

Tartu Ülikool
Meditsiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Gerli Usberg

ÕDEDE KOGEMUSED EETILISTE KONFLIKTIDEGA: KVALITATIIVNE UURIMUS

Magistritöö

Tartu 2019

Põhijuhendaja: Reet Urban, RN, MSc (õendusteadus)

Kaasjuhendaja: Ere Uibu, RN, MSc (õendusteadus)

Retsensent: Jana Trolla, RN, MSc (õendusteadus)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendajate otsusega 09.05.2019.

Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

LIHTLITSENTS MAGISTRITÖÖ REPRODUTSEERIMISEKS JA ÜLDSUSELE KÄTTESAADAVAKS TEGEMISEKS

Mina, Gerli Usberg (sündinud 08.06.1977),

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose *Õdede kogemused eetiliste konfliktidega: kvalitatiivne uurimus*, mille juhendajad on Reet Urban ja Ere Uibu, 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 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, alates 01.09.2020, 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.

Gerli Usberg

09.05.2019

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

1. SISSEJUHATUS	3
2. ÕDEDE KOGEMUSED EETILISTE KONFLIKTIDEGA: ÜLEVAADE VARASEMATE UURIMISTÖÖDE TULEMUSTEST	5
2.1. Eetiline konflikt	5
2.2. Eetilised konfliktid õenduspraktikas	6
2.2.1. Eetilised konfliktid õde-patsient suhtes	6
2.2.2. Eetilised konfliktid suhetes ja suhtlemises meeskonnaliikmetega	7
2.2.3. Eetilised konfliktid suhetes organisatsiooni, tervishoiusüsteemi ja ühiskondlike hoiakutega	8
2.3. Tegevused eetiliste konfliktide ennetamiseks ja lahendamiseks	9
2.4. Eetilise konflikti mõju õdedele	10
3. METOODIKA	11
3.1. Metodoloogilised lähtekohad	11
3.2. Uuritavad ja nende värbamine	11
3.3. Andmete kogumine	12
3.4. Andmete analüüs	14
3.5. Uurimistöö usaldusväärsus	15
4. TULEMUSED	16
4.1. Eetilised konfliktid õdede kutsetöös	16
4.2. Arusaamad eetilise konflikti tähendusest	16
4.3. Eetilised konfliktid õde-patsient suhtes	18
4.4. Eetilised konfliktid suhetes ja suhtlemises meeskonnaliikmetega	22
4.5. Eetilised konfliktid seoses organisatsiooni, teenuste korralduse ja ühiskondlike hoiakutega	26
4.6. Eetiliste konfliktide ennetamiseks ja lahendamiseks tehtud tegevused	29
4.7. Eetiliste konfliktide mõju õdedele	32
5. ARUTELU	36
5.1. Tulemused	36
5.2. Eetilised aspektid	47
5.3. Kitsaskohad	48
5.4. Uurimistöö praktiline väärtus ja uued uurimisprobleemid	49
6. JÄRELDUSED	51
KASUTATUD KIRJANDUS	52
LISAD	58
Lisa 1. Kutse uurimistöös osalemiseks	58
Lisa 2. Poolstruktureeritud intervjuu küsimused	59
Lisa 3. Ettevalmistavad küsimused uuritavale	60
Lisa 4. Informeeritud nõusoleku vorm	61
Lisa 5. Tartu Ülikooli Inimuuringute Eetikakomitee luba	63

EESSÕNA

Soovin tänada kõiki, kes on mind käesoleva magistritöö valmimisel aidanud. Olen väga tänulik töö juhendajatele, Reet Urbanile ja Ere Uibule, väärtuslike suuniste ja toetuse eest kogu protsessi vältel. Suur tänu Eesti Õdede Liidule, eriti Anneli Kannusele, Gerli Liivetile ja Pille-Riin Lekko-Kutateladzele, ääretu vastutulelikkuse ja koostöö eest uurimistööga seotud info levitamisel ja intervjuude läbi viimisel ning Ludmilla Jakobsonile ja Endla Annile Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudist abi eest intervjuude läbi viimisel. Tänan ka kõiki teisi inimesi ja organisatsioone, kes uuritavate leidmisele ja intervjuude õnnestumisele kaasa aitasid.

Erilist tänu ja lugupidamist soovin väljendada kõigile uurimistöös osalenud õdedele valmisoleku eest oma tundlikke ja kohati valusaid kogemusi jagada.

KOKKUVÕTE

Õdede kogemused eetiliste konfliktidega: kvalitatiivne uurimus

Õdede eetiliste konfliktide uurimine on oluline õenduspraktika arenguvajaduste mõistmiseks õenduse põhiväärtuste kaudu. Eetilised konfliktid, kui oluline õdesid ja õendusabi puudutav nähtus, on Eestis seni uurimistöodes käsitlemata. Seetõttu ei ole teada, kuidas õed eetilisi konflikte kogevad ja kuidas need kogemused neid mõjutavad. Uurimistöö aitab teadvustada õdede eetilisi konflikte kaasaegses tervishoius, prognoosida nende mõju õendusabi kvaliteedile, juhtida tähelepanu õdede professionaalsuse, töökeskkonna, juhtimise ja meeskonnatööga seotud kitsaskohtadele ning luua aluse nähtuse edasisele uurimisele. Uurimistöö eesmärk oli kirjeldada, kuidas õed eetilisi konflikte kogevad ja milline on nende kogemuste tähendus õdede jaoks.

Uurimistöös osales 21 õde, kes olid oma kutsetöös eetilisi konflikte kogenud. Uurimismeetodiks oli poolstruktureeritud intervjuu. Intervjuud salvestati ja transkribeeriti sõna-sõnalt. Andmeid analüüsiti induktiivse sisuanalüüsi meetodil, mille tulemusena moodustus 25 alakategooriat ning 6 ülakategooriat.

Õed kogesid eetilisi konflikte sisemiste väärtuskonfliktide ja inimestevaheliste konfliktidena kõigi tervishoiuteenuse osutamisel koostööd tegevate osapoolte vahel. Eetiline konflikt oli valdavalt ebameeldiv kogemus, mis mõjutas õdede tundeid, käitumist, sotsiaalseid suhteid, tervist, hoiakuid ja professionaalsust. Samas tunnistati ka eetiliste konfliktide arendavat mõju. Kuigi teadmatus ja hirmu tõttu jäeti mõnikord eetilistele konfliktidele üldse reageerimata, tegid õed konfliktide ennetamiseks ja lahendamiseks, nende mõju leevendamiseks ja enese toimetuleku parandamiseks erinevaid individuaalseid ja kollektiivseid tegevusi. Uurimistöö tulemustest selgusid õdede kogemused eetiliste konfliktidega õde-patsient suhetes, suhtlemisel ja suhetes meeskonnaliikmetega ning suhetes organisatsiooni, teenuste korralduse ja ühiskondlike hoiakutega.

Uurimistöö tulemused viitavad õdede professionaalsuse, töökeskkonna, meeskonnatöö ja juhtimisega seotud valupunktidele õdede eetilise konflikti kogemustes, võimaldavad kavandada sellekohaseid sekkumisi, arendada õdede eetilist kompetentsust ning oskusi, mis aitavad toime tulla eetiliste konfliktidega.

Märksõnad: eetiline konflikt, kogemus, õdede kogemused, eetilise konflikti kogemus

SUMMARY

Nurses' experience of ethical conflicts: a qualitative research

Studying the ethical conflicts experienced by nurses is essential to understand the field's development needs through the key values of the nursing practice. So far, ethical conflicts as an essential phenomenon related to nurses and nursing in general have not been researched in Estonia. Thus, we do not know how nurses experience ethical conflicts and how these experience affect them. The research helps to acknowledge the ethical conflicts experienced by nurses in modern healthcare, predict their impact on the quality of nursing, draw attention to pressing issues in the nurses' professionalism, work environment, leadership and teamwork, and create a basis for studying the phenomenon further. The aim on this research was to describe how nurses experience ethical conflicts and what these experience mean to them.

A total 21 nurses who had experienced ethical conflicts participated in the research. The research method was conducting semi-structured interviews. The interviews were audiotaped and transcribed. The data were analyzed using the inductive content analysis method, which resulted in 25 subcategories and 6 main categories.

Nurses experienced ethical conflict as internal conflict of values and conflict between all stakeholders cooperating in healthcare. Ethical conflict was mostly unpleasant experience, that affected nurses' feelings, behaviour, social relationships, health, attitudes and professionalism. The developmental impact of ethical conflicts was admitted also. Though in some cases nurses took no action because of fear or lack of knowledge, several individual and collective activities were performed to prevent and resolve conflicts, relieve their effect and improve self-coping skills. From the results ethical conflicts and their involved factors experienced by nurses became clear in nurse-patient relationships, in communicating and relationships with team members and in relation to the organisation, regulation of services and public attitudes.

The results of the research point to pressing issues in the nurses' professionalism, work environment, teamwork and leadership, enable to devise appropriate actions and develop the nurses' ethical competence and skills that would allow them to cope with ethical conflict situations.

Keywords: ethical conflict, experience, experience of nurses, experience of ethical conflict

1. SISSEJUHATUS

Eetika on õenduse olemuslik osa ning kogu õendusabi peaks olema eetiline. Samas on ka eetilised vastuolud õenduspraktika paratamatus, kuna selles kohtuvad erinevad inimesed ja huvigrupid ning nende vajadused, püüdlused ja eesmärgid (Thompson jt 2006). Ühiskonna kiire areng avaldab tervishoiusüsteemile vastuolulist mõju. Tervishoiu kutsealade väärtusbaas võib praktikas olla üsna erinev nagu võib varieeruda arusaam sellest, mida tähendab olla hea õde. (Redman ja Fry 2000.) Õendusabi, kui autonoomne väärtuspõhine praktika, lähtub eeskätt patsiendi individuaalsetest vajadustest. Samas on tervishoiuvaldkond küllaltki jäiga sisemise hierarhia ja piirangutega, täpselt standardiseeritud ja majanduslikult aina enam produktiivsusele orienteeritud (Kieft jt 2014). Töötades kiirelt muutavas ja vastuolulises valdkonnas, omavahelisele hierarhiale rajatud meeskonnas, ei saa õed alati järgida individuaalseid ja professionaalseid väärtusi ning eetilisi põhimõtteid ja võivad seetõttu kogeda tõsisid eetilisi konflikte (Redman ja Fry 2000, Gaudine jt 2011a, Falco-Pegueroles jt 2015b).

Õdede eetilisi konflikte peetakse töökeskkonnaga seotud stressoriks, mille mõju õendus- ja kogu tervishoiuteenuse kvaliteedile on märkimisväärne. Eetilised konfliktid ja neist tingitud stress vähendavad õdede motivatsiooni ja rahulolu tööga, soodustavad töölt eemalviibimist, läbipõlemist ja töökoha vahetust. (Thorne 2009, Gaudine ja Thorne 2012, Falco-Pegueroles jt 2015a.) Õed ja patsiendid on õendusprotsessis sedavõrd vahetus kontaktis, et õdede eetilistel konfliktidel on tugev mõju patsientidele. Organisatsioonides, kus töökeskkond ei toeta õdesid, õed on rahulolematud ja läbipõlenud, on ka patsientide rahulolu tervishoiuteenustega madalam. (Kutney-Lee jt 2009, McHugh jt 2011, Kieft jt 2014.)

Psühhosotsiaalse töökeskkonna arendamine õdede tervise ja töövõime säilitamiseks ja läbipõlemise vähendamiseks on viimasel kümnendil olnud Eestis õenduses üheks prioriteetseks valdkonnaks (Kaheksa sammu...2011). Töökeskkonnaga seonduvaid teemasid on õendusteaduslikes uurimistöodes varasemalt käsitletud (Paulin 2011, Gusarov 2014, Liivet 2015, Toode 2015), ent eetilised konfliktid kui oluline õdesid ja õendusabi puudutav nähtus on seni käsitlemata. Seetõttu ei ole teada, millisena õed eetilisi konflikte kogevad ja kuidas need kogemused neid mõjutavad. Autori arvates on eetiliste konfliktide näol nii Eesti ühiskonnas kui õdede hulgas tegemist pigem allasurutud ja varjatud nähtusega, millest meeeldi avalikult ei räägita. Eetilised konfliktid on ühtlasi kultuuri- ja kontekstitudlik nähtus (Jameton 1984, Thompson jt 2006). Isegi esmapilgul üsna sarnaste Euroopa Liidu liikmesriikide ühiskondlik ja

sotsiaalmajanduslik taustsüsteem, tervishoiukorraldus ning õenduse valdkonna arengulugu võivad riigiti erineda. See omakorda võib tingida erinevusi õdede eetilise konfliktide kogemustes.

Õenduspraktika arenguvajaduste mõistmiseks õenduse olemuslike väärtuste kaudu on oluline uurida õdede kogemusi eetiliste konfliktidega. Uurimistöö tulemused aitavad teadvustada õdede eetilisi konflikte kaasaegses tervishoius, prognoosida nende mõju õendusabi kvaliteedile ja juhtida tähelepanu õdede professionaalsuse, töökeskkonna, meeskonnatöö ning juhtimisega seotud kitsaskohtadele. Tulemused on lähtekohaks nähtuse edasise uurimisel ning aitavad arendada õdede eetilist kompetentsust ja toimetulekuoskusi eetiliste konfliktidega.

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada, kuidas õed eetilisi konflikte kogevad ja milline on nende kogemuste tähendus õdede jaoks.

2. ÕDEDE KOGEMUSED EETILISTE KONFLIKTIDEGA: ÜLEVAADE VARASEMATE UURIMISTÖÖDE TULEMUSTEST

2.1. Eetiline konflikt

Eetilise konflikti (*ethical conflict*) defineerimisel keskendutakse õendusteaduslikes uurimistöodes erinevatele kogemuslikele aspektidele. Konflikti selgitatakse lähtuvalt kliinilisest kontekstist, milles see on tekkinud, konflikti sattunud väärtustest ja põhimõtetest, konflikti tüübist kogeja, st õe, vaatekohalt ja konflikti lahendamise viisidest (Redman ja Fry 2000). Konflikt võib aset leida inimese sees või inimeste vahel ja on ajendatud soovist teha midagi paremini või teisiti kui tehakse või teha on võimalik. Konflikti allikaks on väärtused, veendumused, põhimõtted ja teooriad, mis eraldi võttes on kõik ühtviisi moraalselt õiged või õigustatud, ent samaaegselt esinedes üksteise suhtes konkureerivad (Redman ja Fry 2000, Thorne 2009, Gaudine jt 2011b, Falco-Pegueroles jt 2015a). Seetõttu tekib küsimus, milline on antud olukorras kõige õigem tegu või otsus (Redman ja Fry 2000). Mistahes valik, mis nende vahel langetatakse, läheb paratamatult vastuollu mõne õe jaoks olulise individuaalse või professionaalse väärtustega (Redman ja Fry 2000, Thorne 2009, Gaudine jt 2011a, 2011b).

Õdede eetiliste konfliktide puhul on olulisena esile tõstetud altruistlikku komponenti. Õde tajub, et tal ei ole võimalik toimida kooskõlas oma veendumustega ja see rikub kellegi teise (enamasti patsiendi) heaolu, õigusi või huvisid. (Falco-Pegueroles jt 2015b.) Eetilist konflikti võib kogeda kõrvalseisjana, olemata olukorraga otseselt seotud või selle eest vastutav (Gaudine 2011a). Sisimas tajutud konflikt võib paisuda tülikis inimeste vahel (Redman ja Fry 2000, Falco-Pegueroles jt 2015a). Sel puhul kirjeldatakse eetilist konflikti suhtluskriisina, mille osapooled lähtuvad eeskätt isiklike huvide kaitsmisest, suutmata näha konflikti teis(t)e osapool(t)e seisukohti (Barsky 2008). Eetilist konflikti on kirjeldatud kohustuste ebaselgusena, mille puhul õde ei ole kindel, milline on moraalses mõttes õige tegu või tema esmane kohustus õena (Redman ja Fry 2000, Gaudine jt 2011b).

Eetilist konflikti õe vaatekohalt selgitas esmakordselt täpsemalt Andrew Jameton (1984), kirjeldades konflikti tüüpidena moraalset ebakindlust (*moral uncertainty*), moraalset dilemmat (*moral dilemma*) ja moraalset distressi (*moral distress*). Neist esimest kirjeldas ta olukorrana, mille puhul õde tajub, et miski ei ole nii nagu peaks, ent ei oska seda täpsemalt sõnastada või ei tea, milline peaks olema tema kui õe esmane kohustus antud olukorras. Moraalset dilemmat kirjeldas ta väärtuskonfliktina, kahe eraldi võttes moraalselt õigustatud, ent samaaegselt esinedes teineteist

välistava väärtuse või põhimõtte põrkumisena. Moraalse distressi puhul on õde teadlik, milline oleks õige käitumine, ent selle ellu viimine on takistatud temast sõltumatute tegurite tõttu. Hiljem on sellele liigitusele lisandunud mõningaid täiendusi veel mõne autori poolt, ent Jametoni tüpoloogia on tänaseni õendusteaduslikes uurimistöodes eetiliste konfliktide defineerimise ja liigitamise põhialuseks. Mõisteid „eetiline“ ja „moraalne“ kasutatakse nii õendusteaduses kui ka sageli filosoofias tervikuna sünonüümidena (Thompson jt 2006). „Eetikat“ eelistatakse „moraalile“ kui teemaks on otsuse langetamise protsess (Thompson jt 2006) ning professionaalses kontekstis kui tegemist on inimeste käitumise ja valikutega nende töös (McGee ja Mansfield 2014). Seetõttu eelistatakse magistritöös samuti võimalusel mõistet „eetika“.

Eetilist konflikti vaadeldakse magistritöös subjektiivse reaktsioonina praktikas kogetud olukorrale. Fookus on õe isiklikul **kogemusel** (*experience*), mille abil inimene hangib märkimisväärse osa informatsioonist teda ümbritsevast keskkonnast. Filosoofias väljendatakse teadvuse poolt vahetult kogetavat mõistega „fenomen“ ning inimliku kogemuse analüüs on filosoofias fenomenoloogilise meetodi käsitlusalaks (Viik 2009). Fenomenoloogilise koolkonna filosoofid on läbi ajaloo käsitlenud kogemust üldjoontes kõigena, mis inimesele osaks saab (Deleuze ja Guattari 1991) ning sellisena käsitletakse kogemust ka magistritöös.

2.2. Eetilised konfliktid õenduspraktikas

2.2.1. Eetilised konfliktid õde-patsient suhtes

Professionaalsetest väärtustest hindavad õed kõige kõrgemalt patsiendi ja tema eest hoolitsemisega seotud väärtusi (Rassin 2008, Shariari jt 2013). Ka õdede eetilised konfliktid on seotud eeskätt olukordadega, kus õed kogevad vastuolusid nende väärtuste, patsiendi huvide ja õiguste kaitsmise ning sooviga teha parimat patsiendi jaoks (Pavlish jt 2011, Gaudine ja Thorne 2012, Leuter jt 2012). Eetilisi konflikte põhjustab patsiendi autonoomia ja privaatsuse rikkumine, patsiendi soovide tähelepanuta jätmise, puudujääkide tajumine patsiendi ning lähedaste informeerimisel (Ulrich jt 2010, Gaudine jt 2011b, Falco-Pegueroles jt 2015a). Kuna õed viibivad patsiendiga pikka aega vahetus kontaktis, ei ole nad alati päris kindlad, mida, millal ja kui palju oleks õige patsiendile ja lähedastele rääkida või rääkimata jätta (de Veer jt 2013, Kisorio ja Langley 2016). Eetilisi konflikte on põhjustanud patsiendi terviseandmete konfidentsiaalsust ohustanud kõrvalised isikud (Falco-Pegueroles jt 2015a), õe ja patsiendi eriarvamused elustiilivalikute korral (Gaudine jt 2011b), patsiendi või lähedaste agressiivne või muul põhjusel sobimatu käitumine (Ganz ja Berkovitz 2011, Wlodarczyk ja Lazarewicz 2011) või õendusabi

turvalisuse ja kvaliteedi ohustamine (Gaudine jt 2011b) ning kultuurilised erinevused ja keelebarjäär (Pavlish jt 2014). Õed on tajunud oma ebakompetentsust ja teadmiste ning oskuste vajakajäämist, mis põhjustab samuti eetilisi konflikte (Gaudine jt 2011b, Varcoe jt 2012). Ühte eetilise konflikti juhtumisse võib õe vaatekohalt olla haaratud mitu erinevat konfliktset teemat (Gutierrez 2005, Gaudine jt 2011a, Pavlish jt 2011).

Rohkelt eetilisi konflikte tekib hoolitsedes vähenenud otsustusvõimega patsientide eest, eriti patsiendi elu lõpus. Olles pidevalt ja pikka aega patsiendiga koos, kogevad õed tema kannatusi ja tajuvad oma vastutust ning võimetust nende leevendamise ees. (Pavlish jt 2011, Falco-Pegueroles jt 2015a, Kisorio ja Langley 2016.) Suriija eest hoolitsedes puutuvad õed kokku ka lähedaste valusate emotsioonide ja leinaga. Paraku puuduvad neil sageli piisavad oskused ja ajaline ressurss, et pakkuda leinajate vajadustele sobivat tuge. Õed on seetõttu enesekaitseks lähedastest hoopis eemaldunud. (Kisorio ja Langley 2016.) Tagasihoidlikult on uurimistöodes käsitletud organdoonorlusega kaasnevaid probleeme õenduse vaatekohalt. Tulemused viitavad, et õed kogevad organdoonori eest hoolitsedes erinevaid eetilisi konflikte (Wiegand ja Funk 2012, Araujo ja Massarollo 2014). Vaatamata põhjalikule professionaalsele ettevalmistusele võib neil olla keeruline aktsepteerida ajusurmas patsienti kui surnut ning pidada eetiliseks massiivset organite eemaldamise protseduuri (Araujo ja Massarollo 2014). Vaatamata sellele, et tegemist on professionaalidega, võivad õed vajada patsiendi surmaga toimetulekuks tuge ja aega (Kisorio ja Langley 2016).

2.2.2. Eetilised konfliktid suhetes ja suhtlemises meeskonnaliikmetega

Õed kogevad eetilisi konflikte suhetes erinevate osapooltega, sh teiste tervishoiutöötajatega, kellega koos töötavad (Gaudine jt 2011a, 2011b, Leuter jt 2012). Suhetes meeskonnaliikmetega on õed kogunud eetilisi konflikte seoses nende pädevusega patsientide ravi- ja hooldusprotsessis, informeerimisel ja suhtlemisel (Gaudine jt 2011b, Varcoe jt 2012). Eetilisi konflikte on soodustanud meeskonnaliikmete paternalistlik suhtumine patsientidesse, mille tõttu on ohustatud patsiendi autonoomia. Õed tunnevad, et on surutud konkureerivate soovide vahele ega tea, kelle ootustele nad peaks vastama. (Pavlish jt 2014.) Ebaprofessionaalse suhtlemise väljenduseks on õdede vaatekohalt patsientide ebavõrdne kohtlemine nende sotsiaalse tausta tõttu (Varcoe jt 2012). Konfliktide põhjuseks on olnud õdede arvates ebavajalik ravi, mida nad on olnud sunnitud teostama, aidates sellega kaasa patsiendi kannatuste pikendamisele (Gaudine jt 2011b, Pavlish jt 2014, Henrich jt 2016).

Kolleegidevaheliste suhete ja suhtlemisega seotud eetilisi konflikte, eriti kolleegisuhetega seotud vägivalda, hierarhiat ja õenduse alavääristamist kutsealana, on uuritud tagasihoidlikult (McAndrew jt 2018). Uurimistöodes on selgunud, et õdede professionaalset arvamust meeskonnas alati ei respektierita (Wilson jt 2013, Henrich jt 2016) ning et õde-arst suhted ja omavaheline koostöö mängivad konfliktide kujunemisel olulist rolli (McAndrew jt 2018). Meeskonnasisesel hierarhial on mõju suhete kvaliteedile ja sellele, kuidas õded väljendavad oma tõekspidamisi ja väärtusi tööprotsessis. Nooremad ja madalamal ametipositsioonil meeskonnaliikmed jätavad hierarhiast tingitud ebakindluse tõttu sageli oma tegelikke seisukohti väljendamata ja kaitsmata ning kogevad seetõttu eetilisi konflikte. (Lievrouw jt 2016.) Õdedel jääb ka omavahel puudu vastastikusest toetusest ja mõistmisest (Wlodarczyk ja Lazarewicz 2011).

2.2.3. Eetilised konfliktid suhetes organisatsiooni, teenuste korralduse ja ühiskondlike hoiakutega

Lisaks kliinilisele keskkonnale võivad eetilised konfliktid lähtuda organisatsiooni ja laiemalt tervishoiusüsteemiga seotud teguritest (Gaudine jt 2011a, Wilson jt 2013). Õdede jaoks on oluline tajuda kooskõla organisatsiooni väärtustega. Kui õded ei tunne end organisatsioonis väärtustatuna indiviidi või töötajate grupina, õdede arengusse ei panustata piisavalt või organisatsiooni juhtimine ei tundu läbipaistev, võib see põhjustada eetilisi konflikte. (Gaudine jt 2011a.)

Erinevate riikide õdede eetilise konflikti kogemustes peegelduvad ühiskondlike hoiakute erinevusedki, näiteks ravi lõpetamise küsimustes (Ganz ja Berkovitz 2011). Konflikte põhjustavad olukorrad, kus õde ei saa temast sõltumatutel põhjustel teha patsiendi jaoks parimat ning see võib tuleneda tervishoiuteenuste üldise korralduse printsiipidest. Patsiendile vajalike teenuste ning protseduuride kättesaadavust ja järjepidevust võivad piirata tervishoiusüsteemist tulenevad piirangud (Gaudine jt 2011b, Varcoe jt 2012) või olukorrad, kus õde ei saa osaleda patsiendi puudutavate otsuste langetamises (Gaudine jt 2011b, Leuter jt 2012, Kisorio ja Langley 2016), inimressursi nappus (Ulrich jt 2010, Leuter jt 2012, Varcoe jt 2012) ja materiaalsete vahendite piiratus (Gaudine jt 2011a). Eetilised konfliktid on seotud liigse töökoormusega (Wlodarczyk ja Lazarewicz 2011, Varcoe jt 2012). Keskse rolli tõttu patsiendi eest hoolitsemisel võivad õded patsiendile parimat soovides võtta enda kanda lisaülesandeid, mis nende töökoormust aina suurendavad. Kokkuvõttes muudab see nende tegevuse, vastupidi, vähem inimese- ja rohkem ülesandekeskseks. (Goethals jt 2010.) Eetilise konflikti kogemusi uurides keskendutakse uurimistöodes siiski peamiselt õdede individuaalsetele kogemustele ning neid kogemusi mõjutava süsteemi osale on pööratud vähem tähelepanu (McAndrew jt 2018).

2.3. Tegevused eetiliste konfliktide ennetamiseks ja lahendamiseks

Õendusabi eetiline paradoks väljendub selles, et õed töötavad vastuolulises keskkonnas ja konkureerivate ootustega osapoolte vahel (Thompson jt 2006). Õdedel ei pruugi olla piisavalt teadmisi ja oskusi, kuidas nende vastuoluliste ootuste vahel valikuid langetada (Gutierrez 2005). Praktikast tähendab see, et õed ei käitu kooskõlas oma väärtuste ja tõekspidamiste või ka patsiendi vajadustega ning alluvad kellegi teise otsusele või muganduvad olukorraga (Gutierrez 2005, Varcoe jt 2012, Lusignani jt 2017). Keskkond mõjutab oluliselt seda, kas ja kuidas õed eetilistele konfliktidele reageerivad (Goethals jt 2010, Falco-Pegueroles jt 2015 b). Mõnikord jätaavad õed seetõttu eetilistele konfliktidele reageerimata, et neil puuduvad selleks piisavad oskused ja võimalused ning keskkond, milles nad tegutsevad, ei soosi seda. (Gutierrez 2005, Lincoln ja Holmes 2010.) See võib tuleneda meeskonnas valitsevast hierarhiast ja eriarvamustest (Lincoln ja Holmes 2010). Põhjus võib olla seotud õdede soovimatusega patsientide ja lähedaste kuuldes vaielda või kulgevad situatsioonid nii kiiresti, et nende vaidlustamiseks puudub võimalus (Gutierrez 2005). Õed võivad eetilise konflikti olukordades kahelda oma oskustes ja võimetes, tunda eneses nappivat mõjujõudu, et lahendada olukordi kooskõlas oma eetiliste tõekspidamistega ja eirata seetõttu patsientide soove ja vajadusi (Wolf ja Zuzelo 2006).

Õed lähtuvad eetiliselt keerulistes situatsioonides paljuski reeglitest ja vähem loovusest ning kriitilisest refleksioonist, sest normatiivid ja standardid on käepärased, turvalised ja võimaldavad aega säästa (Dierckx de Casterle jt 2008). Reeglite rikkumisega, isegi kui seda tehakse patsiendi hüvanguks, kaasneb paratamatult hirm sanktsioonide, sh töökoha kaotuse ees (Young jt 2017). Siiski on ka reeglite ja juhiste eiramine üks konflikti lahendusviisidest, mis võib aidata saavutada kooskõla mõne olulise põhimõtte või tõekspidamisega (Gutierrez 2005, Varcoe jt 2012). Mõnikord lähtutakse valikute langetamisel professionaalses praktikast sellest, kuidas soovitakse, et käsitatakse samas olukorras nende endi või nende lähisugulasega (Lievrouw jt 2016).

Kogetud eetilisi konflikte arutavad õed koosolekutel ja muudes töösituatsioonides teiste õdede, juhendajate, arstide ja juhtidega ning jagavad väljaspool tööd lähedastega (Gutierrez 2005, Varcoe jt 2012). Arutelud, nõustamine ja supervisioon, mida õed eetilistele konfliktidele toimetulekuks kasutavad, vähendavad moraalselt distressi ja parandavad toimetulekut selle tagajärgedega (Lamiani jt 2017). Osalemine ravi- ja juhtimisotsustes aitab mõista nende tagamaid, erinevate osapoolte seisukohti ja väljendada enda arvamust. Need tegevused aitavad kaitsta võimalike eetiliste konfliktide eest. (Gaudine ja Thorne 2012, Falco-Pegueroles jt 2015b.)

Organisatsiooni tasandi barjääridele õdede eetilise konflikti kogemustes on seni uurimistöodes vähe tähelepanu pööratud (McAndrew jt 2018). Nii õdede endi kui ka ümbritseva keskkonna ootused õdede professionaalsusele ja toimetulekule eetiliste konfliktidega on kõrged. Eeldatakse, et õed tulevad konfliktidega toime iseseisvalt ja kõrvalise abita. Seejuures oodatakse neilt kõrgekvaliteedilist tööd ning eksimustesse ja nõrkusehetkedesse ei suhtuta kergekäeliselt. (Wlodarczyk ja Lazarewicz 2011.)

2.4. Eetilise konflikti mõju õdedele

Eetilistel konfliktidel on mõju õdede tervisele, sotsiaalsetele suhetele ja professionaalsele tegevusele (Gutierrez 2005, Varcoe jt 2012). Konfliktidega kaasnevad ebameeldivad emotsioonid nagu häbi- ja süütunne, viha, hirm, vastikustunne ja kurbus. Väheneb tööõõm ja pühendumine, tõsisematel juhtudel võib kujuneda depressioon. (Gutierrez 2005, Wiegand ja Funk 2012.) Füüsilistest kaebustest on kirjeldatud valusid erinevates kehapiirkondades, unehäireid, väsimust (Gutierrez 2005). Samas on mõnes uurimistöös leitud, et eetilised konfliktid arendavad, motiveerivad (Gutierrez 2005, McAndrew jt 2018), muudavad leplikumaks, kannatlikumaks ja suurendavad huvi ning tundlikkust eetiliste teemade vastu (Gutierrez 2005).

Konflikt võib jätta õele jälje aastateks ja aastakümneteks (Wolf ja Zuzelo 2006, Pavlish jt 2011). Korduvate eetiliste konfliktide kogemine vähendab motivatsiooni, rahulolu tööga ja eetilist tundlikkust ning võib viia läbipõlemiseni (Thorne 2009, Gaudine ja Thorne 2012, McCarthy ja Gastman 2015). Ebaõnnestunud püüdlused olukordi muuta võivad viia moraalse ükskõiksuseni (McCarthy ja Gastman 2015). Õed soovivad vähem kutsetegevusse panustada, samal ajal hakkavad hoiduma vastutusest, otsima vabandusi oma käitumisele ja süüdistama juhte (McCarthy ja Gastman 2015). Tekkida võivad kahtlused kutse- või eriala sobivuses ning soov töölt lahkuda (Gutierrez 2005, Wiegand ja Funk 2012). Õed tunnevad, et neid ei ole eetilise konflikti olukordadeks piisavalt ette valmistatud. Mõnikord võidakse oma toimetulekuvõimet, enesekindlust ja ettevalmistust ühelt poolt hinnata isegi heaks, tundes samal ajal siiski väsimust, jõuetust, frustratsiooni ja käegalöömise tunnet. (Ulrich jt 2010.) Eetilised konfliktid suurendavad stressi, soodustavad töölt puudumist ja töölt lahkumist (Gaudine ja Thorne 2012, Varcoe jt 2012). Enesekaitseks võivad õed hoida patsientide ja lähedastega distantsi ja vältida nendega suhtlemist. See vähendab õendusteenuse inimkesksust (Gutierrez 2005, Varcoe jt 2012). Patsientide jaoks toob see kaasa vähem turvalise, tähelepaneliku, kaastundliku ja hooliva õendusabi (McCarthy ja Gastman 2015). Õdede moraalne distress mõjutab negatiivselt nii patsiente kui ka nende lähedasi. (Wiegand ja Funk 2012).

3. METOODIKA

3.1. Metodoloogilised lähtekohad

Magistritöö keskseks nähtuseks on õdede kogemused eetiliste konfliktidega. Uuritavat nähtust vaadeldi empiirilisel, õdede subjektiivseid kogemusi kvalitatiivselt uurides. Töö teadusfilosoofiliseks raamistikuks oli fenomenoloogia, filosoofiline maailmavaade, mille huviobjektiks on inimlikud kogemused ja nähtused inimeste arusaamades (Wojnar ja Swanson 2007, Grove jt 2013). Fenomenoloogia vaatekohalt on inimene keskkonnaga pidevas suhtes ning subjektiivseid kogemusi ei ole võimalik selgitada põhjuslike seoste kaudu, vaid ainult kirjeldades neid niisugusena nagu need inimlikes kogemustes ilmnevad (Grove jt 2013). Läbi ajaloo on holistlikku õendust arendades fenomenoloogia abil püütud mõista inimeste kogemusi ja vajadusi terve ja haigena (Wojnar ja Swanson 2007).

Teadusliku uurimismeetodina on fenomenoloogia sobilik eeskätt nähtuste uurimiseks, mille kohta teavet on vähe või on olemasolevad teadmised fragmenteeritud. Uuritavat nähtust käsitleti läbi kirjeldava fenomenoloogia, mille puhul uurija on avatud uuritava subjektiivsele reaalsusele ja tema kogemustele neid vahetult uurides ning ise võimalikult neutraalseks jäädes. Rõhk on nähtuse universaalse olemuse kirjeldamisel eesmärgiga arendada sekkumisi, mis võiks olemasolevat olukorda parandada. (Wojnar ja Swanson 2007.)

3.2. Uuritavad ja nende värbamine

Valitud metoodikast tulenevalt oli uurimistöös osalemiseks vajalik kogemus uuritava nähtusega. Seetõttu seati uuritavatele neli valikukriteeriumi. Uuritav:

- on töötanud õena
- on kogenud eetilist konflikti
- on võimeline oma kogemusi suuliselt eesti keeles kirjeldama
- on nõus oma kogemustest avatult rääkima.

Uurimistöös osales 21 õde. Uuritavaid värvati õdede kutse- ja erialaorganisatsioonide, Eesti Õdede Liidu, Eesti Tervishoiutöötajate Kutseliidu, Eesti Operatsiooniõdede Ühingu, Eesti Onkoloogiaõdede Ühingu, Eesti Ortopeediaõdede Seltsi ja Eesti Pereõdede Ühingu, kaudu. Uuritavate leidmiseks edastati organisatsioonidele uurimistöös osalemise kutse (lisa 1) palvega levitada seda oma liikmeskonna hulgas. Kutse edastati 2018. a mais ning kordusena 2018. a

septembris. Lisaks ilmus uurimistöös osalemise kutse 2018. a sügisel ajakirjas Eesti Õde. Uuriija jagas uurimistöös osalemise kutset õendusteaduse magistriõppe üliõpilaste suletud Facebooki grupis. Uuritavad said uurijaga ühendust võtta telefoni ja e-posti vahendusel. Uuriija kontaktandmed olid neile kättesaadavad uurimistöö kutses. Uurimistöö esimesele kutsele reageeris 13 ja teisele 8 uuritavat.

3.3. Andmete kogumine

Uurimistöö jaoks koguti andmeid poolstruktureeritud intervjuu abil, mis võimaldab subjektiivsete kogemuste mitmekülgset kirjeldamist, eeskätt kui soovitakse uurida inimeste käitumise ja mõtetega seonduvat. Poolstruktureeritud intervjuu on paindlik ja kooskõlas fenomenoloogia kui teadusliku uurimisviisiga. Uuritav on intervjuu aktiivne osapool, kes mõjutab intervjuu kulgu ja tulemust samaväärselt uurijaga. (Boyce and Neale 2006.) Õdede eetilise konflikti kogemusi uurivates uurimistöodes on intervjuud sageli andmete kogumise meetodina kasutatud (Gaudine jt 2011a, 2011b, Araujo ja Massarollo 2014, Pavlish jt 2014). Demograafilisi andmeid uurimistöös ei kogutud, seetõttu koosnes intervjuu vaid sisulistest teemakohastest küsimustest (lisa 2). Intervjuu küsimused on koostatud uurija poolt, lähtudes kogemuse komponentidest fenomenoloogilises käsitluses ning teaduskirjanduses kirjeldatud eetilise konflikti üldistest tunnustest. Andmete kogumine toimus ajavahemikus 29.05-19.10.2018.

Selleks, et aidata uuritaval intervjuu teemale häälestuda, saadeti talle 1-2 tööpäeva enne kokkulepitud intervjuu toimumist ettevalmistavad, enesetunnetuse aktiveerimise põhimõtetel baseeruvad küsimused (lisa 3) koos meeldetuletusega intervjuu toimumise kohta. Enesetunnetuse aktiveerimise põhimõtteid rakendatakse traditsiooniliselt õppe-kasvatustegevustes. Uurimistöö puhul sooviti nendega intervjuu eelselt stimuleerida uuritava fenomeni tunnetamist, teemakohaste mälestuste värskendamist, kogemuste äratamist ning sisevaatluse aktiveerimist, mis ühtlasi toimiks töövahendina intervjuul. (Õunapuu 2008.)

Intervjuu toimus eelnevalt ette valmistatud küsimuste toel. Küsimuste järjekord ei olnud oluline, mistõttu intervjuusid alustati alati ühe ja sama küsimusega, ent edasist küsimuste järjekorda varieeriti vastavalt intervjuu kulule. Veendumaks, et uuritava öeldut on õigesti mõistetud, kasutati vajadusel uuritava kirjelduste peegeldamist ja ümbersõnastamist. Intervjuud juhatati sisse vestlusega, mille jooksul uuritavale selgitati uurimisprobleemi ja uurimistöö eesmärki, andmete kogumise ja -töötlemise põhimõtteid, uurimistöös osalemise tingimusi ja uurimistööst lahkumise võimalusi, anonüümsuse ja konfidentsiaalsuse tagamise abinõusid, uurimistöö valmimise

orienteeruvat ajakava ja tulemuste avaldamisega seonduvat. Kui uuritav oli piisavalt informeeritud ja võimeline langetama uurimistöös osalemiseks teadliku otsuse, toimus informeeritud nõusoleku (lisa 4) allkirjastamine kahes eksemplaris, millest üks jäi uuritavale, teine uurijale.

Intervjuud toimusid uuritavate jaoks tööst vabal ajal, neutraalses ja privaatses kohas, kus viibisid vaid uurija ja uuritav. Intervjuu pikkus sõltus uuritava võimalustest, valmisolekust ja soovist kogemusi jagada. Intervjuu lõpetati siis, kui intervjuueeritav kinnitas, et tal ei ole enam midagi täiendavat lisada. Intervjuud salvestati diktofoniga. Uuritavatel oli võimalus uurimistöös osalemine katkestada kuni individuaalse andmete kogumise perioodi, st intervjuu, lõpuni. Kõiki uuritavaid informeeriti sellest võimalusest, ükski neist ei soovinud uurimistöös osalemisest loobuda. Uuritavaid informeeriti võimalusest võtta soovi korral pärast intervjuud uurijaga ühendust kui neil tekib soov või vajadus uuritava nähtusega seoses midagi lisada. Ükski uuritav seda võimalust ei kasutanud. Kõigile uuritavatele saadeti pärast intervjuu toimumist lühike e-kiri, et neid uurimistöös osalemise eest tänada.

Uuritavate andmed kodeeriti tagasikodeerimist mittevõimaldavalt enne intervjuu algust. Intervjuu salvestuses ja täistekstis olid intervjuud tähistatud järjekorranumbriga. Salvestused transkribeeriti esimesel võimalusel pärast intervjuu toimumist sõna-sõnalt elektroonses failis. Transkribeerimisel eemaldati intervjuudest pikemad mõttepausid, parasiitsõnad, üneemid, isiku- ja kohanimed, tervishoiuasutuse ja selle struktuuriüksuste täpsed nimed ning teised isikute või täpsete olukordade tuvastamist võimaldavad detailid. Intervjuude salvestistele ja täistekstidele oli juurdepääs ainult uurijal. Transkribeerimisel ei eemaldatud õenduserialade ja struktuuriüksuste/erialade nimetusi, mis on kasutusel üldisemas tähenduses ning mille puhul uurija oli veendumusel, et need ei võimalda seotud isikuid tuvastada. Nendeks olid näiteks „pereõendus“, „perearst“, „operatsiooniosakond“, „kiirabi“, „EMO“, „kirurgia osakond“, „siseosakond“ vms. Lühemad mõttepausid tähistati tekstis „...“, teemasse mittepuutuvad ja väljajäetud tekstiosad /---/. Uurijapoolsed täiendused on märgistatud sulgudega ().

Kvalitatiivse uurimistöö puhul ei piisa ainult planeeritud intervjuude arvu täitumisest, vaid jälgitakse ka andmete küllastatuse saavutamist (Boyce ja Neale 2006). Esialgelt oli kavas läbi viia 20 intervjuud. Lähtudes korrektsusest, viisakusest ja lugupidamisest uuritavate vastu ning uuritavate võrdse kohtlemise printsiipidest, arvestati potentsiaalse vajadusega viia läbi rohkem intervjuusid. Seda juhul kui andmebaas on küllastunud, aga tegemist on eelnevalt kokku lepitud intervjuudega või kui andmete kogumise perioodil avaldab veel keegi soovi uurimistöös osaleda. 13 intervjuud viidi läbi peale esimest kutset uurimistöös osalemiseks ja 8 peale korduskutset.

Andmebaas küllastus 18. intervjuu järgselt, kui uut teavet juurde ei lisandunud. Seejärel viidi läbi veel 3 intervjuud, millega veenduti andmete kõikehõlmavuses ja sügavuses. Kokku kulus intervjuude läbiviimisele 27 tundi ja 43 minutit. Intervjuude keskmine pikkus oli 77 minutit. Lühim intervjuu kestis 28 minutit ja pikim 2 tundi. Uuritavaks materjaliks olid intervjuude täistekstid.

3.4. Andmete analüüs

Andmeid analüüsiti kvalitatiivselt Graneheim ja Lundmani (2003) kirjeldatud induktiivse sisuanalüüsi meetodil. Induktiivsel lähenemisel baseeruvat kvalitatiivset sisuanalüüsi peetakse sobivaks mitmetahuliste ja tundlike teemade uurimisel, mille kohta teadmised on fragmenteeritud, teadmisi on vähe või puuduvad need üldse (Elo ja Kyngäs 2007). Eestis oli tegemist seni uurimata nähtusega, mis põhjendas induktiivse lähenemise.

Andmete analüüsimisel oli huviobjektiks intervjuude nähtav sisu. Analüüsiühikuteks olid mõttetervikud. Andmete analüüs algas paralleelselt andmete kogumisega. Intervjuude tekste loeti korduvalt, neis markeeriti erinevate värvidega tekstilõigud, märksõnad ja väljendid, mis moodustasid mõttetervikud, millega uuritavad uurija arvates kirjeldasid eetilise konflikti kogemuse erinevaid komponente. Markeeringud koondati edasiseks analüüsiks, mille käigus esialgsed tekstiosad kondenseeriti, seejärel loodi lihtsustatud tekstiosadest substantiivsed koodid, sarnaste substantiivsete koodide grupeerimisel temaatilised alakategooriad ja alakategooriate grupeerimisel ülakategooriad (Tabel 1).

Tabel 1. Näide andmete organiseerimisest

Tähendusühik	Kondenseeritud tähendusühik	Substantiivne kood	Alakategooria	Ülakategooria
<i>„Ma ei osanud sellele tookord üldse niimoodi vaadata. Või et kuidas seda peab tegema ja kellega üldse sellistest asjadest peaks rääkima.“</i>	Ma ei osanud sellele niimoodi vaadata. Ei teadnud, kuidas seda teha, kellega rääkida.	Ei teatud, mida teha	Mittereageerimine konfliktile	Eetiliste konfliktide ennetamiseks ja lahendamiseks tehtud tegevused
<i>„...ma lihtsalt ei julgenud. Ma arvasin, et tekib isiklik arusaamatus hiljem.“</i>	Ma ei julgenud, kartsin isikliku arusaamatust.	Ei julgetud midagi teha		
<i>„Kui sa hakkad protestima millegi suhtes, siis sa satud halba valgusesse.“</i>	Protestides satud halba valgusesse			

Tulemuste esitamisel on iga alakategooria juurde näidetena lisatud intervjuukatkeid, et analüüsiprotsess oleks lugejale paremini jälgitav ning tulemusi mõistetak sügavamalt.

3.5. Uurimistöö usaldusväärsus

Kvalitatiivses uurimistöös tagab usaldusväär suse asjakohaselt formuleeritud uurimisküsimus ja sellega sobiv uurimismeetod, andmete kogumise ning analüüsimise viis ja uuritavate valik (Elo ja Kyngäs 2008). Usaldusväär suse tagamiseks kirjeldati uurimistöös põhjalikult andmete kogumise ja analüüsimise protsessi, et need oleks uurijast sõltumatult korratavad mistahes teises sarnases olukorras. Täpselt kirjeldati uurimiskonteksti, uuritavate valiku põhimõtteid jt uurimistööga seotud aspekte. Andmete analüüsi protsess on kirjeldatud sõnaliselt ja illustreeritud skemaatilisel t. Tulemused on kirjeldatud alakategooriate tasemel, substantiivsete koodide abil on näidatud nende loomise protsessi. Uuritavate öeldut on tsiteeritud tulemustes autentsete tsitaatidena näidates algandmete ja loodud kategooriate omavahelisi seoseid, nii et lugejal oleks võimalik näha uurija poolt tehtud järelduste kvaliteeti ja objektiivsust.

Uurija oli teadlik, et kvalitatiivses uurimistöös ja kasutades andmete kogumiseks intervjuud, on uurija uuritavatega otsekontaktis ning isiklik suhe uuritavatega võib ohustada uurimistulemuste objektiivsust. Uurija sõltumatust aitas tagada intervjuu salvestamine ning selle toimumine eelnevalt ette valmistatud küsimuste alusel. Uurija sekkus intervjuu kulgu minimaalselt, esitades vajadusel fokuseerivaid või uuritava öeldut täpsustavaid lisaküsimusi. Sõltumatuse suurendamiseks ja eneseabivahendina pidas uurija personaalset päevikut oma isiklike, intervjuudega seotud mõtete ja emotsioonide maandamiseks ning uuritavast materjalist eristamiseks, et need ei mõjutaks uurimistulemusi.

4. TULEMUSED

4.1. Eetilised konfliktid õdede kutsetöös

Andmete analüüsi ja sünteesi tulemusena moodustus kuus ülakategooriat: 1) arusaamad eetilise konflikti tähendusest, 2) eetilised konfliktid õde-patsient suhtes, 3) eetilised konfliktid suhetes ja suhtlemises meeskonnaliikmetega, 4) eetilised konfliktid seoses organisatsiooni, teenuste korralduse ja ühiskondlike hoiakutega, 5) tegevused eetiliste konfliktide ennetamiseks ja lahendamiseks, 6) eetiliste konfliktide mõju (Tabel 2).

Tabel 2. Õdede eetilise konflikti kogemusi iseloomustavad ala- ja ülakategooriad

Alakategooriad	Ülakategooriad
Sisemine väärtuskonflikt Konflikt inimeste vahel Teatud eeltingimuste ja tagajärgedega situatsioon	Arusaamad eetilise konflikti tähendusest
Õe piiratud informeerimisõigusega seotud konfliktid Patsiendi autonoomia ja privaatsuse ohustamisega seotud konfliktid Ravi ja hoolduse ohutuse, otstarbekuse ja proportsionaalsusega seotud konfliktid Elu lõpuga seotud konfliktid Õe väärikuse ja professionaalsusega seotud konfliktid	Eetilised konfliktid õde-patsient suhtes
Tavad ja hoiakud meeskonnas Meeskonnaliikmete pädevusega seotud konfliktid Juhtimiskompetentsiga seotud konfliktid	Eetilised konfliktid suhetes ja suhtlemises meeskonnaliikmetega
Töökorraldusega seotud konfliktid Töökeskkonna väärtuste ja hoiakutega seotud konfliktid Tervishoiuteenuse korraldusega seotud konfliktid Ühiskondlike hoiakute ja avaliku arvamusega seotud konfliktid	Eetilised konfliktid seoses organisatsiooni, teenuste korralduse ja ühiskondlike hoiakutega
Mittereageerimine konfliktile Sekkumine olukorda või selle tagajärgedesse Individaalsed tegevused olukorra lahendamiseks Tegevused enese toimetulekuvõime suurendamiseks Kollektiivsed tegevused ennetamiseks ja lahendamiseks	Tegevused eetiliste konfliktide ennetamiseks ja lahendamiseks
Konfliktide korral kogetud tunded Mõju sotsiaalsetele suhetele Mõju tervisele Positiivne mõju õe hoiakutele ja professionaalsusele Negatiivne mõju õe hoiakutele ja professionaalsusele	Eetiliste konfliktide mõju õdedele

4.2. Arusaamad eetilise konflikti tähendusest

Eetilise konflikti arusaamu koondav ülakategooria moodustus kolmest alakategooriast: 1) sisemine väärtuskonflikt, 2) konflikt inimeste vahel ning 3) teatud eeltingimuste ja tagajärgedega situatsioon (Tabel 3).

Tabel 3. Eetilise konflikti arusaamu koondavad substantiivsed koodid ja alakategooriad

Substantiivsed koodid	Alakategooriad
Vastuolu väärtuste, tõekspidamiste, normide, reeglite või põhimõtete Kohustus toimida vastupidiselt oma põhimõtetele Kokkuleppe või lubaduse rikkumine Kahtlemine oma käitumise sobivuses või õigsuses	Sisemine väärtuskonflikt
Tervishoiuteenuse osutamisel kohtuvate inimeste erimeelsus või tüli Tervishoiutöötajate vaheline võimuvõitlus	Konflikt inimeste vahel
Inimestega seotud eeltingimused Keskkonnaga seotud eeltingimused Tagajärjed patsientidele ja tervishoiutöötajatele	Teatud eeltingimuste ja tagajärgedega situatsioon

Sisemise väärtuskonflikti puhul selgitasid õed eetilist konflikti kui olukorda, suhtumist, käitumist või tegu, mis oli nende jaoks vastuolus mõne olulise väärtuse, tõekspidamise, normi, reegli, põhimõtte või hea tavaga. Sealhulgas kirjeldati tööülesannete täitmisega kaasnevat kohustust toimida vastupidiselt oma põhimõtetele ja kokkuleppe või lubaduse rikkumist. Sisimas tajutud ebakindlust, mille puhul õed kahtlesid oma käitumise sobilikkuses või õigsuses, kirjeldati samuti eetilise konfliktina.

„On olemas eetilised põhimõtted ja mingi sündmus või mingisugune suhtlemine, suhe /---/ läheb nende põhimõtete vastu.“ (16)

„Vaatamata sellele, et ma tean, et see on valesti käitunud või valesti tehtud, ma ikkagi pean seda tegema.“ (6)

„Olen mingid lubadused andnud oma patsientidele, sõpradele, töötajatele, töökaaslastele /---/. Ma olen mingid reeglid kehtestanud enda jaoks või on kuskilt väljastpoolt kehtestatud ja siis ma astun nendest üle ilma loata.“ (3)

„...Niisugune olukord, kus sa ei tea, kas teed õigesti või valesti.“ (20)

Konfliktina inimeste vahel selgitati eetilist konflikti juhtudel, mille puhul tervishoiuteenuse osutamisel koostööd tegevate inimeste vahel tekkis erimeelsus, tüli või toimus võimuvõitlus.

„...Tülitseda ja konflikti luua saab kõigiga, kellega sa koos töötad /---/.“ (12)

„...kõik need õe ja patsiendi suhted, õe ja arsti suhted, õe ja õe kolleegisuhted tegelikult ongi need konfliktid /---/.“ (15)

„Õdedel omavahel selline /---/ võitlus või võistlus.“ (2)

Õed kirjeldasid eetilist konflikti ka kui **teatud eeltingimuste ja tagajärgedega situatsiooni**. Eetilist konflikti selgitati inimeste ja keskkonnaga seotud tingimuste, nagu töökultuur, meeskonnaliikmete hoiakud, omavahelised suhted, põlvkondade vahelised erinevused, kasvatus, tervishoiuasutuse tüüp, töökoormus ja personalinappus, kaudu, mis konfliktide teket mõjutasid.

„...me oleme kõik täiskasvanud inimesed, meil on oma töösuhtumine, töökultuur ja /---/ kirjutamata reeglid, kuidas me teeme asju /---/ see on paljuski seotud sellega, mis sul kodust on kaasa antud.“ (9)

„Eetilised konfliktid ja vastuolud tekivad rohkem siis ka kui inimene on väsinud ja ülekoormatud ja segaduses.“ (6)

„Haigla on selles mõttes parem koht /---/. Esmatasandi meditsiin on /---/ väga töötajavaenulik või ta /---/ imeb sind tühjaks.“ (3)

Eetilist konflikti selgitati kui midagi, millel on tagajärjed, mis mõjutavad negatiivselt nii konflikti kogejat kui tema kaudu kogu kollektiivi ja patsiente.

„Tagajärjeks on alati paha tunne /---/. Ise tunned, et see on halb asi. /---/ valesti tehtud asi.“ (3)

„/---/ kogu kollektiivi töö on häiritud.“ (4)

„Kannatajaks on meie kliendid ehk patsiendid.“ (4)

4.3. Eetilised konfliktid õde-patsient suhtes

Ülakategooria moodustus viiest alakategooriast: 1) piiratud informeerimisõigusega seotud konfliktid, 2) patsiendi autonoomia ja privaatsuse ohustamisega seotud konfliktid, 3) ravi ja hoolduse ohutuse, otstarbekuse ja proportsionaalsusega seotud konfliktid, 4) elu lõpuga seotud konfliktid ning 5) õe väärkuse ja professionaalsusega seotud konfliktid (Tabel 4).

Tabel 4. Õde-patsient suhtes kogetud eetilisi konflikte koondavad substantiivsed koodid ja alakategooriad

Substantiivsed koodid	Alakategooriad
Töökorralduse ja meeskonnatöö tavade ning hoiakutega seotud piirangud Isikuandmete kaitse nõuetega seotud piirangud	Õe piiratud informeerimisõigusega seotud konfliktid
Raskused patsiendi soovide järgimisel Tervishoiuasutuse ruumiplaneering ei võimalda tagada privaatsust Kõrvaliste isikute tegevus ohustab patsiendi privaatsust	Patsiendi autonoomia ja privaatsuse ohustamisega seotud konfliktid
Ravi ja hoolduse kasu ja kahju küsitavus Patsiendi ebavajalikud kannatused Ebapiisav ravi ja hooldus	Ravi ja hoolduse ohutuse, otstarbekuse ja proportsionaalsusega seotud konfliktid
Elu õiguse üle otsustamine Patsiendi valu ja kannatuste kogemine Agressiivne ravi jätkamine elu lõpus Lähedaste toe puudumine Elundidoonorlus Surija lähedaste lein	Elu lõpuga seotud konfliktid
Patsiendi ja lähedase sobimatu käitumine Kingituste toomine Kahtlemine oma oskustes, võimetes, kohustustes Kutsekuvand kui koorem	Õe väärkuse ja professionaalsusega seotud konfliktid

Õe piiratud informeerimisõigusega seotud konfliktide puhul kirjeldasid õed töökorraldusest, meeskonnatöö tavadest ja hoiakutest ning isikuandmete kaitse nõuetest tulenevaid piiranguid ja takistusi patsientide ja lähedaste informeerimisel. Õdede jaoks oli ebaselge, kuidas nõudeid praktikasse rakendada ning mida, millal ja kui palju tohivad nad patsientidele ning nende lähedastele rääkida.

„...reegel on, et patsiendi seisundist, prognoosist ja nendest asjadest räägib arst. Aga kust läheb see piir prognoosi ja praeguse olukorra vahel?“ (6)

„Helistasid kogu aeg pereliikmed, aga arst ei soovinud nendega rääkida. Ütles, et ma ei viitsi, mul ei ole aega, ütle, et arst on operatsioonil. Olingi olukorras, kus ma pidin valetama.“ (2)

„Ma ei tohi öelda inimestele telefoni teel, et nende lähedane on meie juures. Nad otsivad oma lähedasi taga ja ma ei tohi neile öelda.“ (5)

„Kas naine peab teadma, et tema mehel kolesterool on 7 või ei pea? Ühelt poolt, naine teeb talle kõik söögid ja peaks teadma. Teiselt poolt, mehel on õigus ise teha oma valikuid.“ (3)

Patsiendi autonoomia ja privaatsuse ohustamisega seotud konflikte põhjustasid olukorrad, kus patsiendi taht oli raske teada saada, järgida ja kaitsta, sest patsient oli dementne, raskelt haige või suremas. Patsiendi tahte järgimine oli raskendatud ka lähedaste eriarvamuse tõttu ja kui patsiendi tahte oli vastuolus sellega, mida õde õigeks pidas või kui see kahjustas õe arvates patsienti või ei soodustanud tema paranemist.

„Inimene ise ütleb, et teeme nii, et te enam ei anna mulle juua ja kõik. Aga kui ta hiljem meeltesegaduse hoos seal ütleb, et ma tahan juua. /---/ Kas ma arvestan seda tema soovi, mida ta ütles mulle siis kui ta oli aruselge ja teadvustas ise, et ta ei taha agooniat pikendada? Või ta ütleb siis kui tal on tohutu janu?“ (9)

„...Patsient võib-olla ei tahagi ja lähedased ikka sunnivad peale.“ (14)

„Ma näen, et see tegevus, mida patsient tahab minult, ei aita teda tegelikult, ei soodusta tema paranemist või pigem võib seda isegi kahjustada“ (1)

Konflikte oli põhjustanud tervishoiuasutuste ruumiplaneering, mis nende arvates ei võimaldanud tagada patsientidele privaatsust või oli seda ohustanud kõrvaliste isikute tegevus. Sealhulgas olid õdede endi lähedased soovinud liiga isiklikku infot tuttava või avalikult tuntud patsiendi kohta, mida nad ei saanud professionaalse rolli tõttu anda. Avalikkuses tuntud patsientide vastu olid liigset huvi tundnud ajakirjanikud.

„Tänapäeval tehakse neid tervisekeskuseid ja seal kõik tahavad olla avarad ja teevad mingid lounge-alad. Kõik peaks olema niimoodi, et patsiendid ei puutu omavahel kokkugi. Ma ei taha rääkida naabri-Matiga oma hemorroididest.“ (3)

„...minu venna parima sõbra abikaasa /---/. Küsiti, et kuidas see juhtus? /---/ Ja siis sa ütled, et see on patsient, ma ei saa sellest rääkida.“ (1)

„...näed, et ajakirjanik on juba osakonnas, diktofonid on käes...“ (1)

Ravi ja hoolduse ohutuse, otstarbekuse ja proportsionaalsusega seotud eetiliste konfliktide puhul oli õdede arvates küsitav ravi ja hoolduse kasu ning kahju vahekord. Raviprotseduuri teostamine ei olnud kas piisavalt põhjendatud, see ei kaalunud üles patsiendile põhjustatud ebamugavust ja kannatusi või ei olnud protseduuri eesmärk mitte niivõrd aidata patsienti kui anda arstidele võimalusi õppida. Mõnedel juhtudel olid õed tundnud, et patsiendi ravi või hooldus oli ebapiisav ning nende arvates oleks saanud või pidanud patsiendi heaks tegema midagi enam.

„Kuhumaani aidata? /---/ Kui me neid nii palju ravime antibiootikumidega, me saame resistentsed patsiendid, me peame tegema kontaktisolatsiooni. Milleks siis ravida kui me ravides saame ainult lisaprobleeme?“ (13)

„Ma olen küll paar korda küsinud arstilt, et kas sellel mõtet ka meie tegevusel praegu on? „Noh, ma ei tea, et on ikka mõtet, õppida saab kasvõi.“ (7)

„... justkui oleks veel midagi saanud teha, aga on tehtud teised otsused.“ (14)

Elu lõpuga seotud konflikte kirjeldasid õed situatsioonides, mis puudutasid kellegi elu üle otsustamist, näiteks ravi lõpetamisel või jätkamisel, elustamise alustamise või mitte alustamise otsuse langetamisel, patsiendi surma saabumisel mõne nende teostatud raviprotseduuri järel.

„Mis hetkel inimene võib öelda, et jah, temal on õigus surra või tema võib nüüd minna?“ (5)

„Elustamisel on alati teatud kriteeriumid, millal peaks alustama ja mitte /---/ mina teen praegu selle otsuse, et ta ei tohi elada, et ta ei saa elada enam /---/.“ (6)

„Kui sa lähed ja süstid morfiini ära, siis ta poole tunni pärast sureb /---/, kas see süst oli nüüd see, mis selle lõpetas?“ (9)

Konflikte põhjustasid patsiendi elu lõpus tema valu ja kannatuste tunnistamine, mida ei suudetud leevendada ning agressiivne ravi, mis veelgi pikendas patsientide kannatusi ja võis olla vastuolus nende tahtega.

„See kui inimene on omadega juba nii läbi, et ta juba mädaneb seest ja ta piinleb, aga sa ei saa seda ära lõpetada.“ (14)

„Need öövalved on kohutavad. Ma kuulen, et ta köhib /---/. Tal on siuke vaikne verejooks kogu aeg. /---/ Tal on paanikahood öösiti sageli, ta köhib, see kõri läheb kinni, ta valutab /---/. Ja ma ei saa mitte midagi teha.“ (9)

„...patsient palub, no jätke mind, ma ei taha./---/ jätke mind juba rahule, viige mind koju, ma tean ju, mis mind ees ootab, sest viimane lõpp oligi, ta juba mädanes igalt poolt.“ (12)

„DNR otsus on väljas /---/ tal oli raske neelata, peal oli Hjertemagnyl /---/. Arst ütles, et see on kaugtüsistuste vältimiseks. Küsin, et aga DNR on ju, milliseid kaugtüsistusi me väldime?“ (9)

Eetilise konflikti allikaks oli õdedele surija lähedaste lein. Raske oli taluda lähedaste tugevaid emotsioone, õed ei olnud valmis neid nende kaotuse korral aitama ja toetama. Samal ajal kahjustas õdede arvates patsiente ja lähedasi patsiendi elu lõpus see kui lähedased ei saanud olla patsiendi kõrval.

„See on hästi hinge läinud, need vanemad ja emotsioonid ja kõigil neil lastel ei lähe ju hästi seal. Tahaks kuidagi aidata, kuidagi lihtsamaks seda teha, aga ei saa.“ (7)

„Gripiviiruste perioodil /---/ ei saa lubada viimastel eluhetkedel lähedasi juurde ja siis nad ei näegi teda enam viimast korda. /---/ Mõnikord kui sul on lähedased ja perekond kõrval, see tihtipeale annab haigele jõudu võidelda.“ (14)

Õed jagasid oma kogemusi eetiliste konfliktidega seoses elundidoonori õendusega. Nad kirjeldasid elundite eemaldamise protsessi kui vastuolu inimkeha väarika kohtlemisega ning selle emotsionaalselt laastavat mõju, millest neil ei olnud võimalik piisavalt taastuda.

„Meil on doonorid, tihtipeale lapsdoonorid ja see mõjutab kõiki, kes seal doonori juures on /---/. Alguses ta tuleb, ta ikkagi aparaadi all hingab, aga see hetk kui aparaat välja lülitatakse ehk et me oleme ta siis verest tühjaks loputanud, et neid organeid üldse võtma hakata. See ei ole enam nagu opereerimine, /---/, see on kuidagi õdvastav lõikumine. Tihtipeale kui doonor lõpuks ära läheb meilt sealt opitoast /---/, siis see õde tuleb, lihtsalt istub põranda peal maas ja nutab.“ (18)

Õe väarikuse ja professionaalsusega seotud konflikte kirjeldasid õed nende arvates sobimatu käitumise puhul patsientide ja lähedaste poolt kui patsiendid ja lähedased olid olnud õdede vastu liiga nõudlikud, rahulolematud, süüdistavad, lugupidamatud, valelikud, kannatamatud, verbaalselt, emotsionaalselt, füüsiliselt või seksuaalselt agressiivsed.

„...mis väga häirib teinekord, on patsientide valetamine./---/ lihtsalt inimlik valetamine, et ennast näidata paremas valguses.“ (11)

„Meil oli siin sees üks noor poiss, /---/, kelle omaksed olid veendunud, et tegelikult me kahjustame seda poissi. See oli väga ebaõiglane, milliseid süüdistusi laoti.“ (13)

Õdedel oli olnud kokkupuuteid kingituste toomisega patsientide ja lähedaste poolt. Kingitusi, peamiselt maiustuste ja lilledena, oli tehtud neile endile ning nad olid olnud selliste olukodade

tunnistajaks kõrvalseisjana. Kui nad ei soovinud kingitust vastu võtta, olid patsiendid ja lähedased solvunud ja pettunud.

„Täna ka toodi mulle šokolaadi. /---/ Ma ei taha seda vastu võtta, aga ma ei saa seda ka tagasi anda, sest see solvumine on näost näha.“ (3)

„Ma nägin, et see oli ümbrik ja ta pani selle arsti taskusse ja see oli nii ebameeldiv.“ (21)

Õed olid kahelnud iseendas ja oma otsustes, tehtud tegude õigsuses ning oma kohustustes õena. Tuli ette, et õe kuvand tundus kui koorem, mida tuli pidevalt kanda ka väljaspool tööaega ning mis seadis piiranguid isiklikule elule.

„Kas ma tegin õige otsuse? Kas ma tegin õige valiku?“ (9)

„Vaktsineerimisteema on kindlasti see, millega ma tunnen, et ma lähen vastuollu. Peaks vaktsineerima, aga ma ei ole nõus sellega. Et justnagu peaks või oleks vaja, aga sa ei taha seda teha, see sulle nagu kuidagi ei sobitu.“ (14)

„Lähed poodi, /---/ ostad veini, paned selle sinna poekorvi ja siis see patsient, kellele sa kolm tundi tagasi rääkisid alkoholiühikutest, /---/ see näeb, et see pudel on sul korvis. /---/. Seepärast ma ei käigi seal üldse poes, käin hoopis mujal.“ (3)

4.4. Eetilised konfliktid suhetes ja suhtlemises meeskonnaliikmetega

Ülakategooria moodustus kolmest alakategooriast: 1) tavad ja hoiakud meeskonnas, 2) meeskonnaliikmete pädevusega seotud konfliktid ja 3) juhtimiskompetentsiga seotud konfliktid (Tabel 5).

Tabel 5. Meeskonnasiseste suhete ja suhtlemisega seoses kogetud eetilisi konflikte koondavad substantiivsed koodid ja alakategooriad

Substantiivsed koodid	Alakategooriad
Meeskonnasisene hierarhia	Tavad ja hoiakud meeskonnas
Tööväliste tegevustega tegelemine töö ajal	
Isiklike probleemide välja elamine kolleegide peal	
Meeskonnaliikmete lugupidamatu, alandav, üleolev või ebaviisakas käitumine üksteisega	
Võimuvõitlus	
Tõrjumine ja kiusamine	
Lõhe teooria ja praktika vahel	

(järgneb)

Substantiivsed koodid	Alakategooriad
Patsientide ja lähedaste informeerimine ja kaasamine	Meeskonnaliikmete pädevusega seotud konfliktid
Patsiendi abituks ja passiivseks sundimine töötajate mugavuse nimel	
Paternalistlik suhtumine patsienti	
Hoolimatu suhtumine patsiendi kannatustesse	
Patsiendi sildistav ja ebavõrdne kohtlemine	
Patsiendi objektipõhine kohtlemine	
Meeskonnaliikmete omavahelised tülid patsiendi juuresolekul	
Patsientidest rääkimine avalikus ruumis	
Juhid ei toeta ega kaitse õdesid	Juhtimiskompetentsiga seotud konfliktid
Juhid ei kaasa õdesid	
Juht nõuab õelt valetamist	

Tavad ja hoiakud meeskonnas puudutasid meeskonnas valitsevat hierarhiat, meeskonnaliikmete suhtumist töösse ja töö ning eraelu piiridesse.

„Siukene alluvussuhe on meil siin väga tugev, see ei kao kuhugi. Mina olen arst, mina olen kõrgemal positsioonil, sina oled mingi tühine õde ja sina oled üldse mingi hooldaja.“ (4)

„Meil ei olnud arsti pidevalt öösel /---/ Oli juhuseid, kus arst ei võtnudki telefoni, oli näiteks hargilt maha tõstnud selle /---/. Läksid ukse taha ja koputasid /---/. Selgus, et arst ei olnudki seal toas, ta oli hoopis teise ruumi läinud magama.“ (4)

„Kõigil on mured, aga mõned suudavad niimoodi tulla, et nad teevad oma töö ära. /---/Aga mõnikord on niimoodi, et sa tead kõikide pereprobleeme. /---/ Nende tööle kaasa toomine tekitab pingeid kogu aeg.“ (8)

Omavahelises suhtlemises tuli ette meeskonnaliikmete, peamiselt arsti poolt õdede suhtes, lugupidamatut, alandavat, üleolevat ja ebaviisakat käitumist, tõrjumist ja kiusamist meeskonnaliikme poolt, mille põhjus jäi ebaselgeks või mida seostati religioossete tõekspidamiste või erineva keele- ning kultuuritaustaga. Võimuvõitluse puhul meeskonnaliikmete vahel jäeti üksteist sihilikult ebamugavatesse olukordadesse, pandi proovile ja testiti ning selline võimuvõitlus ulatus ka väljapoole organisatsiooni piire.

„Arstil läks närv mustaks, ta lihtsalt käratas, et mida sa istud seal nagu vana morsk!“ (4)

„Ristiinimesena mul tekivad konfliktid sellega, /---/ minul kui kristlasel on see väga raske kui mind aasitakse.“ (5)

„...nad tõrjuvad sind eemale, ei taha sinuga läbi saada. /---/ Oled eestlane, a las vaatab, kuidas ta saab.“ (17)

„Mingi hetk ma tajusin, et mul väga palju enam abi loota ei ole, et nüüd ongi nii, et vaatavad, et kuidas ma ujun.“ (8)

Konflikte kogeti teooria ja praktika vaheliste lõhede tõttu, mis väljendusid õdede hinnangul suhtlemisel praktikantide ja noorte õdedega.

„...Mõned praktikandid või noored õed, kes tulevad tööle, siis nendel on hästi sageli see efekt, et oot, aga meile on räägitud teisiti. /---/ Sellel noorel õel on tegelikult väga raske vahet teha, miks tehakse vahel nii ja vahel ei tehta.“ (8)

„...Kuidagi vähe on jah seda hoolivat suhtumist. Ja no kui seesama õde läheb praktikale ja ta satub juhendaja juurde, kellel seda puudub ja ta tajub, et ta on tülinaks /---/, siis ta suhtub kõikidesse järgmistesse ka niimoodi.“ (6)

Meeskonnaliikmete pädevusega seotud konflikte kirjeldati seoses olukordadega, kus õdede arvates ei kaasatud patsiente ja nende lähedasi piisavalt või kasutati otsuste langetamisel liigselt tervishoiutöötajate mõjuvõimu. Meeskonnaliikmed viivitasid vajaliku informatsiooni andmisega või ei andnud seda üldse, ei arvestanud informeerimisel patsientide ja lähedaste tegelike vajadustega või andsid infot liiga keeruliselt.

„Esimene asi, mis sulle selgeks tehakse, on see, et meil on tiimitöö., aga meie tiimis ei ole patsienti. Kõik tehakse patsiendi jaoks, aga mitte koos patsiendiga.“ (8)

„Seda on nii palju olnud, et meie teame, et tuleb patsient /---/, aga ta ei teagi, miks ta toodi siia. /---/. Seda peabki rääkima arst“ (4)

„Tuleb üks meesterahvas, analüüside leht, arst kätte andnud. Ütleb, et käisin arsti juures, et ütles, et mul on kõik maksanäitajad tuksis. Et mina küll aru ei saa, mis siin tuksis on, kas sina saad aru?“ (1)

Õed olid kogunud meeskonnaliikmete hoolimatut suhtumist patsientide kannatustesse, nende alavääristamist, hooldustoimingute robustset ja hoolimatut sooritamist, sh füüsilise vägivalla episoodide. Kirjeldati juhtumeid, kus patsienti sunniti abituks ja passiivseks, sest nii tundus töötajate jaoks mugavam.

„...kui endal selg valus, nad ei jõua ära nutta kui valus on. Ja järgmisel hetkel kui patsient ütleb: „Ai!“, on see, et „Mida sa vingud! Mis sul viga on!“ (9)

„Teatud inimesed teevad seda nagu rass-rass, ei arvesta, et patsiendil võib valus olla.“ (7)

„Ta võttis tal niimoodi kratist kinni ja raputas teda. /---/ näitas oma pahameelt ja vaatas talle hästi lähedalt otsa.“ (8)

„...lihtsalt seotakse kinni sellepärast, et sa lihtsalt ei viitsi istuda voodi kõrval /---/.“ (8)

Õed nimetasid patsientide sildistamist ja ebavõrdset kohtlemist meeskonnaliikmete poolt tulenevalt patsientide sotsiaalsest taustast. See mõjutas õdede arvates meeskonnaliikmete

motivatsiooni patsienti aidata. Kirjeldati patsientide objektipõhist kohtlemist, nimetamist haige organi, haiguse või kehaosana, patsientidest rääkimist nende kuuldes neid eirates.

„...sageli antakse hinnang seisundile, taustale, kõigile nendele asjadele enne kui teatakse probleemi. Sellest hinnangust lähtuvalt hakatakse abi andma ja see abi on allapoole igasugust kvaliteeti.“ (8)

„...kes on kellegi tuttav või kellegi sugulane, et proovime teda nüüd siis. /---/ mida ma siis proovin teistmoodi teha? Annan hapnikku paremini või ma ei tea, teen süsti paremini või torkan kanüüli vähem valusalt? Vihale ajab küll vahel kui keegi, kes on privilegeeritud rohkem.“ (9)

„Patsient oli täiesti adekvaatne, kuuleb hästi, mitte mingit probleemi kõnega ei ole. Ja arstid teisele öele: „Kuule, mine vaata, uuri sealt, et kus ta meil täpselt elab!“ Arstid üldse ei kuuland teda. (3)

Eetilisi konflikte põhjustasid õdedele meeskonnaliikmete omavahelised tülid, mida patsiendid olid sunnitud pealt nägema või kuulma. Õed olid pealt kuulnud, kuidas patsientidega seonduvat arutati liigse detailsusega avalikus ruumis, näiteks mõnes seltskonnas või bussis.

„Kasutatakse spinaalanesteesiast, patsient on ärkvel. Läksid tülli omavahel anesthesioloog ja kirurg. Anesthesioloog ütleb, et ega ma võin siit minema ka minna. Kirurg paneb vastu, et aga ma lähen ka siis minema. Siis kostub lina alt patsient õrnal häälel: „Ärge ikka minge ära!“ Käis ju operatsioon tegelikult.“ (18)

„Ma kuulen seltskonnas, kuidas mõni tervishoiutöötaja räägib oma tööst /---/ nii peensusteni välja, et sa saad täiesti aru, millisest patsiendist käib jutt. /---/.“ (10)

Juhtimiskompetentsiga seotud konfliktide puhul kirjeldasid õed olukordi, kus juhid ei toetanud ega kaitsnud õdesid olukordades, mis seda nende arvates nõudnuks, ei kaasanud neid töökorralduslike küsimuste aruteludesse ja otsuste langetamisse. Tuli ette, et juhid olid nõudnud mingil põhjusel üldiste eetikapõhimõtete rikkumist, näiteks ebaausust dokumentide täitmisel.

„Ma ei tunne juhtkonna tuge sellisel moel /---/. Ma tahaksin, et kui mul tekib mingi probleem või arusaamatus, ma saaksin minna küsida nõu ja abi /---/.“ (9)

„Ülemused, kes otsustavad asju, ei kuula oma alluvate nõuandeid. Tehakse mingi otsus ära ja siis see lajatakse, et vot nüüd hakkab niimoodi see asi toimuma.“ (4)

„Tööandja ütles mulle, et kuule, tee talle sissekanne ära /---/ ma pole patsienti näinudki ja kirjutan sisse loo, et võtab ravimeid hästi!“ (3)

4.5. Eetilised konfliktid seoses organisatsiooni, teenuste korralduse ja ühiskondlike hoiakutega

Ülakategooria koosneb neljast alakategooriast: 1) töökorraldusega seotud konfliktid, 2) töökeskkonna väärtuste ja hoiakutega seotud konfliktid, 3) teenuste korraldusega seotud konfliktid ja 4) ühiskondlike hoiakute ja avaliku arvamusega seotud konfliktid (Tabel 6).

Tabel 6. Organisatsiooni, teenuste korralduse ja ühiskondlike hoiakutega seoses kogetud eetilisi konflikte koondavad substantiivsed koodid ja alakategooriad

Substantiivsed koodid	Alakategooriad
Töö planeerimine Liigne töökoormus	Töökorraldusega seotud konfliktid
Kvaliteedi mitteväärtustamine Töö tasustamise põhimõtted ei ole kooskõlas töö panusega	Töökeskkonna väärtuste ja hoiakutega seotud konfliktid
Süsteemi segased ja ebamõistlikud reeglid Koostöö puudumine riigistruktuuride vahel	Teenuste korraldusega seotud konfliktid
Negatiivne meediakajastus Maine kahju Tervist ja haigust puudutavad hoiakud	Ühiskondlike hoiakute ja avaliku arvamusega seotud konfliktid

Töökorraldusega seotud konfliktide puhul kirjeldasid õded olukordi, kus kogu osakonna või õdede töö oli nende arvates planeeritud ja korraldatud selliselt, et õdedel tuli täita nende pädevusele mittevastavaid ülesandeid. Tuli ette olukordi, kus liiga suur töökoormus ei võimaldanud neil täita nende ideaali või ettekujutust sellest, kuidas peaks käituma ja tegutsema hea õde.

„...olid opitoas oma anesthesioloogiga, aga anesthesioloogil oli teenindada kaks opituba korraga. /---/ siis jäetigi sind üksinda sinna opituppa /---/. Kui haige hakkab üles ärkama, siis sina juhidki narkoosi. /---/ Või juhtub mingi kriitiline olukord, siis on õde see, kes on üksinda seal, kes vastutab selle juhitava hingamisel oleva narkoosis patsiendi eest.“ (4)

„Järjest rohkem tuleb arvutitööd ja arvutis peab kõik kirjas olema. Ma ütlesin, et mis ma sinna arvutisse kirja panen? Seda, mida ma ei jõua patsiendi juures teha?“ (9)

„...sinna on kirjutatud viis lõikust, iga lõikuse aeg on üks tund ja meil on 8-tunnine tööpäev /---/ mitte mingi nipiga sa ei saa nii, et sa saaksid seda tööd teha nii, et see olekski ilus, korralik, eetiline.“ (18)

Töökeskkonna väärtuste ja hoiakutega seotud konfliktide puhul olid õded kogenud, et töökeskkonnas ei väärtustata kvaliteeti, pigem ollakse orienteerunud kokkuhoiule ja teistele materiaalsetele väärtustele. Töö tasustamise põhimõtted ei väljendanud õdede arvates, et neid organisatsioonis hinnatakse ega olnud vastavuses tegeliku tööpanusega.

„Meil on tugev kokkuhoiupoliitika. Ühtepidi sa pead kokku hoidma, see on tavapärane. Teistpidi, kui sa kvaliteedist räägid, siis kvaliteedi säilitamine nõuab raha /---/. Need kaks asja ei sobi omavahel kokku.“ (6)

„Mina, kes ma olen /---/ valdkonna eriõde, /---/ töötanud juba üle aasta /---/ saan kõige väiksemat palka.“ (1)

Teenuste korraldusega seotud konfliktide puhul kirjeldasid õed nende hinnangul segaseid ja ebamõistlikke reegleid ja nõudmisi, mis teenuste korraldusega seostusid ning koostöö puudumist riiklike struktuuride vahel, mis ei olnud kooskõlas patsiendi vajadustega ega võimaldanud õdedel patsiente aidata nii nagu nad õigeks pidasid.

„Päästeamet ütleb, et teil ei tohi ühtegi lukku ees olla. /---/ Ja siis tuleb Maavalitsus /---/ ja nõuab, et aga patsiendil on privaatsust vaja, pange lukud ette. Aga kui me küsisime seal nende käest, et mis me siis teeme, päriselt? Kui Päästeamet tuleb, võtame lukud eest ära ja sellel ajal kui tuleb Maavalitsus, siis paneme lukud ette tagasi?“ (5)

„Kui ma olen õde ja ma olen õendusabiteenuse osutaja, siis ma ei tohiks nagu minna sinna hooldekodu poole peale. Hooldekodu poole peal ei tohi jälle õde olla ja siis tekib küsimus, kes siis tohib ravimeid anda?“ (5)

„...sotsiaalprobleemid on enamasti need, kus sa ei oskagi midagi ette võtta.“ (6)

Ühiskondlike hoiakute ja avaliku arvamusega seotud konfliktidena kirjeldasid õed olukordi, kus neid oli riivanud negatiivne meediakajastus, mis järgnes mõnele tervishoiuvaldkonnas aset leidnud probleemile. Niisugused skandaalid olid nende arvates mõjutanud õe kutse, õendusteenuse ja organisatsiooni avalikku mainet ning toonud kaasa pingeid erinevates tervishoiuorganisatsioonides töötavate kolleegide suhetesse. Kirjeldati, et kolleegid ei taju ühiselt kantavat vastutust õe kutse kuvandi ja tervishoiuasutuse maine kujunemise ees ning oma ebaeetilise tegevusega kahjustavad kõiki.

„Meedia on meist loonud sellise kuvandi. /---/ See kuvand oli väga võimas ja saatis meid, nii et inimene ei olnud siia veel jõudnud kui juba teati meist.“ (13)

„...kui oli see skandaal /---/, meedia mõju oli niivõrd tugev, et minu kolleegid /---/ nad arvasidki, et me ei tee siin midagi.“ (2)

„...töötajatena me oleme kõik üks meeskond. Meeskond saab selle eest, mitte see õde /---/.“ (19)

Õed kirjeldasid, kuidas nad on konfliktide kogunud seetõttu, et patsientide ja nende lähedaste tervist ja haigust puudutavad hoiakud raskendavad nende toimetulekut terviseprobleemide või

lähedase kaotusega ning nende terviseteadlikkus ja valmidus võtta vastutust oma tervise ees on madalad.

„Meil on haiglateskne meditsiin ja inimesed usuvad sellesse.“ (15)

„...tundub nagu inimestel on mingid elupõhimõtted läbi mõtlemata.“ (13)

4.6. Eetiliste konfliktide ennetamiseks ja lahendamiseks tehtud tegevused

Ülakategooria moodustus viiest alakategooriast: 1) mittereageerimine konfliktile, 2) sekkumine olukorda või selle tagajärgedesse, 3) individuaalsed tegevused olukorra lahendamiseks või ennetamiseks, 4) tegevused enese toimetulekuvõime suurendamiseks, 5) kollektiivsed tegevused olukorra lahendamiseks ja ennetamiseks (Tabel 7).

Tabel 7. Eetiliste konfliktide lahendamiseks ja ennetamiseks tehtud tegevusi koondavad substantiivsed koodid ja alakategooriad

Substantiivsed koodid	Alakategooriad
Alluti teiste otsustele või olukorrale Ei teatud, mida teha Ei julgetud midagi teha	Mittereageerimine konfliktile
Kellegi kaitseks välja astumine, kellegi korrale kutsumine Tagajärgede leevendamine	Sekkumine olukorda või selle tagajärgedesse
Olukorra analüüsimine Isiklike tõekspidamiste järgimine Patsiendi tahte järgimine Lähedaste tahte järgimine Reeglite ja juhiste järgimine Reeglite ja juhiste eiramine Distsantsi hoidmine patsientide ja lähedastega Töökohavahetus	Individuaalsed tegevused olukorra lahendamiseks või ennetamiseks
Professionaalne enesetäiendamine Tasakaalu hoidmine töö ja eraelu vahel Hobide ja religioossete praktikatega tegelemine Toetumine lähedastele Spetsialistide toe ja eneseabi meetodite kasutamine	Tegevused enese toimetulekuvõime suurendamiseks
Kollektiivsed arutelud ja koosolekud Juhtide ja meeskonnaliikmetega rääkimine Töökorralduslikud muudatused Personaalse sobivuse arvestamine töögraafikute koostamisel Probleemide naeruvääristamine juhtide ja meeskonnaliikmete poolt	Kollektiivsed tegevused olukorra lahendamiseks või ennetamiseks

Mittereageerimisel konfliktile ei teinud eetilist konflikti kogenud õde konflikti korral mitte midagi, vaid allus kellegi teise poolt tehtud otsusele või olukorrale. Õed kirjeldasid, et olid soovinud küll midagi ette võtta, ent ei teadnud, mida teha või ei julgenud midagi teha, kartes konflikti eskaleerumist või kaasnevat negatiivset tähelepanu.

„Minu jaoks on see pea liiva alla peitmine mõnikord parem, kuigi ma tean, et see ei ole õige.“ (6)

„Ma ei osanud sellele tookord üldse niimoodi vaadata või et kuidas seda peab tegema ja kellega üldse sellistest asjadest peaks rääkima.“ (8)

„...ma lihtsalt ei julgenud. Ma arvasin, et tekib isiklik arusaamatus hiljem.“ (2)

„Kui sa hakkad protestima millegi suhtes, siis sa satud halba valgusesse.“ (4)

Sekkumise korral olukorda või selle tagajärgedesse astuti kellegi, sh iseenda, kaitseks välja või kutsuti kedagi korrale, kelle käitumine tundus sobimatu. Tuli ette, et õed olid need, kes kellegi teise poolt tehtu tagajärgi püüdsid leevendada, öeldut või tehtut siludes, pehmendades või vabandades.

„Ütlesin sellele õele, et sina oled pandud mulle juhendajaks ja sina pead mind aitama kui mul on abi vaja.“ (19)

„Kui ma seda nägin, ma kutsusin ta enda juurde ja küsisin, et /---/, kuidas sina tahad, et sinusse suhtutakse? /---/ Tahad, et niimoodi keegi sinuga käitub?“ (10)

„Siis ise pärast lähed ja silud seda, et saaks paremini või ilusamini, /---/, räägid selle patsiendiga, et ta ennast halvasti ei tunneks.“ (7)

Individuaalsed tegevused olukorra lahendamiseks väljendusid püüdlustes olukordi analüüsida, et mõista nende põhjuseid ja erinevate osapoolte seisukohti, et teha olukorras parim otsus ja valik. Valiku tegemisel võidi lähtuda oma sisetundest ja tõekspidamistest, aga teinekord püüti valiku tegemisest ja olukorda sekkumisest ka üldse hoiduda.

„...proovid seda poolt ka, kes niimoodi käitus, analüüsida ja mõelda, et miks see võis tunduda nii või nii olla.“ (14)

„Ikka üritan ennast nii mõelda /---/ et kui ma ise selles olukorras oleksin, et ma tahan, et minuga nii käitutakse.“ (18)

„Peab /---/ oskama kuidagi välja keerutada või jututeemat kuidagi mujale viia.“ (8)

Õed kirjeldasid, kuidas nad olid kõige olulisemaks pidanud patsiendi tahet ja soove ning eelistanud neid isiklikele tõekspidamistele või kehtivatele raviotsustele. Tuli ette, et eelistatud oli lähedaste tahet, eriti kui lähedased olid oma tahte väljendamisel väga jõulised.

„See on tema otsus, siis me nii aitamegi ja mina aitan teda. /---/ Minu põhimõtted ei ole siin üldse olulised.“ (13)

„Patsient palub ja anub, et palun ära mind enam torgi! /---/ Ma olen jätnud tegemata vahel teatud asja.“ (21)

„Mina läksin kaasa lähedaste sooviga, sest see tundus mulle tollel hetkel lihtsam.“ (9)

Erinevatest reeglitest ja juhistest lähtusid õed muuhulgas situatsioonides, kus vastuoluliste nõudmiste või soovide vahel ei olnud otsustamisel muule toetuda. Patsiendi ja lähedaste huvide kaitsmiseks olid õed reegleid ka eiranud.

„Siis tuleb rangelt reeglitest kinni pidada ja reeglid on head sellistes situatsioonides.“ (13)

„...ta suri trepi peale ära haiguse kätte, avalik koht. Ma ei tohiks teda sinna jätta. Kui ma avalikku kohta jätan, ma peaksin politsei kutsuma. /---/ et sekeldusi oleks perekonnal vähem, me kandsime ta tuppa, panime voodisse. /---/ Aga ma rikkusin reegleid.“ (6)

Õed olid eetiliste konfliktide tõttu vahetanud töökohta, lahkunud õe ametist või tervishoiu valdkonnast üldse.

„Kirjutasin lahkumisavalduse. /---/ läksin teise asutusse.“ (3)

„...tänu sellele olen mina sellest tööst loobunud, ma ei tee seda tööd enam, kuigi ma väga armastan seda valdkonda.“ (1)

Tegevused enese toimetulekuvõime suurendamiseks sisaldasid professionaalset enesetäiendamist, tasakaalu hoidmist töö ja eraelu ning töö- ja puhkeperioodide vahel. Töövälisel ajal tegeleti erinevate hobide ja religioosete praktikatega.

„Mis mind aitas hästi palju, oli minu enda magistritöö tegemine /---/.“ (10)

„...ülemus, kes püüab teha graafikuid nii, me töötame mingi perioodi tihedamalt ja siis jääb kas mingi viis või seitse päeva pausi isegi vahele.“ (5)

„Olen endale pannud piire, et iga viie või seitsme aasta tagant pead töökohta vahetama.“ (3)

„Õnneks on maakodu olemas, teen heina ja mis iganes, nokitsen seal.“ (1)

„Palve on see, mis alati aitab.“ (5)

Oluliseks peeti lähedaste tuge ja võimalust oma muresid pereliikmete, sõprade ning lähedastega jagada. Tõsisemate probleemide korral olid õed kasutanud erinevaid eneseabi meetodeid ja spetsialistide abi.

„...räägid lihtsalt oma tunnetest, mida sa tundsid. Jagatud mure on ikka kergem.“ (17)

„Hakkasin väga tugevalt psühholoogiliselt iseendaga tööd tegema.“ (1)

„...käisin /---/ käitumisterapeudi /---/ juures.“ (6)

Kollektiivseid konflikti lahendamise ja ennetamisega seotud tegevusi tehti koostöös meeskonnaliikmete ja juhtidega ning osakonna, struktuuriüksuse või kogu organisatsiooni tasandil. Traditsiooniliseks kollektiivseks vormiks eetiliste konfliktide lahendamisel oli

vastastikune toetamine ühistel aruteludel ja koosolekul. Probleemidest räägiti juhtide, vastutava õe ja meeskonnaliikmetega.

„Hästi oluline on, selle asja nimi on vist kovisioon. See algab näiteks valve üleandmisest. /---/ või siis osakonna koosolekud, me räägime neid situatsioone lahti.“ (13)

„Meil oli selline komme, et vahel see, kes oli vastutav, et temale sai muresid kurta.“ (8)

„Rääkisin teiste õdedega, et mis konflikt see on ja rääkisin oma ülemustega.“ (18)

Tuli ette, et kollektiivsete tegevuste tulemina eetilised konfliktid või nende põhjused lahenesid ja tulevaste sarnaste konfliktide ennetamiseks oli muudetud töökorraldust, täpsustatud või muudetud kokkuleppeid, mis muutsid õdede hinnangul olukorda positiivses suunas. Isikutevaheliste konfliktide ennetamiseks arvestati meeskonnaliikmete personaalse sobivusega töögraafikute koostamisel. Kui see ei olnud võimalik, siis vahetasid õed sel eesmärgil valveid.

„Koosolekul nagu ütlesime, et me ei tahaks nagu enam seda vastutust võtta, sest see nagu ei olegi meie pädevus /---/ tegelikult see muutis töökorraldust paremaks.“ (3)

„Ongi võimalik seal natukene sättida, et kes kellega meeskonnas paremini sobib.“ (5)

„Tean õdesid, kes vahetavad valved ära kui nad näevad, et nad on teatud arstiga valves.“ (8)

Kollektiivsete tegevustel oli olnud õdede jaoks ka mitte ootuspäraseid tulemusi, nende probleeme oli meeskonnaliikmete või juhtide poolt naeruvääristatud, tähelepanuta või lahendamata jäetud. Ebaeetiliselt või konfliktiselt käitunud inimese suhtes oli võetud aktsepteeriv hoiak „ta ongi selline“ ja pigem oodati muutumist sellelt, kellele oli tehtud liiga või kes tegelikult juhtis väärale käitumisele tähelepanu.

„Teised võtsid asja huumoriga. /---/ Mulle öeldi ka, et harju ära ja püüa üle olla sellest.“ (4)

4.7. Eetiliste konfliktide mõju õdedele

Ülakategooria **eetiliste konfliktide mõju õdedele** moodustus viiest alakategooriast, 1) konflikti korral kogetud tunded, 2) mõju sotsiaalsetele suhetele, 3) mõju tervisele, 4) positiivne mõju hoiakutele ja professionaalsusele, 5) negatiivne mõju hoiakutele ja professionaalsusele (Tabel 8).

Tabel 8. Eetiliste konfliktide mõju koondavad substantiivsed koodid ja alakategooriad

Substantiivsed koodid	Alakategooriad
Kurbus ja kaastunne Piinlikkus ja häbi Jõuetus ja tüdimus Süütunne ja kahetsus Alaväärsustunne Viha Hirm Vastikus Segased tunded Neutraalsed tunded	Konflikti korral kogatud tunded
Eelarvamuslik suhtumine meeskonnaliikmetesse Meeskonnaliikmete ja juhtide vältimine sotsiaalmeedias ja väljaspool tööd Tagakiusamine ja tõrjumine meeskonnaliikmete või juhtide poolt Pinged suhetes laste ja teiste pereliikmete ja lähedastega	Mõju sotsiaalsetele suhetele
Valusaid kogemusi ei suudeta unustada Kestvad muremõtted ja kahtlused Unehäired ja varasemate terviseprobleemide süvenemine Depressioon ja läbipõlemine	Mõju tervisele
Hoolivuse, kannatlikkuse ja empaatilisuse arenemine Julguse ja enesekindluse suurenemine Kutseidentiteedi tugevnemine Toe pakkumine kolleegidele	Positiivne mõju hoiakutele ja professionaalsusele
Konflikti tõttu häiritud meeleolust mõjutatud hoiakud ja suhtumine Pikaajaline mõju hoiakutele ja suhtumisele	Negatiivne mõju hoiakutele ja professionaalsusele

Konflikti korral kogatud tunnetena kirjeldasid õed kurbust ja kaastunnet. Piinlikkust ja häbitunnet kogeti iseenda või kellegi teise ebasobiva käitumise või suhtumise tõttu. Kirjeldati jõuetust, tüdimust ja käegalöömise tunnet.

„See on väga kurb ja raske teema.“ (13)

„Tundsin ennast halvasti. /---/ mõtlesin selle vana papikese peale, kuidas ta end tunda võib.“ (7)

„Piinlik või häbi on.“ (19)

„Jõuetuse tunne, käed vajuvad rüppe ja vahepeal on tunne, et ma ei taha enam.“ (5)

Õed tundsid alaväärsustunnet ja eneseväarikuse langust ning süütunnet ja kahetsust kui ei saanud täita oma abistaja kohust või meeskonnaliikmete käitumise ja süsteemis kehtivate reeglite ning tavade tõttu.

„Ma ei tundnud ennast seal ruumis täisväärtusliku õena. Et mul on ka sõnaõigus, et ma oskan midagi, et ma olen spetsialist.“ (2)

„Ma tunnen, et ma oleks nagu süüdi olnud. Äkki oleks ikka pidanud midagi rohkem tegema?“ (6)

„Väga halb tunne on see, et ma ei ole saanud inimest aidata.“ (13)

Õed kirjeldasid viha ja pahameelt, hirmu ja ohutunnet, vajadust ennast kaitsta, abitust, soovi põgeneda ja üksi olla. Mõned kogemused olid olnud nii ebameeldivad, et tekitasid vastikustunnet ning soovi midagi sarnast enam mitte kunagi kogeda.

„Esimene hetk oligi see, et virutaks talle või ütleks midagi väga-väga halvasti.“ (17)

„Ma tundsin tegelikult ohtu iseendale“ (1)

„Saamatuna, abituna tunnen.“ (14)

„Ma tundsin, et kui ma saaks, kohe läheks üksikule saarele./---/ Tundsin, et tahan üksi olla.“ (1)

„Ma ei taha enam elu sees niukest asja teha, kohe üldse ei taha.“ (3)

Õed tundsid segaseid tundeid, nõutust, arusaamatust, üllatust ja ehmatust. Mõne olukorra puhul kirjeldati vaatamata enese jaoks ebameeldivatele tunnetele ka teatavat rahuldust, kergendust või isegi rõõmu, näiteks patsiendi jaoks lahenenud olukorra, kolleegide toe või jagatud vastutuse tõttu.

„Minu jaoks oli see täielik üllatus. /---/ Ma olin nagu haamriga saanud, ma ei saanud mitte midagi aru, mis toimub. Kas ma kuulsin õieti?“ (1)

„Minul oli ainuke mõte, et jumal tänatud, patsiendiga on kõik korras.“ (8)

„Ma tundsin seda, et ma ei vastuta üksinda, et mul on see arst nagu väga kiiresti võtta.“ (1)

Konfliktide mõju sotsiaalsetele suhetele väljendus eelarvamuste tekkimises meeskonnaliikmete suhtes, kelle puhul hakati eeldama teatud tüüpi käitumist või võeti positsioon, et selline ongi nende isiksus või läbiv käitumismaneer. Meeskonnaliikmeid ja juhte oli hakatud vältima sotsiaalmeedias ja väljaspool töökeskkonda ning mõnel juhul oli tõrge laienenud kogu organisatsioonile, millega ei soovitud mingisugust kokkupuudet. Tuli ette, et konfliktidele kolleegide või juhtidega oli järgnenud nende poolt tagakiusamine või tõrjumine.

„Selliste inimestega käitudes muutud nagu ettevaatlikuks /---/, võtadki neid juba ühel hetkel ise eelarvamusega. Sa tead, et sa oled valmis selleks konfliktiks, et see võib tekkida.“ (6)

„Kummalisel kombel ma ei talu neid sotsiaalmeedias. /---/ Nii mõnestki grupist ma olen ennast vägisi välja arvanud.“ (6)

„Ma ei taha selle asutusega mitte midagi tegemist teha.“ (1)

„Minu ülemus /---/ väitis ja hakkas teistele ka rääkima kui füüsiliselt ja verbaalselt vägivaldselt ma olen käitunud.“ (1)

Tuli ette, et tööl kuhjunud pingeid elati välja kodus keskkonnas, nii et see tekitas pingeid suhetes pereliikmete ning lähedastega, kes olid õdede jaoks oluliseks sotsiaalseks toeks.

„No eks ma ikka läksin närvi ja karjusin nende (laste) peale küll /---/. Hoiad töö juures tagasi ennast ja siis kodused võisid saada.“ (18)

„...Ma tundsin, et ma kaotasin endal nagu mingisugused inimesed korraks ära, kellele ma aeg-ajalt nagu toetada lootsin.“ (1)

Konfliktidel oli **mõju tervisele**. Need püsisid valusate mälestustena meeles aastaid, olles vähem või rohkem aktiivsetena pidevalt meeles või aktiveerudes teatud hetkedel. Õed kandsid eneses muremõtteid ja kahtlusi, tundsid muret oma toimetuleku ja põhimõtete püsima jäämise suhtes ning kahtlusi valitud kutseala sobivuse osas.

„Mingid laused /---/ jäävad su pähe nagu kivisse raiutult sisse /---/. Need on nagu need kummitama jäävad mõtted.“ (4)

„Sellest on mingi 8 aastat möödas, aga see emotsioon on kuidagi nii sees, nii meeles.“ (10)

„Kuidas ma saaks nii, et ma ei põleks läbi /---/? Et ma oleks hooliv, aga ei võtaks kõike seda enda kaela üksipäini.“ (5)

„Hakkasin mõtlema, et kas on ikkagi see õige kutseala, mis sa oled valinud.“ (2)

Lisaks kirjeldasid õed unehäireid ja varasemate terviseprobleemide, näiteks migreeni, süvenemist ning tunnistasid, et on kogenud depressiooni ja läbipõlemist.

„Kui ma ei saa üldse magada enam, kui ma ärkan hommikul üles sama väsinuna kui õhtul magama minnes. /---/ See on üks varajastest tunnustest.“ (6)

„Tekkisid uuesti migreenid, läksid hullemaks.“ (8)

„Minule mõjus ta selliselt depressiivselt.“ (1)

„Ma olen korra läbi põlenud, ma tean, mida see tähendab.“ (5)

Positiivne mõju õe hoiakutele ja professionaalsusele väljendus suurenenud hoolivuses, kannatlikkuses ja empaatilisuses. Kasvanud oli julgus ja enesekindlus ning oskus seada piire.

„Kui ma tööle läksin, võib-olla ma ei olnud kuidagi, noh nii hooliv või. Ma arvan, et seda on nagu juurde tulnud.“ (7)

„...seda psühholoogiat /---/ saanud nagu palju rohkem juurde ja kannatlikkust.“ (12)

„Olen endas palju kindlam, ma ei lase ennast mõjutada paljudel sissejuurdunud tavadel.“ (15)

„Kehtestan ennast, ei lase ennast segada. /---/ ütlen kohe, et ei ole sellise käitumisega nõus.“ (19)

Õed kirjeldasid, kuidas kogetu toel on tugevnenud nende kutseidentiteet, arusaam sellest, milline õde tahetakse või vastupidi, ei taheta kindlasti olla. Läbielatu on aidanud neil tuge pakkuda kolleegidele, kes on sattunud sarnastesse olukordadesse.

„...püüan teha niimoodi nagu ma ise tahan ja nagu mina näen seda õeks olemist.“ (10)

„Nende kogemuste najal ma tean, kuidas ma ise mitte kunagi ei käitu.“ (19)

„See on andnud mulle võimaluse aidata neid, kes on samas olukorras.“ (17)

Negatiivne mõju õe hoiakutele ja professionaalsusele väljendus vahetult konflikti tõttu häiritud meeleoluna, mis mõjutas hoiakuid ja suhtumist töösse ning suhtlemist patsientidega. Konfliktid olid vähendanud töördõmu, keskendumisvõimet ja motivatsiooni, pühendumist ja keskendumist ning tekitanud ükskõiksust, tuimust ja kalestumist töö ning patsientide suhtes.

„...kui on arusaamatus olnud /---/, see mõjutab mu töö kvaliteeti terve päeva lõikes.“ (9)

„See on see, et töö juures tekib mingil hetkel tunne, et ma ei tee tööd, ma mängin tööd.“ (15)

„Üks hetk sa lihtsalt tunned, et ei jaksa enam hoolida. /---/ Ma lihtsalt ei jaksa enam aidata, ma ei taha, et nad siia tulevad.“ (10)

„...kalestud ja kannatavad ju kõik need patsiendid.“ (9)

5. ARUTELU

5.1. Tulemused

Uurimistöö tulemused võimaldavad esmakordselt Eestis vaadelda õdede eetilise konflikti kogemusi, näha, kuidas õed eetilisi konflikte kogevad ning milline on nende kogemuste tähendus nende jaoks.

Õed kirjeldasid **eetilist konflikti** kogemusena, mis võib ilmnedu inimese sees või väljenduda inimestevahelises suhtluses. Nad mõistsid seda kui väärtuskonflikti, inimestevahelist konflikti ja olukorda, millele on iseloomulikud teatud eeltingimused ning tagajärjed. Väärtuskonflikti puhul kogeti keskkonnas, teiste inimeste või iseenda käitumises või suhtumises midagi, mis oli vastuolus mõne olulise väärtuse, tõekspidamise, põhimõtte, reegli või üldisemalt hea tavaga, või mis tekitas neis õena ebakindlust, kõhklusi, küsimusi. Kui sisimas konflikti kogunud õde sellele kuidagi reageeris, võis konflikt paisuda inimestevaheliseks või vastupidi – sisemise väärtuskonflikti võis tekitada inimeste vahel alguse saanud erimeelsus. Konflikti võimalike osapooltena kirjeldasid õed kõiki neid, kellega nad koostööd teevad, nii patsiente ja nende lähedasi, kui ka kõiki tervishoiuimeeskonna liikmeid ja erineva tasandi juhte. Eetilist konflikti kirjeldati ka inimeste ja keskkonnaga seotud tegurite kaudu, mida peeti eetilisele konfliktile iseloomulikuks.

Õendusteaduslikes uurimistöodes on eetilist konflikti kirjeldatud sarnaselt konkureerivate väärtuste, veendumuste, põhimõtete ja teooriate kokkupõrke (Redman ja Fry 2000, Thorne 2009, Gaudine jt 2011a, Falco-Pegueroles jt 2015a), kohustuste ebaselguse (Redman ja Fry 2000, Gaudine jt 2011b), inimestevahelise konflikti (Redman ja Fry 2000, Falco-Pegueroles jt 2015a) või suhtluskriisina (Barsky 2008). Enamik neist kirjeldustest toetub omakorda Jametoni (1984) eetilise konflikti klassifikatsioonile. Nähtuse defineerimist eeltingimuste või tagajärgede kaudu varasemates uurimistöodes ei täheldatud. Küll on aga mitmetele tingimustele, mida õed kirjeldasid, ka varasemalt tähelepanu juhitud ning leitud, et neil on eetilistele konfliktidele soodustav toime (Varcoe jt 2012). Samuti on uurimistöodes kinnitatud, et eetilistel konfliktidel võivad õdedele olla negatiivsed tagajärjed (Gaudine ja Thorne 2012, Varcoe jt 2012, Falco-Pegueroles jt 2015a, McCarthy ja Gastman 2015). Seega võib öelda, et uurimistöös osalenud õdede arusaamad eetilist konfliktist olid sisulises kooskõlas varasemate uurimistöode tulemuste ja Jametoni (1984) eetilise konflikti tüüpidega.

Õde-patsient suhtes ilmnes konfliktiallikana õdede piiratud informeerimise õigus. Õdede hinnangul tulenesid piirangud ühelt poolt töökorralduses juurdunud tavadest, teisalt isikuandmete kaitse nõuetest. Õdede jaoks oli ebaselge, keda, kui palju, millest ja millal on neil õigus informeerida. Kirjeldati juhtumeid, kus isikuandmete kaitse nõudeid ei olnud võimalik informeerimisprotsessis praktikasse rakendada nii, et need oleks kooskõlas patsiendi ja lähedaste vajadustega. Traditsioonilise suhtumise kohaselt on tervishoius peamiseks informeerijaks arst, kelle kokkupuuted patsientide ja lähedastega on aga tunduvalt väiksemad kui õdedel. Suhtlemine on õendusprotsessi loomulik osa ja patsiendid ning lähedased soovivad selle käigus õdedelt pidevalt erinevat informatsiooni. Seetõttu kogesid õed ebakõla kehtivate regulatsioonide, praktikas juurdunud tavade ning patsientide ja perede tegelike vajaduste vahel. Informeerimisprotsessiga seotud konflikte on õed käsitlenud ka varasemates uurimistöodes (De Veer 2013, Kisorio ja Langley 2016). Nende fookus on olnud aga mõnevõrra erinev ja seotud rohkem patsiendi, tema individuaalsete vajaduste, ressursside ja toimetuleku hindamisega. Seda võib seostada õdede autonoomia ja vastutuse piiride erinevusega riigiti, mis tingib ka erinevused informeerimisega seotud kitsaskohtades. Kuna suhtlemise ja informeerimise näol on tegemist olulise osaga õde-patsient suhtes, siis vajaks teema põhjalikumat uurimist. Õdede informeerimisõiguse piirid ja sisu Eestis vajaks arutelu ja täpsustamist, et paremini järgida patsientide ja perede erinevaid vajadusi ja õigusi. Kuna õed tegutsevad hierarhiaal baseerivas meeskonnas ja konkureerivate ootuste keskel, on oluline kutsealadevaheline koostöö. Andmekaitse regulatsioonide puhul oleks vajalikud arutelud normide praktikasse rakendamise erinevate võimaluste üle, et õdedel tekiks julgus ja harjumus nende analüüsimiseks ja kasutamiseks erinevates olukordades. Arutelud võimaldaks õdedel jagada tagasisidet praktikas esile kerkinud kitsaskohtadest ning aitaks luua keskkonda, milles on toetatud loov, kriitilisel refleksioonil baseeruv ja arengut väärtustav inimkeskne lähenemine.

Ohtu patsiendi privaatsusele ja autonoomiale, mis õdede jaoks eetilisi konflikte põhjustas, kujutasid olukorrad, kus mingil põhjusel oli raskendatud patsiendi tahte järgimine, privaatsust ohustavad kõrvalised isikud ning tervishoiuasutuste ruumiplaneering, mis ei arvestanud patsientide privaatsusvajadust. Tuli ette, et kõrvalisteks isikuteks, kes olid patsientide privaatsuse ohustajateks ja õe jaoks konflikti osapoolteks, olid õe enda lähedased või tuttavad. Patsientideks võisid olla avalikult või isiklikult tuttavad inimesed, kelle kohta õe lähedased soovisid infot, mida õde ei saanud anda. Nende olukordade puhul ilmnes Eesti väiksus ja sellega kaasnev sotsiaalne eripära, „kõik tunnevad kõiki“. Isiklike ja professionaalsete suhete põimumise kohta professionaalse eetilise konflikti situatsioonis ei õnnestunud varasematest uurimistööst viiteid leida, küll aga on käsitletud ohtu kõrvaliste isikute poolt patsiendi terviseandmete

konfidentsiaalsusele (Falco-Pegueroles jt 2015a). Need olukorrad võivad seada õdesid keeruliste valikute ette ning neil võib olla oluline mõju õdede professionaalsele mainele ja suhetele eraelus. Seetõttu tuleks sellisteks olukordadeks tulevasi õdesid juba õpingute käigus ette valmistada.

Raskused patsiendi tahte järgimisel puudutasid olukordi, kus õed hoolitsesid vähenenud otsustusvõimega patsientide eest või kus patsiendi lähedased olid oma tahte väljendamisel jõulisemad kui patsient ise. Tuli ette sedagi, et patsient soovis midagi, mida õde ei pidanud õigeks või mille puhul ta tundis, et patsiendi tahe pigem kahjustab teda või ei soodusta paranemist. Patsiendi tegeliku soovi teada saamine ja järgimine kui osa tema autonoomia kaitsmisest, on õdede eetiliste konfliktide põhjuseks olnud varasemateski uurimistöödes (Pavlish jt 2011). Tulemused lubavad arvata, et patsiendi tahte teada saamine, aktsepteerimine, esindamine ja kaitsmine, eriti komplitseeritud seisundis patsiendi puhul, on valdkond, mis vajaks senisest enam tähelepanu. Eriarvamused patsiendi, tema lähedaste ning õe enda tõekspidamistega viitavad vajadusele arutelude järele, mis keskenduks patsiendi autonoomia küsimustele tervishoius. Võimalik, et tervishoiutöötajate poolt võidakse patsiendi- ja perekesksuse kontekstis patsiendi ja pereliikmete soove käsitleda sünonüümidena ning patsiendi tegelike soovide välja selgitamise nimel ei tehta alati piisavalt jõupingutusi. Samuti on võimalik, et kardetakse lähedaste pahameelt ja võimalikke sanktsioone või mainekahju. Kuna uurimistöös selle teemaga süvitsi ei tegeletud, vajaks tulevikus täpsemalt uurimist, millised on takistavad tegurid, mis piiravad patsiendi tahte järgimist. Samuti on oluline aruteluteema, kuidas toetada, et patsiendi tahe, soovid ja vajadused oleks teada ning maksimaalselt esindatud ja kaitstud.

Ravi ja hoolduse otstarbekus, ohutus ja proportsionaalsus oli konfliktiallikaks juhtudel, kui õed ei olnud nõus ravi või hooldust puudutavate otsustega. Ravi peeti liigseks või vastupidi, ebapiisavaks, või kaasnevat kahju suuremaks kui saadavat kasu. Sarnased tulemused on ilmnunud mitmes varasemaski uurimistöös (Gaudine jt 2011b, Pavlish jt 2011, Falco-Pegueroles jt 2015 b, Henrich jt 2016). Üldise arusaama kohaselt võtab otsuse vastu ja vastutab sellega kaasnevate tagajärgede eest arst ning selle otsuse analüüsimine ja hinnangu andmine ei kuulu õdede pädevusse. Vaatamata sellele, et õed ei osalenud enamasti ravi puudutavate otsuste langetamises, vaid viisid neid ainult ellu, selgus, et nad vaagisid neid otsuseid siiski patsiendi heaolu ja õiguste aspektist. Võib väita, et mittenõustumine raviotsustega võib olla osaliselt justnimelt seotud õdede kõrvale jätmisega otsuste langetamisest. Seetõttu ei olnud võimalik väljendada oma ekspertarvamust, esindada patsiendi tahet ja vajadusi ning saada ise piisavalt otsustega seotud teavet. Sarnaselt on leitud varasemaltki, et õed ei nõustu langetatud otsustega ja kogevad eetilisi konflikte seetõttu, et nad ei osale raviotsuste protsessis (Gaudine jt 2011 b). Kuigi õe taandamisel

vaid teiste spetsialistide poolt tehtud otsuste elluvijaks võib olla kõigi meeskonnaliikmete, sh õdede endi, vaatekohalt teatud eeliseid, näiteks harjumuspärasus, turvalisus, ajasäästlikkus ja mugavus, ei ole see kooskõlas kaasaegse tervishoiukorralduse, õendusabi põhimõtete ning patsientide ja perede vajadustega. Seetõttu tuleks õdesid senisest enam otsuseprotsessidesse oma valdkonna ekspertidena kaasata. Raviotsustes osalemine annab õdedele suurema kaitse eetiliste konfliktide vastu (Falco-Pegueroles jt 2015b).

Emotsionaalselt väga keerulised olid õdede jaoks patsiendi elu lõpuga seotud olukorrad. Lisaks praktilistele küsimustele kerkisid neis eksistentsiaalsed küsimused ja kohtusid vajadused, ootused ning kohustused, mis ei pruukinud olla omavahel ei emotsionaalselt, meditsiiniliselt ega õiguslikult kooskõlas. Nii nagu mitmete teistegi raviprotsessiga seotud otsuste puhul, tuli ette, et õdedel ei olnud võimalust patsiendi elu lõppu puudutavate otsuste langetamises osaleda ega oma professionaalset arvamust väljendada. Neil tuli tehtud otsuseid ellu viia ja tuli ette, et neil oli raske tehtud otsustega leppida. Õed kirjeldasid patsiendi kannatusi elu lõpus ja iseenda abitust kui ei suutnud neid aidata või kui nende tegevus pikendas patsiendi kannatusi. Näiteks teostades agressiivset aktiivravi kvaliteetse palliatiivravi asemel. Sarnaseid konflikte on kirjeldatud varasemateski uurimistöodes (Pavlish jt 2011, Wiegand ja Funk 2012, Falco-Pegueroles jt 2015a, Kisorio ja Langley 2016). Ka sel puhul on oluline tegeleda patsiendi tahte arvestamise ja autonoomia järgimise küsimuste ning õdede otsustusprotsessi kaasamise suurendamisega. Kaasaegse palliatiivravi arendamine aitaks luua neile tegevustele toetava keskkonna.

Elu lõpu juurde kuulus ka lähedaste lein ning vajadus inimliku toe järele, mille puhul tuli ette, et õed ei olnud valmis ega osanud patsientide lähedasi nende leinas ja leinaga kaasnevate raskete tunnete korral toetada. Sellegi osas sarnanesid õdede kogemused varasemate uurimistulemustega (Kisorio ja Langley 2016). Õed kirjeldasid, et hoiavad mõnikord lähedastest eemale, kuna ei tea, mida ja kui palju oleks õige rääkida ning kartsid eksida. Lähedased vajavad aga märkamist ja inimlikku toetust, mistõttu tervishoiuorganisatsioonides tuleks mõelda võimaluste loomisele, kuidas neid vajadusi katta.

Elu lõpu teemade hulgas käsitlesid õed elundidoonorluse teemat. Elundite loovutamise üllas eesmärk tundub olevat üldiselt hästi mõistetud nii õdede hulgas kui aina enam ka ühiskonnas tervikuna. Valdavalt keskendutakse sel teemal doonorluse tulemusele retsiptiendi vaatekohalt, vähem on nähtust käsitletud doonoriga seonduvate teemade aspektist ja õenduse vaatekohalt. Uurimistöös ilmnes, et õdede jaoks on organite eemaldamine organdoonorilt eetiliselt komplitseeritud ning erineb tavapärasest kirurgilisest operatsioonist. Tuli ette, et õed kirjeldasid

seada „võika lõikumisena“. Organdoonorid on enamasti noored inimesed, ka lapsed. Õed, kes organdoonori eest hoolitsevad ja organite eemaldamise protsessi juures viibivad, on enamasti naised, emad ja vanaemad. Nad võisid kogeda tõsiseid emotsionaalseid katsumusi, millest taastumiseks puudus piisav tugisüsteem ja toetav töökorraldus nagu uurimistöö tulemustest ilmnes. Sel teemal napib varasemaid uurimistöid, ent on leitud, et vaatamata põhjalikele teadmistele ja kogemustele, mis õdedel professionaalidena on, võib neil olla raske teadvustada enesele ajusurmas patsienti surnud inimesena ning aktsepteerida massiivset organite eemaldamist temalt (Araujo ja Massarollo 2014). Samuti peetakse õdesid professionaalideks, kelle jaoks surm on loomulik osa tööst, ent on uurimistöid, mis kinnitavad, et ka õed vajavad tuge selleks, et tulla patsientide surmaga toime (Kisorio ja Langley 2016). Neid inimlikke taustategureid tuleks enam arvesse võtta ning mõelda tõhusamate tugisüsteemide loomisele. Kuna tegemist on tagasihoidlikult uuritud nähtusega, siis vajaks see edaspidi sügavamalt uurimist.

Õde-patsient suhtes võivad haavatavaks osapooliks olla ka õed ise. Nende kirjeldustest ilmnes, et nad on kahelnud oma tegevuses, teadmistes ja oskustes. Patsiendi ja lähedaste käitumine ja suhtumine on haavanud õe eneseväarikust ning esitanud väljakutse tema professionaalsusele. Ebakompetentsust, teadmiste ning oskuste puudujääki on õed eetilise konflikti põhjusena nimetatud varasemaltki (Gaudine jt 2011b, Varcoe jt 2012). Samuti on patsientide ja lähedaste sobimatu või ründav käitumine põhjustanud õdedele eetilisi konflikte (Ganz ja Berkovitz 2011, Wlodarczyk ja Lazarewicz 2011). Õed üldiselt mõistsid, et patsiendi või lähedase kannatamatu, ärritunud või isegi agressiivse käitumise põhjuseks on teadmatus ja hirm haiguse või vigastuse tõttu. Siiski olid need olukorrad olid rasked taluda, panid proovile õdede kannatlikkuse ja professionaalsused oskused ning olid seotud mitmete eetilise konflikti kogemustega. Nende konfliktide täpsed põhjused ja asjaolud uurimistöös ei selgunud. Arvestades, et sellist tüüpi konfliktid eksisteerivad ja võivad mõjutada lisaks õdedele ka teenuse avalikku mainet, tuleks tegeleda nende algpõhjuste ja taustategurite välja selgitamise, konfliktide registreerimise ning sobilike tugisüsteemide ja arendusprogrammide loomisega.

Suhetes meeskonnaliikmetega ilmnesid eetilised konfliktid seoses mitmesuguste käitumiste ja suhtumistega, mida võib pidada meeskonnas juurdunud tavadeks või hoiakuteks ning mis mõjutasid õdede tegutsemist ja otsustamist. Õed kirjeldasid oma eetilise konflikti kogemustes meeskonnasisest hierarhiat, meeskonnaliikmete suhtumist üksteisesse ja töösse ning töö ja eraelu piiridesse. Tervishoiusüsteem on ülemaailmselt teada kui tugeva hierarhiaga valdkond. Uurimistööd on kinnitanud, et õed loobuvad selle tõttu sageli väljendama ja kaitsmast oma tegelikke tõekspidamisi ning põhimõtteid, minnes enesega vastuollu ja kogedes eetilisi konflikte

(Gutierrez 2005, Lievrouw jt 2016). Tervishoiu ajalugu ning traditsioone arvestades võib hierarhiale toetumine olla nii patsientide, õdede kui ka kõigi teiste tervishoiuspetsialistide jaoks harjumuspärane, turvaline, mugav ja ajasäästlik. Kuna tegemist on aga õdede töökeskkonda nii olulisel määral mõjutava nähtusega, millel võib lisaks nähtavale osale olla ka varjatud külgi, siis vajaks see põhjalikumat uurimist. Väärtuslikud oleks teadmised omavahelisi suhteid, hierarhiat, rollijaotust, koostööd ja vastutuspiire puudutavate ootuste ja arusaamade kohta nii õdede kui ka arstide vaatekohalt.

Meeskonnasisese suhtlemise osana kirjeldasid õed neile osaks saanud alavääristamist, inetusi, solvanguid ja sõimu. Esines kiusamist ja mõnitamist, näiteks usuliste tõekspidamiste, keele ning rahvuse tõttu. Sarnaselt on meeskonnaliikme poolseid solvanguid ja õe professionaalse arvamuse eiramist õdede poolt kirjeldatud varasemates uurimistöodes (Wilson jt 2013, Henrich jt 2016). Tuli ette õdede omavahelist, erinevate kutsealadevahelist ja organisatsiooni piiridest väljapoole ulatuvat võimuvõitlust, mis takistas teiste meeskonnaliikmete tööd ning ohustas patsientide turvalisust. Meeskonna ja kolleegisuhetega seotud aspekte õdede eetilise konfliktide kogemustes, eriti vägivalda töösuhetes, hierarhiat ja õenduse alavääristamist, on uuritud tagasihoidlikult (McAndrew jt 2018). Seetõttu vajaks kõik kolleegisuhetega seotud teemad suuremat tähelepanu ka Eestis. Keskenduda tasuks võimu küsimusele tervishoiu ning analüüsida uurimistöös kerkinud probleemide, näiteks verbaalse ja vaimse vägivalla, tervishoiutöötajate paternalismi või tervishoiu range reguleerituse, seoseid võimuküsimustega. Professionaalses suhtluses ei tohiks olla kohta ebaviisakustel, solvangutel või mistahes liiki vägivallal. Sellistele juhtumitele tuleks reageerida ühtviisi otsustavalt sõltumata sellest, millisel hierarhilisel positsioonil on lubamatult käitunud töötaja. Meeskonnasiseste suhete tugevdamisele ja meeskonnaks kasvamisele peaks kõigi tervishoiuspetsialistide puhul tähelepanu pöörama juba põhiõppes, soodustades rohkem koos õppimist ja fokuseerumist patsiendikesksusele.

Meeskonnaliikmetega seotud konfliktide puhul ilmnes, et õdede arvates ei olnud meeskonnaliikmete poolt teostatud ravi ja hooldus alati pädevad. Õed on patsientide ja lähedastega kõige vahetumas kontaktis, tajuvad nende informatsioonivajadusi hästi ning nende endi õigused ja võimalused informeerimisel on piiratud. Seega puudutasid konfliktid patsientide ja lähedaste informeerimist, kaasamist otsuste langetamisse ning teostatud ravi- ja hooldusprotseduure, mille kasu ja kahju vahekord ei olnud õdede arvates alati tasakaalus. Tulemused on kooskõlas varasemate uurimistöödega, kus õed on kogunud eetilisi konflikte seoses meeskonnaliikmete pädevusega patsientide ravi- ja hooldusprotsessis, informeerimisel ja suhtlemisel (Gaudine jt 2011b, Varcoe jt 2012) ning patsientide ja lähedaste ebapiisaval informeerimisel (Ulrich jt 2010,

Pavlish jt 2011, Gaudine jt 2011b). Lõhet tervishoiutöötajate ja patsiendi vahel väljendas ilmekalt patsiendi kohtlemine objekti, haige kehaosa või haigusena või räägiti patsiendi kuuldes teda täielikult ignoreerides. Meeskonnaliikmete liigsele paternalismile on õed tähelepanu juhtinud ka varem (Pavlish jt 2014).

Mitmed eetilised konfliktid seonduvad juhtimiskompetentsiga. Õed tajusid juhtide lugupidamise puudumist, toetuse puudumist konfliktide lahendamisel ja kõrvalejätmist töökorralduslike küsimuste lahendamisest. Tulemused olid sarnased Gaudine jt (2011 a) ja Gutierrez (2005) tulemustega. Juhtide roll on väga oluline hoiakute ja suhtumise kujundamisel, millest sõltub paljuski keskkond, millel on oluline mõju sellele, kas ja kuidas õed eetiliselt tundlikele olukordadele reageerivad (Lincoln ja Holmes 2010).

Organisatsioonist, teenuste korraldusest ning ühiskondlikest hoiakutest rääkides ilmnes, et see, kas õed said realiseerida oma ettekujutust sellest, millised õed nad soovivad olla ning millist õendusabi patsientidele pakkuda, sõltus paljuski töökoormusest ja -korraldusest. Kui tööd oli liiga palju või see oli korraldatud õdede hinnangul valesti, ei saanud õed patsientidele piisava põhjalikkusega keskenduda või pidid teostama nende hinnangul nende pädevusele mittevastavaid ülesandeid. Sealt võisid alguse saada mitmed eetilised konfliktid. Mitmes uurimistöös on töökoormus nimetatud kui eetilisi konflikte soodustav tegur (Goethals jt 2010, Wlodarczyk ja Lazarewicz 2011, Varcoe jt 2012). Paradoksaalselt on leitud ka, et õed võtavad endale patsiendi eest hoolitsedes ja talle parimat soovides märkamatuks erinevaid lisaülesandeid, mille tõttu nad muutuvad aina enam inimesekesksest tegutsejast ülesandekeskseks (Goethals jt 2010). Kuivõrd Eestiski on õdede töökoormus ja selle hindamine viimastel aastatel prioriteetseks teemaks, siis tuleks sel puhul arvestada töökoormuse mõju eetilistele konfliktidele.

Õdede kirjeldustes olid nad esmajoones orienteeritud patsientide aitamisele ja õendusabi kvaliteedile, aga tunnetasid, et keskkond nende ümber soosis teinekord hoopis teisi väärtusi nagu kuluefektiivsus, kokkuhoid ja kvantiteet. Tulemused sarnanesid Gaudine jt (2011) uurimistöö tulemustele, milles haigla tööd võrreldi nende väärtuste põhjal mistahes muu äriühingu tegevusega. Samuti tajusid õed oma abitust tervishoiusüsteemi liiga kõrgete või ebanõistlike nõudmiste ning süsteemist tulenevate piirangute ees, mille tõttu nad tundsid, et on võimetud aitama patsiente oma parima äranägemise kohaselt. Õdede arvates oli koostöö riigistruktuuride vahel puudulik ega lähtunud alati patsiendi vajadustest nagu see nende arvates oleks pidanud lähtuma. Et õed mõistaks paremini teenuste korraldamise põhimõtteid ja organisatsiooni eesmärgi, väärtusi ning juhtimisotsuste tagamaid, tuleks neid rohkem kaasata juhtimisprotsessidesse. Samamoodi on

suurema kooskõla saavutamiseks organisatsiooni väärtustega varasemates uurimistöodes soovitatud õdede suuremat kaasamist organisatsiooni tasandi otsustusprotsessidesse (Gaudine ja Thorne 2012).

Tervishoiuga seotud probleemid, mis avalikkusesse jõuavad, on tihti seotud inimlike teemade tundlikkuse ja vastandlike ootustega. Professionaalne eetika ja traditsiooniline töökorraldus tervishoius ei võimalda alati õdedel neil puhkudel avalikkuses kommentaare ja selgitusi jagada. Negatiivne kutse kuvand ja meediakajastus aga riivasid õdesid. Selle kohta varasematest uurimistöedest viiteid ei õnnestunud leida. Õdede jaoks võiks abi olla ühistest aruteludest erinevate osapoolte vahel, et leida vastakate ootuste vahel sobilikke lahendusi ja juhtunust, ka teiste kogemuste najal, õppida. Õed, kui patsiendi lähimad eestkostjad, peaks kandma neis aruteludes senisest märksa aktiivsemat rolli. Õdede eestkõnelejatena saavad kandvama rolli võtta õendusjuhid ja õdede organisatsioonid.

Kirjeldades oma käitumist eetilise konflikti korral, tuli õdede sõnul ette, et nad ei reageerinud konfliktile kuidagi. Konflikti **lahendamisest või ennetamisest** loobuti, sest ei leitud eneses piisavalt julgust, kardeti konflikti eskaleerumist, kolleegide hukkamõistu või ei teatud, mida täpsemalt tuleks teha. Seetõttu alistusid õed olukorrale ja kohandusid teiste inimeste otsustega, kuigi võisid tunda, et nende enda või kellegi teise käitumine kahjustab patsienti. Sellist tendentsi on täheldatud ka varasemalt ning peetud üsna loomulikuks, arvestades hierarhilist ja sotsiaalset keskkonda, milles õed tegutsevad (Gutierrez 2005). Õdesid peetakse altiks alluma ümbritseva keskkonna nõudmistele, reeglitele, normidele ja tagasihoidlikuks lähtumas loovusest ja individuaalsusest (Dierckx de Casterle jt (2008). Samas tuli ette sedagi, et õed eirasid reegleid ja juhiseid selleks, et järgida mõnda muud põhimõtet ja kaitsta patsienti ning lähedasi. Seda on kirjeldatud varasemateski uurimistöedes (Gutierrez 2005, Varcoe jt 2012). Üheks tegutsemisviisiks oli otseselt konflikt põhjustanud olukorda või selle tagajärgedesse sekkumine. Sel puhul astus õde kellegi, sh iseenda, kaitseks välja, kutsus kedagi korrale, püüdis midagi selgitada, silus või pehmendas kellegi teise poolt öeldut või ka või vabandas kellegi käitumise pärast. Sel puhul võtsid õed endale konfliktsete olukordade vahetalitaja positsiooni või kollektiivse vastutuse ning püüdsid leevendada juhtunu tagajärgi. Teisalt võib siin näha teatud mõttes laiemat ühiskondlikku paradoksi, kus tähelepanu probleemide korral on pigem reaktiivne, mitte proaktiivne. Üksiku õe vaatekohalt võib see aga sageli olla ainus võimalik reageerimisviis olukorrale üldse, kui mõjujõudu enamaks napib ja keskkond enam ei toeta.

Õed kirjeldasid püüdlusi mõista erinevate osapoolte seisukohti selleks, et erinevate võimaluste ja ootuste vahel valik langetada. Selle põhjal võib arvata, et õde jaoks on oluline selgitada välja „õige“ tegutsemisviis, ent neil ei ole selget ja ühest orientiiri ega väärtuste hierarhiat, millest seejuures alati ühtmoodi juhinduda. Valiku langetamine oli individuaalne protsess, milles varieeriti muuhulgas tõekspidamiste, reeglite, sisetunde ja hetkeemotsiooniga. Mõnikord püüdsid õed lähtuda sisetundest ja empaatiast ning käituda nii nagu nad oleks soovinud, et nende või nende lähedastega käitutakse. Sellist toimetulekumehhanismi on varasemalt kirjeldanud Lievrouw jt (2016). Mitte alati ei järginud õed patsiendi soove ja vajadusi ning millise osapoole tahet järgida, võis sõltuda nõudja jõulisusest ja järjekindlusest või ka meeskonnaliikmete poolt tehtud otsustest. Mõnes varasemas uurimistöös on samuti leitud, et mõnikord otsustavad õed järgida kellegi teise soove ja seda näiteks seetõttu, et ei soovi patsientide ja lähedaste kuuldes asuda olukorra üle vaidlusse või kulgevad situatsioonid nii kiiresti, et nende vaidlustamiseks puudub võimalus (Gutierrez 2005, Varcoe jt 2012). Õed väljendasid ka ebakindlust ja tunnistasid, et hirmu tõttu eksida või reeglitega vastuollu minna tuli ette, et nad vältisid kokkupuuteid patsientide ja nende lähedastega. Samuti tuli ette, et nad püüdsid tulla toime ilma poolt valimata, laveerides, end olukorrast distantseerides. Samal ajal tundsid nad, et see vähendab õendusprotsessis nii olulist inimlikku lähedust ja vahetut suhtlust. Kuna protsess, mille õed otsuseni jõudmisel läbivad, on mõjutatud mitmetest individuaalsetest teguritest ja õdedel ei olnud seejuures toeks ühtegi professionaalset abivahendit, siis õendusabi kvaliteedi arendamise eesmärgil võiks eetilise otsustamise protsessi lihtsustavate abivahendite kasutamisest seejuures abi olla. Samas tuleb arvestada, et kui õed kirjeldavad oma eetilise otsuse langetamise protsessi, siis ei anna see täielikku ülevaadet sellest, kuidas õed tegelikult neis olukordades toimivad. Teatud määral võib see sisaldada nende ettekujutust sellest, kuidas nad soovivad või arvavad end teatud olukordades käituvat. Seega, soovides täpsemalt mõista protsessi koos seda mõjutavate teguritega, on tarvis seda põhjalikumalt uurida.

Tegevused, mida õed tegid eetiliste konfliktide lahendamiseks ja ennetamiseks koos teistega, olid peamiselt seotud erinevas formaadis kollektiivsete aruteludega ning juhtunu jagamisega kitsamas ringis. Juhtunust räägiti meeskonnaliikmete, juhtide ja lähedastega. Sama on kirjeldanud õed ka varasemates uurimistöösdes (Gutierrez 2005, Varcoe jt 2012). Mõnel puhul olid konfliktid leidnud selliste arutelude käigus õdede jaoks positiivse lahenduse. Konkreetsete isikute vahel tekkinud konfliktide puhul õdede arvates puudus kolleegide ja juhtide soov ja valmisolek leida lahendusi. Töögraafikute koostamisel arvestati töötajate omavahelise sobivuse või mitesobivusega, mis võib teatud perioodidel olla aktsepteeritav lahendus, ent püsiva töökorraldusliku meetmena pigem võib tekitada täiendavaid probleeme. Tööõhustiku seisukohalt oleks jätkusuutlikum panustada

inimestevaheliste suhete parandamisse ja konfliktide lahendamisse. Tuli ette, et konflikti kogenud õele oli soovitatud juhtunust üle olla, sellega leppida, võtta seda naljana või kohaneda kellegi ebaviisaka käitumise kui teatud „eripäraga“. See võib süvendada õdede suhtumist eetilistesse konfliktidesse kui isiklikku probleemi ja soodustada neile mittereageerimist. Samale järeldusele jõudsid Wlodarczyk ja Lazarewicz (2011) leides, et töökeskkonnas valitsevad tavad ja hoiakud ning varasemalt kogetud reaktsioonid eetilise konflikti olukordadele võivad kujundada õdede arusaamu ja ootusi selle kohta, mida peetakse ootuspäraseks ning mida mitte. Juhtide soovimatust probleemidega tegeleda ja neisse süüvida on samuti leitud varasemates uurimistöödes (Gaudine jt 2011a), nagu ka toetuse puudumist õdede endi vahel ning eeldust, et eetiliste konfliktidega tullakse toime iseseisvalt ja kõrvalise abita (Wlodarczyk ja Lazarewicz 2011). Protsessi paremaks mõistmiseks vajaks täpsemat uurimist eetilistele konfliktidele reageerimisega seotud toetavad ja takistavad tegurid õdede vaatekohalt. Julgustamaks õdesid probleemsetest olukordadest rääkima tuleks tugevdada meeskonnasiseseid suhteid toetuma mitte hierarhiale, vaid vastastikusele lugupidamisele, professionaalsusele ja patsiendikesksusele. Õendusjuhtidel lasub suur vastutus selle ees, et luua keskkond, milles õed saaks vabalt väljendada eetilise konflikti kogemusi ja leiaks konfliktide korral mõistmist ning tuge ja arendada vajalikke kollektiivseid ja individuaalseid tegevusi.

Võib öelda, et suur osa tegevustest, mida konfliktide ennetamiseks või lahendamiseks tehti, puudutas konflikti kogenud õde ennast. See lubab arvata, et õed tajuvad eetilisi konflikte pigem kui isiklikku probleemi, millega tuleb neil endil hakkama saada. Sama kinnitasid Wlodarczyk ja Lazarewicz (2011) uurimistöös ilmnenu õdede ja nende meeskonnaliikmete hoiakud. Õed tegid erinevaid tegevusi väljaspool tööaega selleks, et parandada oma toimetulekut ja vastupanuvõimet, leevendada kogetud konfliktide tagajärgi ning kaitsta end tulevaste konfliktide eest. On oluline, et õed kannavad enda eest hoolt, püüavad oma tervist ja töövõimet säilitada ning väärtustavad isiklikku elu. See mõjub positiivselt nende töövõimele ning aitab hoida tasakaalu töö- ja eraelu vahel. Nende, personaalset toimetulekuvõimet ja vastupanu, suurendavate tegevuste kohta ei õnnestunud varasemates eetilise konflikti uurimistöödes viiteid leida.

Eetilistel konfliktidel oli **mõju** õdede tunnetele. Eetilise konflikti olukordades tundsid õed valdavalt ebameeldivaid tundeid nagu viha, hirm, vastikus, piinlikkus-, süü- ja häbitunne iseene või teiste käitumise pärast. Päeval, mil konflikt oli toimunud, võis konfliktist mõjutatud meeleolu tõttu olla häiritud kogu päeva töö ning suhtlemine patsientidega. Sarnaseid tundeid on kirjeldanud õed ka varasemates uurimistöödes (Gutierrez 2005, Varcoe 2012). Vaatamata õe vaatekohalt negatiivsele olukorrale võis selles mõnikord patsiendile, tema lähedastele või kolleegidele

mõeldes leiduda midagi lohutavat või rõõmustavat. Niisuguste, teatud mõttes tasakaalustavate, tunnete kohta ei õnnestunud varasematest uurimistöödest kinnitust leida. Kahetised tunded võivad olla seotud õdede empaatiavõime ja altruistliku loomusega, mille puhul isiklike kannatusi aitab õigustada või kompenseerida kellegi teise heaolu. Samuti võib see anda õdedele rasketes olukordades toimetulekuks vajalikke pidepunkte ning võimaluse tunda end professionaalina olukorda professionaalsest aspektist mõtestades. Samal ajal kaasneb oht, et õed ei pööra piisavalt tähelepanu oma isiklike tunnete märkamisele ja nendega toimetulekule.

Ilmnes, et eetilistel konfliktidel oli mõju õdede sotsiaalsetele suhetele ja tervisele. Need tulemused on kooskõlas varasemate uurimistööde tulemustega (Gutierrez 2005, Varcoe jt 2012). Suhted meeskonnaliikmetega, kellega oli mindud konflikti, läksid kohati tervikuna nii pingeliseks, et neid hakati vältima nii tööl kui väljaspool tööd. Tekkisid eelarvamused ning konfliktivalmidus, millega mindi järgnevatesse suhtlusolukordadesse juba eelnevalt pingestatult. Teisalt saatsid õdesid hirm ja ebakindlus pidevalt häirivate olukordade pärast, millele ei julgetud pöörata tähelepanu, kartes kolleegidega täiendavalt konflikti minna. Mõlemal juhul oli tegemist pideva ja kurnava pingeseisundi ja kõrgendatud konfliktivalmidusega, mis meeskonnatööle kindlasti kasuks ei tule. Töö- ja eraelu suhteid kirjeldades tuli ette, et tööl kuhjunud pingeid elati välja kodus ja lähedaste peal, mis omakorda halvendas suhete kvaliteeti oluliste inimestega, kes olid tavapäraselt toeks tööl kuhjunud pingete korral. Konfliktide tõttu püsima jäänud pinged ja kestvad valusad mälestused tõid kaasa vaimse kurnatuse ja füüsilised kaebused nagu unehäired ja varasemate tervisehäirete, näiteks migreeni, süvenemise. Füüsilisi kaebusi nagu valud erinevates kehapiirkondades, unehäireid ja väsimus, on kirjeldatud varasemateski uurimistöödes (Gutierrez 2005). Mitmed õed olid kogenud depressiooni ning läbipõlemist, mõned neist korduvalt. Eetiliste konfliktide ja läbipõlemise tõttu olid õed lahkunud töölt või vahetatud töökohta, mis on samuti kooskõlas mitme varasema uurimistöö tulemustega (Gaudine ja Thorne 2012, Wiegand ja Funk 2012, Falco-Pegueroles jt 2015a, McCarhty ja Gastman 2015). Võib eeldada, et mõju tervisele ja sotsiaalsetele suhetele on nagu suletud ring, mis on ühelt poolt eetiliste konfliktide tagajärg, aga samal ajal põhjus, mis taastoodab uusi konflikte. Tervise ja sotsiaalsete suhete kaudu võib eetiliste konfliktide mõju puudutada märksa laiemat ringi inimesi kui algselt vaid ühe inimese sisemuses kogetud konfliktsituatsioon ning olla väga pikaajaline. Seetõttu tuleks tervishoiuorganisatsioonides tõsiselt suhtuda õdede eetiliste konfliktide põhjuste välja selgitamisse, vähendamisse ja tugisüsteemide loomisesse eetiliste konfliktide mõjuga toimetulekuks.

Vaatamata sellele, et õed ei osanud või ei julgenud alati eetilistele konfliktidele reageerida ja kogesid nende puhul enamasti ebameeldivad ning rasked tunded, võisid konfliktid mõjuda

arendavalt. Kestvad, teinekord sügavalt puudutanud, mälestused kogetud konfliktidest tähendavad paratamatult pagasit, mida suuremal või vähemal määral analüüsitakse jätkuvalt ning kantakse kaasas edaspidises professionaalses tegevuses. Tulemused kinnitavad seda ja näitavad, et need muutsid õdede hoiakuid, arusaamu, senist mõtteviisi ja arendasid kokkuvõttes nende eetilist tundlikkust. Konfliktide analüüsimine ja järelduste tegemine oli muutnud neid arvestavamaks, hoolivamaks, empaatilisemaks, sallivamaks, leplikumaks ja kannatlikumaks. Nende töökspidamised, enesekindlus ja julgus olid kasvanud. Nad olid teadlikumad iseendast kui professionaalist, küpsenud on nende kutseidentiteet ja arusaam sellest, millised õed nad soovivad olla või mitte olla. Praktiliste situatsioonide võrdlemisel oma sisemise moraalibaromeetri, teoreetiliste teadmiste, reeglite ja juhistega, on ebavajalikust loobunud ja olulist kinnistatud, toimunud on nn kutsealane küpsemine. Sarnaseid positiivseid muutusi hoiakutes ja huvi suurenemist eetiliste küsimuste vastu märgati ka Gutierres (2005) ja McAndrew jt (2018) uurimistöodes.

Samal ajal tuli ette ka vastupidist mõju, kus püüdlused kogetud konfliktidega seotud olukordi muuta olid korduvalt luhtunud ning õed olid kaotanud lootuse, kalestunud ja muutunud ükskõikseks. Kadunud oli tööõõm ja motivatsioon, nad ei pühendunud enam nii nagu varem ning suhtusid töösse pealiskaudsemalt. Kirjeldati kaastundeväsimust, tüdimust, lootusetust, väärtusetust, kahtlemist eneses ja oma kutsevalikus. Mitmed uurimistööd on samuti kinnitanud, et korduvate eetiliste konfliktide kogemine vähendab õe motivatsiooni ja rahulolu tööga ning võib õe eetilist tundlikkust vähendada (Gaudine ja Thorne 2012, Falco-Pegueroles jt 2015a, McCarthy ja Gastman 2015). On väga individuaalne, kuidas olukorrad ja kogemused inimesi mõjutavad, seetõttu vajaks õenduspraktikas eraldi tähelepanu, kas ja millised keskkondlikud tegurid võivad olla seotud sellega, milliseks konfliktide mõju individuaalsel tasandil kujuneb. Senisest enam tuleks tervishoiuorganisatsioonides mõelda tugisüsteemide loomisele selleks, et õdedel oleks võimalik eetiliste konfliktide korral kogetud tundeid ja nende negatiivset mõju turvaliselt nii individuaalselt kui grupis jagada, et vältida läbipõlemist, depressiooni ja teisi individuaalseid ning meeskondlikke tagajärgi.

5.2. Eetilised aspektid

Uurimistöö olulisemad eetilised aspektid olid seotud teaduskirjanduse kasutamise, uuritavate osalemise vabatahtlikkuse, anonüümsuse ning osalemisega kaasneda võiva emotsionaalse kahjuga. Kõiki eetilisi aspekte kaaluti põhjalikult ning tehti maksimaalselt pingutusi nende arvestamiseks ja leevendamiseks. Teaduskirjanduse, sh varasemate uurimistööde refereerimisel ja

neist pärineva teabe kasutamisel järgis uurija kõiki teadusteksti koostamise ning viitamise nõudeid, et vältida plagieerimist ja fabritseerimist. Uurija püüdis teaduslikku kirjandust kasutada analüütiliselt, vastutustundlikult, tasakaalustatult ja kallutamata.

Uuritavatega seotud eetiliste aspektide minimeerimiseks informeeriti uuritavaid enne uurimistöös osalemist põhjalikult osalemise tingimustest ja vabatahtlikkusest, anonüümsuse ja konfidentsiaalsuse tagamise meetmetest. Uurija ei olnud töösuhte kaudu seotud ühegi uuritavaga. Uurimistöö läbiviimiseks oli taotletud luba Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteelt (lisa 5). Eetiliselt komplitseeritud oli asjaolu, et kogu uurimistöö keskendus delikaatsetele ja isiklikele teemadele, mille meenutamine ja millest rääkimine võis osalejatele olla raske ning põhjustada psühholoogilist ning emotsionaalset ebamugavust. Prognoositult oli tegemist siiski ajutise ja mööduva ebamugavusega, millest saadav kollektiivne kasu ületas prognoositult võimalikku ajutist ebamugavust. Otsest isiklikku kasu uurimistöös osalejatele ei lubatud. Uuritavaid informeeriti eelnevalt võimalikust ebamugavusest ning rõhutati, et uurimistöös osalemine on vabatahtlik, neil on õigus ebamugavatele küsimustele mitte vastata ja lahkuda uurimistööst intervjuu lõpuni. Ükski uuritavatest seda võimalust ei kasutanud. Mõned intervjuud kujunesid üsna emotsionaalseks, ent ülemäärast ebamugavust uuritavatele intervjuude käigus ei täheldatud. Mitu uuritavat mainis intervjuu järgselt, et kogetu meenutamine koos juurdekuuluvate emotsioonidega mõjusid neile pigem vabastavalt, terapeutiliselt. Rasked olukorrad sisaldavad eneses tervendavat energiat, võivad olla õpetlikud ning aidata olukordi muuta ja parandada (Manara jt 2014).

5.3. Kitsaskohad

Uurimistöö suhteliseks kitsaskohaks kujunes mahukas andmestik, mis esitas väljakutse andmeanalüüsile ja tulemuste esitlemisele. Seetõttu on otstarbekas samalaadse uurimistöö puhul kaaluda intervjuu küsimuste arvu piiramist. Samas tuleb seejuures arvestada, et uurimistöö teadusfilosoofiline taustaraamistik toetab nähtuse avarat käsitlemist ning küsimuste arvu vähendamine võib saada teatavaks sisuliseks piiranguks. Intervjuu küsimuste koostamisel lähtuti soovist haarata kogemuse tunnetamise erinevaid võimalikke aspekte ja sellisel lähenemisel oli lisaks kirjeldatud piirangule oluline sisuline eelis. Esitades uuritavale küsimusi uuritava nähtuse mõnevõrra erinevate tahkude kohta, anti talle võimalus oma mälupeiltide mitmekesiseks aktiveerimiseks ja toetati samasisuliste kogemuste kirjeldamist erinevatest vaatenurkadest. Nii tagati kogemuse mitmekülgne ja sügav käsitlemine, mis uurimistöö eesmärki silmas pidades oli väga väärtuslik. Intervjuudel ilmnes, et kooskõlas poolstruktureeritud intervjuu formaadiga uuritavad ei vastanud mitte konkreetsetele küsimustele konkreetseid vastuseid andes, vaid iga

küsimus aktiveeris kogemuse tunnetamise mõnevõrra erineval tasandil ning andis juurde uut väärtuslikku infot.

Varasemates uurimistöodes (Gaudine jt 2011a, 2011b, Nogueira de Araujo ja Massarollo 2014, Pavlish jt 2014) on eetiliste konfliktide kohta andmeid kogutud ka fookusgrupi intervjuudel, kus tekib kogemuste jagamist soodustav grupidünaamika. Selle abil võivad ilmned uued ja väärtuslikud detailid uuritava nähtuse kohta. Uurimistöös piirduti individuaalintervjuudega osalejate konfidentsiaalsuse ja anonüümsuse tagamiseks, mis Eesti väiksust arvestades fookusgruppide puhul võinuks kitsaskohaks kujuneda. Siiski tasuks tulevaste uurimistöode puhul fookusgrupi intervjuude kasutamist võimaliku meetodina selle lisaväärtusi arvestades kaaluda kui uurimiskontekst ja -keskkond selleks sobivad.

Varasemates uurimistöodes (Redman ja Fry 2000, Gutierrez 2005, Pavlish jt 2011, Gaudine jt 2011a) on märgitud, et õdede eetilise konflikti kogemused on mitmetahulised ning ühes konfliktiolukorras on sageli mitu konfliktset teemat. Sama ilmses ka käesolevas uurimistöös. Kuna uurimistöö eesmärgist ja valitud metoodikast lähtuvalt oli tulemuste grupeerimine vajalik, siis püüti eetiliste konfliktide temaatilise grupeerimise puhul maksimaalselt lähtuda uuritava kirjeldustes domineerivast konflikti teemast. Seejuures oli uurija teadlik sellest, et tema kui kõrvalseisja võimalused kõigi haaratud teemade ja nende omavahelise hierarhia ning seoste mõistmisel on siiski teatud määral piiratud.

Eetiliste konfliktide mõju kirjeldamisel tuleb arvestada, et eetiliste konfliktide mõju võib olla keeruline eristada teiste elukogemuste mõjust. Kogemuse käsitus fenomenoloogias on sedavõrd avar, et ühe konkreetse sündmuse mõju hindamine, eriti kui see on toimunud mõnda aega tagasi, on keeruline. Uurimistöös käsitleti kogemusena kõike, mis inimesele tema elus osaks on saanud, arvestades seejuures kogemuste koosmõju ja muutlikkusega ajas.

5.4. Uurimistöö praktiline väärtus ja uued uurimisprobleemid

Uurimistöö tulemusena on esmakordselt kirjeldatud õdede eetilise konflikti kogemusi Eestis, loodud võrdlusmaterjal teiste samalaadsete uurimistöodega ning alus nähtuse edasiseks uurimiseks. Saadud tulemused aitavad mõista eetiliste konfliktide tähendust, kujunemist ja tagajärgi õdede vaatekohalt. Samuti juhivad tulemused tähelepanu õdede professionaalsuse, töökeskkonna, meeskonnatöö ja juhtimisega seotud kitsaskohtadele ning täiendavatele uurimisprobleemidele. Tulemused on väärtuslikud õendusjuhtimises eetilisi konflikte ja nende

ennetamist ning lahendamist puudutavate hoiakute ja suhtumiste muutmiseks. Õenduspraktikas on tulemustele toetudes võimalik arendada praktilisi tegevusi ja tugisüsteeme eetiliste konfliktide ennetamiseks ja lahendamiseks, nende tagajärgedega toimetulekuks, õdede individuaalse ja kollektiivse töövõime ja meeskondlike suhete parandamiseks ning patsiendikesksuse arendamiseks. Õendushariduses ja õdede tööalases koolituses on tulemused toeks teadlikkuse suurendamisel, valehäbi vähendamisel ja õdede eetilise kompetentsuse ning eetiliste konfliktidega toimetulekuks vajalike oskuste arendamisel.

Uurimistöö protsessis ilmnes vajadus varasemaid uurimistöid koondava kirjanduse ülevaate järele, mis teeks tulevastele uurijatele ja teistele temast huvitatutele kokkuvõtlikult kättesaadavaks varasemate uurimistööde olulisemad tulemused. Uurimistöös kasutatud metoodikaga võiks uurida õdede eetilise konflikti kogemusi erinevatel õenduse erialadel, osakondades ja kliinilistes situatsioonides, näiteks organdoonori õendusprotsess. Järgides teiste Euroopa riikide praktikat, oleks vajalik järjepidev uurimistöö, sh eetilisi konflikte ja nende tüüpe, mõju ning levikut hindavad uurimistööd erinevatel õenduse erialadel ja valdkonnas tervikuna. Oluline oleks mõista õdede eetilise otsustamise protsessi ja seda mõjutavaid tegureid ning eetilistele konfliktidele reageerimist takistavaid ja toetavaid tegureid õdede ning õendusjuhtide vaatekohalt. Kuna eetilised konfliktid on seotud erinevate osapoolte vastandlike ootuste ja seisukohtadega, väärriks uurimist eetilise konflikti olukorrad erinevate osapoolte vaatekohalt. Näiteks tervishoius valitseva hierarhia ja võimuküsimustega seonduvad hoiakud ja arusaamad nii õdede kui arstide vaatekohalt. Lisaks juhivad uurimistulemused täiendavalt tähelepanu teadmiste defitsiidile mitmes aspektis. Nendeks on õdede informeerimisõigus ja selle piirangud, isikuandmete kaitse nõuete kooskõla patsiendi- ja perekesksuse põhimõtetega ning patsiendi tahte järgimine komplitseeritud situatsioonides.

6. JÄRELDUSED

Eetiline konflikt oli õdede jaoks valdavalt ebameeldiv kogemus, mis mõjutas nende tundeid, käitumist, sotsiaalseid suhteid, tervist, hoiakuid ja professionaalsust. Samas tunnistati ka eetiliste konfliktide arendavat mõju. Kuigi teadmatuse ja hirmu tõttu jäeti eetilistele konfliktidele mõnikord üldse reageerimata, tegid õed konfliktide ennetamiseks ja lahendamiseks, nende mõju leevendamiseks ja enese toimetuleku parandamiseks erinevaid individuaalseid ja kollektiivseid tegevusi.

Õed kogesid eetilisi konflikte sisemiste väärtuskonfliktide ja inimestevaheliste konfliktidena kõigi tervishoiuteenuse osutamisel koostööd tegevate osapoolte vahel. Eetilisi konflikte põhjustasid nii patsiendi kui ka tema lähedase õigusi, ohutust või heaolu rikkuvad, liigseid kannatusi põhjustavad ja nende tahtega vastuolus olevad olukorrad. Samuti põhjustas eetilisi konflikte õe väärkuse ja professionaalsuse ohustamine mitmesuguste tavade, hoiakute, väärtuste ja suhete tõttu meeskonnas, töökeskkonnas, tervishoiusüsteemis, ühiskonnas ja avalikkuses.

KASUTATUD KIRJANDUS

Araujo, M. N., Massarollo, M. C. (2014). Ethical conflicts experienced by nurses during the organ donation process. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(3):215–20.

Barsky, A. (2008). A conflict resolution approach to teaching ethical decision making: Bridging conflicting values. *Journal of Jewish Communal Service*, 83(2/3): 164–169.

Boyce, C., Neale, P. (2006). Conducting in-depth interview: A guide for designing and conducting in-depth interviews for evaluation input. Pathfinder International.

Deleuze, G, Guattari, F. (1991). Mis on filosoofia? Hermann, E. (toim.) (2014). TLÜ Kirjastus.

De Veer, A., Francke, A., Struijs, A., Willems, D.L. (2013). Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlational questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 100–108.

Dierckx de Casterle, B., Izumi, S., Godfrey, N. S., Denhaerynck, K. (2008). Nurses' responses to ethical dilemmas in nursing practice: meta-analyses. *Journal of Advanced Nursing*, 63(6): 540–549.

Elo, S, Kyngäs, S. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1): 107–115.

Falco-Pegueroles, A., Llucht-Canut, T., Roldan-Merino, J., Goberna-Tricas, J., Guardia-Olmos, J. (2015a). Ethical conflict in critical care nursing: Correlation between exposure and types. *Nursing Ethics*, 22(5): 594–607.

Falco-Pegueroles, A., Llucht-Canut, A., Martinez-Estalella, G., Zabalegui-Yarnos, A., Delgado-Hito, P., Via-Clavero, G., Guardia-Olmos, J. (2015b). Levels of exposure to ethical conflict in the ICU: Correlation between sociodemographic variables and the clinical environment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 33, 12–20.

(järgneb)

Ganz, F. DeK., Berkovitz, K. (2012). Surgical nurses' perceptions of ethical dilemmas, moral distress and quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7): 1516–1525.

Gaudine, A., LeFort, S. M., Lamb, M., Thorne, L. (2011a). Ethical conflicts with hospitals: The perspective of nurses and physicians. *Nursing Ethics*, 18(6): 756–766.

Gaudine, A., LeFort, S., Lamb, M., Thorne, L. (2011b). Clinical ethical conflicts of nurses and physicians. *Nursing Ethics*, 18(1): 9–19.

Gaudine, A., Thorne, L. (2012). Nurses' ethical conflict with hospitals: A longitudinal study of outcomes. *Nursing Ethics*, 19(6): 727–737.

Goethals, S., Gastmans, C., de Casterle, B. D. (2010). Nurses' ethical reasoning and behaviour: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 635–650.

Graneheim, U. H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nursing Education Today*, 24, 105–112.

Grove, S. K., Burns, N., Gray, J. R. (2013). The practice of nursing research. Appraisal, synthesis and generation of evidence. 7th ed. Elsevier.

Gusarov, E. (2014). Õdede võimestatus ja seda mõjutavad tegurid Eesti piirkondlike haiglate erakorralise meditsiini osakondades õdede seisukohast. Magistritöö õendusteaduses. Tartu Ülikool.

Gutierrez, K. M. (2005). Critical Care Nurses' Perceptions of and Responses to Moral Distress. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(5): 229–241.

Henrich, N. J., Dodek, P. M., Alden, L., Keenan, S. P., Reynolds, S., Rodney, P. (2016). Causes of moral distress in the intensive care unit: A qualitative study, *Journal of critical care*, 35, 57–62.

Jameton, A. (1984). Nursing practice: the ethical issues. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.

(järgneb)

Kaheksa sammu inimese tervise heaks. Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia aastateks 2011–2020. Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing. Tallinn.

Kieft, R. A. M. M., de Brouwer, B. B. J. M., Francke, A. L., Delnoij, D. M. J. (2014). How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *Health Service Research*, 14, 249–258.

Kisorio, L. C., Langley, G. C. (2016). Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 33, 30–38.

Kutney-Lee, A., McHugh, M. D., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Flynn, L., Neff, D. F., Aiken, L. H. (2009). Nursing: a key to patient satisfaction. *Health Affairs*, 28(4): 669–677.

Lamiani, G., Borghi, L., Argentero, P. (2017). When health care professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *Journal of Health Psychology*, 22(1): 51–67.

Leuter, C., Petrucci, C., Mattei, A., Tabassi, G., Lancia, L. (2012). Ethical difficulties in nursing, educational needs and attitudes about using ethics resources. *Nursing Ethics*, 20(3): 348–358.

Lievrouw, A., Vanheule, S., Deveugele, M., De Vos, M., Pattyn, P., Belle, V., Benoit, D. D. (2016). Coping with moral distress in oncology practice: Nurse and physician strategies. *Oncology Nursing Forum*, 43(4): 505–512.

Liivet, G. (2015). Professionaalne autonoomia õenduspraktikas – integreeriv kirjanduse ülevaade. Magistritöö õendusteaduses. Tartu Ülikool.

Lincoln, S. H., Holmes, E. K. (2010). The psychology on making ethical decision: What affects the decision? *Psychological Services*, 7(2): 57–64.

Lusignani, M., Gianni, M. L., Re, G. L., Buffon, M. L. (2017). Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units. *Journal of Nursing Management*, 25, 477–485.

(järgneb)

Manara, D. F., Villa, G., Moranda, D. (2014). In search of salience: phenomenological analysis of moral distress. *Nursing Philosophy*, 15, 171–182.

McGee, J. W., Mansfield, K. C. (2014). Negotiating the double mandate: Mapping ethical conflict experienced by practicing educational leaders. *Education Leadership Review of Doctoral Research*, 1(1): 157–174.

McAndrew, N. S., Leske, J., Schroeter, K. (2018). Moral distress in critical care nursing: The state of the science. *Nursing Ethics*, 25(5): 552–570.

McCarthy, J., Gastman, C. (2015). Moral distress: A review of the argument based nursing ethics literature. *Nursing Ethics*, 22(1): 131–152.

McHugh, M. D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Aiken, L. H. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs*, 30(2): 202–210.

Paulin, A. (2011). Õdede ja arstide suhtumine nende omavahelist koostööd mõjutavatesse aspektidesse Eesti keskhaiglate siseosakondade statsionaarsetes osakondades. Magistritöö õendusteaduses. Tartu Ülikool.

Pavlish, C., Brown-Saltzman, K., Hersh, M., Shirk, M., Nudelman, O. (2011). Early indicators and risk factors for ethical issues in clinical practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(1): 13–21.

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.

Rassin, M. (2008). Nurses' professional and personal values. *Nursing Ethics*, 15(5): 614–630.

Redman, B. K., Fry, S. T. (2000). Nurses' ethical conflicts: What is really known about them? *Nursing Ethics*, 7(4): 360–366.

(järgneb)

Shariari, M., Mohammadi, E., Abbaszadeh, A., Bahrami, M. (2013). Nursing ethical values and definitions: A literature review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(1): 1–8.

Thompson, I.E., Melia., K., M., Boyd, K. M., Horsburgh, D. (2006). *Nursing Ethics*. 5th edition. Elsevier.

Thorne, L. (2009). The association between ethical conflict and adverse outcomes. *Journal of Business Ethics*, 92, 269–276.

Toode, K. (2015). Nurses' work motivation. Essence and associations. Academic Dissertation. University of Tampere.

Ulrich, C. M., Taylor, C. Soeken, K., O'Donnell, P., Farrar, A., Danis, M., Grady, C. (2010). Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11): 2510–2519.

Varcoe, C., Pauly, B., Storch, J., Newton, L., Makaroff, K. (2012). Nurses' perceptions of and responses to morally distressing situation. *Nursing Ethics*, 19(4): 488–500.

Viik, T. (2009). Fenomenoloogia: sissejuhatus. Kogumikus Annus, E. (toim.). 20. sajandi mõttevoolud. Tartu Ülikooli Kirjastus, 215–228.

Wiegand, D. L., Funk, M. (2012). Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. *Nursing Ethics*, 19(4): 479–487.

Wilson, M. A., Goettemoeller, D. M., Bevan, N. A., McCord, J. M. (2013). Moral distress: levels, coping and preferred interventions in critical care nursing and traditional care nurses. *Journal of Clinical Nurses*, 22, 1455–1466.

Wojnar, D. M., Swanson, K. M. (2007). Phenomenology an exploration. *Journal of Holistic Nursing*, 25, 172–180.

(järgneb)

Wolf, Z. R., Zuzelo, P. R. (2006). „Never again”-stories of nurses: Dilemmas in nursing practice. *Qualitative Health Research*, 16(9): 1191–1206.

Wlodarczy, D., Lazarewicz, M. (2011). Frequency and burden with ethical conflicts and burnout in nurses. *Nursing Ethics*, 18(6): 847–861.

Õunapuu, L. (2008). Tunnimudelid ja enesetunnetuse harjutused sotsiaalsete oskuste õpetamiseks. I osa. Tartu Ülikooli Viljandi Kultuuriakadeemia kultuurihariduse osakonna toimetised nr. 2.

Young, A., Froggatt, K., Brearley, S. G. (2017). ‘Powerlessness’ or ‘doing the right thing’ – Moral distress among nursing home staff caring for residents at the end of life: An interpretive descriptive study. *Palliative Medicine*, 31(9): 853–861.

LISAD

Lisa 1. Kutse uurimistöös osalemiseks

KUTSE UURIMISTÖÖS OSALEMISEKS

Hea õde!

Olen Tartu Ülikooli õendusteaduse magistriõppe üliõpilane Gerli Usberg ning kutsun Teid osalema uurimistöös „Õdede kogemused eetiliste konfliktidega – kvalitatiivne uurimus“.

Eetiliste konfliktide mõju nii õdedele, õendusabile kui ka kogu tervishoiuteenusele on märkimisväärne, ent tegemist on pigem varjatud nähtusega, mida Eestis seni uuritud ei ole. Seetõttu on uurimistöö eesmärk uurida õdede kogemusi eetiliste konfliktidega, et jõuda selle tundliku ja ulatusliku mõjuga nähtust kirjeldavate tunnusteni õdede vaatekohast. Kutsun uurimistöös osalema kõiki õdesid, kes on kogunud eetilisi konflikte oma kutsetöös ja kes soovivad ning suudavad oma kogemusi eesti keeles kirjeldada.

Uurimistöös osalemine tähendab Teie jaoks osalemist ühel intervjuul, milleks kulub u 1,5 tundi ja mis salvestatakse. Intervjuul palun Teil kirjeldada, millised on Teie kogemused eetiliste konfliktidega õe töös. Teil on õigus soovi korral uurimistöös osalemine katkestada kuni intervjuu lõpuni. Teie intervjuud sel juhul uurimistöös ei kasutata ning sellega ei kaasne Teile mingisuguseid tagajärgi. Uurimistöös osalemine on konfidentsiaalne ning tulemused avaldatakse magistristöös anonüümselt ja üldistatud kujul. Teie isikuandmed on teada vaid uurimistöö teostajale.

Uurimistöö teostaja on nõus vastama kõigile tekkivatele küsimustele ning uurimistöö eesmärki ja selle läbi viimisega seonduvaid üksikasju Teile põhjalikumalt selgitama. Kui Te olete nõus uurimistöös osalema või soovite selle kohta täpsemat teavet, palun võtke uurimistöö teostajaga ühendust telefoni või e-posti teel. Uurimistöö läbiviimiseks on taotletud luba Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteelt.

Meeldivat koostööd soovides,

Gerli Usberg, õendusteaduse magistrant

Ravila 19-4056, 50411 TARTU

Tel. 56 872 023, e-post: gerliusberg.uurimus@gmail.com

Lisa 2. Poolstruktureeritud intervjuu küsimused

I Sissejuhatavad küsimused

- Palun püüdke sõnastada (mõiste) eetilise konflikti enda kui õe vaatekohast lähtuvalt!
- Palun kirjeldage olukorda/olukordi, mida Te olete õena töötades kogunud kui eetilist konflikti
- Palun kirjeldage olukorda/olukordi, kus Te ei saanud mingil põhjusel käituda kooskõlas oma isiklike või professionaalsete väärtustega
- Palun kirjeldage olukorda/olukordi oma töös õena, kus Te ei olnud kindel, milline on Teie kui õe kohustus antud olukorras
- Palun kirjeldage, mida Te selles olukorras/nendes olukordades tundsite
- Palun kirjeldage, kuidas on see olukord/need olukorrad Teid kui õde mõjutanud
- Palun kirjeldage mida olete teinud eelkirjeldatud olukorra/olukordade ennetamiseks ja/või lahendamiseks
- Kui Teie kolleegid/olukorraga seotud isikud/juhid/organisatsioon on midagi teinud/ette võtnud/kuidagi reageerinud nende olukordade lahendamiseks, siis palun kirjeldage seda

II Suunavad küsimused

- Kui soovite, võite tuua veel teisigi sarnaseid näiteid
- Palun kirjeldage täpsemalt, mida te sellega mõtlete!
- Kas ma saan õieti aru, et.../järgneb uuritava öeldu peegeldamine!/?

III Kokkuvõtvad küsimused

- Kas sooviksite veel midagi lisada?
- Kas tahaksite puudutada veel mõnda teemat, mis jäi käsitlemata?
- Oleks Teil omalt poolt veel midagi lõpetuseks lisada?

Lisa 3. Ettevalmistavad küsimused uuritavale

HEA UURIMISTÖÖS OSALEJA!

Täna Teid, et olete nõus osalema uurimistöös „Õdede kogemused eetiliste konfliktidega – kvalitatiivne uurimus“, millega soovin koguda õdede eetiliste konfliktide kogemusi!

Iga õe kogemused on ainulaadsed ning just sellistena on need väärtuslikud kavandatavas uurimistöös. Ei ole õiged ega valesid vastuseid, on Teie elu tähendusrikkad kogemused. Meie kokku lepitud intervjuu toimub juba õige pea (*kuupäev, kellaaeg, koht*). Selleks, et aidata Teil intervjuuks valmistuda ja intervjuu teemadele häälestuda, palun Teil võimalusel enne selle toimumist meenutada olukordi, kus olete tundnud, et Te õena

- ei ole saanud mingil põhjusel järgida oma isiklike või professionaalseid väärtushinnanguid, tõekspidamisi või moraalipõhimõtteid,
- olete olnud tunnistajaks teiste inimeste (kolleegid või teised meeskonnaliikmed, patsiendid või nende pereliikmed, juhid) või organisatsiooniga seotud tegudele või otsustele, mis on olnud vastuolus Teie jaoks oluliste väärtuste või põhimõtetega,
- ei ole olnud kindel, milline oleks mingis olukorras olnud Teie kutsest lähtuvalt kõige õigem käitumisviis.

Püüdke meenutada kõiki nende olukordadega seonduvaid aspekte.

Täna ja kohtumiseni õige pea!

Lugupidamisega

Gerli Usberg, õendusteaduse magistrant

Ravila 19-4056, 50411 TARTU

Tel. 56 872 023

e-post: gerliusberg.uurimus@gmail.com

Lisa 4. Informeeritud nõusoleku vorm

Informeeritud nõusoleku vorm

LUGUPEETUD ÕDE!

Olen Tartu Ülikooli õendusteaduse magistriõppe üliõpilane Gerli Usberg ning kutsun Teid osalema uurimistöös „Õdede kogemused eetiliste konfliktidega – kvalitatiivne uurimus“.

Eetiliste konfliktide mõju nii õdedele, õendusabile kui ka kogu tervishoiuteenusele on märkimisväärne, ent tegemist on pigem varjatud nähtusega, mida Eestis seni uuritud ei ole. Seetõttu on uurimistöo eesmärk uurida õdede kogemusi eetiliste konfliktidega, et jõuda selle tundliku ja ulatusliku mõjuga nähtust kirjeldavate tunnusteni õdede vaatekohast. Kutsun uurimistöös osalema kõiki õdesid, kes on kogenud eetilisi konflikte oma kutsetöös ja kes soovivad ning suudavad oma kogemusi eesti keeles kirjeldada.

Uurimistöös osalemine tähendab Teie jaoks osalemist ühel intervjuul, milleks kulub u 1,5 tundi. Intervjuul palun Teil kirjeldada, millised on Teie kogemused eetiliste konfliktidega õe töös. Intervjuu lindistatakse, kirjutatakse sõna-sõnalt ümber tekstifaili ja analüüsitakse. Analüüsi tulemused esitatakse uurimistöös üldistatult ning intervjuu teksti väljavõtted kodeeritult. Intervjuu lindistus ja tekstifail talletatakse parooliga kaitstult elektroonse failina andmekandjal, millele on ligipääs vaid uurijal. Teie jaoks on tagatud anonüümsus kogu uurimistöo jooksul. Uurimistöo jaoks kogutakse andmeid isikustamata kujul, Teie isikuandmed on teada vaid uurimistöo teostajale, kes vastutab nende konfidentsiaalsuse eest. Teil on õigus soovi korral uurimistöös osalemine katkestada kuni intervjuu lõpuni. Teie intervjuud sel juhul uurimistöös ei kasutata ning sellega ei kaasne Teile mingisuguseid tagajärgi. Intervjuu lindistus ja tekstifail hävitatakse peale magistristöo kaitsmist. Uurimistöo tulemusi tutvustatakse peale magistristöo valmimist.

(järgneb)

Uurimistöö teema „Õdede kogemused eetiliste konfliktidega – kvalitatiivne uurimus“

Mind _____

/ees-ja perekonnanimi/

on informeeritud ülalmainitud uurimistööst ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist, metoodikast ning uurimistöö andmete kogumise protsessist ja kinnitan oma nõusolekut selles osaleda allkirjaga.

Tean, et uurimistöö käigus tekkivate küsimuste kohta saan täiendavat informatsiooni uurimistöö teostajalt.

Uuritava allkiri _____

Kuupäev, kuu, aasta _____

Informatsiooni andis

uurimistöö teostaja Gerli Usberg, allkiri _____

Kuupäev, kuu, aasta _____

Informeeritud nõusoleku vorm täidetakse kahes eksemplaris, millest üks jääb uuritavale, teine uurimistöö teostajale.

Lisa 5. Tartu Ülikooli Inimuuringute Eetikakomitee luba

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokoll number: 281/T-3 koosolek: 16.04.2018

Komitee koosseis:

Esimees Kadri Tamme Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, anesthesioloogia ja intensiivravi lektor

Aseesimees

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

Liikmed

Diva Eensoo Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, tervisesotsioloogia teadur

Naatan Haamer Tartu Ülikooli Kliinikum, hingehoidja

Malle Kuum Tartu Ülikool meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur

Liis Leitsalu Tartu Ülikool, Eesti geenivaramu, genoomika ja geneetilise tagasiside teadur

Maire Peters Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika vanemteadur

Mare Remm Tartu Tervishoiu Kõrgkool, bioanalüütiku õppekava dotsent

Oivi Uibo Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, lastegastroenteroloogia dotsent

Vahur Ööpik Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, spordifüsioloogia professor

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö.

Uurimistöö nimetus: Õdede kogemused eetiliste konfliktidega – kvalitatiivne uurimus

Vastutav uurija (asutus): Ere Uibu (Tartu Ülikool, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Ravila 19-4056, Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteelt 24.04.2018
2. Uurimistöös osalemise kutse
3. Ettevalmistavad küsimused uuritavale
4. Poolstruktureeritud intervjuu küsimused
5. Informeeritud nõusoleku vorm
6. Uurimistöö läbiviijate CVd (E. Uibu, R. Urban, G. Usberg)

Uurimistöö lõpp: 31.01.2019

Komitee esimees: Kadri Tamme /allkirjastatud digitaalselt/

Komitee sekretär: Kaire Kallak /allkirjastatud digitaalselt/

Väljastatud: 26.04.2018