetuse materjalid	25 (42,4)	34 (57,6)	0,658
17. Tegeleda arsti kaebusega seoses patsiendi raviga	17 (37,8)	28 (62,2)	0,289
18. Toetada ravist/uuringutest keeldunud patsienti	27 (44,3)	34 (55,7)	1,000
19. Informeerida patsienti operatsiooniga seotud riskidest	20 (46,5)	23 (53,5)	0,832
20. Määrata haiglast väljakirjutamise päev	5 (41,7)	7 (58,3)	1,000
21. Tellida diagnostilised testid	19 (47,5)	21 (52,5)	0,672

Tabel 15. Struktuuriüksusega seotud otsuste autonoomia hinnangute seosed eriõdede haridustasemega

Struktuuriüksusega seotud otsused	Haridus		p-väärtus Fisheri täpne Test
	Rakendus- kõrgharidus/ bakalaureusekraad	Magistri- kraad	
	Kõrge autonoomia n (%)	Kõrge autonoomia n (%)	
1. Töövahetuste muutmine/vahetamine	18 (37,5)	30 (62,5)	0,203
2. Otsustada ise oma pauside ja lõuna ajad	24 (43,6)	31 (56,4)	1,000
3. Määrata patsiendiga seotud ülesanded	24 (38,7)	38 (61,3)	0,115
4. Töötada haigla töörühmades ja arendada koostööd patsiendiühendustega.	18 (32,1)	38 (67,9)	0,004
5. Olla kaasatud haigla/osakonna töö või protseduuride arendusse (nii kliiniline tegevus, kui töökorraldus)	16 (34,0)	31 (66,0)	0,056
6. Arendada/uuendada osakonna/üksuse õendusabi standardeid	13 (30,9)	29 (69,1)	0,020
7. Arendada/uuendada osakonna/üksuse eeskirju	12 (30,0)	28 (70,0)	0,019
8. Valida osakonda/üksusesse uued seadmed ja tarvikud	17 (42,5)	23 (57,5)	0,832
9. Arendada osakonna/üksuse eesmäärke	20 (41,7)	28 (58,3)	0,672

(järgneb)

10. Töökoosoleku päevakorra määramine	18 (34,6)	34 (65,4)	0,034
11. Osakonna/üksuse kvaliteedikriteeriumite määramine	18 (42,9)	24 (57,1)	0,833
14. Esitleda osakonna/üksuse täiendõppe programme	16 (42,1)	22 (57,9)	0,830
15. Uute ideede rakendamine: näiteks stressikoolitus patsientidele	14 (34,2)	27 (65,8)	0,090
16. Välja töötada õdede vastastikkuse eksperthinnangu tulemuslikkuse hindamisprotsess	8 (36,4)	14 (63,6)	0,463
17. Planeerida ise oma töötunnid	16 (41,0)	23 (59,0)	0,670
18. Algatada osakonnas/üksuses uurimistööde läbiviimisi	11 (33,3)	22 (66,8)	0,127
19. Osakonna/üksuse eelarve erisuste kindlakstegemine	5 (45,4)	6 (54,5)	1,000
20. Osakonna/üksuse aastaeelarve planeerimine	4 (50,0)	4 (50,0)	1,000
21. Uue personali valimine ja intervjuerimine	10 (47,6)	11 (53,4)	0,805

Tabel 16. Patsiendiga seotud otsuste autonoomia hinnangute seosed eriõdede töökogemusega

Patsiendiga seotud otsused	Töökogemus õena						p-väärtus
	1-10 aastat	11-20 aastat	21-30 aastat	31-40 aastat	41-50 aastat	>51 aasta	
	Kõrge autonoomia n (%)	Kõrge autonoomia n (%)	Kõrge autonoomia n (%)	Kõrge autonoomia n (%)	Kõrge autonoomia n (%)	Kõrge autonoomia n (%)	
1.Patsiendile enesehooldustoimingute õpetamine	13 (22,0)	16 (27,1)	12 (20,3)	13 (22,0)	5 (8,5)	0 (0)	0,324
2.Patsiendi kukkumiste ennetamine	10 (19,2)	11 (21,2)	11 (21,2)	14 (26,9)	5 (9,6)	1 (1,9)	0,159
3.Tervisedenduslike tegevuste õpetamine patsiendile	17 (23,6)	18 (25,0)	14 (19,4)	17 (23,6)	4 (5,6)	2 (2,8)	0,510
4.Otsuste tegemine seoses valu leevendamisega	13 (21,3)	13 (21,3)	14 (22,9)	16 (26,2)	4 (6,6)	1 (1,6)	0,047
5.Otsustada, millal korraldada patsiendihooldus	10 (20,0)	14 (28,0)	7 (14,0)	14 (28,0)	3 (6,0)	2 (4,0)	0,495
6.Nahakahjustuste ennetamine	13 (21,0)	16 (25,8)	14 (22,6)	13 (21,0)	5 (8,1)	1 (1,69)	0,190
7.Otsustada, millal muuta "vajadusel" määratud ravikorraldust (suurendada ravimi annust või sagedust)	9 (17,3)	13 (25,0)	11 (21,2)	13 (25,0)	5 (9,6)	1 (1,9)	0,248
8.Uute ravimite kasutamise õpetamine patsiendile	13 (21,7)	13 (21,7)	13 (21,7)	15 (25,0)	5 (8,3)	1 (1,7)	0,173
9.Arstide ja teiste tervishoiutöötajatega konsulteerimine	14 (19,4)	20 (27,8)	14 (19,4)	17 (23,6)	5 (6,9)	2 (2,8)	0,334
10.Arsti antud korralduse küsitavuse alla seadmine	6 (12,5)	11 (22,9)	11 (22,9)	14 (29,2)	4 (8,3)	2 (4,2)	0,014
11.Arutada patsiendiga kogu raviplaani	13 (22,4)	12 (20,7)	13 (22,4)	13 (22,4)	5 (8,6)	2 (3,4)	0,138
12.Keelduda arsti ettekirjutuste täitmisest	5 (17,2)	7 (24,1)	7 (24,1)	5 (17,2)	3 (10,3)	2 (6,9)	0,169
13.Suunata teise erialaspetsialisti juurde (toitumisspetsialist, sotsiaaltöötaja vms)	10 (16,1)	17 (27,4)	12 (19,3)	17 (27,4)	4 (6,4)	2 (3,2)	0,084
14.Arutada arstiga alternatiivseid raviviise või -tegevusi	10 (18,5)	15 (27,8)	11 (20,4)	13 (24,1)	5 (9,3)	0 (0)	0,211
15.Tegeleda patsiendi raviga seotud kaebusega	8 (16,0)	13 (26,0)	10 (20,0)	13 (26,0)	4 (8,0)	2 (4,0)	0,264
16. Välja töötada patsiendiõpetuse materjalid	13 (22,0)	11 (18,6)	14 (23,7)	14 (23,7)	5 (8,5)	2 (3,4)	0,020

(järgneb)

17. Tegeleda arsti kaebusega seoses patsiendi raviga	8 (17,8)	9 (20,0)	11 (24,4)	12 (26,7)	4 (8,9)	1 (2,2)	0,116
18. Toetada ravist/uuringutest keeldunud patsienti	14 (22,9)	15 (24,6)	13 (21,3)	14 (22,9)	3 (4,9)	2 (3,3)	0,416
19. Informeerida patsienti operatsiooniga seotud riskidest	13 (30,2)	7 (16,3)	8 (18,6)	10 (23,3)	4 (9,3)	1 (2,3)	0,252
20. Määrata haiglast väljakirjutamise päev	2 (16,7)	1 (8,3)	3 (25,0)	5 (41,7)	1 (8,3)	0 (0)	0,293
21. Tellida diagnostilised testid	6 (15,0)	10 (25,0)	10 (25,0)	11 (27,5)	3 (7,5)	0 (0)	0,135

Tabel 17. Struktuuriüksusega seotud otsuste autonoomia hinnangute seosed eriõdede töökogemusega

Struktuuriüksusega seotud otsused	Töökogemus õena						p-väärtus
	1-10 aastat	11-20 aastat	21-30 aastat	31-40 aastat	41-50 aastat	>51 aasta	
	Kõrge auto-noomia n (%)	Kõrge auto-noomia n (%)	Kõrge auto-noomia n (%)	Kõrge auto-noomia n (%)	Kõrge auto-noomia n (%)	Kõrge auto-noomia n (%)	Fisheri täpne test
1. Töövahetuste muutmine/vahetamine	10 (20,8)	15 (31,2)	11 (22,9)	9 (18,7)	2 (4,2)	1 (2,1)	0,399
2. Otsustada ise oma pauside ja lõuna ajad	11 (20,0)	17 (30,9)	13 (23,6)	9 (16,4)	4 (7,3)	1 (1,8)	0,110
3. Määrata patsiendiga seotud ülesanded	14 (22,6)	19 (30,6)	14 (22,6)	10 (16,1)	3 (4,8)	2 (3,2)	0,053
4. Töötada haigla töörühmades ja arendada koostööd patsiendiühendustega	16 (28,6)	14 (25,0)	12 (21,4)	10 (17,9)	3 (5,4)	1 (1,8)	0,342
5. Olla kaasatud haigla/osakonna töö või protseduuride arendusse (nii kliiniline tegevus, kui töökorraldus)	12 (25,5)	11 (23,4)	11 (23,4)	9 (19,2)	3 (6,4)	1 (2,1)	0,555
6. Arendada/ uuendada osakonna/ üksuse õendusabi standardeid	11 (26,2)	11 (26,2)	10 (23,8)	8 (19,1)	1 (2,4)	1 (2,4)	0,391
7. Arendada/ uuendada osakonna/ üksuse eeskirju	11 (27,5)	12 (30,0)	9 (22,5)	7 (17,5)	0 (0)	1 (2,5)	0,151
8. Valida osakonda/üksusesse uued seadmed ja tarvikud	5 (12,5)	11 (27,5)	8 (20,0)	11 (27,5)	4 (10,0)	1 (2,5)	0,189
9. Arendada osakonna/üksuse eesmäärke	10 (20,8)	12 (25,0)	10 (20,8)	12 (25,0)	3 (6,2)	1 (2,1)	0,808
10. Töökoosoleku päevakorra määramine	13 (25,0)	11 (21,1)	12 (23,1)	11 (21,1)	4 (7,7)	1 (1,9)	0,345
11. Osakonna/üksuse kvaliteedikriteeriumite määramine	7 (16,7)	9 (21,4)	11 (26,2)	11 (26,2)	3 (7,1)	1 (2,4)	0,127
12. Otsustada hoolduse osutamise viis ja määrata personali koosseis	5 (14,3)	8 (22,9)	10 (28,6)	11 (31,4)	1 (2,9)	0 (0)	0,029
13. Õe ametijuhendi arendamine/muutmine	8 (26,7)	5 (16,7)	8 (26,7)	8 (26,7)	1 (3,3)	0 (0)	0,253
14. Esitleda osakonna/üksuse täiendõppe programme	8 (21,1)	7 (18,4)	9 (23,7)	9 (23,7)	4 (10,5)	1 (2,6)	0,283
15. Uute ideede rakendamine: näiteks stressikoolitus patsientidele	10 (24,4)	10 (24,4)	9 (21,9)	7 (17,1)	4 (9,8)	1 (2,4)	0,607
16. Välja töötada õdede vastastikkuse eksperthinnangu tulemuslikkuse hindamisprotsess	4 (18,2)	4 (18,2)	9 (40,9)	3 (13,6)	1 (4,5)	1 (4,5)	0,022

(järgneb)

17. Planeerida ise oma töötunnid	8 (20,5)	8 (20,5)	11 (28,2)	9 (23,1)	2 (5,1)	1 (2,6)	0,158
18. Algatada osakonnas/üksuses uurimistööde läbiviimisi	7 (21,2)	9 (27,3)	8 (24,2)	7 (21,2)	2 (6,1)	0 (0)	0,749
19. Osakonna/üksuse eelarve erisuste kindlakstegemine	1 (9,1)	4 (36,4)	4 (36,4)	2 (18,2)	0 (0)	0 (0)	0,414
20. Osakonna/üksuse aastaeelarve planeerimine	0 (0)	4 (50,0)	2 (25,0)	2 (25,0)	0 (0)	0 (0)	0,409
21. Uue personali valimine ja intervjuerimine	3 (14,3)	6 (28,6)	7 (33,3)	4 (19,1)	1 (4,8)	0 (0)	0,310

Tabel 18. Bonferroni võrratuse tulemus väidete ja taustamuutujate vaheliste seoste kontrollimiseks

Väide	Taustamuutuja		p-väärtus
	Töökogemus õena		
Arsti antud korralduse küsitavuse alla seadmine	1-10 aastat	21-30 aastat	0,006
		31-40 aastat	0,006
		>51 aasta	0,037
	Töökogemus õena		
Otsuste tegemine seoses valu leevendamisega	1-10 aastat	21-30 aastat	0,021
	11-20 aastat		0,007
	Töökogemus õena		
Välja töötada patsiendiõpetuse materjalid	1-10 aastat	21-30 aastat	0,021
	11-20 aastat		0,002
	Töökogemus õena		
Otsustada hoolduse osutamise viis ja määrata personali koosseis	1-10 aastat	21-30 aastat	0,008
		31-40 aastat	0,031
	21-30 aastat	11-20 aastat	0,033
		41-50 aastat	0,038
	Töökogemus õena		
Välja töötada õdede vastastikkuse eksperthinnangu tulemuslikkuse hindamisprotsess	1-10 aastat	21-30 aastat	0,009
	11-20 aastat		0,004
	21-30 aastat	31-40 aastat	0,006

Tabel 19. Patsiendiga seotud otsuste autonoomia hinnangute seosed eriõdede erialadega

Patsiendiga seotud otsused	Eriala				p-väärtus Pearsoni hii-ruut test või Fisheri täpne test*
	Tervise-õendus	Kliiniline õendus	Vaimse tervise õendus	Intensiiv-õendus	
	Kõrge autonoomia n (%)	Kõrge autonoomia n (%)	Kõrge autonoomia n (%)	Kõrge autonoomia n (%)	
1.Patsiendile enesehooldus-toimingute õpetamine	19 (32,2)	18 (30,5)	14 (23,7)	8 (13,6)	0,529
2.Patsiendi kukkumiste ennetamine	17 (32,7)	16 (30,8)	10 (19,2)	9 (17,3)	0,273
3.Tervisedenduslike tegevuste õpetamine patsiendile	22 (30,6)	22 (30,6)	19 (26,4)	9 (12,5)	0,361
4.Otsuste tegemine seoses valu leevendamisega	19 (31,1)	18 (29,5)	13 (21,3)	11 (18,0)	0,312
5.Otsustada, millal korraldada patsiendihoolitus	18 (36,0)	12 (24,0)	12 (24,0)	8 (16,0)	0,221
6.Nahakahjustuste ennetamine	20 (32,3)	21 (33,9)	13 (21,0)	8 (12,9)	0,124

(järgneb)

7.Otsustada, millal muuta "vajadusel" määratud ravikorraldust (suurendada ravimi annust või sagedust)	16 (30,8)	14 (26,9)	15 (28,8)	7 (13,5)	0,717
8.Uute ravimite kasutamise õpetamine patsiendile	17 (28,3)	20 (33,3)	17 (28,3)	6 (10,0)	0,217
9.Arstide ja teiste tervishoiu-töötajatega konsulteerimine	23 (31,9)	21 (29,2)	18 (25,0)	10 (13,9)	0,341
10.Arsti antud korralduse küsitavuse alla seadmine	15 (31,2)	14 (29,2)	11 (22,9)	8 (16,7)	0,778
11.Arutada patsiendiga kogu raviplaani	16 (27,6)	20 (34,5)	16 (27,6)	6 (10,3)	0,262
12.Keelduda arsti ettekirjutuste täitmisest	5 (17,2)	8 (27,6)	11 (37,9)	5 (17,2)	0,272
13.Suunata teise erialaspetsialisti juurde (toitumisspetsialist, sotsiaaltöötaja vms)	21 (33,9)	13 (21,0)	18 (29,0)	10 (16,1)	0,036
14.Arutada arstiga alternatiivseid raviviise või -tegevusi	17 (31,5)	16 (29,6)	13 (24,1)	8 (14,8)	0,787
15.Tegeleda patsiendi raviga seotud kaebusega	17 (34,0)	15 (30,0)	12 (24,0)	6 (12,0)	0,426
16. Välja töötada patsiendiõpetuse materjalid	18 (30,5)	18 (30,5)	16 (27,1)	7 (11,9)	0,575
17.Tegeleda arsti kaebusega seoses patsiendi raviga	16 (35,6)	12 (26,7)	12 (26,7)	5 (11,1)	0,329
18. Toetada ravist/uuringutest keeldunud patsienti	19 (31,1)	16 (26,2)	19 (31,1)	7 (11,5)	0,163
19. Informeerida patsienti operatsiooniga seotud riskidest	14 (32,6)	14 (32,6)	9 (20,9)	6 (13,9)	0,571
20. Määrata haiglast väljakirjutamise päev	2 (16,7)	4 (33,3)	3 (25,0)	3 (25,0)	0,660*
21. Tellida diagnostilised testid	15 (37,5)	9 (22,5)	11 (27,5)	5 (12,5)	0,236

Tabel 20. Struktuuriüksusega seotud otsuste autonoomia hinnangute seosed eriõdede erialadega

Struktuuriüksusega seotud otsused	Eriala				p-väärtus Pearsoni hii-ruut test või Fisheri täpne test*
	Tervise- õendus	Kliiniline õendus	Vaimse tervise õendus	Intensiiv- õendus	
	Kõrge autonoomia n (%)	Kõrge autonoomia n (%)	Kõrge autonoomia n (%)	Kõrge autonoomia n (%)	
1. Töövahetuste muutmine /vahetamine	15 (31,2)	17 (35,4)	9 (18,7)	7 (14,6)	0,269
2. Otsustada ise oma pauside ja lõuna ajad	19 (34,5)	14 (25,4)	16 (29,1)	6 (10,9)	0,134
3. Määrata patsiendiga seotud ülesanded	20 (32,3)	19 (30,6)	18 (29,0)	5 (8,1)	0,028
4. Töötada haigla töörühmades ja arendada koostööd patsiendiühendustega.	17 (30,4)	16 (28,6)	17 (30,4)	6 (10,7)	0,328
5. Olla kaasatud haigla/osakonna töö või protseduuride arendusse (nii kliiniline tegevus, kui töökorraldus)	16 (34,0)	13 (27,7)	13 (27,7)	5 (10,6)	0,371
6. Arendada/uuendada osakonna/üksuse õendusabi standardeid	14 (33,3)	12 (28,6)	10 (23,8)	6 (14,3)	0,741
7. Arendada/uuendada osakonna/üksuse eeskirju	12 (30,0)	11 (27,5)	10 (25,0)	7 (17,5)	0,913
8. Valida osakonda/üksusesse uued seadmed ja tarvikud	14 (35,0)	14 (35,0)	8 (20,0)	4 (10,0)	0,213*
9. Arendada osakonna/üksuse eesmärgid	16 (33,3)	13 (27,1)	12 (25,0)	7 (14,6)	0,658
10. Töökoosoleku päevakorra määramine	19 (36,5)	15 (28,8)	13 (25,0)	5 (9,6)	0,095

(järgneb)

11. Osakonna/üksuse kvaliteedikriteeriumite määramine	14 (33,3)	15 (35,7)	9 (21,4)	4 (9,5)	0,238*
12. Otsustada hoolduse osutamise viis ja määrata personali koosseis	11 (31,4)	12 (34,3)	8 (22,9)	4 (11,4)	0,689*
13. Õe ametijuhendi arendamine/muutmine	11 (36,7)	8 (26,7)	8 (26,7)	3 (10,0)	0,537*
14. Esitleda osakonna/üksuse täiendõppe programme	14 (36,8)	13 (34,2)	9 (23,7)	2 (5,3)	0,065
15. Uute ideede rakendamine: näiteks stressikoolitus patsientidele	13 (31,7)	14 (34,1)	10 (24,4)	4 (9,8)	0,479*
16. Välja töötada õdede vastastikkuse eksperthinnangu tulemuslikkuse hindamisprotsess	7 (31,8)	7 (31,8)	7 (31,8)	1 (4,5)	0,442*
17. Planeerida ise oma töötunnid	16 (41,0)	11 (28,2)	9 (23,1)	3 (7,7)	0,062*
18. Algatada osakonnas/üksuses uurimistööde läbiviimisi	11 (33,3)	8 (24,2)	10 (30,3)	4 (12,1)	0,633*
19. Osakonna/üksuse eelarve erisuste kindlakstegemine	5 (45,4)	4 (36,4)	1 (9,1)	1 (9,1)	0,365*
20. Osakonna/üksuse aastaeelarve planeerimine	4 (50,0)	2 (25,0)	1 (12,5)	1 (12,5)	0,540*
21. Uue personali valimine ja intervjuerimine	9 (42,9)	6 (28,6)	4 (19,1)	2 (9,5)	0,372*

Tabel 21. Bonferroni võrratuse tulemus väidete ja taustamuutujate vaheliste seoste kontrollimiseks

Väide	Taustamuutuja		p-väärtus
Suunata teise erialaspetsialisti juurde (toitumisspetsialist, sotsiaaltöötaja vms)	Eriala		
	Kliiniline õendus	Terviseõendus	0,007
		Vaimse tervise õendus	0,005
Määrata patsiendiga seotud ülesanded	Eriala		
	Intensiivõendus	Terviseõendus	0,006
		Kliiniline õendus	0,033
		Vaimse tervise õendus	0,017