

Tartu Ülikool
Meditsiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Evelin Trusova

**EESTI PEREÕDEDE KOGEMUSED EETILISTE KONFLIKTIDEGA:
KVALITATIIVNE UURIMUS**

Magistritöö

Tartu 2024

Juhendaja(d): Merle Seera-Erstu, MSc (õendusteadus), Gerli Mõts, MSc (õendusteadus)

Retsensent: Katrin Randviir, MSc (õendusteadus)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendajate otsusega 08.05.2024. Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

LIHTLITSENTS MAGISTRITÖÖ REPRODUTSEERIMISEKS JA ÜLDSUSELE KÄTTESAADAVAIKS TEGEMISEKS

Mina, Evelin Trusova,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose "Eesti pereõdede kogemused eetiliste konfliktidega: kvalitatiivne uurimus", mille juhendajateks on Merle Seera-Erstu ja Gerli Mõts, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 4.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, alates 01.06.2025 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.

Evelin Trusova

08.05.2024

KOKKUVÕTE

Pereõdede kogemused eetiliste konfliktidega: kvalitatiivne uurimus

Eetilised konfliktid on levinud nähtus tervishoiutöötajate hulgas. Eetilised konfliktid mõjutavad nii töötajaid kui ka patsiente ning võivad negatiivselt mõjutada tervishoiuteenuse kvaliteeti. Uurides pereõdede kogemusi eetiliste konfliktidega saame teada võimalikest kitsaskohtadest praktikas, kus eetilisi norme võidakse ohustada, mõjutades sellega õenduse põhiväärtusi, patsientidele pakutava teenuste turvalisust ning kvaliteeti. Kitsaskohtade tuvastamine aitab leida lahendusi, mis parandaksid nii üldist tervishoiukvaliteeti kui ka pereõdede heaolu. Arvestades esmatasandi tervishoiu olulisust ning selle viimaste aastate arengut Eestis, on oluline pöörata tähelepanu selles valdkonnas esinevatele eetilistele konfliktidele. Seega on uurimistöö eesmärk kirjeldada pereõdede kogemusi eetiliste konfliktidega.

Uurimistöös osales 11 pereõde, kes on enda kutsetöös eetilisi konflikte kogenud. Uurimismeetodiks oli valitud poolstruktureeritud intervjuu, mida salvestati ning transkribeeriti edasiseks analüüsiks. Andmeid analüüsiti induktiivse sisuanalüüsi meetodil ning selle tulemusena moodustus 28 alakategooriat ning 7 ülakategooriat.

Pereõed kirjeldasid eetilist konflikti kogemusena, mis võib esile kerkida inimeste vahelise suhtluse käigus, reeglite, käitumistavade rikkumisel või sisemise konfliktina. Pereõdede eetilised konfliktid olid seotud suhetega patsientide ning nende pereliikmetega, tervishoiusüsteemi toimimisega, meeskonnatöö ja kolleegisuhetega ning organisatsiooniga. Eetilised konfliktid mõjutasid negatiivselt teenuse kvaliteeti ja pereõdede rahulolu tööga, kuid vaatamata sellele tajuti neid õppetundidena, mis avaldasid positiivset mõju pereõdede enesearengule. Tulemused viitavad parema koostöö loomise vajalikkusele erinevate tugistruktuuridega. Selged koostööprotokollid ja koolitused parandaksid teadlikkust ning toimetulekut eetiliste konfliktidega. Pereõdede pädevuse ja eetilise praktika täiustamiseks on vaja korraldada seadusandluse ja juhendite ülevaatamist ning täiustamist. Tervishoiuteenuse kvaliteedi parandamiseks ja eetiliste konfliktide vähendamiseks on vaja suurendada patsientide teadlikkust pereõdede pädevustest. Tulemused rõhutavad vajadust edasiste uurimistööde järele, et paremini mõista pereõdede rolle ja vajadusi tervishoiusüsteemis, mis võivad potentsiaalselt parandada teenuse kvaliteeti tulevikus.

Märksõnad: eetiline konflikt, kogemused, pereõed, esmatasandi tervishoid

SUMMARY

Family nurses' experiences with ethical conflicts: A qualitative study

Ethical conflicts are a common phenomenon among healthcare workers. These conflicts affect both employees and patients and can have a negative impact on the quality of healthcare services. By examining the experiences of nurses with ethical conflicts, we can identify potential challenges in practice where ethical norms may be compromised, thus affecting the core values of nursing, the safety of services provided to patients, and overall quality. Identifying these challenges can help find solutions to improve both general healthcare quality and the well-being of nurses. Considering the importance of primary healthcare and its recent developments in Estonia, it is crucial to pay attention to the ethical conflicts in this field. Therefore, the aim of the research is to describe family nurses' experiences with ethical conflicts.

11 family nurses who have experienced ethical conflicts in their professional work participated in the research. A semi-structured interview was chosen as the research method, which was recorded and transcribed for further analysis. The data was analyzed using the method of inductive content analysis, and as a result, 28 subcategories and 7 supercategories were formed.

Nurses described ethical conflict as an experience that may arise during interpersonal communication, violation of rules or norms, or as internal conflict. Ethical conflicts of family nurses were related to relationships with patients and their family members, the functioning of the healthcare system, teamwork and colleague relationships, and the organization. Ethical conflicts negatively affect the quality of service and job satisfaction of family nurses, but despite this, they are also perceived as lessons that have had a positive impact on the self-development of family nurses. The results indicate the need to establish better collaboration with various support structures. Clear collaboration protocols and training would improve awareness and coping with ethical conflicts. To enhance nurses' competence and ethical practice, legislation and guidelines need to be reviewed and improved. Increasing awareness among patients about nurses' competencies is essential for improving healthcare service quality and reducing ethical conflicts. The findings emphasize the need for further research to better understand the roles and needs of nurses in the healthcare system, which could potentially improve service quality in the future.

Keywords: ethical conflict, experiences, family nurses, primary health care

SISUKORD

KOKKUVÕTE	1
SUMMARY	2
1. SISSEJUHATUS	5
2. ÜLEVAADE VARASEMATE UURIMISTÖÖDE TULEMUSTEST	7
2.1. Eetilise konflikti olemus	7
2.2. Eetilised konfliktid esmatasandi tervishoius	8
2.2.1. Esmatasandi tervishoiu olemus	8
2.2.2. Pereõdede eetilised konfliktid suhtes patsiendiga ja nende pereliikmetega	9
2.2.3. Eetilised konfliktid tervishoiusüsteemist tulenevalt	10
2.2.4. Organisatsiooni kultuuri ja teenuse korraldamisega seotud eetilised konfliktid	13
2.3. Eetilise konflikti mõju ja konflikti lahendamiseks rakendatavad meetmed	15
3. METOODIKA	17
3.2. Uuritavad ja nende värbamine	17
3.3. Andmete kogumise protsess	18
3.4. Andmete analüüs	20
3.5. Uurimistöö usaldusväarsus	21
4. TULEMUSED	22
4.2. Pereõdede arusaamad eetilise konfliktist	23
4.3. Pereõdede eetilised konfliktid suhetes patsiendi ja tema pereliikmetega	24
4.4. Tervishoiusüsteemi toimimisega seotud eetilised konfliktid	28
4.5. Organisatsiooniga seotud eetilised konfliktid	31
4.6. Meeskonnatöö ja kolleegisuhetega seotud eetilised konfliktid	34
4.7. Konflikti lahendamiseks kasutatavad viisid	37
4.8. Eetilise konflikti mõju pereõdedele	39
5. ARUTELU	41
5.1. Tulemused	41

5.2. Metodoloogilised kitsaskohad	51
5.3. Uurimistöö eetilised aspektid	52
5.4. Uurimistöö praktiline väärtus ning uued uurimisprobleemid	53
6. JÄRELDUSED	56
KASUTATUD KIRJANDUS	57
LISAD	66
Lisa 1. Eetikakomitee koostööst	66
Lisa 2. Kutse uurimistöös osalemiseks	67
Lisa 3. Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm	68
Lisa 4. Intervjuu kava	70

1. SISSEJUHATUS

Arvestades inimestevaheliste suhete iseloomu tervishoiusüsteemis ja kaasnevaid eetilisi kohustusi, ilmnevad eetilised konfliktid tervishoiutöötajate seas sageli. Eetiline konflikt on probleem, mis tekib nii inimeste sees kui ka nende vahel. Konfliktide keskseks elemendiks on kohustus "teha head" või teha otsuseid õigemini. Neid mõjutavad indiviidi väärtusskaala, eetilised põhimõtted, vastutustunne ja eetiline tundlikkus. (Falco-Pegueroles jt, 2015; Pishgooie jt, 2019.) Õdede vaatepunktist on eetilised konfliktid tihtipeale vältimatud ning võivad õdedele ja organisatsioonile, kus nad töötavad, kaasa tuua ebasoodsaid tagajärgi. Õdede kogetud eetiline konflikt võib suurendada töölt puudumist ja töölt lahkumist ning märkamata ja lahendamata eetilised konfliktid võivad põhjustada moraalse stressi sümptomeid nagu rahulolematuse, viha, isoleeritus, ärevus, depressioon, töökohavahetus või isegi erialast loobumise. (Choe jt, 2015; Gaudine ja Thorne, 2012.)

Mitmed uurimistööd eelistest konfliktidest keskenduvad kliinilisele õendusele haigla keskkonnas. Kliiniline keskkond nõuab õdedelt kriitiliste olukordade lahendamist ning patsiendi taastumise toetamist, kuid esmatasandi õdede eesmärgiks on tagada patsientidele parim elukvaliteet läbi terviseedendamise ning haiguste ennetuse. Kliinilise keskkonna eetilised konfliktid on erinevad esmatasandist töökorralduse, töö iseloomu ja patsientidega seotud probleemide poolest ning seetõttu ei saa kliinilise keskkonna eetilisi konflikte samastada esmatasandiga. (Gaudine jt, 2011a; Khanal jt, 2022; Lluch-Canut jt, 2019.) Pereõdede kogemusi eetiliste konfliktidega on vähe uuritud, kuid uurimistööd esmatasandi valdkonnas keskenduvad perearstide ja õdede kõige sagedamatele või kõige raskemini lahendavatele eetilistele konfliktidele (Bourne ja Epstein, 2021; Gágyor jt, 2019; Laabs, 2005; Laabs, 2007).

Õdede töökoormus ja töö iseloom on esmatasandi tervishoius viimastel aastatel muutunud. Nad on esimeseks kontaktisikuks patsiendile esmatasandi tervishoius ning seega on nende töö märkimisväärselt iseseisev (Giannetta jt, 2021). See on avaldanud negatiivset mõju õdede vaimsele tervisele (Wanat jt, 2021). Eetilisi konflikte esmatasandi õdede seas on rahvusvaheliselt vähe uuritud ning Eestis eetilisi konflikte esmatasandi õdede seas pole seni uuritud ning selle kohta puudub ülevaade. Eestis on läbi viidud ainult üks uurimus, mis kirjeldas õdede kogemusi eetiliste konfliktidega õenduserialadel üldiselt (Usberg, 2020).

Pereõdede töö iseloom nõuab suuremat autonoomiat ja muutub aina iseseisvamaks. Seetõttu on oluline juhtida tähelepanu esilekerkivatele eetilistele konfliktidele, et tagada personali võimekus jätkata ametikohal töötamist rasketest olukordadest hoolimata. Eetilised konfliktid pereõdede igapäevases töös vajavad erilist tähelepanu, eriti arvestades esmatasandi tervishoiu olulist rolli tervishoiusüsteemis ning selle viimaste aastate arengut Eestis. Pereõdede igapäevased eetilised konfliktid vajavad tähelepanu, kuna nende mõju patsientidele ja tervishoiule võib olla märkimisväärne. Pereõdede seas eetiliste konfliktide uurimine aitab paremini mõista ja lahendada probleeme, mis võivad mõjutada nii pereõdede heaolu kui ka üldist tervishoiukvaliteeti.

Selleks, et saada teada, millised on Eesti pereõdede kogemused eetiliste konfliktidega viidi läbi kvalitatiivne uurimistöö poolstruktureeritud intervjuu abil, mille eesmärgiks on kirjeldada Eesti pereõdede kogemusi eetiliste konfliktidega.

2. ÜLEVAADE VARASEMATE UURIMISTÖÖDE TULEMUSTEST

2.1. Eetilise konflikti olemus

Moraalsed otsused õdede töös põhinevad õdede eetilisel teadlikkusel ja hõlmavad keerulist protsessi, mille käigus vaadeldakse, analüüsitakse ja kaalutakse valiku võimalikke tagajärgi, kus õdede tegevust juhib hooldusideaal ning eesmärk teha head (Haahr jt, 2019). Selliste otsuste tegemisel võivad õed silmitsi seista **eetilise konfliktiga** (*ethical conflict*), mis tekib nii inimeste endi sees kui ka nende vahel. Eetiline konflikt on olukord, kus inimese või organisatsiooni eetilised väärtused, kohustused või eesmärgid on vastuolus. Eetilist konflikti mõjutavad indiviidi väärtusskaala, eetilised põhimõtted, vastutustunne ja eetiline tundlikkus. (Gaudine ja Thorne, 2012; Pishgooie jt, 2019; Saberi jt, 2018.) Viimase 30-ne aasta jooksul on bioetika uuringud näidanud, et eetiline konflikt ei ole kahanev nähtus, vaid kasvab koos teaduse ja tehnoloogia arenguga (Flanco-Pegueroles jt, 2016). "Eetiline" ja "moraalne" käsitletakse kui samatähenduslikke mõisteid, kuid neid eristatakse vastavalt olukordadele (Eetika ja moraal...).

Eetilise konflikti mõiste ja selle definitsiooni juured ulatuvad filosoofiasse ning aastasse 1984, kus uuriti inimeste moraalseid väärtusi, kohustusi ja otsustusprotsesse. Andrew Jameton (1984) tuvastas kolme tüüpi eetilisi konflikte, mida õde võib üksikisiku või rühma eest hoolitsemisel kogeda: moraalne ebakindlus, moraalne dilemma ja moraalne düstress. **Moraalne ebakindlus** (*moral uncertainty*) ilmneb keerulistes olukordades ning Jameton täheldas, et moraalne ebakindlus tekib siis, kui pole selgust, mis on täpselt moraalne probleem või millised moraalsed põhimõtted kehtivad (Jameton, 1984). Kuna moraalset ebakindlust pole põhjalikult uuritud, näib, et enamik kirjandust kasutab Jametoni määratlust selle kontseptsiooni uurimise aluseks. Kutsepraktikas tekib ebakindlus olukordades, kus valiku langetamine tundub keeruline, kuna tegelikud tagajärjed võivad olla kas teadmata või soovimatud, kuid valiku tegemine on vältimatu ning seega pole teada, milline käitumisviis on õige. (Giannetta jt, 2021; Lluch-Canut jt, 2019.) **Moraalsed dilemmad** (*moral dilemma*) tekivad siis, kui kaks või enam põhimõtet või väärtust on teatud olukorras selgelt vastuolus, nõudes vastandlikke ja kokkusobimatuid tegevussuundi ning otsustamine hõlmab kaalumist ja hinnanguid (Copeland ja Arnold, 2021; Giannetta jt, 2021). Jameton (1984) iseloomustas **moraalset düstressi** (*moral distress*) kui väljakutset, mis tekib, kui inimene teab, kuidas oleks eetiliselt või moraalselt õige käituda, kuid see erineb teiste vastutavate inimeste hinnangust. Sisemise konflikti olukord tekib siis, kui õde teab, kuidas on õige käituda, kuid institutsionaalsed piirangud muudavad õige tegutsemise peaaegu võimatuks. Mõistet

defineeritakse ka psühholoogilise tasakaalutuse ja negatiivsete tunnete seisundina, mida inimene kogeb, kui ta teeb eetilisele sobiva otsuse, kuid ei järgi selle otsusega kaasnevat käitumist (Wilkinson, 1988). Moraalset düstressi põhjustavad tegurid ei pruugi õest sõltuda ning nendeks võivad olla näiteks: teabevahetus, koostööd takistavad hierarhiad, hirm kohtuvaidluse ees ning liigne dokumentatsioon (Bourne & Epstein, 2021). Hiljem lisandus Wilkinsoni (1988) poolt veel üks eetilise konflikti tüüp, mida nimetatakse **moraalseks pahameeleks** (*moral outrage*). Ta kirjeldas sellega tunnet, mida õde kogeb teiste inimeste ebamoraalsete tegevuste pealt vaatamisel. Seejuures ei ole õde ise osaline, vaid tunneb pigem abitust, tajudes, et ta peab midagi ette võtma teo ärahoidmiseks, kuid ei suuda seda siiski teha.

2.2. Eetilised konfliktid esmatasandi tervishoius

2.2.1. Esmatasandi tervishoiu olemus

Esmatasandi tervishoid on valdkond, mille eesmärk on tagada võimalikult kõrge tervise ja heaolu tase ning teenuste õiglane jaotus, keskendudes inimeste vajadustele ning võimalikult varakult tervise edendamisele ja haiguste ennetamisele (World Health Organization, 2023). "Pereõde on kõrgharidusega spetsialist, kes nõustab patsiente tervislike eluviiside ja haiguste ennetamise osas, omab ülevaadet sõeluuringutest ja vaksineerib. Koostöös ravi määrava perearstiga toetab õde nii ägedaid kui ka kroonilisi haigusi põdevaid inimesi nende raviteekonnal" (Milliseid muresid aitab..., 2019). Pereõdede töö hõlmab endas inimeste käsitlust erinevates vanuserühmades alustades lastest ning lõpetades eakatega. Lisaks patsiendi käsitlusele on pereõdede töös olulisel kohal ka dokumenteerimine, mille eesmärgiks on hõlbustada tervishoiutöötajate omavahelist suhtlust ning jagada teavet osutatud abi ja ravi kohta. Seega peab pereõde olema kursis esmatasandil väljastavate dokumentide sisu, tingimuste ja vormistamisega ning täitma tervisekassa raviarvete koostamise ja vormistamise nõudeid (arvete avamine, täiendamine, mõistmine ning lõpetamine). (Eesti Õdede Liit jt, 2021.)

Tuginedes eelnevalt kirjeldatule on pereõdedel esmatasandi tervishoius põhiroll, kus nad tegutsevad iseseisvalt. Neil on erineval määral ettekirjutusõigusi ning nad võivad olla patsiendi jaoks esmase õendusabi osutajad. Kui haiglakeskkond nõuab õdedelt pidevat kiireloomuliste probleemide lahendamist, mis tihtipeale võivad olla eluohtlikud, siis pereõdede tööd iseloomustavad pikaajalised patsiendid koos nende lähedastega, kellega on pereõdedel tugev ja pikaajaline suhe. Seega kipuvad pereõdede eetilised konfliktid olema komplekssemad, kuna neid peetakse esmatasandi tervishoius tööpäeva lahutamatuks osaks, mis teeb nende tuvastamise

keerulisemaks. Pereõdede töö võimaldab haiglapraktikaga võrreldes suuremat autonoomiat, mis mõjutab samuti eetiliste konfliktide tuvastamist. (Giannetta jt, 2021; Laabs, 2005; Laabs, 2007; Lillemoen ja Pedersen, 2012.)

2.2.2. Pereõdede eetilised konfliktid suhtes patsiendiga ja nende pereliikmetega

Patsiendiga suhtlemisega seotud probleemid on levinud eriti arsti–patsiendi ja õe–patsiendi suhtluse kontekstis ning see tuleneb vajadusest parandada koostööd patsiendi ja tervishoiuteenuse osutaja vahel ning vajadusest muuta koostöö professionaalsemaks (Zubović, 2018). Traditsiooniliselt on tervishoius juhtinud paternalism, mille puhul patsient pole kaasatud otsuste tegemise protsessi, kuid kaasaegses praktikas on passiivsest patsiendist saanud aktiivne osapool, kellelt võetakse teadlik nõusolek teenuse osutamiseks (Maestro jt, 2013). Patsiendi kaasamine võib omakorda käivitada eetilise konflikti protsessi, mille puhul õde seisab silmitsi olukorraga, kus õe väärtused, vajadused, soovid ning nõudmised teenuse osutamiseks põrkuvad kokku patsiendi omadega (Laabs, 2007). Patsiendikesksuse aspekt eeldab, et tervishoiutöötajad peaksid olema valmis tegelema patsiendi kõikehõlmavate probleemidega nagu näiteks perekondlikud konfliktid, majanduslikud raskused jne, kuna patsiendikesksus eeldab eelkõige inimkeskset lähenemist. Patsiendikesksuse järgimine võib kaasa tuua eetilise konflikti tekke, kuna ühelt poolt on nõue aidata inimest ning teiselt poolt on kohustus mitte ületada enda professionaalse pädevuse piire. Seega satuvad tervishoiutöötajad sundolukorda, kus nad peavad tegema valiku õige käitumisviisi suhtes. (Hansson ja Fröding, 2020.) Olukorras, kus pereõde ei suuda teha valikut, jätab ta teadmatuses ning puudulikust ettevalmistusest tingituna märkimata patsiendi seisundit puudutava teabe (füüsilise või psühholoogilise vägivalla märkamine), mis võib olla olulise väärtusega (Dourado jt, 2020). Valiku tegemine võib olla vastuolus ka õe ametialaste kohustustega, mis on seotud ka seadusest tulenevate nõuetega (Redman ja Fry, 2000) ning seega tekib vastuolu patsiendi mittekahjustava tegutsemisviisi ja õe sisemise kohustusega "teha head", mis on eetilise konflikti keskseks elemendiks (Falco-Pegueroles jt, 2015).

Pereõded kogesid tihtipeale patsiendi ja tema pereliikmete konkureerivaid nõudmisi ning pidid patsiendi ja tema pereliikme huve kaaluma. Olukorras, kus täheldati pereliikme kahjulikku käitumist patsiendi suhtes pidid õded silmitsi seisma tasakaalu leidmisega patsiendi austamise ja seaduse järgimise vahel (Gagyor jt, 2019) ning seda näiteks olukordades, mis olid seotud protseduuri teostamisega alaealisele ilma vanemate loata või teadmata seaduslikke eestkostjaid (Dourado jt, 2020). Lisaks sellele on esmatasandi praktikas esilekerkiv eetiline dilemma seotud olukorraga, kus õde peab arvestama eetiliste põhimõtetega, sest lapsevanemad keelduvad lapse immuniseerimisest (Fernbach, 2011). Selles olukorras tunneb õde sisemist konflikti, kuna soovib

tagada patsiendile parimat tervishoiuteenust lähtudes enda professionaalsetest kohustustest, kuid samas peab arvestama ka patsiendi pereliikme autonoomsusega ning seega seisab õde silmitsi olukorraga, mis nõuab õelt vastandlikke ja kokkusobimatuid tegevussuundi (Copeland ja Arnold, 2021; Gianetta jt, 2021) ning tekitab ões pettumust ja jõuetuse tunnet (Laabs, 2005). Siiski leiab aset ka olukordi, kus tervishoiutöötajad lähtuvad empaatiast ning soovist säilitada patsiendiga hea suhe viivad toime ka enda kutsekohustustele mitte sobivaid toiminguid. Seega on eetilise konflikti esilekerkimine tõenäoline, kuna patsientide soovide arvestamine ei pruugi kokku käia õe professionaalsete väärtustega (Hansson ja Fröding, 2020; Nora jt, 2015).

2004. aastal läbi viidud uurimistöös leiti, et pereõed kogeivad patsiendi privaatsuse tagamise juures eetilist probleemi, kuna neil on ligipääs patsiendi ja nende lähedaste privaatsele teabele. Samuti toodi välja hoolimatust, kui õed jätsid järelevalveta patsiente puudutavaid faile arvutites või rääkisid avalikus ruumis privaatsetest asjaoludest, mis puudutasid patsiente. Seejuures tunnevad õed sisemist konflikti, et nad ei suuda alati tagada patsiendi õiguste kaitset ning eneseväärikust. (Deshefy-Longhi jt, 2004; Nora jt, 2015.)

2.2.3. Eetilised konfliktid tervishoiusüsteemist tulenevalt

Nora jt (2015) kirjanduse ülevaade näitab, et tegevused, mis on suunatud professionaalsete tööprotsesside loomisele, ei suuda lahendada esmatasandi eetilisi probleeme. Seetõttu on vajalik tervishoiuteenuste ja süsteemide loomisprotsesse ümber korraldada. Paljud Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni riigid viivad ellu reforme õdede õiguste laiendamiseks. Neid reforme ajendavad paljud tõuketegurid, sealhulgas suuremad ja mitmekesisemad patsientide vajadused, tehnoloogiline areng, teenuseosutajate nappus või teenuse ebavõrdne jaotumus piirkonniti. Seetõttu on õdede rolli edendamise reformide eesmärk parandada juurdepääsu esmatasandi arstiabile, täita hoolduslüngad, vähendada kulusid ja/või jagada kliinilisi ülesandeid ja vastutust meeskondade sees ümber. (Maier jt, 2017.) Kompetentside ja vastutuse suurendamine võib parandada õdede töörahulolu ning stimuleerida nende motivatsiooni kvaliteetse teenuse pakkumiseks (Karimi-Shahanjarini jt, 2019). Vaatamata reformide elluviimisele esinevad esmatasandis eetilised konfliktid (Ferreira jt, 2018; Kraus ja DuBois 2016; Nora jt, 2015; Poghosyan jt, 2013).

Õenduses põhinevad eetilised kaalutlused õdede kohustusel austada iga indiviidi väärikust ning terviklikkust, seega on otsustusprotsessid keerukamad. Arvukad juhised ja standardsed raviskeemid jätavad õdedele igapäevases praktikas moraalseid ja eetilisi väljakutseid. Standardiseerimine on pärssinud õdede professionaalset otsuseid ja takistanud nende suutlikkust

pakkuda neile sobivaimat hooldust, sundides neid tegema kompromisse oma põhilistes professionaalsetes õendusväärtustes. Vastuolulised väärtused tingivad eetiliste dilemmade tekke ning seeläbi võivad õed kokku puutuda moraalse düstressiga. Moraalne düstress tekib siis, kui õed ei suuda esile kerkinud probleemile lahendust leida. (Barlow jt, 2017; Haahr jt, 2019.)

Sellised tegurid nagu piiride puudumine vastutuse osas, ebapiisav suhtlemine juhtkonna ja spetsialistidega ning esmatasandi arstiabi raskuste ebapiisav teadvustamine, tekitab esmatasandi personali seas alahinnatuse tunnet (Agarwal jt, 2020). Õed toovad näiteid, kus nad on sunnitud rikkuma reegleid ja eeskirju, kuna mitmetel juhtudel on vastuolu määruse ja õe eetilise tõekspidamise vahel (Kälvemark jt, 2004; Usberg jt, 2020). Seda toetavad ka Kraus ja DuBois (2016) enda uurimistöö tulemustega, et esmatasandi õed näevad iseseisva hoolduse takistusena meelevaldseid ja koormavaid seadusi. Paljud praktikapiirangud ei tundu õdede jaoks mõistlikud ega optimeeritud nende suutlikkusega pakkuda kvaliteetset teenust. Seda toetab ka Brasiilias läbi viidud uurimistöö, kus leiti, et Tervishoiuministeriumi protokollid ei vasta alati õendustöötajate vajadustele, kuna need ei kirjelda õigesti õdede ülesandeid rakendatavates raamistikutes (Ferreira jt, 2018).

Eestis reguleerib pereõdede tööd peale mitmete seaduste ja määruste ka "Pereõdede tegevusjuhend", mis sai esialgselt loodud 2008. aastal ning uuendatud 2021. aastal. Juhend keskendub pereõdede põhiliste tegevusvaldkondade kirjeldamisele alates ägedate haiguste käsitlemisest, lõpetades krooniliste haigete käsitlemisega. Seadusest tulenevaid piiranguid puudutavad valdkonnad pereõdede tegevusjuhendis hõlmavad kroonilise haige nõustamist ning tervisetõendite väljastamist. Tegevusjuhendi kohaselt on tervisetõendi väljastamisele eelnev terviseseisundi ülevaatus suur osa pereõde tööst. Seejuures peab pereõde teadma tervisetõendite väljastamise korda ning olema kursis kehtivate seadustega ning vastunäidustustega. Tervisetõendi väljastamine ning kinnitamine toimub koostöös perearstiga. (Eesti Õdede Liit jt, 2021.) Kehtiva Nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seaduse (2023) § 13 lg 4, Mootorsõidukijuhi ja mootorsõiduki... (2020) §7 lg 1 ja Soetamisloa ja relvaloa... (2015) §3 määruse sõnastusest lähtuvalt teeb tervisekontrolli ning väljastab tervisetõendi perearst, kaasates vajadusel teisi eriarste.

Pereõdede ja arstide koostööle on viidanud ka välismaa uurimistööd, kus kirjeldatakse, et pereõdede järelevalve eest on vastutavad arstid määruste kohaselt, kuid vaatamata sellele toovad pereõded välja, et see ei taga ega parandada pakutava ravi kvaliteeti ning mõnikord jääb arsti poolne ülevaatus liiga väheseks või üldse puudulikuks. Samuti toovad välja, et patsiendihooldust

puudutavad otsused on õdede poolt tehtavad, kuid kuna kinnitus peab tulema arsti poolt, siis tihti peale jäävad toimingud venima (Poghosyan jt, 2013). Sellest tulenevalt võtavad õed endale sarnaseid kohustusi arstidega esmatasandi tervishoiuteenuse osutamisel, aga lahkkelid kutsestandardite ja bürokraatlike nõuete vahel takistavad kvaliteetse patsiendihoolduse pakkumist ning seega konkureerivad vastuolulised asjaolud, mis on eetiliste dilemmade tekke põhjusteks (Gágyor jt, 2019; Poghosyan jt, 2013). Tulemuseks on õdede professionaalse identiteedi määratlemise takistused - nähtus, mida võib täheldada kõigis tervishoiuvaldkondades. Mitte enda pädevusse kuuluvate kohustuste üle võtmine moonutab õdede ametialast identiteeti (Fernandes jt, 2018). Õdede pädevuste ümberhindamisele on viidatud Poghosyan jt (2013) läbi viidud uurimistöös, kus toodi välja, et pereõdede professionaalsuse suurendamine soodustab suuremat koostööd patsientidega ning patsientide teadlikkust. Lisaks sellele avalikkusele suunatud teadlikkus aitab tugevdada erialase identiteedi edendamist.

Praegusel hetkel kehtivate nõuete kohaselt saavad Eestis osalise retseptiõiguse õed, kes on läbinud Tartu Ülikooli kliinilise farmakoloogia koolituse või, kes on alates 2019/20. aastast lõpetanud Tallinna või Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis terviseteaduse magistriõppe. Ravimseaduse määruse: "Ravimite väljakirjutamine ja apteekidest väljastamine ning retsepti vorm" (2024) § 2 lg 3.2 sõnastusest tulenevalt võivad pereõed välja kirjutada (v.a esmane retsept), kroonilistele haigetele mõeldud ravimeid, hormonaalseid rasestumisvastaseid ravimeid, kilpnäärme hormoone ning imikute toitesegusid. Esmaseid retsepte võivad pereõed väljastada sellistele ravimitele nagu nitrofurantoiin (ägeda tsüstiidi raviks) ja naloksoon (opioidide üleannustamise esmaabiks). Määruse kohaselt peab pereõde perearstiga konsulteerima ning konsultatsiooni dokumenteerima kõige harvem üks kord korduvretsepti realiseerimise perioodi jooksul, mille käigus hinnatakse ravi jätkamise või muutmise vajadust (Ravimite väljakirjutamine ja..., 2024).

Pereõdede retseptiõiguse laiendamise suhtes on viimastel aastatel olnud kriitilised. Lilli Gross avaldas 2018. aastal artikli, kus tutvustas enda poolt läbi viidud küsitluse tulemusi, milles uuris pereõdede ettepanekuid retseptiõiguse laiendamise suhtes. Pereõded tõid välja, et õiguste laiendamine väärrib kaalumist, kuna pereõdede igapäevane vastutuspiir on laienenud ning esmaste retseptide väljastamise ning ravimireklaami õigusaktide kaasajastamine on vajalik. (Gross, 2018.) Selle vastuseks pöördusid aasta hiljem Tartu Ülikooli meditsiiniteaduste valdkond ja Eesti Arstide Liit sotsiaalministrite poole ning tõid välja, et praegune õdede ettevalmistus pole piisav ning vajalik on õdede vastutuse piiritlemine, kuna retseptiõiguste laiendamine võib ohustada patsientide turvalisust ja arstiabi kvaliteeti. Samuti toovad nad välja, et õdede retseptiõiguse laiendamisel ei

ole olulist mõju ravijärjekordadele ning arstide tööd on vaja vähendada lisakohustuste arvelt, mis ei vaja arsti pädevust. (Tartu Ülikool, 2019.)

Seega võivad esile kerkida varem kirjeldatud olukorrad, kus õed võtavad üle mitte enda pädevusse kuuluvaid ülesandeid ning lähtudes enda professionaalsest kohustusest tagada kvaliteetset teenust rikuvad enda ametialasi õigusi ning puutuvad kokku eetilise dilemmadega. Olukordades, kus nad ei saa käituda vastavalt enda tõekspidamistele on oht kogeda eetilist düstressi ning sellega kaasnevat negatiivsete tunnete seisundit. (Fernandes jt, 2018; Kraus ja DuBois, 2016; Kälvemark jt, 2004; Usberg jt, 2020.) Seega, pereõdede töö Eestis on hoolikalt reguleeritud mitmete seaduste ja määrustega, ent erinevad vastutusala ja koostöö nõuded arstidega võivad tekitada segadust professionaalses identiteedis ning tõstatada eetilisi konflikte.

2.2.4. Organisatsiooni kultuuri ja teenuse korraldamisega seotud eetilised konfliktid

Barth jt (2018) uurimistöö tulemused näitasid, et esmatasandi tervishoius peetakse struktuurseid ja organisatsioonilisi tõrkeid tavapäraseks, kuid kuna need on väljaspool piire või juhitavust, siis on neid raske tuvastada. Olemasolevatel konfliktidel juhtkonnaga ja valitsuse poliitikal ja normidel on tugev seos ning need on loodud toetama ja tagama teenuse pakkumiseks vajalikud tingimused, kuid õed toovad välja just nendest tegurites esile kerkivaid probleeme. (Barth jt, 2018.) Organisatsiooni poolne kaasamine ja arendamine võib mõjutada pereõdede vastutusalasid ning toetada neid otsuste langetamisel (Poghosyan jt, 2013). Organisatsioonilised eetilised väljakutsed esinevad olukordades, kus õed ei saa korralikult tööd teostada ning on seotud näiteks personali, teadmiste ja pädevuste puudumisega. See toob peale töö kvaliteedi halvenemisele ka olukordi, kus õed on sunnitud tegema tahtmatuid vigu ja ebaseaduslikke toiminguid patsientide suhtes. Selliste tingimustega kokkupuutel on moraalse düstressi ilmnemine vältimatu, kuna õe kohustuseks on tagada kvaliteetne teenus (Lillemoen ja Pedersen, 2012.)

Eetilised konfliktid juhtkonnaga olid seotud füüsilise ja organisatsioonilise struktuuri ning inimressurssidega. Kõige sagedasemad kaebused olid ebakindlate tingimuste kõrval nii toetuse puudumine eetiliste dilemmade arutamiseks ja lahendamiseks kui ka juhtkonna läbipaistvus töötajatega seotud probleemide lahendamisel. (Dourado jt, 2020.) Moraalse düstressi ilmnemise teguriks peeti juhtkonna ebarealistlike piirangute seadmist (patsiendi käsitluse ajaline piiramine, et teenindada rohkem inimesi), mis takistasid pereõdesid pakkumast võimalust rahuldada patsiendi vajadusi (Laabs, 2005). Sellest tulenevalt võivad patsiendid avaldada lugupidamatust tervishoiutöötajate suhtes, mis on tingitud rahulolematusest pakutava teenusega või raskustest

teenuse saamisel (Simas, 2016). Pereõdede suutmatus olukorda parandada võib ões tekitada moraalset pahameelt, kus ta peab jääma olukorras pealtvaataja rolli ning tundma sisimas abitust (Wilkinson, 1988).

Õed teatasid ka raskustest patsientide privaatsuse säilitamisel, mis on tingitud tervishoiu üksuste töökorralduslikest puudujääkidest (Dourado jt, 2020). Puudujäägid töötingimustes mõjutavad negatiivselt ka õendustöötajate tervist. Töö ülekoormus kujutab endas kui moraalse düstressi mõjutavat tegurit. Sellega on seotud ka sellised tegurid nagu: suur nõudlus, rahulolematuse palkadega, ülemäärased töötunnid, inimressursipuudus ning ülemäärane haldustegevus. (Barth jt, 2018.) Hoolimata kasvavatest nõudmistest asjakohaste eetiliste juhiste järel, puuduvad tervishoiuorganisatsioonil sageli juhiste standardpõhimõtted, samuti süstemaatiline eetikaalane koolitus ja eetilise toe struktuurid oma töötajatele, kes peavad otsuseid ellu viima (Kälvemark jt, 2004).

2.2.5 Eetilised konfliktid suhetes meeskonnaliikmetega

Uurimistulemused näitavad, et administraatoritel, arstidel, teistel esmatasandis töötavatel spetsialistidel ja patsientidel ei ole selget arusaama pereõdede rollidest ja pädevustest, mis on üheks pereõde töö takistuseks (Laabs, 2005; Poghosyan jt, 2013). Esmatasandi tervishoiuteenuse kvaliteetseks osutamiseks on vaja teha tihedat koostööd erinevate erialade esindajatega. Seetõttu võivad meeskonnasisesed konfliktid esile kerkida olukorras, kus meeskonnas töötavad inimesed ei mõista üksteise rolle ning vastutusalasid. (Brown jt, 2011; Larsman jt, 2024; Simas jt, 2016.) Mõnikord põhjustas ühiste eesmärkide ja pühendumuse puudumine arusaamatusi ja võimalikku ärakasutamist meeskonnatöös (Rogers, 2004). Professionaalsete suhete osas oli kõige levinum probleem meeskonnaliikmete lugupidamatus, mis näitab spetsiifiliste teadmiste eiramist (Nora jt, 2015). Kõige sagedasemad eetilised probleemid on tingitud konfliktidest suhetes teiste spetsialistidega ning kõige häirivam probleem on ebapiisava erialase ettevalmistusega kolleegidega suhtlemine, mis ei lase õdedel oma tööd teha optimaalsetes tingimustes, tekitades sellega ebamugavust ja ahastust ning nende tunnete tundmine on moraalse düstressi ilminguks (Barlem jt, 2013; Nilsson jt, 2024; Schaefer ja Vieira, 2015).

Õed toovad olulise punktina välja arstide ja õdede vahelisi tihedaid suhteid, arsti poolset usaldust ning aktsepteerimist (Karimi-Shahanjarini jt, 2019). Erinevate erialade esindajate hierarhia mõjutab seda, kuidas professionaal saab rakendada omaenda professionaalset seisukohta. Mõnikord peab hierarhias allpool olev isik täitma ülemuse korraldusi omaenda veendumuste

vastaselt. Eetilise konflikti teke võib esile kerkida ka olukorras, kus õde pole otsustusprotsessi kaasatud, kuid toimingute teostamine jääb õe ülesandeks (Gaudine jt, 2011b) ning konflikti teke võib olla tingitud mitte ainult erinevatest moraalsetest arvamustest, vaid ka erinevustest teadmistes ja juurdepääsus erinevatele faktidele (Kälvemark jt, 2004).

Samuti väldivad pereõed arstiga diskussioone, kuna kardavad, et see võib mõjutada nende edasist koostööd ning seetõttu ei avalda nad patsiendi käsitlemist puudutavates olukordades arvamust (Gágyor jt, 2019). Hierarhilised suhted esmatasandis võivad viia moraalse düstressini, kuna õed võivad olla takistatud tegemast seda, mis nende professionaalsest vaatest tundub õige. Seetõttu peavad õed oluliseks isiklikku professionaalset arengut ning tõdevad, et arsti tööülesandeid täites tunnevad nad, et saavad sellega rohkem lugupidavust ning suudavad parandada patsientidele pakutava tervishoiuteenuse kvaliteeti. Arstide usaldus õdede oskuste vastu näis olevat mõjutatud sellest, kui kaua nad veetsid aega õdedega koos töötades ja kui tihedalt nad koostööd tegid. Kui õdede ja arstide vahel oli suurem koostöö, suhtusid nad üksteisesse tervishoiuteenuse osutajatena võrdsete partneritena. Arstid hindasid õdesid kõrgemalt, kui pidasid neid professionaalselt võrdväärseteks ning mitmed arstid märkisid, et õdede ravimite väljakirjutamise teadmised on arstide omadega võrdsed. (Karimi-Shahanjarini jt, 2019.)

2.3. Eetilise konflikti mõju ja konflikti lahendamiseks rakendatavad meetmed

Õdede töökoormus ja töö iseloom on esmatasandi tervishoius viimastel aastatel muutunud, mis on avaldanud negatiivset mõju õdede vaimsele tervisele (Wanat jt, 2021). Olukorras, kus õed viiakse oma mugavustsoonist välja ning sunnitakse neid käituma vastuolus isiklikele väärtustele, on õed takistatud pakkumast muudatustele suunatud iseseisvat käitumist (Idrees jt, 2018). Selliste tingimustega silmitsi seistes võivad õed kogeda kurbust, vastuolusid ja kannatusi, mis pikemas perspektiivis võib viia õdede vastupanuvõime ammendumiseni ja põhjustada nende rahulolematust töökohaga. Õed, kes jätkavad töötamist nendest tingimustest hoolimata, kogevad stressi ja läbipõlemist koos töötingimuste üle järele mõtlemisega (Borhani jt, 2014; Haahr jt, 2019; Maluwa, 2012), viha, vastikust, hirmu ja süütunnet (Idrees jt, 2018), tervise halvenemist, frustratsiooni, patsientidest distantseerumist (Larsman jt, 2023). Tavaline on näha organisatsioonilisi tagajärgi, nagu personali suurenenud voolavus, töölt puudumised ja lahkumisavaldused (Eizenberg jt, 2009). Kirjanduses on leida tõendeid, et konflikti kogemine ei pruugi olla alati negatiivne kogemus. Tuuakse välja, et inimese jaoks, kellel on kindlad teadmised ja pühendumine teha head, ei ole konfliktid ohtudeks, vaid soodustavad isiklikku kasvu. (Laabs, 2007.)

Õed püüavad lahendada eetilisi konflikte nii hoolimise kui ka õiglase suhtumise vaatenurgast. Kuulates hoolikalt patsienti ja näidates patsiendile enda mõistmist, näevad õed tekkivaid vastuolusid ette ning lahendavad neid ennetavalt. Reeglite ning normide selgitamine patsiendile on erapooletuks konflikti lahendamise meetodiks. Seega aitavad kehtestatud reeglid ning tõenduspõhised teadmised õel langetada eetilisi otsuseid. (Juujärvi jt, 2019.)

Lillemoen ja Pedersen (2012) leidsid enda uurimistöö tulemusena, et kolleegide vahelised arutelud on kõige levinum viis eetiliste väljakutsetega toimetulekuks. Esmatasandi valdkonnas uuritud arstid olid avaldanud soovi pidada kolleegidega ühiseid arutelusid stressi tekitavate olukordade üle. Nad tõid välja, et sellised sekkumised võimaldaksid neil õppida teistelt ja mitte tunda end moraalse raskuse kandmisel üksi. (Bourne ja Epstein, 2021.) Porr jt (2019) rõhutas kaastöötajate ja juhi toetuse tähtsust õdede abistamisel eetiliste konfliktide ja/või eetilise ebakindluse lahendamisel. Esmatasandi tervishoius töötavate spetsialistide peamiseks sooviks on tõhustatud suhtlus kõigil juhtimistasanditel ja kliiniku hierarhias. Konkreetselt sooviti läbipaistvat suhtlust, selgeid ootusi ja osalemist tagasiside andmisel, mis puudutab tavaid ja seadusi, mis mõjutavad praktikat ja patsiendihooldust. (Bourne ja Epstein, 2021.)

Uurimistööd toovad välja positiivseid ilminguid eetiliste koolituste läbi viimisel seminaride korraldamise ja eetiliste vestlusvoorude näol. Olenemata sellest, et tulemused ei pruugi olla suured, on koolituste mõju siiski hea. Need avavad võimaluse teemaga tegeleda, avardavad silmaringi ning soodustavad töötajatel ja organisatsioonidel positiivsete hoiakute teket. (Schaefer ja Vieira, 2015.) Läbiviidud uurimistöö tulemused näitavad, et tervishoiuorganisatsioonid peavad looma tingimused, mis vähendaksid eetiliste väärtuste konflikte õendustöötajate seas. Organisatsioonilisel tasemel olevate teguritega tegelemine, nagu näiteks ressursside nõuetekohane jaotus, aitaks toetada õdede võimet käsitleda ja lahendada eetiliste väärtuste konflikte. (Larsman jt, 2023.) Õdede kaasamine organisatsiooni kõigil tasanditel tehtavatesse otsustesse võib vähendada nende eetilisi konflikte, aidates neil mõista organisatsiooni tegevuse ja otsuste põhjuseid (Gaudine ja Thorne, 2012).

3. METOODIKA

3.1. Magistritöö teadusfilosoofilised lähtekohad

Eetilist konflikti vaadeldakse antud magistritöös läbi pereõdede kogemuste. Üldiselt tähendab "**kogemus**" (*experience*) nii vahetult tajutavaid sündmusi kui ka mälestusi sündmustest ja meeldejäävate sündmuste tõlgendamisel ning reflekteerimisel saadud tulemusi. Inimkogemus on ilmtingimata subjektiivne, kuna meie võime andmeid töödelda on piiratud. (Fagerholm ja Münch, 2012.) Eesmärgist tulenevalt on magistritöö empiiriline, kvalitatiivne ja kirjeldav uurimus. Kvalitatiivne meetod võimaldab mõista inimeste uskumuste, kogemuste, hoiakute ning käitumise suhet mittenumbriliste andmete kaudu. (Pathak jt, 2013.) Kirjeldavas kvalitatiivses uurimistöös, on uurija huvitatud sellest, kuidas osalejad mingit olukorda või nähtust mõtestavad ning uurija saab laiendada oma arusaama läbi kohese reageerimise ja kohanemisvõime ning kogemuste kirjeldamise ja tõlgendamise kaudu saab arusaamist nähtusest süvendada (Gray ja Grove, 2020; Merriam, 2002).

Nähtust vaadeldi läbi fenomenoloogilise teadusfilosoofia raamistiku. Fenomenoloogilise uurimistöö eesmärk on mõista inimkogemust indiviidi vaatenurgast (Knaack, 1984). Kirjeldav fenomenoloogia keskendub kogemuste olemuse mõistmisele ja sobib kõige paremini olukordadesse, mis vajavad elatud nähtuse kirjeldamist. Andmeanalüüs hõlmab oluliste tähenduselementide tuvastamist nagu: mida kogeti, kuidas seda kogeti ja kogemuse "olemuse" kirjeldust. (Renjith jt, 2021).

3.2. Uuritavad ja nende värbamine

Uurimistöö sihtgrupiks olid pereõded, kellel on eetilise konflikti kogemus professionaalses töös ning kes:

- omavad kehtivat töösuhet pereõena;
- on võimelised oma kogemusi intervjuul jagama eesti keeles;
- soovivad vabatahtlikult oma kogemusi jagada.

Osalejaid värvati läbi Eesti Õdede Liidu terviseõenduse seltsingu, Eesti Pereõdede Ühingu ja Eesti Tervishoiutöötajate Kutseliidu, et tagada uurimistöös osalemiseks õdedele võimalikult laialdane ligipääs. Uuritavate värbamisele eelnes uurimistöö kooskõlastuse sõlmimine Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteega, protokoll nr 376/T-3 (lisa 1). Peale eelneva kokkuleppe sõlmimist

saadeti organisatsioonidele 2023. a aprillis uurimistöös osalemise kutse (lisa 2) palvega edastada see organisatsiooni liikmetele siseveebi, e-posti teel. Seejärel oli uurimistöös osaleda soovijatel võimalik ühendust võtta uurijaga kutses esitatud kontaktide teel. Osalemisaktiivsuse suurendamiseks korraldati uurimistöö kutset 2023. a juunis ja septembris. Esimesele uurimistöö kutsele reageeris 4 uuritavat, teisele 3 ning kolmandale 4.

3.3. Andmete kogumise protsess

Andmete kogumine toimus vahemikus 30.05-25.09.2023. Uurimistöö andmeid koguti poolstruktureeritud intervjuu teel, mis võimaldas uurijal olla intervjuu ajal paindlik ning uurida intervjuu käigus nähtuse kohta esile kerkivaid asjakohaseid ideid, mis aitasid parandada uuritava nähtuse arusaamist. (Adeoye-Olatunde ja Olenik, 2021). Poolstruktureeritud intervjuu on kvalitatiivsete intervjuude enimkasutatav meetod, kus küsimuste esitamise järjekord ei ole oluline (Gray ja Grove, 2020). Intervjuu toimus eelnevalt ette valmistatud intervjuu kava toel. Intervjuu kava (lisa 3) koostati toetudes varasematele uurimistöödele (Gaudine jt, 2011a; Gágyor jt, 2019; Usberg, 2020) ning magistr töö eesmärgist lähtuvalt. Intervjuu kava testimiseks viidi läbi kolm prooviintervjuud nõusoleku andnud pereõdedega, kes olid peale kutse saamist nõus uurimistöös osalema. Prooviintervjuu käigus hinnati küsimuste arusaadavust ja sobivust uuringuandmete kogumiseks ning intervjuule kuluvat aega. Prooviintervjuu käigus hindas uurija ka enda intervjuueerimise sooritust. Peale prooviintervjuu toimumist intervjuu kava ei muudetud ning saadud andmestik kaasati analüüsitava materjali hulka.

Kõik intervjuud viidi läbi individuaalvestlusena privaatsetl, uuritavale sobivas kohas ja ajal. Intervjuule kuluvaks ajaks oli planeeritud maksimaalselt 45 min. Uuritavatele oli pakutud nii kontaktvestlus kui ka veebiintervjuu võimalust. Kõik uuritavad eelistasid veebiintervjuu võimalust Zoomi keskkonnas. Päev enne intervjuu toimumist saadeti uuritavatele Zoomi link ning uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm. Enne intervjuu algust juhatas uurija intervjuu sisse sissejuhatava vestlusega, kus tutvustas ennast ning selgitas uurimisprobleemi, eesmärgi ja andmete kogumise ja- töötlemise põhimõtteid. Lisaks sellele tutvustati uuesti uurimistöö osalemise tingimusi ja uurimistööst keeldumise võimalusi ning anonüümsuse ja konfidentsiaalsuse põhimõtteid. Uuritavad olid teadlikud enne intervjuu algust uurimistöö orienteeruvast ajakavast, et mõista uurimistöö valmimisaega. Kui uuritav oli kõikide uurimistöö puudutavate punktide osas teadlik ning mõistis nende olemust, palus uurimistöö läbiviija uuritaval allkirjastada digitaalselt informeeritud nõusoleku vormi, edastades see kutses märgitud meili teel.

Intervjuud alustati alati ühe ja sama küsimusega, kus uuritaval paluti selgitada, kuidas ta mõistab eetilise konflikti mõiste olemust ning seejärel liiguti teiste küsimustega edasi, valides küsimusi vastavalt uuritava öeldule. Selleks, et veenduda, et uuritav on küsimust õigesti mõistnud, kasutas intervjuerija uuritava sõnade peegeldamist ning vajadusel küsimuse ümbersõnastamist. Täpsustavate küsimustega: "palun rääkige lähemalt", "palun täpsustage", soovis uurija saada rohkem infot uuritava nähtuse kohta, mis saaks lisada uuritavale nähtusele väärtust. Intervjuude kestus sõltus intervjueritavate võimalustest ning jagatavate kogemuste hulgast. Intervjuude keskmine pikkus oli 32 minutit. Kõige lühem intervjuu kestis 22 minutit ning kõige pikem 56 minutit. Intervjuud lõpetati siis, kui täiendava küsimuse juures ei olnud uuritaval midagi lisada. Intervjuu lõpus seletati uuesti üle, mis saadud andmestikuga tehakse ning, kuidas on hiljem valminud uurimistöö tulemustega võimalik tutvuda. Kõik intervjuud salvestati helisalvestina kahele diktofonile. Jälgides uuritavate isikuautonoomiat oli uuritavatel võimalus intervjuust loobuda andes sellest märku intervjuu ajal või vahetult enne intervjuu lõppu, kuid ükski uuritav seda võimalust ei kasutanud. Lisaks sellele oli uuritavatele jäetud võimalus võtta uurijaga ühendust peale intervjuu toimumist juhul, kui uuritava nähtuse kohta oli veel midagi lisada ning seni, kuni andmed ei ole veel transkribeeritud. Üks uuritav kasutas võimalust uuesti ühendust võtta järgmisel päeval peale intervjuu toimumist, kuna meenus eetilist konflikti puudutav olukord. Selleks hetkeks ei olnud helifail transkribeeritud ning meili teel edastatud olukorra kirjeldus lisati transkribeerimisel andmestiku hulka.

Kõik intervjuu lindistused transkribeeriti esimesel võimalusel peale intervjuu toimumist tekstifailiks Wordi programmi. Andmete kogumaht oli 40 lehekülge fondiga Times New Roman, suurus 12 ja reavahe 1,5, rööpjoondusega. Kõiki lindistusi kuulas uurija korduvalt kõrvaklappidega ning eemaldas intervjuudest pikemad mõttepausid, parasiitsõnad ning suured teemast mööda kaldumised, mis ei lisanud andmestikule väärtust. Lisaks sellele eemaldati teiste isikute või täpsete olukordade tuvastamist võimaldavad ühikud. Andmeid kodeeriti tagasikodeerimist mittevõimaldavalt. Salvestised tähistati järjekorranumbriga intervjuu tegemise ajal ning täistekst tähistati transkribeerimise käigus, misjärel helifail hävitati. Saadud teksti eraldas uurija eraldi tekstilõikudeks mõttetervikute alusel selleks, et analüüsimise protsess oleks lihtsam. Intervjuude salvestistele ning täistekstidele oli juurdepääs ainult uurijal.

Andmete kogumisel ja transkribeerimisel luges uurija saadud andmestiku korduvalt üle, et jälgida kogutud info sisu ning saada aimu võimalikust andmete küllastumisest ning kõikehõlmavusest. Andmete küllasus annab aimu, et uurija on saanud kogu võimaliku informatsiooni huvipakkuva nähtuse kohta ning uurimine küllastub, kui nähtus muutub tugevamaks, ilmsemaks,

järjekindlamaks, sidusamaks ja küpsemaks (Morse, 2015; Renjith jt, 2021). Esimese uurimistöö kutse järgselt läbi viidud intervjuudega ei saavutatud andmete küllastumist ning andmete kogumist jätkati korduva kutse järgselt. Andmebaas küllastus 6 intervjuu käigus, kus täiendavaid teadmisi ei lisandunud. Selle järgselt oli vajalik saavutada andmete kõikehõlmavus ning sügavus, mis kinnitaks andmestiku tugevust ning küpsust analüüsiks. Peale andmete küllastumist viidi läbi veel 5 intervjuud vastavalt soovijate hulgale, jälgides sellega uuritavate võrdse kohtlemise printsiipe ning lugupidamist uuritavate vastu.

3.4. Andmete analüüs

Andmeid analüüsiti kvalitatiivselt, induktiivse sisuanalüüsi meetodil, mis hõlmab endas andmete korrastamist, avatud kodeerimist, kategooriate loomist ja abstraktsiooni. Induktiivse lähenemisviisi eesmärgiks on võimaldada uurimistulemustel esile kerkida algandmetele omasetest teemadest, mis tulenevad esinemissagedusest või domineerimisest ilma struktureeritud meetoodika tulenevate piiranguteta. (Thomas, 2006.) Meetod toetab andmete kogumist juhul, kui olemasolevad teadmised nähtuse kohta ei ole piisavad (Elo ja Kyngäs, 2008), mis toetab antud uurimistöö tegemist, mille puhul Eestis saadud tulemused ei ole üldistatavad.

Intervjuude tekste luges uurija korduvalt üle, leides nende seest tekstilõike, märksõnu ja väljendeid, mis uurija arvates kirjeldasid eetilise konflikti kogemuse erinevaid komponente. Andmete analüüsimisel tuvastas uurija nähtust kirjeldavad mõttetervikud ning markeeris need osad värvidega. Kõik värviliselt markeeritud osad koondas uurija edasiseks analüüsiks, mille käigus tuvastatud tekstilõigud kondenseeris. Seejärel loodi kondenseeritud osadest lihtsustatud tekstiosad, millest omakorda moodustusid substantiivsed koodid. Substantiivsed koodid olid tähistatud mitme sõnaliste ühikutena, mis andsid lühidalt edasi mõtteterviku sisu. Sarnaste substantiivsete koodide grupeerimisel tekkisid temaatilised alakategooriad ja alakategooriate grupeerimisel ülakategooriad.

Tabel 1. Andmete organiseerimise näide

Tähendusühik	Kondenseeritud tähendusühik	Substantiivne kood	Alakategooria	Ülakategooria
"Vahel ajab see närvi, et ma olen mingi sekretär arstile, et ta muudkui ütleb, et tee seda ja tee toda /--/."	Ärritab, et peab olema arsti jaoks sekretär	Õed peavad olema sekretärid arsti jaoks	Erinevate rollidega seotud konflikt	Meeskonnatöö ja kolleegisuhetega seotud eetilised konfliktid

(järgneb)

"... kus ma teen tegelikult õena ma teen üksinda ka arsti tööd..."	Õena teen üksinda ka arsti tööd	Õed peavad tegema arsti tööülesandeid		
"... Ma olen tegelikult terve aeg seadusi rikkunud tehes arsti tööd riigi selja taga.	Olen rikkunud seadust tehes arsti tööd			

3.5. Uurimistöö usaldusväärsus

Uurimistöö metoodika valikul lähtus uurija püstitatud eesmärgist. Tõeste andmete kogumiseks koostati intervjuu kava, kus küsimused olid uurimistöö kontekstile asjakohased ning aitasid kaasa andmekogumise protsessile. Intervjuu kava koostamisel toetus uurija varasematele uurimistöödele. Uurimistöö eesmärgist lähtuvalt olid uuritavatele seatud kaasamiskriteeriumid, mis võimaldasid asjakohase ja tõese info kogumist. Andmestiku sügavuse ning osalemisaktiivsuse suurendamiseks jagas uurija korduvkutseid.

Uurimistöö andmestikku kontrolliti süstemaatiliselt, säilitades fookus ning jälgiti andmete sobivust ning kontseptuaalset tõlgendustööd magistr töö juhendajate abiga. Kontrollimisstrateegia võimaldas uurijal kindlaks teha, kas uurimisprotsess vajab muutmist või mitte. Saadud substantiivsed koodid on mitmeid kordi ümbersõnastatud, et tagada nende tähenduse sügavus ning usaldusväärne analüüs. Uurimistöö läbiviija kirjeldab andmete omavaheliste seoste loomist ning andmete grupeerimist. Uurimistöö korratavuse tagamiseks kirjeldatakse läbipaistvalt uurimistöö tegemise protsessi. Uurimistöö tulemused kirjeldavad kategooriate sisu ja tähendust. Uurija pidas kinni analüüsi käigus metoodikast ning kirjeldas saadud tulemusi objektiivselt vältides isiklike eeldusi ja eelarvamusi.

Selleks, et intervjuu tulemusena oleksid andmed hästi analüüsitavad jälgis uurija, et uuritavad oleksid eetilist konflikti enda professionaalses töös kogenud. Seda tagati uuritavate värbamise käigus osalemise kriteeriumite kaudu ning suunavate küsimuste ja peegeldamise võtetega intervjuu käigus. Autor toetub teaduspõhisele kirjandusele ja viitab sellele vastavalt nõuetele terve töö käigus. Uuritavate öeldut tsiteeriti autentsete tsitaatidena ning intervjueritavad on tulemustes märgitud numbriliselt, et näidata tulemuste läbipaistvust. Uuritavatele tagati privaatne ja turvaline keskkond selleks, et nad saaksid avatumalt rääkida enda kogemustest. Selleks, et tagada uuritava nähtuse võimalikult laiahaardelist kajastamist, kaasati uurimistöösse õdesid üle Eesti.

4. TULEMUSED

Uurimistöös osales kokku 11 pereõde. Intervjuude analüüsi tulemusena moodustus õdede eetilise konfliktide kogemustest 28 alakategooriat, mis omakorda jagunesid seitsmesse pereõdede eetilise konfliktide kogemusi kirjeldavatesse ülakategooriasse: 1) pereõdede arusaamad eetilisest konfliktist, 2) pereõdede eetilised konfliktid suhtes patsiendi ja tema pereliikmetega, 3) tervishoiusüsteemi toimimisega seotud eetilised konfliktid, 4) organisatsiooniga seotud eetilised konfliktid, 5) meeskonnatöö ja kolleegisuhetega seotud eetilised konfliktid, 6) konfliktide lahendamiseks kasutatavad viisid, 7) eetilise konfliktide mõju pereõdedele (Tabel 2).

Tabel 2. Pereõdede eetilise konfliktide kogemusi iseloomustavad ala- ja ülakategooriad

Alakategooriad	Ülakategooriad
Vastuolu tervishoiuteenuse osutamisel kohtuvate inimeste väärtuste vahel Reeglite või käitumistavade rikkumine Sisemine konflikt "õige" ja "vale" valiku tegemisel	Pereõdede arusaamad eetilisest konfliktist
Professionaalsete teadmiste puudujääk Patsiendi pahameel töökorralduse suhtes Patsientide negatiivsed hoiakud õdede suhtes Patsiendi lugupidamatu käitumine õe suhtes Eeskostetavat puudutava ravi ja haiguste ennetusega seotud probleemid Lapsevanematega koostöö loomisega seotud konfliktid	Pereõdede eetilised konfliktid suhtes patsiendi ja tema pereliikmetega
Puudujäägid tervishoiuteenuste korraldamisega seotud regulatsioonides Nõrk koostöö tervishoiusüsteemi ja teenuseosutajate vahel Pereõdede töö takistused seoses piiratud õigustega	Tervishoiusüsteemi toimimisega seotud eetilised konfliktid
Ressurssidega seotud takistused Töökorralduslike raskuste ja piirangute takistused Konfliktid juhtkonnaga Patsiendi konfidentsiaalsuse ja privaatsuse tagamisega seotud probleemid	Organisatsiooniga seotud eetilised konfliktid
Kolleegide vahelised suhtlusprobleemid töökohal Arsti ebaprofessionaalne käitumine Erinevate rollidega seotud konflikt Erimeelsused patsiendi käsitlemisel arsti ja õe vahel	Meeskonnatöö ja kolleegisuhetega seotud eetilised konfliktid
Mittereageerimine konfliktile Patsiendist lähtumine olukorra lahendamiseks Hea suhtlemistava jälgimine patsiendiga Olukorra lahendamine kõrvalise abiga Konfliktide lahendamine õigustest ja piiridest lähtuvalt	Konfliktide lahendamiseks kasutatavad viisid
Vahetu reaktsioon kogetud konfliktile Pikemaajalisem reaktsioon kogetud konfliktile Mõju enesearengule	Eetilise konfliktide mõju pereõdedele

4.2. Pereõdede arusaamad eetilise konfliktist

Pereõdede arusaamad eetilise konfliktist grupeerusid kolme alakategooriasse: 1) vastuolu tervishoiuteenuse osutamisel kohtuvate inimeste väärtuste vahel, 2) reeglite või käitumistavade rikkumine, 3) sisemine konflikt "õige" ja "vale" valiku vahel (Tabel 3).

Tabel 3. Eetilise konflikti arusaamu koondavad substantiivsed koodid ja alakategooriad

Substantiivsed koodid	Alakategooria
Põhimõtete ja tõekspidamiste vastuolu patsiendi omadega Otsuste ja valikute tegemine, mis ei ühti osapoolte arusaamadega	Vastuolu tervishoiuteenuse osutamisel kohtuvate inimeste väärtuste vahel
Heade käitumistavade rikkumine inimeste vahelises suhtluses Ebaprofessionaalne käitumine patsiendiga Kutse-eesitika rikkumine olude sunnil	Reeglite või käitumistavade rikkumine
Konfliktis olemine tekitab tunde, et see pole kohane Iseseisev olukordade lahendamine väljaspool pädevuse piire ei tundu õige Olukord, kus ei saa vaielda enda otsuse sobivuse üle Olukord, kus näed, et peab käituma teisiti, kuid sekkuda ei saa Piiratud õigused tekitavad seaduse rikkumise tunnet	Sisemine konflikt "õige" ja "vale" valiku tegemisel

Vastuolu tervishoiuteenuse osutamisel kohtuvate inimeste väärtuste vahel kirjeldasid pereõded kui olukorda, kus suhtluses patsiendiga tekib neil olukord, kus põrkuvad nende arusaamad ja väärtused. Olukorrad võivad esile kerkida tavapärase suhtluse käigus või olukorras, mis puudutab näiteks haiguste ennetust või ravi. Need konfliktid võivad tuleneda pereõde ja patsiendi erinevatest isiklikest või professionaalsetest põhimõtetest ning võivad mõjutada hoolduse kvaliteeti ja nõustamist. Lisaks võivad konfliktid tekkida ka suhtluses kolleegidega.

"Minu tööst ja minu ja patsiendi suhtest lähtuvalt on see minu põhimõtete ja tõekspidamiste vastuolu patsiendi omadega ja vastavalt selle, ka see puudutab ennetust või ravi, on see meie põhimõtete põrkumine..." (5)

"Kui sul õena tekib mingisugune konflikt nendes samades arusaamades ja väärtuste erinevustes, sest õena sa oled patsiendist erinev isik. Sa võid õde olla, aga te olete erinevad inimesed..." (8)

"Eetiline konflikt võib tekkida siis, kui tuleb langetada otsuseid, tuleb valida ja nii-öelda valikut eeldatavad vastused ei pruugi mõlemale poolele olla üheväärselt arusaadavad. /---/ teemadega nagu näiteks vaksineerimine, toitumine, kollegiaalne suhtumine omavahel, ravi puudutavad soovitusel, mis võib-olla puudutavad ka ravimite võtmist. "(2)

Reeglite või käitumistavade rikkumist tundsid pereõed siis, kui tegemist oli osapoolte vahelise suhtlemisega, mille käigus ületati mingeid piire või norme. Suhtlus võis toimuda nii õe ja patsiendi vahel kui ka pereõe ja tema kolleegi vahel. Samuti oli kutse-eesitika normide rikkumine esindatud ka näiteks olukorras, kus õde jagab mitte tõenduspõhist infot patsiendile, rikkudes sellega enda professionaalsust.

" Meilt oodatakse teatud käitumist ja teatud tegevusi, aga vahest see kuidagi ei sobitu pilti ja siis sa natukene muudad oma tegutsemist või käitumist, et saada patsiendiga ühist keelt ja tegelikult on see kutse-eesitika normidega konfliktis." (9)

"Headest käitumistavadeist mitte kinnipidamine nii patsiendi suhtes kui ka kolleegidega või siis arstide suhtes /---/."(4)

"Eetiline konflikt on see, kus kaks osapoolt lähevad üle oma piiri, vastastikusel suhtlemisel /---/."(1)

Sisemine konflikt "õige" ja "vale" valiku tegemisel oli eelkõige seotud olukorraga, kus pereõed kahtlevad enda otsuses või teo õigsuses. Pereõed tundsid sisemiselt vastuolu olukordades, kus nad ei olnud ise osalised, kuid olenemata sellest olid nad sellest olukorrast mõjutatud. Samuti esines sisemine konflikt ka juhul, kui pereõde teab õiget käitumisviisi, kuid olukorda sekkuda ning mõjutada ei saa. Sisemist konflikti iseendaga kirjeldas õde olukorras, kus patsient on teinud elumuutva otsuse, kuid õde tunneb, et patsiendi otsus peaks olema rohkem kaalutletud.

"...Ütleme asjad, mis ma sisetunde järgi tunnen, et ei ole õige teha." (7)

"...kus ma näen kõrvalseisjana pigem, et kuidagi teistmoodi peaks käituma, /---/ aga kuhu ma sekkuda tegelikult ei saa." (10)

"Eriti nende laste puhul, kus on tunne, et see on ilmselge kodune vägivald või ära kasutamine. See paneb vaevama selles mõttes, et ega me keegi ei tea, kuidas õige oleks, et kui ma pöördun lastekaitsele, aga sellel ei olegi põhjust, aga kui ma ei pöördu, siis laps kannatab." (11)

4.3. Pereõdede eetilised konfliktid suhetes patsiendi ja tema pereliikmetega

Pereõdede eetilised konfliktid suhetes patsiendi ja tema pereliikmetega jagunesid kuude alakategooriasse: 1) professionaalsete teadmiste puudujääk, 2) patsiendi pahameel töökorralduse suhtes, 3) patsientide negatiivsed hoiakud õdede suhtes, 4) patsiendi lugupidamatu käitumine õe suhtes, 5) eeskostetavat puudutava ravi ja haiguste ennetusega seotud probleemid, 6) lapsevanematega koostöö loomisega seotud konfliktid (tabel 7).

Tabel 7. Pereõdede eetilisi konflikte suhetes patsiendi ja tema pereliikmetega koondavad substantiivsed koodid ja alakategooriad

Substantiivsed koodid	Alakategooria
Transsoolisuse alased vähesed teadmised Koolist saadud õendusalsed teadmised ei ühti reaalsusega Teadmatus, kuidas vägivalda märkamisega edasi käituda Teadmatus, kuidas käituda, kui laps ei soovi protseduuri teostada Teadmatus, kuidas käituda, kui patsient soovib midagi kinkida Teadmatus, millal kaasata lapsevanemat teismelise käsitlusse	Professionaalsete teadmiste puudujääk
Patsiendid survestavad õdede õigusi, kuna ei tea nende tegelikke töökohustusi Patsientide pahameel töökorralduse suhtes, mida õde pole võimeline lahendama	Patsiendi pahameel töökorralduse suhtes
Patsiendid käituvad õdedega lugupidamatult võrreldes arstiga vesteldes Patsiendid ei soovi õe konsultatsiooni, kuna ei usalda õe teadmisi Noorte inimeste pinnapeale suhtumine ei ühti õe ootustega	Patsientide negatiivsed hoiakud õdede suhtes
Patsient surub enda tahtmist peale Patsient ei soovi eesti keeles rääkida Patsient sinatab Patsient ei vabanda peale ebaviisakat käitumist Patsient ründab ja sõimab Patsientide diagnoosist ja ravimitest tingitud ebaviisakas käitumine Patsiendi poolne seksuaalne ahistamine	Patsiendi lugupidamatu käitumine õe suhtes
Lapsevanema keeldumine lapse vaksineerimisest Lapse tervise ohustamine Lapsevanemad soovivad näidustusteta antibiootikume Lapsevanemad keelduvad ravist Eakad ei saa osaleda raviotsustes Lapsevanema nõudmised teismelisele lapsele on õe jaoks põhjendamatud	Eeskostetavat puudutava ravi ja haiguste ennetusega seotud probleemid
Lapsevanemate omavahelised vaidlused ravi suhtes Lapsevanema liiga suured ootused õe käitumisele Lapsevanemad ei järgi õe soovitusi Teismeliste suhted lapsevanematega tekitavad ões kahtlust Lapsevanema kaasamine teismelise käsitlusse on õe jaoks raske Teismeliste patsientide privaatsuse säilitamine lapsevanema juuresolekul on õe jaoks keeruline	Lapsevanematega koostöö loomisega seotud konfliktid

Pereõded tundsid, et nende igapäevases töös kogetud situatsioonid erinevad koolis räägitud ja õpetatud olukordadest. **Professionaalsete teadmiste puudujääk** võis olla seotud ka tänapäevaste teemadega, mida varasemates õppeprogrammides ei käsitletud ning koolitused antud teemadel

pole veel kättesaadavad. Nendes olukordades tunnevad pereõed ennast abitult ning kogevad teadmatust, olenemata soovist pakkuda head nõustamist või rakendada asjakohast sekkumist.

"...koolis sulle õpetatakse ühte õenduse kohta, et aga reaalsus on hoopis teine /---/ ma tunnen, et see on väga raske alustada õena, sest sa pead /---/ palju juurde õppima, kuidas asjad tegelikult käivad." (8)

" Transseksualism /---/ on üks valdkond, kus ma ennast võib-olla nii tugevana ei tunne, kuna minu ajal seda väga ei käsitletud ja ma ei ole viimasel ajal kuskil koolitustel selle kohta kuulnud." (7)

Olukordades laste ja nende lapsevanematega, tundsid pereõed enda nõustamispädevuse puudujääke. Pereõed tundsid sisemist konflikti "õige" ja "vale" valiku tegemise vahel ning kahtlesid enda otsuse õigsuses, kuna kardeti sellega riivata teist osapoolt. Tihtipeale tekkis küsimus õe sekkumise kiiruses, kus püüti tunnetada piire lapsevanema kasvatusmeetmete ja lapse heaolu vahel.

"...kuidas lahendada olukorda, kui ema tuleb lapsega visiidile ja keeldub vaktsineerimast. Et mida siis teha? Kuidas mitte välja näidata enda põhimõtteid?" (5)

"Tekib küsimus, et kus see piir jookseb, et millal ma saan seda endale hoida ja millal ma palun, et ta ise oma vanemaga sellest räägiks ja millal ma peaksin ise kohe sekkuma." (3)

Töökorralduslikud tegurid olid patsiendi pahameele allikateks. Õed kirjeldasid seejuures olukordi, kus patsient ei mõista mingite olukordade tagamaid ning seega väljendavad õdede suunas ebameeldivat käitumist. Sellisel juhul põrkuvad nii patsiendipoolsed soovid ning pereõe ametialased kohustused ning organisatsioonilised piirangud, mis takistavad teenuse osutamist ning tekitavad pereões sisemise konflikti teket, kus ta pole võimeline olukorda muutma. Samuti olid ka kolleegide poolt lahendamata juhtumid patsiendi ja õe vahelise konflikti algatajaks.

"Näiteks täna oli juhtum, kus patsient ei ole saanud endale 2. kategooria juhuluba ja tegelikult survestas, arvates, et ka õde saab selle kinnitada ja päris keeruline on seletada /---/."(5)

"...Nad jätavad oma juhtumi lahendamata ning see langeb patsiendi pahameele alla ning järgmise õe kraesse, kes sinna ette jääb. Sellest piisab, et konflikt alguse saaks."(4)

"Mul oli täna hommikul üks patsient, kes tuli ukse taha /---/ et öelda: "Aga miks ei ole mulle saadetud sõnumit kellaaja ja kohaga ja, et ma pean siin olema?" /---/ ja tuli lihtsalt ennast välja elama" (8)

Patsientide negatiivne suhtumine pereõdedesse võib tekitada eetilisi konflikte, kuna patsiendid peavad pereõdesid teisejärgulisteks võrreldes arstidega. Selline suhtumine tekitab pereõdedes tunde, et nende professionaalset rolli ei hinnata ega austata. Lisaks näevad patsiendid pereõdesid

lihtsalt teenuse osutajatena, jättes tähelepanuta nende professionaalsed pädevused ja panuse tervisesse. See vastuolu õe väärtustega võib takistada neil pakkuda parimat ja tõenduspõhist hooldust.

"/---/ arsti töö on kohati niivõrd palju erinev, et õdedega patsiendid käituvad hoopiski teistmoodi kui arstidega. Patsiendid kipuvad ennast välja elama õdede peale kui arst on telefoni otsas ja teine kord on kõlari peal, siis on hoopis teine hääletoon, hoopis teine jutt."(7)

"Patsientide seisukohalt, patsiendid võtavad sind kui teenust osutavat objekti /---/."(4)

"Siis osad on sellised, et tere palun, et siis ikkagi minu arst vastaks mulle, mitte mingi lihtsalt õde vastaks. Selliseid olukordi on ka, et ei taheta, et õde vastaks, sest ta ei oska ja ei tea ja kes ta üldse selline on."(10)

Patsiendi lugupidamatu käitumine õe suhtes väljendus nii verbaalselt kui ka füüsilisel kujul. Sageli kasutati ebaviisakat suhtlemist, millega püüti mõjutada õdede otsuseid, et rahuldada isiklikke soove. Pereõed seisavad sellises olukorras eetilise dilemma ees, kas täita patsiendi soove või järgida oma isiklikke väärtusi. Mõnikord tuli neil lihtsalt aktsepteerida patsiendi ebameeldiv käitumine, kuna see oli seotud teatud ravimite või diagnoosiga.

"...patsient suunab sinu poole enda genitaale ja saadab kirju ja uurib koduseid aadresse ja püüab igati sotsiaalmeedias kontakti saada."(9)

"See on ka koht, kus sa vahepeal tunned, et sind provotseerides või isiklikuks muutest tahetakse rünnata ja saavutada siis enda tahtmine läbi sinu rünnaku."(6)

"Patsientide agressiivne reaktsioon on tihtipeale tingitud joobest ning psühhiaatrilisest diagnoosist või siis tugevalt ärevuses olevate inimestega, kes soovivad enda rahustite retsepte pikendada." (4)

Pereõed seisavad silmitsi eetiliste konfliktidega seoses eeskoste all olevate inimestega nagu lapsed ja eakad. **Eeskostetavat puudutava ravi ja haiguste ennetusega seotud probleemid** on keerulised, sest pereõde peab arvestama nii enda kui ka eeskostja põhimõtetega, mis võivad mõjutada patsiendi heaolu. Neil olukordadel tuleb langetada otsuseid, mis võivad olla vastuolus nende enda veendumustega ja lähedaste soovidega, tekitades seeläbi eetilisi dilemmasid. Pereõde peab tagama eeskostetava isiku ohutuse ja heaolu, samas austades nende autonoomiat ja privaatsust ning kaaluma, kas sekkumine on eetiliselt õigustatud.

"Ema tirib kättpidi 16 aastase tütre kohale ja nõuab, et lapsel võetakse alkoholiproov verest. /---/ Tegelikult olid nad sõbrannaga istunud ja elu üle rääkinud, tarbisid energiajooki."(11)

"Näiteks kui on olukord, kus tuleb ema lapsega vastuvõtule ja laps on täisvegan ja jäetakse vaktsineerimata. /---/ siis sa ei suuda veenda ema selles, et ta jätab lapse absoluutselt ilma igasuguse kaitseta."(5)

"...vanuritega ka, kes oma ravi ka ei saa täielikult otsustada ja kes ei saa ise ka täpselt aru, mis nendega toimub ja, mis nad võtavad, et siis on ka hooldekodu või siis lapsed, kes nende eest hoolitsevad ja otsustavad, kus neile ei anta seda otsustust nii palju."(10)

Lapsevanemaga koostöö loomisega seotud konfliktid keskenduvad eetilistele dilemmadele suhtlemisel ja koostöö loomise raskustele. Need olukorrad võivad tekitada pingeid, kus õed peavad tasakaalustama vanemate ootused lapse õiguste ja vajadustega. Näiteks võib teismelise usalduse ja konfidentsiaalsuse hoidmine vanema teadmata tekitada eetilise konflikti. Pereõde peab kaaluma, kuidas säilitada teismelise usaldus ja samal ajal arvestades vanema huvisid. Pereõed võivad näha olukordi, kus vanemate ja lapse vahelised suhted tekitavad neis kahtlusi edasise patsiendikäsitluse osas. Sellistes olukordades peavad nad kaaluma tõhusat ja toetavat suhtlemist lapsevanemaga, järgides samal ajal professionaalse suhtlemise põhimõtteid.

"...olukordi teismeliste lastega kui nad minule usaldavad mingeid asju, mida ma leian, et tegelikkuses on oluline seda ka vanemal teada, kui ta on alaealine ja siis seal tekibki, kas ta on mulle usaldanud selle /---/."(3)

"/---/ teismeline, kus ta vastuvõtul käis alati isaga, kes alati rääkis hästi spetsiifiliselt tema menstruatsioonist ja igasugustest sellistest asjadest. /---/ sellised mõned kohad on, kus jääd nagu kahtlema ja mõtlema, et kuhu maani ma võin rääkida, kui seda ema vastuvõtul tegelikult ei olnud." (7)

"Ühe lapse emaga rääkisin ma hommiku jooksul 3 korda, sest see ninnu-nännu ei toiminud /---/ ja lõpuks ma muutusin üpris konkreetseks /---/. Siis ta tundis ennast väga puudutatuna sellest, et see vestlus läks selliseks konkreetseks ja siis ta kirjutas kaebekirja /---/." (9)

4.4. Tervishoiusüsteemi toimimisega seotud eetilised konfliktid

Ülakategooria moodustus kolmest alakategooriast: 1) puudujäägid tervishoiuteenuste korraldamisega seotud regulatsioonides, 2) nõrk koostöö tervishoiusüsteemi ja teenuseosutajate vahel, 3) pereõdede töö takistused seoses piiratud õigustega (Tabel 4)

Tabel 4. Tervishoiusüsteemi toimimisega seotud eetilisi konflikte koondavad substantiivsed koodid ja alakategoriad

Substantiivsed koodid	Alakategooria
Ebakõla koolitusnõuete ja igapäevatöö vajaduste vahel Seadusandlus takistab töö käigus tehtavate otsuste tegemist Seadusega kehtestatud nimistu suurus tingib täistööaja mahtu ületamist Tervisetõendite väljastamise nõuded on ebapiisavad ning vastuolulised Tervishoiutöötaja soovi alusel ei saa inimest nimistust kustutada Korralduspõhine vaktsiini dooside hävitamine	Puudujäägid tervishoiuteenuste korraldamisega seotud regulatsioonides
Tervishoiusüsteemi toetuse puudumine igapäevases töös Kriitilistes olukordades abi puudumine Tervisekassast ja Terviseametist Arste ja õdesid ei kaasata tööprotsesside loomisesse	Nõrk koostöö tervishoiusüsteemi ja teenuseosutajate vahel
Õdede piiratud õigused haava käsitluses Õdede vähesed ravimialased õigused Õdede piiratud õigused tervisetõendite väljastamisel	Pereõdede töö takistused seoses piiratud õigustega

Puudujäägid tervishoiuteenuste korraldamisega seotud regulatsioonides olid pereõdede sõnul eetilise konflikti allikateks. Tõendite väljastamine on pereõdede arvates üks tööosa, kus nad puutuvad kokku eetilise konfliktiga. Neil tekib sisemine konflikt, kui nad peavad langetama otsuseid, mis võivad olla vastuolus nende professionaalsete veendumustega. Pereõded tunnistavad, et mõned nõuded tõendite väljastamiseks on liiga nõrgad ning teatud tingimuste täitmine ei põhjenda tõendi väljastamise otsust. Sealhulgas tunnevad pereõded, et neil on piisav pädevus langetada iseseisvaid otsuseid tõendite väljastamisel. See põhjustab sisemist vastuolu ning tekitab neis segadust ja alahinnatud tunnet.

"...relvaloa tervisetõendi taotlejad käivadki õe vastuvõtul kontrollis/---/ ning ta tuleb tagasi oma paberiga, siis vaatame, /---/ psühhiaater pani ok ja lihtsalt vormistame ise tõendi ja võtame arsti allkirja. Tegelikult arst ei ole sellesse protsessi kaasatud üldse, kui just midagi valesi ei ole /---/. Ma tunnen korraldusliku poole pealt, et need nõuded tõenditele on liiga nõrgad ja neid kontrollitakse liiga vähe ja eriti relvade puhul."(8)

"... Sinna juurde need totakad tõendid tööle näiteks. Need kõik on õe poolt tehtavad."(4)

"Tõendid võiksid kõik õdede väljastada olla, sest see regulatsioon on vale ja see ei peaks arsti töö olema. Sest see on ju loogiline, kui sa alustad autojuhiloa tõendi tegemist, siis miks sa ei tohi seda allkirjastada kui sa tööandjale vormistad seda tervisetõendit." (11)

Pereõded kogevad, et seadusandlus takistab nende igapäevast tööd, pikendades olukordade lahendamist ning tekitades ajakulu. Nad ei näe arstipoolset järelevalvet vajalikuna ning leiavad, et

seadused on segased ja lünklikud ning raskendavad nende otsuste langetamist. Sellistes olukordades peavad pereõed vastuolulistes olukordades iseseisvalt otsuseid langetama, mis võivad olla vastuolus nende professionaalsete väärtustega. Sellega võib kaasneda patsientide pahameel, millele lahendamiseks peavad pereõed seaduseid selgitama, tundes sellega ebamugavust. Kehtestatud regulatsioonid sunnivad pereõdesid sageli olukorraga leppima või isikliku arusaama kohaselt tegutsema.

"Miks ei tohi õde väljastada näiteks klienditeenindajale tervisetõendit, mis on kopsuröntgeniga /---/? Nii kui nii perearst seda pilti ei tagasisidesta, sest radioloogi poolt on kommentaar /---/ kui ta on kodukontoris ning samas näiteks just sellel päeval on vaja see asi ära saata /---/. Selline seadusandlus takistab tegelikult tööd. /---/ Siis näiteks ahistavad patsiendid. Sellistega puudub igasugune seadusandlus, et kuidas tegeleda /---/. Meie ei saa patsiendist loobuda. Et selliseid patsiente on mitmeid, kus arst on pidanud ütleva, et meie koostöö ei toimi ja ma soovitan sul perearsti vahetada." (9)

"... Siis tuleb patsiendile seletada, et miks ta mingite põhjuste tõttu ja ka seadusest lähtuvalt seda luba pikendada ei saa või see pikendatakse lühemaks ajaks."(5)

Regulatsioonid ja seadusandlus tekitasid pereõdedes sisemist konflikti, kuna need olid vastuolus igapäevases töös olevate situatsioonidega. Koolitusnõuded tekitavad pereõdedes vastuolu ning rahulolematust, kuna nende soov ja erialane kohustus on omada laialdasi teadmisi, kuid koolitustel kehtestatud nõuded takistavad pereõe teadmiste omandamist, mis on nende töö kontekstis hädavajalikud. Teatud juhul kirjeldati, et korraldused tunduvad olema mitteotstarbekad ning mõistusvastased, kuna need takistavad tervishoiutöötajatel pakkuda kvaliteetset ning vajalikku tervishoiuteenust.

"... me ei tohi teatud koolitustel /---/ mingit aega kohal olla, kuna räägitakse ravimitest /---/. ...kas te kujutate ette mind töötamas niimoodi, et ma ei nõusta ühegi ravimiga või annuste vähendamise ja suurendamisega ning koostoimetega, /---/ aga ma teen seda tööd igapäevaselt, et see on absurdne."(7)

"...tal ei olnud Eesti isikukoodi /---/ ja ta oli haige. /---/ lõppkokkuvõttes kirjutasime me retsepti venna nimele. Tegelikult seda ju ei võiks teha seadusest tulenevalt /---/."(9)

Pereõed kogevad olukordi, kus täheldavad **nõrka koostööd tervishoiusüsteemi ja teenuseosutajate vahel**. Sellised olukorrad on eetilise konflikti allikateks, kuna pereõed tunnevad end üksikuna ja abituna kriitilistes olukordades, kus nad ei saa piisavalt tuge olukordade lahendamisel. Samuti puudulik tagasiside süsteemide ja struktuuride parandamisel võib viia

tervishoiutöötajad tundeni, et nende arvamust ei võeta kuulda ning kokkuvõttes võivad esile kerkida pinged.

"... see oli teise Covidi aasta lõpp /---/. Kohati ma ei tundnud seda õlatunnet ei patsientidelt ega ka meditsiini süsteemist /---/, et Perearstide Seltsist, natuke toetust tuli, aga me ei saagi võrrelda esmatasandit ütleme EMO, Kiirabi või intensiivi tööga, aga see, mis ikka toimus oli meeletu tegelikult."(7)

"...sest Terviseamet ühe patsiendi puhul üldse ei vastanud meie pöördumise peale. Tervisekassa ütles umbes, et mida te virisete, et saage ise kuidagi hakkama. /---/ Lõpuks sai asi lahenduse läbi politsei."(9)

"...selles süsteemis on palju head ja toimivat ja palju asju on parandatud ja parandatakse, aga väga palju on puudujääke. /---/ Aga kohati on selline tunne, et töötajaid, õdesid ja ka arste ei võeta kuulda, kui luuakse neid süsteeme piisavalt."(8)

Pereõed puutuvad enda töös **kokku takistustega seoses piiratud õdede õigustega**, mis tekitavad eetilisi konflikte. Pereõdede jaoks tundub arusaamatu, miks teatud õigused on piiratud, vaatamata sellele, et nad puutuvad nende toimingutega kokku igapäevaselt. Nad peavad ületama pädevusi, et tagada patsientidele kvaliteetne teenus, kuid see toob kaasa seaduserikkumise tunde ja sisemise konflikti. Takistused takistavad nende võimet pakkuda kiiret ja professionaalset hooldust.

"/---/ et miks teatud asju ja isegi retseptiõigusega õdedel ei lubata teha, näiteks teatud kreeme ja salve, ninasteroide jne, et nii või naa me oleme sellega seotud, et retsepti valmistame me ise ja allkirja paneb ainult arst." (8)

"...Õdede õigused ka. Ma olen tegelikult terve aeg seadusi rikkunud tehes arsti tööd riigi selja taga. Tegelikult riik teab, et õed teevad seda. Lõpuks covidiga töövõimetuslehe avamise kord tulnud lõpuks, aga see retseptide pikendamine on selline, et me teeme seda niikui nii."(4)

"...Sest see on ju loogiline, kui sa alustad autojuhiloa tõendi tegemist, siis miks sa ei tohi seda allkirjastada kui sa vormistad seda tervisetõendit." (11)

4.5. Organisatsiooniga seotud eetilised konfliktid

Ülakategooria moodustasid 4 alakategooriat: 1) ressurssidega seotud takistused, 2) töökorralduslike raskuste ja piirangute takistused 3) konfliktid juhtkonnaga, 4) patsiendi konfidentsiaalsuse ja privaatsuse tagamisega seotud probleemid (tabel 6).

Tabel 6. Organisatsiooniga seotud eetilisi konflikte koondavad substantiivsed koodid ja alakategooriad

Substantiivsed koodid	Alakategooria
Ressursi otstarbetu kasutamine Töövahendite ja nõuetekohase tööpinna puudumine Tööjõu puudus sunnib pädevusi ületama Tervishoiutöötajate rakendamine väljaspool nende kvalifikatsiooni ulatuvaid ülesandeid Töötamise nõudmine töövälisel ajal Teadmiste täiendamine pole võimalik koolituste suure maksumuse tõttu	Ressurssidega seotud takistused
Ületunnid administratiivsetest lisaülesannetest töövälise aja arvelt Töökorraldus takistab põhjalikku patsiendikäsitlust Koolitustel osalemine on raskendatud töö olemise kohustusest Kolleegid jätavad tööülesanded pooleli ning vastutus kandub teisele õele Õed täidavad arsti tööülesandeid arstide suurest töökoormusest tingituna	Töökorralduslike raskuste ja piirangute takistused
Tööandja kasutab mõjuvõimu Ülemuse etteheited Negatiivne organisatsioonikultuur Juhtkond ei arvesta töötajaga probleemi lahendamisel Õe allumine töökultuurile	Konfliktid juhtkonnaga
Telefonikonsultatsioon teise patsiendi ees Tulemuse teavitamine telefoni teel Tuttavate lähedaste delikaatsete andmete teadmine	Patsiendi konfidentsiaalsuse ja privaatsuse tagamisega seotud probleemid

Ressurssidega seotud takistused tekitavad pereõdedes muret töötingimuste ja -vahendite puudumise ning töökvaliteedi languse tõttu. Pereõed kasutavad isiklike töövahendeid, et olukorda parandada. Koolitused õiguste suurendamiseks on kallid ning kõikidele pereõdedele neid ei pakuta, sundides neid tihti ületama oma pädevust, et tagada teenuseosutamine, mis lähtub patsientide vajadustest. Lisaks sellele tunnevad pereõed, et teatud arsti tööülesanded on lihtsalt arsti ressursi raiskamine.

"Kõige rohkem on tunda, et ei tagata tööks piisaval hulgal tarvikuid. /---/ Näiteks ostsin ma endale ise hea stetoskoobi ja otoskoobi, et ma saaksin hästi tööd teha. /---/ töökohas ei ole sotsiaalministri vastavatele nõuetele vastavad tööpinda ja kabinetti ning seega peab käima." (4)

"Ma olen üsna sageli pidanud enda isiklikult telefonilt helistama patsiendile. /---/ aga kuna töötajaid on palju ja kõik vajavad helistamist, siis ei olnud muud võimalust." (2)

"Kõik asjad teed sina ja seda oleks isegi patt panna arsti visiidile. See on ilmselgelt arsti ressursi raiskamine." (11)

"/---/ ühes organisatsioonis oli näha kuidas kasutatakse seda raha mitte sihtotstarbekalt." (4)

Koormuse lisandumine vähese ressursiga on tihtipeale seotud õdede ja arstide puudusest. Inimressursi puudumine tekitab ões tunde, et enda töös ei saa ta lähtuda õe töökohustustest ning peab üksi ilma arstita tööd tegema ning lahendama iseseisvalt esilekerkivaid olukordi.

"Samuti on vastuvõtuaegade aeg ja koht piiratud. Küll ei ole arste piisavalt ning õdesid. Me lihtsalt ei jõua neid nimistuid ära teenindada selle koormusega."(4)

"Ma töötan üksi ja üle aasta ei ole mul kõrval olnud ühtegi arsti, kes minuga samal ajal seal vastu võtaks. /---/ On olukordi, kus ma pean lahendama neid asju üksinda. Ma saan sellega hakkama, aga ma leian, et see ei ole õige. /---/ Ma olen ikkagi õde."(1)

Töökorralduslike raskuste ja piirangute takistuste puhul kirjeldasid pereõed enda väärtuste ja töökohustuste pörkumist. Toodi välja, et tööülesanded pikendavad pereõdede tööpäevasid ja suurendavad koormust ning see on vastuolus nende isikliku tõekspidamisega puhkeaja mõistes. Samuti tunnevad pereõed, et nende töösooritus võib olla mõjutatud tööajal muude ülesannetega tegelemisega või kolleegide poolt pooleli jäävatest ülesannetest ning seega tunnevad nad vastuolu, et nad ei suuda endast sõltumatutest teguritest enda töösoorituse kvaliteeti tagada.

"Ma teen oluliselt pikemaid päevi ja siis kui ma ei peaks seda tegema. See on just mitte patsientidega kokkupuute töö, vaid just graafikute tegemine. See läheb konflikti minu enda väärtusega, et tahaks puhata ja mängida, aga siis tegelikult teen tööülesandeid."(6)

"Inimesed ei jaksa või ei jõua enda tööd teha ning jätavad oma töö ripakile. Nad jätvad oma juhtumi lahendamata ning see langeb patsiendi pahameele alla ning järgmise õe kraesse, kes sinna ette jääb. Sellest piisab, et konflikt alguse saaks." (4)

"Mul on selline tunne, et aeg on edasi liikunud ja arstide koormus on tegelikult tohutult kasvanud ja samuti ka pereõdedel ja mingi osa perearstide koormusest läheb ka pereõdedele /---/."(8)

Konflikte juhtkonnaga kogesid pereõed siis, kui tööandja teatud olukordades oli kasutanud mõjuvõimu ning käitunud töötaja arvamust mitte arvestades. Lisaks sellele rakendasid tööandjad pereõdede suhtes kehtestatavaid piiranguid, mis olid seotud näiteks telefoni konsultatsioonide ajalise piiramisega, mis mõjutas pereõdede pakutava nõustamise kvaliteeti ning sellised tingimused olid vastuolus pereõe isiklike vaadetega headest töötingimustest.

"Tööandja on oma mõjuvõimu kasutades ning küsimata minu arvamust, sundinud mind tööle tulema siis, kui ma ei pidanud tööl olema /---/"(1)

"Olen tundnud ka seda, et mul piirati teha minu tööd selliselt nagu ma tahan./---/. Isegi telefoni teel, kui sul limiteeritakse aega ja noritakse seda, et sa rääkisid 1 või 5 minutit rohkem /---/. Sellega tekib küsimus, kas me nõuame kvaliteeti või kvantiteeti."(4)

Pereõed kirjeldasid olukordi, kus juhtkond ei kaasa neid probleemide lahendamisesse ning probleemidest teavitamine pole olnud tulemuslik. Esineb hierarhilist suhtumist juhtkonna poolt. Põhjuseks tuuakse asjaolu, et esmatasandi tervishoius ollakse eraettevõtjad, kus pereõdede kuvand on jäänud lihtsalt alluvale funktsioonile. Pereõed tunnevad ennast sellistes olukordades mitte väärtustatuna ning jõuetuna.

"Ja siis mina, kutsusin juhataja /---/ ja põhimõtteliselt juhataja ütles, et mine siis kabinetist ära ja nad lahendasid ise selle olukorra."(1)

"Negatiivne suhtumine tuleb rohkem ka organisatsioonisiselt. /---/ Perearstinduses /---/ ollakse eraettevõtjad ning sina oled alluv ja siis sa pead tegema tegelikult täpselt vastavalt kuidas siis keegi töökultuuri omab /---/. Ma olen üritanud väljendada, et see pole õige /---/, aga sellest pole kasu, sest kui sa töötad inimese alluvuses, kes on omanik, siis sa pead proovima midagi parandada /---/." (3)

Patsiendi konfidentsiaalsuse ja privaatsuse tagamisega seotud probleemid olid mitmel juhul seotud telefonikonsultatsioonidega. Pereõed kirjeldavad olukorda, et terviseandmete ja ravi tulemuste edastamist telefoni teel on raske korraldada, kuna esineb situatsioone, kus samal ajal võib ruumis olla ka kõrvaline isik. Samuti tööiseloom tingib olukordi, kus pereõed tunnevad sisemist rahunemist, kuna teavad tuttavate delikaatseid andmeid ning peavad leidma endas sisemist tasakaalu.

"Kuidas lahendada korralduslikult näiteks sellist asja, kui sul on patsient kabinetis, aga samal ajal ka telefon lisaks. /---/ kui mul on patsient kabinetis ja ka terviseandmete edastamise mõttes ei ole see mõeldav ja samas ka on patsiendil ebamugav, et miks ma ei võta vastu." (5)

"...patsiendi ees telefoni nõustamist teha näiteks kolmandale isikule. Isegi kui sa ei maini isikukoodi ja patsient keda nõustatakse ei ole tuvastatav."(2)

"On olnud olukord, kus perekonna tuttav, kelle eksabikaasa /---/ ja selle hea perekonna tuttavaga suhtlesin ma nagu edasi, aga samas tema eksabikaasa on mul patsient ja ta nagu ei teadnud sellest loost. /---/ aga see on asi, mida ma ei saa kommenteerida enne kui ta isiklikult ei ole seda kuskilt mujalt kuulnud. /---/ See ei ole selline koht, kus ma saan oma suud paotada." (7)

4.6. Meeskonnatöö ja kolleegisuhetega seotud eetilised konfliktid

Ülakategooria moodustasid neli alakategooriat: 1) kolleegide vahelised suhtlusprobleemid töökohal, 2) arsti ebaprofessionaalne käitumine, 3) erinevate rollidega seotud konflikt ja 4) erimeelsused patsiendi käsitluses arsti ja õe vahel (tabel 5).

Tabel 5. Meeskonnatöö ja kolleegisuhtega esinevaid eetilisi konflikte koondavad substantiivsed koodid ja alakategoriad

Substantiivsed koodid	Alakategooria
Kolleegide üksteist alavääristav suhtlemine Töökius kolleegide poolt Kolleegide lugupidamatut käitumist ei saa mõjutada	Kolleegide vahelised suhtlusprobleemid töökohal
Arstide hooletus Arsti autoritaarsus Arst ei austa õde kui iseseisva eriala esindajat Ebakindlusest tulenevalt on arsti ravialased ootused õele suured	Arsti ebaprofessionaalne käitumine
Õed peavad olema sekretärid arsti jaoks Arst delegeerib enda vastutusala ülesandeid õele Õed peavad omama arsti teadmisi	Erinevate rollidega seotud konflikt
Lahkarvamused arstiga tõendite väljastamise osas Õe erimeelsus arstiga haavaravi suhtes	Erimeelsused patsiendi käsitluses arsti ja õe vahel

Kolleegide vahelised suhtlusprobleemid töökohal olid seotud olukordadega, kus pereõed kogesid ise või nägid pealt lugupidamatut või alavääristavat suhtumist. Samuti esines kolleegide vahelisi erimeelsusi, mille tagajärjel kasutati suhtluses üksteise süüdistamist või lausa töökiusu. Vastandlikud olukorrad, kus üksteise väärtused ja arvamused ei ühtinud tingisid eetilise konflikti tekke. Suhtlusprobleemid avaldasid mõju meeskonnatööle ning tekitasid pereõdedele ebamugavust ning negatiivsed emotsioone.

" Muidugi on esinenud ka töökiusamist. Ühes kohas olid nooremad kolleegid ning teisest rahvusest /---/ Mõne koha pealt ma ei läinud nendega kaasa. /---/ nad lihtsalt käisid minu peale kaebamas ülemusele ning süüdlaseks tehti mind. " (4)

"...olid kollektiivsed erimeelsused ja üks raske haigusjuhtum, kus personal hakkas üksteist süüdistama." (2)

Arsti ebaprofessionaalne käitumine väljendus arstide hooletuses ning ebakindluses, mis oli seotud raviotsuste tegemisega. Ebakindlusest tulenevalt olid arsti erialased ootused õele suured, kus ta soovis saada nõu määratava ravi õigsuse suhtes. Pereõed tundsid ennast seejuures ebamugavalt ja segaduses, kuna arstid ei täida oma rolle ning käituvad ebasobivalt. Samuti tundsid pereõed, et neid ei usaldata, kui iseseisva eriala esindajaid ning seejuures pandi proovile nende otsuste õigsus. Pereõed tundsid arstidega koostööd tehes ka arsti autoritaarsust, kus toodi välja, et arstiga argumenteerimine ja vaidlemine pole pereõele sobilik ning selles olukorras tekib neil sisemine kahtlus enda suhtes.

"Retseptide pikendamisega on muidugi see, et meil on muidugi tublid arstid, aga nad vahepeal ei kontrolli kõike üle. /---/ isegi need õed, kes ei oma retseptiõigust tegelikult teevad kõik retseptialused ise valmis /---/." (8)

"...uus arst ja talle ei sobinud mingisugune asi ja siis ta muutus ka väga isiklikuks ja surus oma tahtmist peale siis see tekitas tunde, et kas see eelmine ei sobi tõesti mingil moel ja, et kas me tõesti olime enne nii rumalad." (6)

"... üks abiarst meil /---/ ootas kohati õelt liiga palju. /---/ selle tõttu ta tuli nagu õdede juurde küsima, aga noh ma arvan, et ikkagi raviotsus peaks ikkagi jääma arsti ampluaasse." (7)

"...meil üks arst, kes ei usalda õdesid. /---/ teinekord kipub asju üle tegema, kuigi ta jõuab samale tulemusele. /---/. Ta on endas natuke ebakindel ja siis, et oleks õige arstlik otsus, et siis ta kontrollib ja kontrollib." (11)

Pereõed tundsid enda professionaalse töö käigus, et lisaks enda tööülesannetele on nad kohustatud täitma arsti vastutusalasasse kuuluvaid ülesandeid. Selles olukorras esines **erinevate rollidega seotud konflikte**. Pereõed kogevad olukordi, kus nende rollid ja vastutusvaldkonnad segunevad või ületavad nende ametialaseid ülesandeid. See võib tekitada eetilisi konflikte, kuna pereõed on kohustatud täitma mitte enda pädevusse ja töökohustuste hulka kuuluvaid ülesandeid ning tingib olukorra, kus nende vastutusvaldkonnad on ebamääraselt määratletud.

"...üks arst, kes toob lipikuid. Kirjutab alati valmis lipikud. Näiteks: "Teil on sellel patsiendil vot see kood arvele panemata." (9)

"Vahel ajab see närvi, et ma olen mingi sekretär arstile, et ta muudkui ütleb, et tee seda ja tee toda, et pean jah mingeid arsti asju tegema ja neid arsti teadmisi omama, et seda on vahepeal olnud." (10)

Pereõdede töös esinevad erimeelduses arstiga patsiendi käsitlemisel. Pereõed kogevad olukordi, kus nende arusaamad ja lähenemised patsiendi hooldusele erinevad arsti omadest. See võib tekitada eetilisi konflikte, kuna pereõed leiavad, et arsti ravisoovitused võivad olla vastuolus nende professionaalsete tõekspidamiste või eetiliste põhimõtetega. Nendes olukordades väljendavad pereõed enda arvamust, kuid olukorras, kus näiteks tõendi väljastamisel jääb peale arsti otsus, tunneb õde olenemata vastutuse ülekandest siiski seaduse rikkumise tunnet.

"Tegelikult praktikas ma näen, et õed on isegi karmimad näiteks autojuhiloo tõendite väljastamisega kui arstid /---/ Vahel isegi arstiga satud tülli /---/Miks ma pean kogu aeg tundma, seda tunnet, et ma rikun seadust. See ei ole hea tunne." (4)

"...võib juhtuda olukord, kus mina kui õde ei nõustu arsti ravisoovitusega, mis puudutab näiteks haavandi käsitlemist." (2)

4.7. Konflikti lahendamiseks kasutatavad viisid

Ülakategooria koosnes viiest alakategooriast: 1) mittereageerimine konfliktile, 2) patsiendist lähtumine olukorra lahendamiseks, 3) hea suhtlemistava jälgimine patsiendiga, 4) olukorra lahendamine kõrvalise abiga, 5) konflikti lahendamine õigustest ja piiridest lähtuvalt (tabel 8).

Tabel 8. Pereõdede konflikti lahendamise viise koondavad substantiivsed koodid ja alakategooriad

Substantiivsed koodid	Alakategooria
Ei tea, mida teha Ei võta südamesse Suhtumine kui loomulikku tööosasse	Mittereageerimine konfliktile
Teadlik käitumise muutmine teatud patsientidega Mõistev suhtumine patsienti Hooliv suhtumine patsientidesse olenemata olukorrast Patsiendi lohutamine on tööosa Patsiendi otsuse aktsepteerimine	Patsiendist lähtumine olukorra lahendamiseks
Ennast kaitsev käitumine patsiendi suhtes Vaashoituks jäämine konflikti ära hoidmiseks Enesekehtestamine patsiendiga suheldes Enda vea tunnistamine Professionaalsuse ja neutraalsuse säilitamine Olukorra kohene lahendamine Rahulik ja tõenduspõhine nõustamine Patsiendi korrale kutsumine	Hea suhtlemistava jälgimine patsiendiga
Arstiga koostöös lapsevanemaga vestlemine Probleemi arutamine kolleegiga	Olukorra lahendamine kõrvalise abiga
Olukorra lahendamine õigustest lähtuvalt Professionaalse piiri kehtestamine Seadusest tulenevate reeglite selgitamine	Konflikti lahendamine õigustest ja piiridest lähtuvalt

Mittereageerimine konfliktile avaldus pereõdedes reageerides olukorrale mitte üleolevalt ega negatiivselt ning seeläbi nad püüdsid ennast mitte lasta häirida. Samuti tõdevad nad, et eetiliste konfliktide tekkimine on nende tööosa ning teatud situatsioone ei võta nad südamesse.

" See on nagu tööosa noh. See ongi kogu su töö ning see ongi pereõde töö. /---/ kõike ei saa hinge võtta. (11)

"Võtan seda asja kui elu paratamatust /---/."(4)

"Mida aeg edasi, seda rohkem sa ei pööra sellele tähelepanu." (6)

Patsiendist lähtumine olukorra lahendamiseks on pereõdede konflikti lahendamise meetod. Sellisel juhul nad võivad muuta teatud patsientidega enda suhtumist, et konflikti ära hoida või lahendada. Samuti nad mõistavad, et patsiendi käitumine pole ka nende süü ning on seeläbi

patsiendi suhtes mõistvad ning tõdevad, et teatud olukordades on mõistlik patsiendi otsuse aktsepteerimine.

"...näiteks mingite patsientide puhul olen ma õppinud, et nendega ma pean teistmoodi käituma/---/."(10)

"Elu on mind õpetanud ikkagi patsientidega suhtlemisel, et kõik, mis nendega vastuvõtul minu kabinetti tuleb, ei ole minu süü."(1)

"...sa aktsepteerid, et see on nende otsus ja lõppkokkuvõttes jääb igal inimesel otsustusõigus ja ega me neid ei survesta."(5)

"...vahest pead sa langema samale tasemele, mis patsient ja rääkima samamoodi. Ja siit tuleb käitumisnorm, sest me oleme lugupidavad, ei ropenda mida iganes, aga vahest on see vajalik." (9)

Hea suhtlemistava jälgimist patsiendiga kasutavad pereõed näiteks olukordades, kus tegemist on provotseeriva patsiendiga ning vajadusel kasutavad olukorra kontrolli alla saamiseks patsiendi korrale kutsumist. Juhul, kui nad näevad, et nad õena on käitunud valesti, lähtuvad nad professionaalsuse säilitamisest ning teevad tekkinud olukorrast järelduse ning järgneval korral muudavad enda käitumist, et olukorda tulevikus ära hoida.

" Jääb ikkagi see, et me peame jääma vaoshoituks ja käituma provotseeriva inimesega mitte kaasaminevalt."(1)

"... sa näed, et ma tegin õena midagi valesti ja peaks seda käitumist muutma /---/."(8)

" Üldiselt ma suhtun rahulikult. Isegi siis, kui patsient seal telefonis räuskab, siis ja julmalt kutsun korrale, et vastasel juhul kõne lihtsalt lõpeb ära. /---/ Teine kord tuleb ka inimesega kaasa mängida /---/."(4)

Pereõed kasutavad **kõrvalist abi olukorra lahendamiseks**, kui nad näevad, et nad ei tule iseseisvalt olukorraga toime. Sellisel juhul kaasatakse näiteks arsti või räägitakse ja arutatakse olukorra üle teise pereõega.

"...koostöös arstiga oleme emaga vestelnud ja rääkinud ja sellele tähelepanu juhtinud. /---/(11)

"...abiks on see, et kui ma aastaid tagasi töötasin õena üksi, siis nüüd on teine õde kõrval, et selles suhtes saab nüüd temaga arutada."(7)

"...kui ma näen, et ma ise toime ei tule sellega, siis ma tavaliselt olen kutsunud valvearsti alla, kes tuleb ja räägib ise."(10)

Kirjeldati olukordi, kus **konflikti lahendamine oli õigustest ja piiridest lähtuvalt**. Sellisel juhul kasutati seadusele tähelepanu juhtimise meetodit selgitustöö tegemises või konflikti lõpetamiseks. Lisaks sellele teadsid pereõed, et eksisteerib kahe inimese vaheline piir, mille puhul pereõe kui

professionaali ja patsiendi vaheline suhtlus peab olema ametlik ning see seab piirid, kuidas üksteisega käitutakse.

" /---/ vahest tuleb teada oma õigusi ja lihtsalt seaduse silmaga ähvardada."(4)

"...tuleb patsiendile seletada, et miks ta mingite põhjuste tõttu ja ka seadusest lähtuvalt seda luba pikendada ei saa /---/.(5)

*"...kuhuni pean mina kui meditsiinitöötajana oma piirid lubama või seadma, et kust jookseb see, et ta on haige inimene ja võib rohkem endale lubada ja kust ma enam ei saa seda olukorda lubada."
"(3)*

4.8. Eetilise konflikti mõju pereõdedele

Pereõdede kogetud eetilise konflikti mõju kajastav ülakategooria moodustus kolmest alakategooriast: 1) vahetu reaktsioon kogetud konfliktile, 2) pikemaajalisem reaktsioon kogetud konfliktile, 3) mõju enesearengule (tabel 9).

Tabel 9. Eetiliste konfliktide mõju ja reaktsioone koondavad substantiivsed koodid ja alakategooriad

Substantiivsed koodid	Alakategooria
Olukorra üle juurdlemine Ärritumine Raske jääda objektiivseks Süütunde tundmine Rahutuse tunne Lühiajaline negatiivne emotsioon Arusaamatuse tunne Rünnaku tunne Lootusetu tunne Ebamugavustunne Kurbuse ja abituse tunne Peas tühjuse tunne	Vahetu reaktsioon kogetud konfliktile
Olukorra võtmine õppetunnina Töö on läbipõimunud ning ei unune Olukorrad vaevavad Olukorrad survestavad ja tekitavad pinget Tervishoiusüsteemis pettumine Keele õppimine mitte isiklikust soovist Negatiivne mõju majanduslikule olukorrale Seaduse rikkumise tunne Töölt lahkumine või sellest mõtlemine Negatiivne mõju füüsilisele ja vaimsele tervisele	Pikemaajalisem reaktsioon kogetud konfliktile
Enda eest seismise oskus arenenud Arenenud tasakaalus Olukorrad annavad küpsust Arenenud analüüsivõime Empaatisem patsiendi suhtes Arenenud kuulamisoskus Immuunseks muutunud	Mõju enesearengule

Olukorras, kus pereõed tahavad järgida kutsealaseid soove, võivad nad sattuda lugupidamatu käitumise alla, mis kutsub pereõdedes esile negatiivse **vahetu reaktsiooni kogetud konfliktile**. Pereõed kirjeldasid, et situatsioonid tekitavad neis ärritust, arusaamatust, rünnaku tunnet ning, mida rohkem neid töös esile kerkib, seda neutraalsemaks muutub ka reaktsioon.

"...vahepeal tunnen küll, et mind rünnatakse ja siis on selline väga ebameeldiv tunne ja vahel ajab kokutama ja viskab pea täiesti tühjaks /---/."(10)

"Mõned olukorrad on ärritavad ja mõned arusaamatust tekitavad /---/."(4)

"Uudsed konfliktid, mis tekivad, et need ilmselt viivad endast ikka rohkem mõnevõrra välja, aga jah ma arvan, et aastatega mingil määral ma olen õppinud kohanema sellega."(7)

Pikemaajalisemat reaktsiooni kogetud konfliktile kirjeldasid pereõed õppetunnina, kuid siiski tekivad neil pingeseisundid tööülesannete või ees seisvate situatsioonide korral, kus konflikti pole lahendatud. Sellistes olukordades tunnevad nad seaduse rikkumise hirmu, mis kahjustab nende professionaalset identiteeti. Käitudes vastuolus oma isiklike soovidega tunnevad pereõed süütunnet. Eetilised konfliktid mõjutavad negatiivselt nende füüsilist ja vaimset tervist ning tekitavad sisemisi kahtlusi ja eneseväarikuse kaotust. Mõnel juhul on pereõed sunnitud vahetama töökohta või kaaluma erialast loobumist.

"Pigem ma võtan neid olukordi õppetunnina."(6)

"Need asjad survestavad mõlemapoolselt, sest sul tekib endal pinget teades, sa vaatad graafikut ja sama patsient tuleb ja teil jäi midagi õhku /---/."(5)

"Miks ma pean kogu aeg tundma, seda tunnet, et ma rikun seadust. See ei ole hea tunne."(4)

"...kaotan ära enda eneseusalduse, eneseväarikuse ning iseenda lugupidamise, et sellisel juhul pean ma ära tulema /---/."(3)

Mõju enesearengule on tulnud välja isikuomaduste arengus, mis praeguses töös aitavad neil tagada patsiendikesksust tagavat teenust. Lisaks sellele tunnevad nad, et ebameeldivate kogemuste kogemine ning eneseareng aitab neil edaspidi konfliktseid olukordi vältida.

"...see on sundinud mind ennast edasi arendama ja /---/ ma olen peale sellist ebameeldivat kogemust ka saanud ise enda eest seista."(3)

"Tasakaalukamaks muutnud, analüüsivõimelisemaks ja empaatilisemaks./---/(6)

"/---/ patsiendi vaatest olen ma nüüd empaatilisem ja kohanen rohkem patsiendi järgi." (9)

5. ARUTELU

5.1. Tulemused

Uurimistöö eesmärgiks oli kirjeldada pereõdede kogemusi eetiliste konfliktidega kutsetöös. Eetiliste konfliktide mõju patsientidele ja tervishoiule on märkimisväärne. Tänu saadud tulemustele on võimalik paremini mõista ja lahendada probleeme, mis võivad avaldada negatiivset mõju nii pereõdede heaolule kui ka üldisele tervishoiukvaliteedile.

Pereõdede arusaamad eetilisest konfliktist olid kirjeldatud kogemusena, mis võib esile kerkida inimestevahelise suhtluse käigus, reeglite või käitumistavade rikkumisel või sisemise konfliktina. Inimestevaheliste suhete konfliktid on seotud väärtuste ja tõekspidamiste vastuoluga või arusaamade erinevusega, mis võivad esile kerkida olukordades, kus tuleb teha valikuid edasise käitumise osas. Sarnaselt on varasemates uurimistöödes kirjeldatud nähtust nii inimese sisemise kui ka inimeste vahelise konfliktina, mis võib tuleneda inimeste või organisatsiooni väärtuste erinevusest (Gaudine jt, 2011b; Gaudine & Thorne, 2012; Pishgooie jt, 2019; Redman & Fry, 2000). Uurimistöös osalenud pereõed kasutasid eetilise konflikti arusaama kirjeldamisel nii inimeste vahelisi konflikte kui ka organisatsiooniga seotuid vastuolusid.

Pereõed defineerisid eetilist konflikti olukorrana, kus osapoolte vahelise suhtluse käigus esineb reeglite või käitumistavade rikkumist ning isiklike piiride ületamist. Õendusteaduslikes uurimistöödes kirjeldatakse, et väärtuste ja tõekspidamiste pörkumise tagajärjel võivad tekkida vastandlikud ja kokkusobimatud tegevussuunad, mida võiks samastada reeglite ja käitumistavade rikkumisega (Copeland ja Arnold, 2021; Giannetta jt, 2021). Uurimistöös osalenud pereõed kogevad läbielamist, kui nad näevad, et nende kolleegid ei jaga patsientidele tõenduspõhist teavet ja suruvad neile oma uskumusi. See tekitab neis tunde, et nende professionaalne eetika on ohus, isegi kui nad ise olukorras osalised ei ole. Lisaks võib pereõdede enda käitumise muutmine, patsiendi poolse mõistmise saavutamiseks tunduda käitumisnormide rikkumisena, põhjustades emotsionaalset pinget ja sisemist vastuolu. Mõlemal juhul võib tegemist olla ühe eetilise konflikti tüübiga, milleks on "moraalne düstress" ning uurimistöödes kirjeldatakse seda olukorrana, mille puhul õde seisab silmitsi enda "õige" käitumisega, mis on vastuolus teise vastutava inimese või institutsionaalsete piirangutega, mis takistavad tema "õige" käitumise tegemist (Barth jt, 2018; Eizenberg jt, 2008; Gagyor jt, 2019; Giannetta jt, 2021) ning seejuures võib kaasneda psühholoogiline tasakaalutus ning negatiivsete tunnete seisund (Wilkinson, 1988).

Pereõed kirjeldasid, et sisemised kahtlused enda otsuse õiguses või teadmine õigest käitumisviisist viivad sisemise konfliktini. Teatud olukorrad ei pruugi õe vaadetega kokku käia ning ta peab sisimas võitlema passiivse oleku aktsepteerimisega, seda ka situatsioonis, kus ta pealtvaatajana näeb valet käitumisviisi, kuid olukorra parandamiseks midagi ette võtta ei saa. Pealtvaataja rollis olemisel võib õde tunda "moraalset pahameelt", kus teo ära hoidmiseks tunneb ta kohustust midagi teha, kuid tema tegutsemisviis on takistatud ning ta jääb situatsioonist ise välja, kuid tunneb olenemata sellest abitust (Wilkinson, 1988). Seejuures teadmatus, kuidas olukorras käituda viitab moraalsele ebakindlusele. Seega näitavad uurimistöö tulemused, et pereõdede arusaamad ühtivad varasemates uurimistöodes kirjeldatud eetilise konflikti tüüpide kirjeldusega.

Eetilised konfliktid suhetes patsiendi ja tema pereliikmetega esinesid olukordades, kus pereõed peavad silmitsi seisma enda põhimõtete põrkumisega, nii patsiendi kui ka tema lähedaste vaheliste vääruste ja tõekspidamistega. Nendes olukordades ei tea pereõed õiget käitumisviisi ning tunnevad konkureerivaid nõudmisi, kus peavad arvestama mõlema osapoolega. Nad võivad olla kahtleval positsioonil patsiendi ja tema lähedaste vaheliste suhete iseloomu suhtes, kus tunnevad vajadust juhtida väljastpoolt kellegi teise tähelepanu esile kerkinud olukorrale. Sellele viidanud ka mitmed uurimistööd (Dourado jt, 2020; Gagyor jt, 2019; Redman ja Fry, 2000;). Tihtipeale tunnevad pereõed hirmu olukorra ees, kus peavad vajalikuks kaasata lastekaitset ning sotsiaaltöötajat, kuna kardavad sellele järgnevat tagajärge ning reaktsiooni. Hirm ning ebakindlus võib olla tingitud sellest, et patsiendid on püsivad ning selline situatsiooni lahendamine võib jätta jälje edasisele läbisaamisele. Kirjanduse kohaselt on tervishoiutöötajate kutsekohustustele mitte vastavad toimingud seotud tervishoiutöötaja empaatiaga ning sooviga säilitada patsiendiga hea suhe (Hansson ja Fröding, 2020; Nora jt, 2015) ning seega tundub antud hirm ning ebakindlus esmatasandi tervishoius mõistetav.

Lisaks sellele väljendasid pereõed ebakindlust suhetes laste ja nende lastevanematega. Ebakindlusest tingituna ning valikute tegemisel puutuvad pereõed kokku eetiliste dilemmadega. Õendusteaduslikud uurimistööd kinnitavad, et õdede poolne teadmatus ning puudulik ettevalmistus tekkinud olukorra suhtes võib viia õe olulise teabe märkimata jätmiseni (Dourado jt, 2020). Sellised situatsioonid võivad mõjutada patsiendi ohutust ning riivata õdede põhiväärtusi. Tulemustest jääb mulje, et pereõdedel on vajadus koolituste järele, mis toetaksid neid eetilistel kaalutlustel tehtavates otsustes. Koolitused, mis keskenduvad suhtlemisoskustele ning konfliktide lahendamisele, aitaksid pereõdesid langetada kergemalt otsuseid. Lisaks sellele võiksid koolitused hõlmata eetiliste dilemmade teadvustamist ja nende toimetuleku strateegiaid. Seejuures on oluline pereõdede toetamine enesekindluse ja professionaalse eneseväljendamise arendamisel. Tänu

koolitustele ei kogeks pereõed niivõrd tugevalt eetilisi konflikte, kuna neil oleksid vajalikud teadmised ja oskused eetiliste konfliktidega tegelemiseks.

Uurimistöös osalenud pereõed kogevad tihti patsiendipoolset lugupidamatut käitumist, mis väljendub verbaalsel kujul (ründamine, sõimamine, sinatamine), füüsilisel kujul (seksuaalne ahistamine) ning patsiendi tervises seisundist tingitud ebameeldiva käitumisega. Selline patsiendipoolne käitumine on vastuolus pereõe eetilise kohustusega teha patsiendile head ning seega tunnevad nad sisemisi läbielamisi, mis on moraalse düstressi ning moraalse pahameele ilminguks. Sisemised läbielamised on seotud sundolukorraga, kus pereõde olenemata sisemisest pahameelsest peab jääma patsiendiga suheldes professionaalseks. Lisaks sellele kogevad ja tunnetavad pereõed erinevust patsientide suhtumises olukorras, kus nad suhtlevad arstiga. Pereõed näevad, et arstiga vesteldes on patsiendid rohkem vaoshoitud ning viisakamad. Samuti väljendavad patsiendid pereõdede suhtes umbusaldust ning soovivad olenemata pereõe professionaalsusest vestelda isiklikult arstiga. Pereõed tunnevad ennast patsiendi vaatest teenust osutava objektina, mis võib tuleneda sellest, et patsientidel võib puududa tegelik arusaam pereõdede vastutuselades ning tööst. Arusaamade puudumisele on viidatud ka varasemates uurimistöodes ning toodud välja selle negatiivset mõju pereõdede tööle (Laabs, 2005; Poghosyan jt, 2013.) Sellise olukorra kogemine tekitab uurimistöös osalenud pereõdedes arusaamatust ning alaväärtustatud tunnet, kuna neil on sisemine kohustust pakkuda patsiendile parimat hooldust. Võimalik, et antud asjaolu on seotud tervishoiu eksisteeriva paternalismiga, mille olemasolule viitab ka kirjandus (Maestro jt, 2013). Õdede umbusaldust küll uurimistöös esmatasandi valdkonnas välja ei too, kuid toovad pigem välja, et patsiendid avaldavad lugupidamatust pakutava teenuse kvaliteedist ning raskustest teenuse saamisel (Simas jt, 2016). Sellele viitavad ka praegused tulemused, mille puhul õed toovad välja patsiendi rahulolematust töökorralduse suhtes.

Lisaks sellele väärrib tähelepanu asjaolu, et mitmed pereõed mainisid patsiendipoolset seksuaalset ahistamist, mille esinemisele töö autor varasemates eetilist konflikti käsitlevates uurimistöodes kinnitust ei leidnud. Võimalik, et pereõdede kogemused selle nähtuse kohta juhivad tähelepanu, et selle probleemi ilmnemisele pole eetilise konflikti vaatest piisavalt tähelepanu juhitud. Seega pereõdede tähelepanekud annavad mõista, et patsiendipoolne lugupidamatu käitumine vajab eraldi tähelepanu, kuna pereõed tunnevad selles olukorras ennast abitult ning on näha vajadust juhiste ja meetmete välja töötamiseks, et pereõed tunneksid ennast tööprotsessis turvaliselt.

Eetikaalaste koolituste ja toetavate teenuste abil saaks vähendada patsiendi ja pereõe vahel esinevaid probleeme, nagu on näidatud varasemates uuringutes (Schaefer ja Vieira, 2015). Oluline

on selgitada patsientidele, et pereõde on iseseisev ja kvalifitseeritud tervishoiuspetsialist, kes suudab lahendada erinevaid olukordi. Tervishoiuasutused ja organisatsioonid saaksid olla abiks teavitusprogrammide loomisega, mis tutvustaksid patsientidele pereõdede pädevusi. Tervishoiutöötajad peaksid tegema tihedat koostööd pereõdedega, et suurendada teadlikkust nende rollist. Haridusasutused võiksid rõhutada tulevastele tervishoiutöötajatele pereõdede iseseisvust ning panust tervishoiusüsteemi. Avalikud arutelud meediakanalites võiksid aidata mõista patsientide vaateid pereõdede tööle ja teenuse kvaliteedile. Täiustatud koostöö patsientide ja tervishoiutöötajate vahel võiks suurendada vastastikust mõistmist ning patsiendi vastutust enda tervise eest. Tervishoiutöötajad peaksid pakkuma tõenduspõhiseid lahendusi tervise edendamiseks ja haiguste raviks, kuid lõpliku otsuse peaks tegema patsient ise vastavalt oma valmisolekule enda tervise eest hoolitseda. See võiks aidata leevendada patsiendi pahameelt teenuseosutajate suhtes.

Pereõed seostavad tervishoiusüsteemi toimimisega seotud eetilisi konflikte regulatiivsete takistustega, nõrga koostööga tervishoiusüsteemi ja teenuseosutajate vahel ning õdede piiratud õigustega. Nad leiavad, et seadusandluse puudused takistavad neil pakkuda kvaliteetset teenust ning tekitavad eetilisi dilemmasid nende ametialaste kohustuste ja tegeliku praktika vahel. Seadusandluse ja praktiliste olukordade vahelised ebakõlad sunnivad pereõdesid silmitsi seisma eetiliste konfliktidega, kuna pereõdede eetiline kohustus on tagada patsiendile parim võimalik teenus, mis võib olla vastuolus seadusandlusest tulenevate piirangutega. Pereõded tõdevad, et seadusandlus on tihtipeale puudulikult sõnastatud või puuduvad üleüldised regulatsioonid, mis toetaksid teatud otsuste tegemist. Seda seisukohta toetavad ka teised uurimistööd (Ferreira jt, 2018; Kraus ja DuBois, 2016), kus tuuakse välja meelevaldseid ja koormavaid seadusi, mis takistavad õdedel pakkumast optimeeritud teenust ning mis ei ole vastavuses õdede tegelike vajadustega. Seadusest tulenevad puudujäägid tekitavad olukorra, kus pereõded peavad seadusest tulenevaid reegleid eirama, et tagada efektiivset ja toimivat igapäevast tööd. Reeglite rikkumist on kirjeldatud juba varasemalt Kälvemark jt (2004) poolt, kus kirjeldatakse reeglite rikkumist sunnitud käitumisena.

Uurimistöös osalenud pereõded tõdesid, et tõendite väljastamine on nende töös eetilise konflikti allikaks, kuna tihtipeale on nad sunnitud käituma lähtuvalt regulatsioonidest, mis ei ole kooskõlas nende professionaalsete veendumustega. Kompromisside tegemine põhilistes õdede väärtustes võivad tingida eetiliste dilemmade tekke, mille lahendamata jätmise või eetiliselt ebaõige valiku tegemise tagajärjel kogetakse moraalset düstressi. Kirjandus viitab sellele, et arvukad juhised ja standardsed raviskeemid jätavad õdedele igapäevases praktikas moraalset ja eetilisi väljakutseid. (Barlow jt, 2017; Haahr jt, 2019.) Lisaks sellele tunnevad uurimistöös osalenud pereõded, et teatud

eetilisi konflikte, mis tulevad regulatiivsetest takistustest oleks võimalik lahendada või leevendada, kui toimiks efektiivne koostöö tervishoiusüsteemi ja teenuseosutajate vahel, kuid selle puudumine tekitab tervishoiutöötajates abitust. Puudulik tagasisidestamine süsteemide ja struktuuride loomisprotsessis tingib pereõdedes tunde, et nende arvamust ei võeta kuulda, mis omakorda viib pettumiseni ning pingete tekkimiseni, mis on moraalse düstressi ilmnemise märkideks.

Uuritavad pereõed märkavad, et mõned regulatsioonid ja arstide tööülesanded ei arvesta pereõdede aastate jooksul täiustunud pädevustega ja vajavad läbivaatamist. See tekitab neis sisemist konflikti ja vajadust oma väärtuste ja tõekspidamiste üle järele mõelda. Tulevased uurimused võiksid keskenduda pereõdede pädevuste hindamisele ja nende valmisolekule võtta suuremat vastutust professionaalses töös. Kirjandus toob välja, et kompetentside ja vastutuse suurendamine võib parandada õdede töörahulolu ning stimuleerida nende motivatsiooni kvaliteetse teenuse pakkumiseks (Karimi-Shahanjarini jt, 2019). Hetkeolukord viitab pereõdede rahulolematusele, kuna nende suutlikkus pakkuda kvaliteetset ning patsiendikeskset teenust on piiratud. Seega tuleks tähelepanu pöörata pereõdede töörahulolule, kuna see võib mõjutada pereõdede võimet pakkuda kvaliteetset tervishoiuteenust rikkumata enda professionaalseid väärtusi.

Lähtuvalt Eestis kehtestatud seadusandlusest on märgata ka meie regulatsioonides puudujääke, mis takistavad õdede otsustusvõimet ning sunnivad neid isiklike väärtusi ning tõekspidamisi rikkuma. Esmalt tuleneb vastuolu seadusandluse ja pereõdede tegevusjuhendi vahel, kus esineb ebakõla terviseseisundi ülevaatusse tegeva isiku suhtes. Seadusest tulenevast sõnastusest võib välja lugeda, et terviseseisundi ülevaatusse ja tõendi vormistamisega tegeleb perearst kaasates vajadusel teisi erialaspetsialiste (Mootorsõidukijuhi ja mootorsõiduki..., 2020; Nakkushaiguste ennetamise ja..., 2023; Soetamisloa ja relvaloa...,2015), kuid pereõdede tegevusjuhend viitab sellele, et terviseülevaatusse tegemine on suuremas osas pereõdede tegevusvaldkond. Seejuures nende poolt välja toodud väljastamise kord on sõnastatud nii, et pereõde peab iseseisvalt hindama patsiendi terviseseisundit vastavate vastunäidustuste suhtes ning seejärel kinnitama otsuse kaasates perearsti (Eesti Õdede Liit jt, 2021). Siit tulenevalt tunnevadki uurimistöös osalenud pereõed konflikti, kuna nad ei saa enda poolt teostatud toimingute eest olla vastutavad ning nende meelest pole kohati arsti poolne järelevalve vajalik, kuna pereõed on suutlikud otsuste eest iseseisvalt vastutust kandma. Lisaks sellele tunnistavad pereõed, et tõendite väljastamise protsess on muutunud arsti ressursi raiskamiseks ning tunnevad seega vastutust, et tervishoiuteenuse osutamine pole optimeeritud. Tulenevalt sellest, et pereõed pole võimelised antud vastuolu parandama, tunnevad nad töökäigus pingeid ning sisemisi vastuolusid.

Seisukohta, kus õed leiavad Tervishoiuministeriumi protokollides puudujääke on leitud ka Brasiilias läbi viidud uurimistöös. Seal uuritud õed tõdesid, et protokollid ei vasta õendustöötajate vajadustele, kuna need ei kirjelda õigesti õdede ülesandeid rakendavates raamistikutes (Ferreira jt, 2018). Seega võib öelda, et probleem esineb tervishoius laiemalt ning pereõdede otsustusvõimele ning pädevusele pole piisaval määral tähelepanu juhitud. Vastuolulised olukorrad, mis ei võimalda pereõdedel tagada kvaliteetset ning nende väärtustele vastavat hooldust, võivad mõjutada nende otsustusprotsesse ning kahe vastuolulise väärtuse ning tõekspidamise vahel valimine on eetilise dilemma allikaks. Seega peavad pereõdede otsustusprotsesse juhtivad raamistikud olema korrektselt sõnastatud ning olema omavahel kooskõlas. Eelnevalt kirjeldatud olukorrad viitavad eetiliste dilemma olemasolule ning nende esinemine on tekitanud pereõdedes moraalset düstressi.

Palju pereõdede eetilisi konflikte on seotud ravimialaste otsuste tegemisega, millele küll õendusteaduse valdkonna uurimistööd esmatasandi valdkonnas ei viita, kuid toovad välja üldise õdede professionaalse identiteedi määratlemise takistuse, mille puhul õed omandavad endale mitte enda pädevusse kuuluvaid ülesandeid (Fernandes jt, 2018). Paljud Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni riigid viivad samuti ellu reforme õdede praktika laiendamiseks, mis tuleneb suurematest ja mitmekesisematest patsientide vajadustest, tehnoloogia arengust ning teenuseosutajate nappusest (Maier jt, 2017). 2018. aastal läbi viidud küsitluse kohaselt tunnevad Eestis retseptiõigust omavad pereõded, et õiguste läbi vaatamine ja laiendamine väärrib kaalumist arvestades pereõdede vastusala laienemist ning samuti toovad nad välja ka asjaolu, et ravimireklaami õigusaktide kaasajastamine on vajalik (Gross, 2018). Vastutusala laienemisele viitavad ka välismaa teadusallikad (Giannetta jt, 2021; Wanat jt, 2021). Uurimistöö näitab, et pereõded peavad tihti väljastama retsepte ilma arsti juuresolekuta, kuigi seadusandlus ja koolitused ei toeta nende õiguste suurendamist. Nad leiavad, et ravimireklaami piirangud pole põhjendatud, kuna nad peavad olema pädevad ravimite nõustamisel esmatasandi tervishoius. Sellised olukorrad tekitavad neis sisemisi konflikte, kuna nende professionaalne soov ja kohustus on vastuolus pereõdedest sõltumatutest teguritest. Pereõded seisavad silmitsi isiklike väärtuste ja tööprotsesside vastuoluga ning otsuste tegemine on isiklike kaalutluste küsimus, mis võib põhjustada sisemist moraalset düstressi ja pahameelt.

Teadusartiklite seast on leitavad allikad, kus arstid hindavad õdesid kõrgemalt, pidades neid professionaalselt võrdväärseteks ning toovad välja, et õdede ravimite väljakirjutamise teadmised on arstide omadega võrdsed, kuid usaldus põhineb pikaajalisel ja võrdväärse suhtlemisel põhineval koostööl (Karimi-Shahanjarini jt, 2019). Vaatamata sellele ollakse retseptiõiguste

laiendamise suhtes kriitilised tuues välja asjaolu, et õiguste suurendamine võib ohustada patsientide turvalisust ning arstiabi kvaliteeti (Tartu Ülikool, 2019). Antud uurimistöös osalenud pereõed toovad sellele väitele vastuseks juba praegusel hetkel oleva arstide hooletuse, mille puhul nad ei kontrolli pereõdede poolt ette valmistatud retseptide põhjasid ning selle tulemusena on mõjutatud patsiendile pakutava teenuse ohutus. Arstide hõivatus, mõjutab samuti pakutava teenuse kvaliteeti. Nendes olukordades tunnevad pereõed segadust ning näevad vastuolu kutse-eetiliste väärtuste vahel, kuna tunnevad kohustust tagada patsiendile kvaliteetset ja ohutut teenust, kuid arstide hooletusest tingituna on see takistatud. Arstide hooletusele on viidanud ka teises uurimistöös osalenud pereõed, kes tõid välja, et arstide poolne järelevalve ei taga ega paranda teenuse kvaliteeti (Poghosyan jt, 2013). Jääb ebaselgeks, millised takistused on veel peale rahaliste ressursside puudumise, mis takistavad õdede õiguste suurendamist. Seadusandluse sõnastuse kohaselt on retseptiõigust omavatel pereõdedel kohustus dokumenteerida retsepti väljastamisel tehtavat konsultatsiooni arstiga, mis peab olema tehtav kõige harvem üks kord kordusretsepti realiseerimise perioodi jooksul (Ravimite väljakirjutamine ja..., 2024). Siit jääb mõistmata, miks pereõdesid siiski ei usaldata ning miks pereõed on sunnitud kogema eetilisi konflikte. Teaduskirjandus toetab erinevate tervishoiuteenuste ja süsteemide tootmisprotsesside ümberkorraldamist, kuna praegused tegevused ei suuda lahendada esmatasandi eetilisi probleeme (Nora jt, 2015).

Kokkuvõttes võib öelda, et pereõed puutuvad enda professionaalse töö käigus tervishoiusüsteemist tulenevate puudujääkidega, mis viivad eetilise konflikti tekkeni. Eetilised konfliktid avalduvad eetiliste dilemmade ning moraalse düstressi kujul. Siit tulenevalt kajastub vajadus ümberkorralduste tegemiseks. Ühiskonna ja tervishoiusüsteemi ootused esmatasandile on suured, aga puudub tugi, mis võimaldaks pakkuda kvaliteetset teenust. Seega on pereõdede eetiliste konfliktide esinemine reaalne. Probleemi lahendamise tegelemine eeldaks hetkeseisu kaardistamisega ning puudujääkide sõnastamisega. Pereõed näitavad üles valmisolekut pakkuda kvaliteetset teenust ning hindavad enda teadmisi ning teadmiste suurendamise vajadust kõrgeks. Selles olukorras, kus tervishoiutöötajate puudujääk on hakanud mõjutama teenuse osutamise kvaliteeti ja kättesaadavust, on oluline ümberhinnata iga tervishoiutöötaja potentsiaalset kasu, mis võimaldaks pereõdedel paremini panustada tervishoiusüsteemi toimimisse.

Organisatsiooniga seotud eetilised konfliktid olid suuremas osas seotud ressursside puudumisega, mis väljendus näiteks tööjõupuuduses. Tööjõupuudus tingis selle, et personal oli sunnitud täitma mitte enda pädevusse kuuluvaid ülesandeid, ületama enda töötundide norme ning pakkuma mitte kvaliteetset teenust. Rahaliste vahendite puudumine mõjutas tööks vajaminevate

töövahendite olemasolu ning personali koolitusvajaduste rahuldamist. Ressursside piiratus avaldas mõju pereõdede tööle ning tingis eetiliste dilemma tekke seoses töökvaliteedi ja patsiendiohutuse tagamisega. Ebapiisavad ressursid tekitavad pereõdedes pingeid ning vastuolu nende eetiliste kohustuste ja organisatsiooni ootuste vahel.

Olemasolevad teadusallikad toovad välja, et personalipuudus toob peale töö kvaliteedi halvenemisele kaasa ka vigade esinemise ning ebaseaduslike toiminguid patsientide suhtes (Lillemoen ja Pedersen, 2012). Seda toetasid ka uurimistöös osalenud pereõded, et tööjõupuudusest tingituna täidavad nad mitte enda tööülesannete hulka kuuluvaid ülesandeid ning arsti pädevusse jäävate ülesannete sooritamine on vastuolus kehtivate seadustega. Lisaks sellele tõid pereõded välja, et juhtkond sunnib neid piirama telefonikonsultatsioonidele kuluvat aega, mis mõjutab kvaliteetset teenuse osutamist. Sellistes tingimustes töötamine tekitab pereõdedes sisemist rahuolematust ning konflikti, kuna tööandja nõudmised on vastuolus pereõe sooviga pakkuda kvaliteetset ning põhjalikku nõustamisteenust. Ebarealistlikele nõudmistele tööandja poolt on viidanud ka varasemalt ning on toodud välja, et sellistes tingimustes töötamine tekitab õdedes moraalset düstressi (Laabs, 2005). Samuti patsientide privaatsuse säilitamise raskused on tingitud tervishoiuüksuse struktuursetest puudujääkidest (Dourado jt, 2020). Seda tõid välja ka antud uurimistöös osalenud pereõded, kes tunnevad raskusi telefonikonsultatsioonide läbiviimise ees. Patsiendi konfidentsiaalsuse ja privaatsuse tagamisega seotud probleemid tekitavad pereõdedes sisemist rahutust ning peavad silmitsi seisma sisemise tasakaalu leidmisega.

Organisatsioonilised eetilised konfliktid puudutasid ka juhtkonna tasandit, kus pereõded toovad välja juhypoolese toetuse ning koostöö puudumise, mida seostatakse asjaoluga, et Eestis on paljud teenuseosutajad eraettevõtjad, mis tingib töösuhetes eetiliste konfliktide tekke. Samuti kogevad pereõded negatiivset organisatsiooni kultuuri, kus tunnevad ennast lihtsalt alluva positsioonil ning kannatavad tööandja mõjuvõimu all. Võib leida seosesid varasemate uurimistööde tulemuste vahel, kus toodi välja, et toetuse ning juhtkonna poolse läbipaistvuse puudumine on põhiline probleem, mis takistab eetiliste dilemma lahendamist töökohal (Dourado jt, 2020). Samuti puuduvad organisatsioonidel sageli juhised ja standardid oma töötajatele, kes peavad esile kerkivaid probleeme lahendama (Kälvemark jt, 2004). Juhtkonna roll ja organisatsiooni poolne kaasamine on oluliseks tugipunktiks eetiliste konfliktide lahendamisel. Olukorras, kus puudub juhtkonna poolne toetus eetiliste dilemma lahendamisel võivad esile kerkida vastuolulised ootused ning olukord, kus otsuste tegemine ei ühti osapoolte vahel.

Olenemata ressursside puudusest tuleks siiski jätkata personali kvalifitseerimisega, mis aitaks neil edaspidi olenemata olukordade raskusest nendega efektiivselt toime tulla. Koolitused peaksid hõlmama nii tööd puudutavaid pädevusi, kui ka eetikaalaseid koolitusi, kuna tulemuste põhjal võib järeldada, et esmatasandi õdedel on vähene ettevalmistus iseseisvate olukordade lahendamisel. Samuti tuleks luua võimaluse korral neutraalsed töökeskkonnad, kus puuduvad hierarhilised suhted ning personalivaheline töö põhineb üksteise usaldusel ning aktsepteerimisel. Juhtidele tuleks pakkuda juhtimisalaseid koolitusi selleks, et tagada efektiivne meeskonnajuhtimine ning täiustada nende teadmisi töötajate kaasamise osas. Sellised meetmed aitaksid personalil olla rohkem rahulolevad töökeskkonnaga ning hoida neid antud ametikohal.

Pereõdede sõnul on **meeskonnatöö ja kolleegisuhetega seotud eetilised konfliktid** seotud suhtlusprobleemidega töökohal, arsti ebaprofessionaalse käitumisega, erinevate rollidega seotud konfliktidega ning patsiendi käsitluses esinevate erimeelsustega. Nad on kogenud nii alavääristamist, töökiusu, süüdistusi kui ka näinud pealt kolleegide vahelisi suhtlusprobleeme. Uurimistööd, mis käsitlevad meeskonnasiseseid probleeme toovad välja, et kolleegide vaheline lugupidamatus ja meeskonnatöö halb toimimine võib olla tingitud üksteise rollide mõistmise puudumisest ning spetsiifiliste teadmiste eiramisest (Brown jt, 2011; Larsman jt, 2024; Nora jt, 2015; Simas jt, 2016). Rollide mõistmise puudumisele viitavad ka selle uurimistöö tulemused, kus pereõed toovad välja, et arstid delegeerivad enda tööülesanded pereõdedele ning lisaks sellele jätavad kolleegid enda poolt alustatud toimingud poolikuks jättes need teise pereõe vastutuse alla.

Kirjandus toob välja, et teenuse kvaliteet sõltub erinevate erialade panusest ning ühiste eesmärkide ja pühendumise puudumine võib põhjustada arusaamatusi ja ärakasutamist (Rogers, 2004). Pereõdede sõnul mõjutab meeskonnatöö efektiivsust arsti ebaprofessionaalne käitumine, luues hierarhilisi ja usalduseta suhteid. Uuritavad olid kirjeldanud olukordi, kus nad tunnevad, et täites arsti delegeeritud ülesandeid, peavad nad tegema midagi, mis ei kuulu nende pädevusse ning mille täitmine võib olla vastuolus nende tööülesannetega. Sellised olukorrad mõjutavad pereõdede professionaalset identiteeti ja võivad põhjustada eetilisi dilemmasid, kus peab valima enda väärtustel põhineva hoolduse ja hierarhilise surve vahel (Fernandes jt, 2018; Karimi-Shahanjarini jt, 2019). Pereõed tunnevad, et nende vastutusala on suur, kuid kogevad siiski umbusaldust ning teiste kontrolli nende teadmiste ja otsuste üle ning kriitikat tajutakse põhjendamatuna. Teiste autorite poolt läbiviidud uurimistööd toovad välja, et sagedased konfliktid tekivad ebapiisava erialase ettevalmistusega kolleegidega töötamisest, mis tekitab õdedes ebamugavust ja ahastust. See takistab töö tegemist ning negatiivsete tunnete kogemine on moraalse düstressi ilminguks. (Nilsson jt, 2024; Schaefer ja Vieira, 2015.) Kirjandus toob välja, et õed võivad alla suruda enda

veendumusi ja arvamusi selleks, et säilitada arstiga koostöö ning vältida negatiivseid tagajärgi, mida võib mõjutada meeskonnasisene hierarhia ja moraalsete teadmiste erinevus (Gaudine jt, 2011b; Gagyor jt, 2019; Kälvemark jt, 2004). Samuti võivad pereõed arsti töökohustusi täites näha võimalust enesearenguks ja teenuse kvaliteedi parandamiseks (Karimi-Shahanjarini jt, 2019).

Eetilise konflikti lahendamiseks kasutatavad viisid sõltusid olukorra keerukusest. Pereõed pidasid oluliseks lähtuda patsiendist ning tema seisundist konflikti lahendamisel. Seejuures suutsid nad panna kõrvale enda vastuolulised tunded ja arvamuse. Nad väljendasid mõistmist, et tihtipeale konflikti teke pole pereõe süü ning nende tööosaks ongi teatud juhul sellised konfliktised olukorrad. Konflikte lahendasid nad tihtipeale iseenda käitumise muutmisega, kus näiteks olid õppinud teatud patsientidega teistmoodi käituma ning oskasid kohaneda vastavalt olukordadele. Nad pidasid oluliseks konfliktide kohest lahendamist ja arutelusid patsiendiga ning kasutasid seejuures rahuliku ning tõendus põhise nõustamise printsiipe. Sellele viitab ka kirjandus, kus tuuakse välja, et õed näevad ette ja hoiavad ära vastuolusid hoolika kuulamise ning mõistmise välja näitamisega (Juujärvi jt, 2019). Pereõed rääkisid, et kogetud olukorrad aitasid neid edaspidi enda käitumist muuta ning nad oskavad seeläbi ennast järgnevatel kordadel paremini kehtestada.

Pereõed lahendasid ägedaid olukordi, kaasates vajadusel kolleege otsuste tegemisel ja patsiendi korrale kutsumisel. Kolleegide vahelised arutelud on kõige levinum viis eetiliste väljakutsetega toimetulekuks varasema uurimistöo põhjal (Lillemoen ja Pedersen, 2012). Seega on oluline säilitada esmatasandi meeskonnas head suhted ja tõhus meeskonnatöö, mis võimaldab töötajatel probleemidest avatult rääkida. Kirjandus toob esile, et kaastöötajate ja juhi toetus on konfliktide lahendamisel oluline (Porr jt, 2019), ning juhi osalus otsuste tegemisel aitab õdedel mõista organisatsiooni tegevuste põhjuseid (Gaudine ja Thorne, 2012). Oluline on tunda ka enda isiklike piire, reegleid ja seadusi, et suhelda patsientidega objektiivselt. Organisatsioonide tasandil on vajalik arendada eetilisi juhendeid, kaasates erialaühinguid ja seltsinguid, ning läbi viia eetilisi koolitusi, mis aitavad suurendada teadlikkust ja arendada positiivseid hoiakuid (Schaefer ja Vieira, 2015).

Eetilise konflikti mõju avaldus pereõdede seas konflikti tekkimise hetkel negatiivsete emotsioonide kogemisega nagu rahutus, arusaamatus, rünnaku tunne, lootusetus, kurbus, abitus, süütunne. Sellistele emotsioonidele viitavad ka teised autorid (Indrees jt, 2018). Tihtipeale pidid pereõed sisimas ennast kokku võtma ning enda sõnu hoolikalt valima. Esines olukordi, kus konflikti tekkel ei teadnud õde, kuidas edaspidi käituda. Valdas peas tühjus ning abitus.

Pereõed toovad välja, et konflikti kogemine on avaldanud ka negatiivset mõju. Pereõed tunnistavad, et kogetud olukorrad jäävad pikemaks ajaks vaevama, survestavad ning tekitavad pinget. Selliste tunnete kogumine on viinud olukorrani, kus nad tunnevad, et nende töö on läbipõimunud ning tekitanud tervishoiusüsteemis pettumise tunnet. Samuti on eetilised konfliktid avaldanud mõju ka pereõdede vaimsele ja füüsilisele tervisele. Pereõed tunnistavad, et teatud hetkedel on nad kaotanud eneseväärikuse, eneseusalduse ning kogenud läbipõlemist, mille tagajärjel on vahetanud töökohta või mõelnud eralast loobumisele. Uurimistööd toovad välja, et negatiivsete emotsioonide kogemine pikemaajaliselt võib just selliste tagajärgedeni viia (Borhani jt, 2014; Maluwa, 2012; Haahr jt, 2019). Kirjandus toob välja ka organisatsioonilisi tagajärgi nagu personali suurenenud voolavus, töölt puudumised ja lahkumisavaldused (Eizenberg jt, 2009), kuid uurimistöös osalenud pereõded sellele selgesõnaliselt ei viidanud. Vaatamata eetiliste konfliktide negatiivsele mõjule on pereõded tundnud, et eetilise konflikti kogemine on mõjutanud positiivselt nende enesearengut. Neis on arenenud mitmed omadused, mis on tervishoius töötavale inimesele väga tähtsad ning vajaminevad. Pereõded on muutunud tasakaalukamaks, empaatilisemaks ning arenenud on sellised oskused nagu analüüsivõime, kuulamisoskus ning enda eest seismine. Sellele on viidanud ka teine autor (Laabs, 2007).

5.2. Metodoloogilised kitsaskohad

Käesoleva töö kitsaskohtadeks olid eelkõige uurija kogenumatusest tulenevad väljakutsed, mis võisid komplitseerida andmete kogumist ning mõjutada analüüsi terviklikkust. Antud uurimistöö on koostatud kasutades kvalitatiivset uurimistöö meetodit ning andmete kogumine toimus poolstruktureeritud intervjuu teel. Lähtuvalt uurimistöö temast ning asjaolust, et antud teema on Eesti kontekstis vähe uuritud on valitud metoodika kooskõlas uurimistöö eesmärgiga. Valitud fenomenoloogiline teadusfilosoofia raamistik võimaldab uurijal mõista inimese kogemust indiviidi vaatenurgast ning keskendub kogemuse olemuse mõistmisele (Renjith jt, 2021). Antud metoodika valik toetas asjakohaste andmete kogumist, kuid arvestades uurija kogenumatust uurimistöö läbiviimisel, võis andmestik kujuneda liiga mahukaks ning muuta analüüsi protsessi raskesti hoomatavaks. See ohustas ka andmete analüüsiprotsessi, kus saadud andmed ei pruugi olla täisväärtuslikult analüüsitud. Selle välistamiseks kaasas uurija andmete analüüsiprotsessi uurimistöö juhendajaid, et hinnata analüüsitud andmete sobivust ning vajadusel kitsaskohtade märkamiseks. Juhendajate abiga sai mitmel korral analüüsiprotsess täiustatud ning koodide ja kategooriate sõnastus muudetud. Lisaks sellele keskendus andmete analüüsimisel uurimistöö metoodikale ning püstitatud eesmärgile. Andmete tõlgendamise õigsust kontrollis uurija tekstide korduva lugemise käigus ning vajadusel liikus andmete analüüsiga erinevate etappide vahel.

Andmeid analüüsid märkas uurija, et mõned näited olid liiga üldised, mis raskendas nende adekvaatset rakendamist. Selle välistamiseks rakendas uurija intervjuude käigus küll täpsustavaid küsimusi, kuid teatud juhtudel ei tunnetanud ta mitme näite puhul selle olulisust, mis tuli hiljem välja andmeanalüüsi käigus.

Uuritavate värbamine toimus läbi kutse- ja erialaorganisatsioonide, mis kohati raskendas uuritavateni jõudmist. Selleks, et suurendada osalemisaktiivsust tuli saata organisatsioonidele korduskutsed, et nad saaksid edastada need organisatsiooni liikmetele. Kutsed edastati läbi e-posti, siseveebi. Uurija arvates võis olla antud uuritavate värbamise meetod takistuseks uuritavatega kontakti loomiseks, kuna andmete kogumist raskendas asjaolu, et andmete kogumine algas maikuus, kus algab paljudel inimestel suvepuhkuste aeg ning e-kirju vaadatakse puhkuste ajal vähem. Seetõttu oleks otstarbekas kaaluda võimaluse korral lumepalli meetodit, mis võimaldaks suurendada esimese kutsega osalemise aktiivsust või lükata andmete kogumise protsess perioodile, mil personal naaseb puhkustel tagasi tööle. Lumepalli meetodit on kasutatud ka paaris uurimistöös, mis käsitlevad eetilist ja moraalset konteksti (Choe jt, 2015; Gaudine jt, 2011a).

Uurimistöös toetub autor mitmele uurimistöole, mis on avaldatud mitukümmend aastat tagasi. Lähtuvalt eetilise konflikti olemusest oli uurijal oluline definitsiooni mõistmisel lähtuda originaallikatest, mis defineerisid esimesena mõiste olemust. Seejuures on märgata ka vanemaid uurimistöid esmatasandi kontekstis. See tuleb asjaolust, et eetilise konflikti nähtust esmatasandi tervishoius on vähe uuritud ning allikate analüüsi käigus selgus, et tänapäevased probleemid on pole olemusel muutunud. Seega kaasas uurija need teadusliku tausta kirjeldamiseks.

5.3. Uurimistöö eetilised aspektid

Uurimistöö eetilised aspektid olid seotud teaduskirjandusega, uuritavate osalemise vabatahtlikkuse, konfidentsiaalsuse ning andmete turvalise säilitamisega. Kõiki eetilisi aspekte kaaluti põhjalikult ning püüti neid igal viisil arvestada ning leevendada. Teaduskirjanduse käsitlemisel järgis uurija kõiki teadusteksti koostamise ja viitamise nõudeid ning kasutas saadud teavet analüütiliselt ja vastutustundlikult. Uurimistöö läbi viimine on kooskõlastatud Tartu Ülikooli inimuuringu eetika komiteega, protokoll nr 376/T-3. Uuritavad võtsid teadlikul kaalutlusel uurimistöös osalemiseks ühendus uurijaga, kes tagas neile teadliku ja vabatahtliku osalemise osalemistingimuste tutvustamisega ning mittekahjustamise ning konfidentsiaalsete meetmete rakendamisega. Uurimistöö viidi läbi hea teadustava põhimõtete alusel (Hea teadustava..., 2017). Kõikidele uuritavatele oli pakutud kontaktintervjuu kui ka veebiintervjuu

võimalust. Kõik uuritavad valisid veebiintervjuu võimaluse ning valisid ise enda jaoks turvalise ja sobiva koha intervjuu läbi viimiseks. Uuritavatel oli võimalus uurimistöös osalemisest keelduda kogu intervjuu vältel ning vahetult peale intervjuu lõppu, kui andmestik pole veel transkribeeritud. Ükski osaleja seda võimalust ei kasutanud.

Uuriija tutvustas uuritavatele andmete hoiustamise tingimusi enne intervjuu algust. Osalejad kinnitasid enda teadlikut osalemist digitaalselt allkirjastatud nõusolekuvormiga, mida hoiustati koos transkribeeritud intervjuudega Tartu Ülikooli OneDrive pilvesalvestusruumis, mis on seotud uurimistöö läbiviija Tartu Ülikooli kasutajaga, millele on ligipääs ainult uurijal. Kõik uurimistööga seotud andmeid säilitatakse eelkirjeldatud keskkonnas maksimaalselt aastani 2026, mis järel uurija kõik andmed kustutab. Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vormid hävitatakse peale uurimistulemuste avalikustamist septembris 2024. Arvestades teema tundlikkust, tagas uurija uuritavate konfidentsiaalsuse sotsiaaldemograafiliste andmete ning organisatsiooni puudutavate andmete mitte kogumisega. Uuriija hoidus andmete kogumisest, mis ei ole uurimistöö eesmärgi jaoks asjakohased, et vältida tundlike andmete kogumist. Lähtuvalt asjaolust, et uurija on uuritavatega samal ametikohal töötav inimene, pidid ta üksikasjalikult välistama isiklike emotsioonide ja eelarvamuste tekkimist, mis võis mõjutada andmete analüüsi. Selle jaoks kasutas uurija eneseabi võtteid mõtete kontrollimiseks (jalutuskäigud, märkmete tegemine, emotsioonide peegeldamine jne). Transkribeeritud andmed ja helisalvestised olid märgistatud numbriliselt ning isikut mitte tuvastada võimaldavalt. Vaatamata andmete küllastumisele jätkas uurija andmete kogumist vastavalt soovijate hulgale, jälgides sellega uuritavate võrdse kohtlemise printsiipe ning lugupidamist uuritavate vastu.

5.4. Uurimistöö praktiline väärtus ning uued uurimisprobleemid

Uurimistöö tulemusena selgus, et pereõed puutuvad esmatasandi tervishoius igapäevaselt kokku eetiliste konfliktidega ning toetudes kirjandusele on märgata, et eetilise konflikti esinemine pole kahanev nähtus. Antud uurimistöö väärtus ulatub mitmesse valdkonda õenduspraktikas ning saadud tulemused aitavad märgata kitsaskohti, mis nõuavad edasist tähelepanu. Saadud tulemused võivad suurendada pereõdede teadlikkust eetilistest konfliktidest ning anda neile vajalikku informatsiooni nende lahendamiseks, parandades seeläbi nende võimet käsitleda igapäevases tervishoiupraktikas keerulisi olukordi ja tagades patsientidele eetiliselt vastutustundliku hoolduse. Sellest tulenevalt tuleks luua pereõdedele juhiseid, koolitusi ning tugirühmasid, mis toetaksid eetikaalaste teadmiste arendamist.

Tulemustest ilmnev pereõdede ebakindlus ning hirm negatiivsete tagajärgede ees suhetes patsiendi ning tema pereliikmetega viitab tugistruktuuride (lastekaitse, sotsiaaltöötajad, politsei) kaasamise vajalikkusele. Esmatasandi ning tugistruktuuride koostööd oleks võimalik parandada selgete koostööprotokollide ja käsiraamatute loomisega, millesse on kaasatud interdistsiplinaarsed meeskonnad, kuhu kuuluvad erinevate valdkondade spetsialistid. Lisaks sellele oleks oluline väärtus teavituskampaaniate ning koolituste loomisel. Ühised koolitused aitaksid luua arutelusid probleemide lahendamiseks. Tänu nendele meetmetele paraneks pereõdede teadlikkus tugiteenustest ning nad suudaksid efektiivsemalt lahenda esile kerkivaid eetilisi dilemmasid ning puutuksid vähem kokku moraalse düstressi ilmingutega.

Tulemused võivad olla väärtuslikuks õppevahendiks õendushariduses, et aidata tulevasi õdesid mõista eetiliste konfliktide olemust ning nende mõju õenduse põhiväärtustele. Samuti võivad need anda juhiste välja töötamiseks väärtuslikku teavet pereõdede töökeskkonna ja -tingimuste kohta õendusjuhtimises ning aidata neil välja töötada meetmeid, mis toetavad pereõdede eetilist vastutustundlikkust ja vaimset heaolu. Tulemustes ilmnevad kitsaskohad juhivad tähelepanu regulaarsete arutelude olulisusele meeskonnas ning ühiskonnas laiemalt, kuna pereõded tunnevad ebakindlust ning abitust eetilist konflikti kogedes, mis pikemas perspektiivis ohustab tervishoiutöötajate püsimist tervishoiuvaldkonnas. Probleemidega tegelemine ning kiire otsustusvõime aitaks pereõdede seas vähendada eetilise probleemi negatiivseid tagajärgi.

Uurimistöö toob esile organisatsioonilised ja tervishoiusüsteemi kitsaskohad pereõdede seisukohast. Hetkel kehtivad regulatsioonid ja juhendid ei toeta eetiliste konfliktide lahendamist, pigem võivad need nende tekkimist soodustada. Seega on vajadus regulatsioonide ümbersõnastamise ja kaasajastamise järele ning selgete juhiste koostamiseks. Arvestades tervishoiutöötajate puudust Eestis, peaks olemasolevate spetsialistide pädevusi hindama ning neid efektiivselt rakendama. Pereõded on valmis üle võtma arstide ülesandeid, mis leevendaks arstide töökoormust. Lisaks sellele leidis uurimistöö kinnitust asjaolule, et hetkel kehtivad seadused ja piirangud ei suurenda pakutava teenuse kvaliteeti, vaid on pigem takistuseks ning eetiliste konfliktide allikateks. Kehtivad regulatsioonid on tinginud ka asjaolu, kus arstid on enda töös muutunud hooletuks ning pereõded tunnevad suuremat vastutust enda professionaalses töös. Seega tasub mõelda uute meetmete rakendamisele.

Patsientide poolne lugupidamatu käitumine õdede suhtes vajab lahendamist. Uurimistöö tulemusena on näha ilminguid, et patsiendid ei usalda õdesid, kui iseseisva eriala esindajaid ning seega võib arstide töökoormus olla ebaratsionaalselt jaotatud. Võimalik, et tuleks tegeleda

elanikkonna teadlikkuse tõstmisega, mis aitaks inimestel mõista pereõdede pädevusi, mis suurendaks patsientide seas ka usaldust pereõdede vastu. Lisaks sellele, tuleks pereõdedele õpetada, kuidas konfliktseid olukordi patsiendiga lahendada, et mõlema osapoole väärtused ja tõekspidamised ei kannataks. Tõstatub vajadus eetikaalaste koolituste järele ning efektiivse suhtlemisoskuse arendamisele.

Uurimistöö tulemusena tuli välja mitu uurimisvaldkonda, mis vajaksid edasist uurimist: 1) Patsientide hoiakud pereõdede suhtes ning nende hinnang pereõdede pädevustele, 2) Pereõdede pädevuste kaardistamine ning valmisoleku uurimine pädevuste suurendamise suhtes, 3) Arstide hoiakud pereõdede suhtes.

6. JÄRELDUSED

Pereõed kirjeldasid eetilist konflikti kogemusena, mis võib esile kerkida inimeste vahelise suhtluse käigus, reeglite või käitumistavade rikkumisel või sisemise konfliktina seoses patsiendi ja nende pereliikmete suhetega, tervishoiusüsteemi toimimisega, meeskonnatöö ja kolleegisuhetega ning organisatsiooniga. Konflikte lahendasid pereõed iseseisvalt ning vajadusel kaasasid arutellu kolleege. Nad pidasid oluliseks konflikti lahendamisel lähtuda iseenda professionaalsusest ning patsienti väärtustavast põhimõttest. Konflikti mõju oli negatiivne, mil pereõed tajusid rahutust, ärritust, arusaamatust, kurbust ning abitust. Negatiivsete tunnete pikemaajaline kogemine avaldas negatiivset mõju nende vaimsele tervisele ning tõi kaasa erialast loobumise mõtteid. Vaatamata negatiivsete emotsioonide kogemisele toovad pereõed välja positiivset mõju enesearengule. Konflikti kogemine on olnud pereõdede jaoks õppetunniks, tänu millele nad õpivad edaspidi efektiivsemalt toime tulema.

Uurimistöö tulemused viitavad tervishoiusüsteemi toimimise puudujääkidele, õdede professionaalsuse arendamise vajadusele, töökeskkonna ja meeskonnatöö ebaefektiivsusele ning patsiendi suhete parandamise vajadusele. Tulemustest tulenevalt oleks vajalik kavandada efektiivseid sekkumisi eetiliste konfliktide ennetamiseks organisatsioonisiselt kui ka tervishoiusüsteemis laiemalt, toetada pereõdede toimetulekut eetiliste konfliktidega ning parandada patsiendi ja tervishoiutöötaja vahelisi suhteid juurutades pereõdede iseseisvust. Uurimistöö tõstas tulemustega esile mitmeid tervishoiusüsteemi põhiseid kitsaskohti pereõdede vaatekohast. Eestis kehtivad regulatsioonid ning tööprotsesse juhtivad juhendid ei toeta hetkel eetiliste konfliktide lahendamist. Märkata on vajadust regulatsioonide ümbersõnastamiseks ning asjakohaste ning kindlate juhendite välja töötamiseks. Nende meetmete rakendamine võib tulevikus avaldada positiivset mõju tervishoiusüsteemi kvaliteedile ning tõsta patsientide ning tervishoiutöötajate rahulolu.

KASUTATUD KIRJANDUS

Adeoye-Olatunde, O.A., & Olenik, N.L. (2021). Research and scholarly methods: Semi-structured interviews. *Journal of the American College of Clinical Pharmacy*, 4(10), 1358-1367.

<https://doi.org/gr9zfs>

Agarwal, S., Pabo, E., Rozenblum, R., & Sherritt, K.M. (2020). Professional dissonance and burnout in primary care: A qualitative study. *JAMA Internal Medicine*, 180(3), 395–401.

<https://doi.org/mms7>

Barth, P.O., Ramos, F.R.S., Barlem, E.L.D., Renn, H.M.S., Brehmer, L.C.F., & Rocha, J.M. (2019). Generating situations of Moral Distress in Primary Care Nurses. *Rev Bras Enferm*, 72(1), 35-42.

<https://doi.org/grwzww>

Barth, P.O., Ramos, F.R.S., Barlem, E.L.D., Dalmolin, G.L., & Schneider, D.G. (2018). Validation of a moral distress instrument in nurses of primary health care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26(0).

<https://doi.org/grwzxc>

Barlem, E.L., Lunardi, V.L., Lunardi, G.L., Tomaszewski-Barlem, J.G., Silveira, R.S., & Dalmolin, G.L. (2013). Moral distress in nursing personnel. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21, 79-87.

<https://doi.org/mms8>

Barlow, N. A., Hargreaves, J., & Gillibrand, W. P. (2017). Nurses' contributions to the resolution of ethical dilemmas in practice. *Nursing Ethics*, 25(2), 230-242.

<https://doi.org/gdfw74>

Borhani, F., Abbaszadeh, A., Nakhaee, N., & Roshanzadeh, M. (2014). The relationship between moral distress, professional stress, and intent to stay in the nursing profession. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 7, 1-8.

- Bourne, D.W., & Epstein, E. (2021). The Experience of Moral Distress in an Academic Family Medicine Clinic. *HEC Forum*.
<https://doi.org/gj8zn3>
- Choe, K., Kang, Y., & Park, Y. (2015). Moral distress in critical care nurses: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(7), 1684–1693.
<https://doi.org/f8hf5q>
- Copeland, D., & Arnold, S. (2021). The moral dilemma of interpreting workplace violence. *Nursing Inquiry*, 28(4), 1-8.
<https://doi.org/gh4r7w>
- Deshefy-Longhi, T., Dixon, J. K., Olsen, D., & Grey, M. (2004). Privacy and Confidentiality Issues in Primary Care: views of advanced practice nurses and their patients. *Nursing Ethics*, 11(4), 378–393.
<https://doi.org/fjv4rx>
- Dourado, J.V.L., Aguiar, F.A.R., Lopes, R.E., Silva, M.A.M., & Ferreira Junior, A.R. Ethical problems experienced by nurses in the Family Health Strategy, *Revista Bioetica*, 28(2), 356-364.
<https://doi.org/mmtc>
- Eesti Õdede Liit, Eesti Pereõdede Ühing, Eesti Perearstide Selts, Eesti Pereõdede Ühing. (2021). *Pereõenduse tegevusjuhend*.
- Eizenberg, M.M., Desivilya, H.S., & Hirschfeld, M.J. (2009). Moral distress questionnaire for clinical nurses: instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 885-892.
<https://doi.org/bsnb8n>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.
<https://doi.org/fq33km>
- Fagerholm, F., & Munch, J. (2012). Developer experience: Concept and definition. *International Conference on Software and System Process (ICSSP)*.
<https://doi.org/gpd3wn>

- Falcó-Pegueroles, A., Lluch-Canut, T., Roldan-Merino, J., Goberna-Tricas, J., & Guàrdia-Olmos, J. (2015). Ethical conflict in critical care nursing. *Nursing Ethics*, 22(5), 594-607.
<https://doi.org/f7pqvt>
- Fernandes M.C., Silva, L.M.S., Silva, M.R.F., Martins, R.A., Dias, M.S.A., Moreira, T.M.M., et al. (2018). Identity of primary health care nurses: perception of “doing everything”. *Rev Bras Enferm*, 71(1):142-7.
<https://doi.org/kk58>
- Fernbach, A. (2011). Parental rights and decision making regarding vaccinations: Ethical dilemmas for the primary care provider. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23: 336–345.
<https://doi.org/bj75zb>
- Ferreira, S.R.S., P.rico, L.A.D., & Dias, V.R.G.F. (2018). The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm*, 71(1), 784-9.
<https://doi.org/mmtj>
- Gaudine, A., & Thorne, L. (2012). Nurses' ethical conflict with hospitals: A longitudinal study of outcomes. *Nursing Ethics*, 19(6), 727-737.
<https://doi.org/gptp84>
- Gaudine, A., LeFort, S. M., Lamb, M., & Thorne, L. (2011a). Clinical ethical conflicts of nurses and physicians. *Nursing Ethics*, 18(1), 9–19.
<https://doi.org/fq9n2b>
- Gaudine, A., LeFort, S. M., Lamb, M., & Thorne, L. (2011b). Ethical conflicts with hospitals: The perspective of nurses and physicians. *Nursing Ethics*, 18(6), 756–766.
<https://doi.org/d6z3k2>
- Gágyor, I., Heßling, A., Heim, S., Frewer, A., Nauck, F., & Himmel, W. (2018). Ethical challenges in primary care: a focus group study with general practitioners, nurses and informal caregivers. *Family Practice*, 36(2), 225-230.
<https://doi.org/mmtm>

- Giannetta, N., Villa, G., Pennestrì, F., Sala, R., Mordacci, R., & Manara, D. F. (2021). Ethical Problems and Moral Distress in Primary Care: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7565.
<https://doi.org/grwzqz>
- Gross, L. (2018). Retseptiõigus pereõdedele: kas ja kuidas on õigusaktid ellu rakendunud? *Pereõde*, 2(27), 7-8.
- Gray, J.R., & Grove, S.K. (2020). *Burns and Grove's The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. Elsevier.
- Haahr, A., Norlyk, A., Martinsen, B., & Dreyer, P. (2019). Nurses experiences of ethical dilemmas: a review. *Nursing Ethics*, 27(1): 258-272.
<https://doi.org/gj876x>
- Hansson, S.O., & Fröding, B. (2020). Ethical conflict in patient-centred care. *Clinical Ethics*, 0(0) 1-12.
<https://doi.org/gjg9db>
- Hea teadustava. (2017). Eesti Teaduse Akadeemia, Eesti Teadusagentuur, Haridus- ja Teadusministeerium. Tartu.
- Idrees, N., Ullah, Z., & Khan, M.Z. (2018). Impact of ethical conflict on job performance: the mediating role of proactive behavior. *Asian Journal of Business Ethics*, 7, 103-116.
<https://doi.org/gf5w74>
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: the ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- Karimi-Shahanjarini, A., Shakibazadeh, E., Rashidian, A., Hajimiri, K., Glenton, C., Noyes, J., Lewin, S., Laurant, M., & Colvin, C.J. (2019). Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/gnm2t7>
- Khanal, A., Franco-Correia, S., & Mosteiro-Diaz, M.P. (2022). Ethical conflict among critical care nurses during the COVID-19 pandemic. *Nursing Ethics*, 29(4): 819-832.

<https://doi.org/gq9nmh>

Knaack, P. (1984). *Phenomenological Research. Western Journal of Nursing Research*, 6(1), 107–114.

<https://doi.org/fpnkj4>

Kraus, E & DuBois, J.M. (2016). Knowing your limits: A Qualitative study of physician and nurse practitioner perspectives on NP independence in Primary Care. *J Gen Intern Med*, 31(3), 284-890.

<https://doi.org/f9zf9w>

Kälvemark, S., Höflund, A.T., Hansson, M.G., Westerholm, P., & Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine*, 58, 1075-1084.

<https://doi.org/cjbpkf>

Laabs, C.A. (2007). Primary care nurse practitioners' integrity when faced with moral conflict. *Nursing Ethics*, 14(6): 795-809.

<https://doi.org/b4nm8j>

Laabs, C.A. (2005). Moral problems and distress among nurse practitioners in primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17(2): 76-84.

<https://doi.org/drdjqz>

Larsman P, Pousette A, Skyvell Nilsson M, Gadolin C, Törner M. (2024). Ethical value conflicts in healthcare and their effects on nurses' health, turnover intent, team effectiveness, and patient safety: a longitudinal questionnaire study. *Scand J Work Environ Health*, 50(2):113–121.

<https://doi.org/gtgv9j>

Lillemoen, L., & Pedersen, R. (2012). Ethical challenges and how to develop ethics support in primary health care. *Nursing Ethics*, 20(1):96-108.

<https://doi.org/f4pdvr>

- Lluch-Canut, T., Sequeira, C., Falcó-Pegueroles, A., Pinho, J. A., Rodrigues-Ferreira, A., Olmos, J. G., & Roldan-Merino, J. (2019). Ethical conflicts and their characteristics among critical care nurses. *Nursing Ethics*, 27(2)
<https://doi.org/mmtg>
- Maestro, F.J., Martinez-Romero, M., Vazquez-Naya, J.M., Pereira, J., & Pazos, A. (2013). Ethical and legal issues in the clinical practice of primary health care. *Frontiers in Bioscience, Elite*, 5, 435-445.
<https://doi.org/gbb78w>
- Maier, C.B., Aiken, L.H., & Busse, R. (2017). Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. OECD Health Working Papers. *OECD Publishing*, 98, 1-72.
<https://doi.org/mmtr>
- Maluwa, V.M., Andre, J., Ndebele, P., & Chilemba, E. (2012). Moral distress in nursing practice in Malawi. *Nursing Ethics*, 19(2), 196-207.
<https://doi.org/fx9hm6>
- Merriam, S.B. (2002). *Qualitative Research in Practice. Introduction to Qualitative Research*. Jossey-Bass, San Francisco, 3-17.
- Mootorsõidukijuhi ja mootorsõiduki juhtimisõiguse taotleja ning trammijuhi ja trammi juhtimisõiguse taotleja tervisekontrolli tingimused ja kord ning tervisenõuded, sealhulgas meditsiinilised vastunäidustused, mille korral mootorsõiduki ja trammi juhtimine ei ole lubatud. (2020). RT I, 14.07.2020, 21.
<https://www.riigiteataja.ee/akt/114072020021?leiaKehtiv>
- Morse, J.M. (2015). "Data were saturated...". *Qualitative Health Research*, 25(5), 587-588.
<https://doi.org/gfn8th>
- Nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadus. (2023). RT I, 11.03.2023, 72.
<https://www.riigiteataja.ee/akt/111032023072?leiaKehtiv>

- Nilsson, M.S., Gadolin, C., Larsman, P., & Pousette, A. (2024). The role of perceived organizational support for nurses` ability to handle and resolve ethical value conflict: A mixed methods study. *Journal of Advanced Nursing*, 80(2), 765-776.
<https://doi.org/gss9wk>
- Nora, C. R. D., Zoboli, E. L. C. P., & Vieira, M. (2015). Ethical problems experienced by nurses in primary health care: integrative literature review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(1), 112–121.
<https://doi.org/mmts>
- Pathak, V., Kalra, S., & Jena, B. (2013). Qualitative research. *Perspectives in Clinical Research*, 4(3), 192.
<https://doi.org/gg3zp3>
- Pavlish, C., Brown-Saltzman, K., Jakel, P., & Fine, A. (2014). The Nature of Ethical Conflicts and the Meaning of Moral Community in Oncology Practice. *Oncology Nursing Forum*, 41(2), 130–140.
<https://doi.org/grwzww>
- Pishgooie, A.H., Barkhordari-Sharifabad, M., Atashzadeh-Shoorideh, F., Falco-Pegueroles, A. (2019). Ethical conflict among nurses working in the intensive care units. *Nursing Ethics*, 26(7-8), 2225-2238.
<https://doi.org/gfgb7r>
- Poghosyan, L., Nannini, A., Smaldone, A., Clarke, S., O`Rourke, N.C., Rosato, B.G., & Berkowitz, B. (2013). Revisiting scope of practice facilitators and barriers for primary care nurse practitioners: A qualitative investigation. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 14(1), 6-15.
<https://doi.org/f5d7m8>
- Porr, C., Gaudine, A., Woo, K., Smith-Young, J., & Green, C. (2019). How Community Nurses Manage Ethical Conflicts: A Grounded Theory Study. *Global Qualitative Nursing Research*, 6, 233339361989495.
<https://doi.org/mmtt>

Ravimite väljakirjutamine ja apteekidest väljastamine ning retsepti vorm. (2023). RT I, 29.12.2023, 17.
<https://www.riigiteataja.ee/akt/123122010011?leiaKehtiv>

Redman, B., & Fry, S.T. (2000). Nurses ethical conflicts: What is really known about them? *Nursing Ethics*, 7(4), 360-366.
<https://doi.org/d6g8w7>

Renjith, V., Yesodharan, R., Noronha, J.A., Ladd, E., & George, A. (2021). Qualitative Methods in Health Care Research. *International Journal of Preventive Medicine*, 12(20), 1-7.

Rogers, W.A. (2004). Ethical issues in public health: a qualitative study of public health practice in Scotland. *J Epidemiol Community Health*, 58, 446-450.

Saberi, Z., Shahriari, M., & Yazdani, A.R. (2018). The relationship between ethical conflict and nurses' personal and organisational characteristics. *Nursing Ethics*, 26(7-8), 2427-2437.
<https://doi.org/gtpzgn>

Schaefer, R., & Vieira, M. (2015). Ethical competence as a coping resource for moral distress in nursing. *Text Context Nursing, Florianópolis*, 24(2), 563-573.
<https://doi.org/msrt>

Simas, K.B.F., Simoes, P.P., Gomes, A.P., Costa, A.A.Z., Pereira, C.G., & Siqueira-Batista, R. (2016). (Bio)Ethics and primary health care: preliminary study on family clinics in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciencia & Saude Coletiva*, 21(5), 1481-1490.
<https://doi.org/mmtx>

Soetamisloa ja relvaloa taotleja tervisekontrolli kord, loa andmist väljastavate tervisehäirete loetelu ning tervisetõendi sisu ja vormi nõuded. (2015). RT I, 26.03.2015, 12.
<https://www.riigiteataja.ee/akt/126032015012?leiaKehtiv>

Zubović S. (2018). Ethical dilemmas of nurses and physicians in the primary health care setting. *Hos Pal Med Int Jnl*, 2(5):280–284.
<https://doi.org/mmtz>

Tartu Ülikool. (07.05.2019). *Ülikool ja arstide liit on õdede retseptiõiguse laiendamise suhtes kriitilised*. Tartu Ülikool.

<https://meditsiiniteadused.ut.ee/et/sisu/ulikool-ja-arstide-liit-odede-retseptioiguse-laiendamise-suhtes-kriitilised>

Tervisekassa. (06.22.2019). *Milliseid muresid aitab lahendada pereõde?*

<https://www.tervisekassa.ee/blogi/milliseid-muresid-aitab-lahendada-pereode>

Thomas, D.R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246.

<https://doi.org/dh6zm5>

Usberg, G., Uibu, E., Urban, R., & Kangasniemi, M. (2020). Ethical conflicts in nursing: An interview study. *Nursing Ethics*, 096973302094575.

<https://doi.org/mmt2>

Wanat, M., Hoste, M., Gobat, N., Anastasaki, M., Böhmer, F., Chlabicz, S., Colliers, A., Farrell, K., Karkana, M.N., Kinsman, J., Lionis, C., Marcinowicz, L., Reinhardt, K., & Wilkinson, J. M. (1987). Moral Distress in Nursing Practice: Experience and Effect. *Nursing Forum*, 23(1), 16–29.

<https://doi.org/cxsmf5>

Wilkinson, J. M. (1988). Moral distress in nursing practice: Experience and effect. *Nursing Forum*, 23(1), 16–29.

World Health Organization. (15.11.23). *Primary health care*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokolli number: 376/I-3

koosolek: 17.04.2023

Komitee koosseis:

Esimees

Aime Keis Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, meditsiineetika nooremlektor

Asesimees

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

Liikmed

Diva Eensoo Tervise Arengu Instituut, teadur
Katriin Kaarna Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliinilise uuringute keskuse juhataja
Kalle Kisand Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, laborimeditsiini professor
Piret Koosa Eesti Rahva Muuseum, teadur
Malle Kuum Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur
Marje Oona Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini 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, religiooniuuringute kaasprofessor
Anna-Liisa Tamm Tartu Tervishoiu Kõrgkool, füsioteraapia ja tervisekaitse osakonna juhataja
Aimi Tammi Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, arengu- ja koolipsühholoogia lektor / arengupsühholoogia teadur
Maarja Tõrga Riigikohus, tsiviilkollegiumi nõunik

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö

Uurimistöö nimetus: Eesti pereõdede kogemused eetiliste konfliktidega: kvalitatiivne uurimus

Vastutav uurija (asutus):

Merle Secra (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Ravila 19, 50411, Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt, 24.04.2023
2. Kuuse uurimistöös osalemiseks
3. Uuritava või tema seadusliku esindaja informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm, 24.04.2023
4. Intervjuu kava
5. Uurimistöö läbiviijate CVd (M. Secra, E. Trusova, G. Usberg)

Uurimistöö lõpp: 29.02.2024

Komitee esimees: Aime Keis /alkkirjastatud digitaalselt/

Komitee sekretär: Kaire Kallak /alkkirjastatud digitaalselt/

Väljastatud: Avimase digitaalkirja kuupäev/

Tartu Ülikool
grandikeskus
Rackoja plats 9
51004 Tartu

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

Lisa 2. Kutse uurimistöös osalemiseks

Austatud pereõde!

Olen Tartu Ülikooli õendusteaduse magistriõppe üliõpilane Evelin Trusova. Kutsun Teid osalema uurimistöös "Eesti pereõdede kogemused eetiliste konfliktidega: kvalitatiivne uurimus", mille eesmärgiks on kirjeldada Eesti pereõdede kogemusi eetiliste konfliktidega. Andmeid kogutakse perioodil mai 2023 kuni detsember 2023. Eetiline konflikt on probleem, mis tekib nii inimeste sees kui ka nende vahel ning selle keskseks elemendiks kohustus "teha head" või teha asju õigemini. Neid mõjutavad indiviidi väärtusskaala, eetilised põhimõtted, vastutustunne ja eetiline tundlikkus. Eestis ei ole pereõdede eetilisi konflikte varasemalt uuritud. Uurimistulemused võimaldavad tulevikus parandada pereõdede töökeskkonda ning patsiendile suunatud teenuse kvaliteeti. Olete oodatud uurimistöös osalema kui töötate hetkel pereõena, olete kogunud eetilist konflikti ning olete valmis jagama enda kogemusi eestikeelsel intervjuul.

Uuringus osalemine on Teie jaoks vabatahtlik ja sisaldab endas maksimaalselt 45 minutilist intervjuud privaatses kontaktvestluses või Zoom'i virtuaalkeskonnas. Intervjuu käigus keskendutakse ainult Teie kogetud kogemustele. Intervjuu salvestatakse diktofoniga ning hiljem kirjutatakse sõna-sõnalt ümber tekstifailiks esimesel võimalusel. Peale tekstifaili valmimist kustutatakse helifail. Teil on õigus soovi korral intervjuu katkestada või loobuda uurimistöös osalemisest ka peale intervjuu toimumist, andes sellest märku intervjuu ajal või vahetult peale intervjuu lõppu. Katkestamise või loobumisega ei kaasne Teie jaoks mingeid tagajärgi ja Teie poolt edastatud infot uurimistöösse ei kaasata. Kogutud andmetele on ligipääs ainult uurijal ning andmeid kasutatakse ainult käesoleva uurimistöö jaoks. Teile tagatakse konfidentsiaalsus kogu uurimistöö jooksul.

Kui olete nõus uurimistöös osalema või soovite täiendavat teavet, siis palun võtke uurijaga ühendust allpool antud kontaktandmete abil. Uurimistöö on kooskõlastatud Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteega.

Sujuvat koostööd soovides

Evelin Trusova, uurija, õendusteaduse magistrant

Tel. 5167197, e-post: evelin.trusova@ut.ee

Lisa 3. Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm

Austatud pereõde.

Teid on kutsutud osalema uurimistöös "Eesti pereõdede kogemused eetiliste konfliktidega: kvalitatiivne uurimus", mille eesmärgiks on kirjeldada Eesti pereõdede kogemusi eetiliste konfliktidega. Andmeid kogutakse perioodil mai 2023 kuni detsember 2023. Eestis ei ole pereõdede eetilisi konflikte varasemalt uuritud. Uurimistulemused võimaldavad tulevikus parandada pereõdede töökeskkonda ning patsiendile suunatud teenuse kvaliteeti. Olete oodatud uurimistöös osalema kui töötate hetkel pereõdena, olete kogenud eetilist konflikti ning olete valmis jagama enda kogemusi eestikeelsel intervjuul.

Uurimistöös osalemine on Teie jaoks vabatahtlik ja sisaldab endas maksimaalselt 45 minutilist intervjuud privaatses kontaktvestluses või Zoom'i virtuaalkeskonnas. Intervjuu käigus keskendutakse ainult Teie kogetud kogemustele. Intervjuu salvestatakse diktofoniga ning hiljem kirjutatakse sõna-sõnalt ümber tekstifailiks esimesel võimalusel. Peale tekstifaili valmimist kustutatakse helifail ja tekst jaotatakse tekstilõikudeks. Kõik helisalvestised ja tekstid säilitatakse Tartu Ülikooli kasutajakontoga turvatud pilvesalvestusruumis OneDrive.

Kui soovite antud uurimistöös osaleda, tuleb Teil allkirjastada käesolev teadliku nõusoleku vorm. Vorm tuleb edastada kutse lõpus olevale kontaktile. Teil on õigus soovi korral intervjuu katkestada või loobuda uurimistöös osalemisest ka peale intervjuu toimumist, andes sellest märku intervjuu ajal või vahetult peale intervjuu lõppu. Katkestamise või loobumisega ei kaasne Teie jaoks mingeid tagajärgi ja Teie poolt edastatud infot uurimistöösse ei kaasata. Kõik kogutud tekstid analüüsitakse ja tulemused esitatakse üldistatud kujul, teksti väljavõtted esitatakse konfidentsiaalsust ning uuritavate kaitse põhimõtteid järgides. Kogutuid andmeid kasutatakse ainult antud uurimistöös. Kõik uuringuga seotud andmeid ning säilitatakse eelkirjeldatud keskkondades maksimaalselt aastani 2026, mis järel vastutav uurija kõik andmed kustutab. Teadliku nõusoleku vormid hävitatakse peale uurimistulemuste avalikustamist septembris 2024. Uurimistöö on kooskõlastatud Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteega.

Küsimuste korral, palume pöörduda uurija poole:

Evelin Trusova, evelin.trusova@ut.ee, +3725167197

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

(järgneb)

Uurimistö pealkiri: "Eesti pereõdede kogemused eetiliste konfliktidega: kvalitatiivne uurimus"

Kontakt: eetikakomitee@ut.ee, tel: 737 6215

Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm

Nõusoleku kinnitus

Mind,....., on informeeritud uuringust "Eesti pereõdede kogemused eetiliste konfliktidega: kvalitatiivne uurimus" ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistö eesmärgist ja andmete kogumise viisist, andmete analüüsimise ja säilitamise ning uurimistö tulemuste esitamise põhimõtetest. Kinnitan oma nõusolekut antud uuringus osalemist allkirjaga. Tean, et uuringu käigus tekkivate küsimuste kohta annab mulle täiendavat informatsiooni uurija Evelin Trusova.

Uuritava allkiri:

Kuupäev, kuu, aasta

Uuritavale informatsiooni andnud isiku nimi

Uuritavale informatsiooni andnud isiku allkiri

Kuupäev, kuu, aasta

Lisa 4. Intervjuu kava

- 1) Palun püüdke sõnastada mõiste eetiline konflikt enda kui õe vaatekohast lähtuvalt.
- 2) Palun kirjeldage olukorda/olukordi, kus kogesite oma töös eetilist konflikti.
- 3) Palun rääkige olukorrast, kus olete tundnud, et töökorralduslikult olete sunnitud käituma mitte kooskõlas oma isiklike või professionaalsete väärtustega. (seadused, regulatsioonid ja ressursid)
- 4) Palun kirjeldage, kuidas on eetilised konfliktid Teid kui õde mõjutanud.
- 5) Palun rääkige, kuidas reageerisite kogetud eetilistele konfliktidele.