Tartu Ülikool
Humanitaarteaduste ja kunstide valdkond
Usuteaduskond

Ülle Ernits

Patsientide religiooniga seotud vajadused õendusprotsessis: religioosse heaolu toetamise võimalusi

Magistritöö

Juhendaja dr. theol. Kaido Soom

Tartu 2025

Sisukord

SISSEJUHATUS 4
I. TEOREETILINE ÜLEVAADE 7
1.1 Õendusprotsess ja õendustegevuste põimitus 7
1.2 Patsientide religiooniga seotud vajadused ja religioosse heaolu toetamine teaduskirjanduse vaates 13
1.3 Holistiline inimkäsitus uurimuse teoreetilise lähtekohana 21
II. UURIMUSE METOODIKA 25
2.1 Uurimisprobleemi asetus, uurimuse eesmärk ja uurimisküsimused 25
2.2 Uuringus kasutatud meetodite ja valimite kirjeldus 25
2.3 Uurimisandmete analüüs 27
2.4 Uuringu eetika 29
III. UURIMISANDMETE ANALÜÜS JA ARUTELU 30
3.1 Kvantitatiivsete taustaandmete analüüs: õendustegevused dünaamikas uuringu eri etappidel 30
3.2 Teemaintervjuude analüüs ja arutelu 38
3.2.1 Õdede kompetentsid ja ajakasutus 39
3.2.2 Õdede professionaalse toe vajadus 43
3.2.3 Töökorraldus ja töökeskkond 45
3.2.4 Patsientide religiooniga seotud vajadused ja nende toetamine 47
IV. SOOVITUSED ERI INSTANTSIDE KOOSTÖÖKS PATSIENTIDE RELIGIOOSSE HEAOLU TOETAMISEKS 54
V. KOKKUVÕTE 59
KASUTATUD ALLIKAD 62
SUMMARY 69
Lisa 1. Intervjuu kava 72
Lisa 2. TÜ inimuuringute eetikakomitee luba 74
Lisa 3. Uuritavate informeerimise ja teadliku isikuandmete töötlemise nõusoleku vorm 76
Lihtlitsents 79

SAATEKS

Käesolev uuring on välja kasvanud õdede professionaalse arengu pikaaegsest projektist, mis vallandus Baltimaade ja Soome koostöös aastal 1996. Keskendutakse kitsamale teemavaldkonnale, mida on Eestis vähe uuritud ja mis käsitleb religiooniga seotud õendustegevusi õendusprotsessis. Fookuses on välja selgitada, kuidas toetada patsientide religioosse heaolu võimalusi.

Teema raames on töö autor koostanud magistritöö (sotsiaalteaduse magister 2001 Tallinna Ülikoolis) ja doktoritöö (terviseteaduse doktor 2018 Tampere Ülikoolis, Soomes).

Siinkohal avaldan tänu uuringus osalenud respondentidele Lääne-Tallinna Keskhaiglast, aga ka vabariigi õdedele erinevatest haiglatest ning kolleegidele Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolist. Siiras tänu kuulub õenduse õppetooli juhile Kristi Puusepale toetuse eest uudse teemavaldkonna uurimisel. Tänan emeriitprofessor Taimi Tulvat uurimistööalaste nõuannete eest, Piret Gildenit kui rektoraadi büroo juhatajat töö vormistamisel tehnilise abi eest ning teadur Anne Ehasalu infootsingu täpsustamise eest. Tänulik olen Birgit Aasmäele, kes nõustas töö taustaks vajaliku kvantitatiivse andmestiku läbi töötamist ja Reet Varikut ning Kateriina Rannulat keelekorrektuuri eest.

Eriline tänu kuulub juhendajale, praktilise usuteaduse lektorile dr theol Kaido Soomile, kes on tundlikult ja erudeeritult seoste keeruka uuringu valmimist juhendanud ja toetanud.

Siiras tänu abikaasale ja tütre perele ning teistele lähedastele.

Ülle Ernits
10. nov 2024

SISSEJUHATUS

Käesoleva magistritöö fookuses on patsientide religiooniga seotud õendustegevused õendusprotsessis ja vajadused selleks, aga ka religiooniga seotud vajaduste toetamise võimaluste väljaselgitamine patsiendi religioosse heaolu kontekstis kvalitatiivse uuringu toel. Tausta kirjeldamiseks kasutatakse kolme varasema uuringu andmeid aastatest 1999, 2009, 2021 (Ernits 2001, Ernits 2018, Kõrgemaa jt 2023 ja 2024). Kolmas uuring põhines Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli rakendusuuringul, kõik uuringud on välja kasvanud projektist "Õenduse arendamise, uurimistöö ja hariduse Balti-Soome NuRsE-projekt", mille põhitäitjaks olen olnud alates 1998. aastast. Uuringu tulemuste põhjal on valminud doktoritöö (Ernits 2018). Uuringu põhjal on Tallinna Ülikoolis valmimas teine doktoritöö, mille kaasjuhendajaks olen. Lisaks on uuritaval teemal eespool kirjeldatud projekti raames kaitstud kolm magistritööd: „Sotsiaalsed õendustegevused Mustamäe haigla näitel" (Ernits 2001) ja „Kogukonnamudel Eesti õenduses ja selle rakendamise võimalused" (Ehasalu 2003) Tallinna Ülikoolis ning üks magistritöö Soomes „Sairaanhoitajan ammatillinen koulutus Suomessa ja Baltian maissa sairaanhoitajan kuvaamana" (Kallio 2007).

Magistritöö autori varasemates sama teema uuringutes (Ernits 2001, Ernits 2018, Ernits jt 2020) ja jätku-uuringu teostaja Kõrgemaaga (Kõrgemaa jt 2023, Kõrgemaa jt, 2024) koostöös on õendusprotsessi ja õendustegevusi analüüsitud, kuid puudub tervikkäsitus religiooniga seotud õendustegevuste seoste kohta teiste õendustegevustega ning õdede poolse toega patsientide religiooniga seotud vajadustele Eestis.

Teaduskirjanduse (Kalkim 2016: 1–13) põhjal saab tõdeda, et õdedel ja õendustudengitel ei ole piisavat ettevalmistust märkamaks, ennetamaks ja toetamaks patsientide religiooniga seotud vajadusi. Kuuppelomäki uuringus (Kuuppelomäki 2001) selgus, et õdedel pole piisavalt valmisolekut ja teadmisi, et pakkuda patsientidele religiooniga seotud tuge, samuti takistab ajapuudus, pole julgust ega piisavat informatsiooni patsientide religioossete vaadete kohta (Kuuppelomäki 2001: 28–30; Harrad 2019: 44–55).

Seega kujunes **probleemiks** tõdemus, et patsientide religiooniga seotud vajadused ja religioosse toe pakkumine on jäänud teiste õendustegevuste käsitlemise varju. Seetõttu on vajalik selle teema uurimine kogu õendusprotsessis, leidmaks viise ja võimalusi patsientide religiooniga seotud vajaduste ja heaolu toetamiseks.

Käesoleva uurimuse teema kasvas välja varasemate kvantitatiivsete uurimuste tulemustest, eesmärgiga leida kvalitatiivsete meetodite abil vastused küsimustele, mis eelnevates uuringutes esile kerkisid ja vastamata jäid.

Töös avatakse teaduskirjanduse ja teiste publikatsioonide abil magistritöö põhimõisted, teoreetiline taust ja teadustulemused.

Magistritöö eesmärk on patsientide religiooniga seotud vajaduste väljaselgitamine õendusprotsessis ja patsientide religioosse heaolu toetamisvõimaluste avamine.

Eesmärgist lähtuvalt otsitakse vastuseid järgmistele uurimisküsimustele.

1. Millised muutused on dünaamikas tekkinud (1999, 2009, 2021) õdede hinnangutes õendustegevustele?
2. Millised on õendusprotsessis õdede kogemused patsientide religioosse heaolu toetamisel seoses religiooniga seotud vajadustega?
3. Kuidas on võimalik õendusprotsessis toetada patsientide religioosset heaolu?
4. Milliseid soovitusi saab rakendada erinevate instantside koostöös patsientide religioosse heaolu tugevdamiseks?

Töös on kasutatud nii kvantitatiivset kui kvalitatiivset lähenemisviisi (Lagerspetz 2017: 122–124; Laherand 2008: 18–20). Kvantitatiivse töö osa moodustab kolme eelneva anketeerimise tulemuste analüütiline kokkuvõte (Kõrgemaa 2024), mis keskendub patsientide religiooniga seotud vajaduste kirjeldamisele õdede vaatest ja moodustab seega kvalitatiivse uuringu taustsüsteemi.

Magistritöö tuumiku moodustab kvalitatiivne uuring, mis seisneb õdede teemaintervjuude läbiviimises ja analüüsis, selgitamaks patsientide religioosseid vajadusi ja nende religioosse heaolu toetamisvõimalusi õendustöös Lääne-Tallinna Keskhaigla õendusabikliiniku näitel.

Religioossus on üks osa inimese maailmanägemisest ja erinevad inimesed võivad seda kogeda eri viisil. Õendustöös tähendab religioossus patsiendi usu toetamist ja elu mõtte üle arutamist patsiendi väärtusmaailma ning usku austaval viisil, sõltumata sellest, millised on õe isiklikud veendumused ja väärtused (Flinck 2012: 4–6). Religioossuse all saab laiemalt mõista osalemist usulistel üritustel, usulise kirjanduse lugemist ja kontakti hoidmist kaasmõtlejatega (Rautava-Nurmi 2016: 413).

Siinses töös üldistan ja koondan esitatud mõisted ühiselt religiooniga seotud mõistete alla, kuna töö eesmärk on käsitleda teemat laiemalt, mitte keskenduda kitsalt

konkreetsetele mõistetele. Seega on eelistatud religioossuse mõiste kasutamist, nagu seda on tehtud ka varasemates teemakohastes uuringutes.

Teema teoreetilise käsituse alla on võetud õendusprotsess ning õendustegevuste roll selles, rõhuasetusega religioossetele õendustegevustele ja patsiendi religiooniga seotud vajadustele. Analüüsitakse ka teemaga seotud uuringuid ning nende tulemusi.

Magistritöö koosneb neljast peatükist. Esimeses peatükis antakse teemakohane teoreetiline ülevaade õendusprotsessist, õendustegevustest, patsiendi religiooniga seotud vajadustest, holistilisest inimkäsitusest. Teises peatükis keskendutakse uurimuse metoodikale, kolmandas peatükis tuuakse välja uurimistulemused koos aruteluga, neljandas peatükis esitatakse soovitused eri instantside koostööks patsientide religiooniga seotud vajaduste toetamiseks.

Magistritöös kasutatud põhimõisted, mis on ühtlasi võtmesõnadeks, reastuvad alljärgnevalt.

Religiooniga seotud vajadustena käsitletakse siinses töös religioossust, selget elunägemust, veendumuste kindlust ja kindlust tuleviku suhtes (Ernits 2018: 139).

Religiooniga seotud õendustegevused siinse töö kontekstis on patsiendi veendumuste tugevdamine, võimaluste loomine usulisteks tegevusteks, patsiendi palveelule toetuse pakkumine, usulise kirjanduse hankimine, võimaluse pakkumine armulaua vastuvõtmiseks, võimaluse loomine hingekarjasega kohtumiseks, võimaluse loomine pihtimiseks, eestpalve tegemine patsiendi eest, usulise teenistuse korraldamine patsiendile, vaimuliku kutsumine, kui patsient seda soovib (Ernits 2018: 29–31).

Religioosne heaolu. Patsiendi heaolu toetatakse õendustegevustega, mis jagunevad füüsilisteks, psüühilisteks, sotsiaalseteks ja religioosseteks, ning need tegevused on tihedalt omavahel seotud. Antud töö kontekstis käsitletakse religioosset heaolu kui religiooniga seotud tasakaalu, selget elu nägemust, kindlust tuleviku suhtes ja positiivset usulist kogemust (Ernits jt 2020: 93).

Õendusprotsess on kohandatud teaduslik meetod või mudel, mis annab õendusabile kindla korra ja suuna. See protsess võimaldab hinnata õendustegevuse kvaliteeti ning selgitab vastutust patsiendi ja tema ravi eest. Õendustöö protsess toimub õendustegevuste ja õendustoimingute kaudu, kusjuures õendustegevustegevustes sisalduvad õendustoimingud (Rautava-Nurmi jt 2015: 46–47).

I. TEOREETILINE ÜLEVAADE

1.1 Õendusprotsess ja õendustegevuste põimitus

Rahvusvaheline Õdede Nõukogu (*International Council of Nurses*) on kehtestanud eetilised põhimõtted, mis juhendavad õdesid patsientide hooldamisel ja toetamisel. Need põhimõtted rõhutavad hoolduse universaalset olemust ning õdede vastutust pakkuda kõigile patsientidele võrdselt austavat ja holistilist hooldust.

Õed peavad tunnustama ja kaitsma patsientide õigust nende usulistele ja spirituaalsetele vajadustele ning tagama, et patsiente koheldakse alati austusega, sõltumata nende religioossetest tõekspidamistest. Rahvusvaheline Õdede Nõukogu rõhutab ka, et õdede jaoks on oluline toetada patsientide heaolu holistilist käsitlust, mis hõlmab füüsilisi, vaimseid ja religioosseid aspekte, ning vältida diskrimineerimist, pakkudes hooldust võrdselt kõigile, sõltumata nende usust või vaadetest (ICN 2021: 2–7).

Õendustegevusi juhivad terviklik inimkäsitus, õendusprotsess ja õendustöö väärtused ning põhimõtted (Ernits jt 2020: 93–103).

Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) käsitleb oma juhistes ka religiooniga seotud teemasid, rõhutades, et palliatiivne ravi on tervishoiusüsteemide eetiline vastutus ning tervishoiutöötajatel lasub kohustus leevendada valu ja kannatusi, olgu need füüsilised, psühhosotsiaalsed või religiooniga seotud, sõltumata haiguse ravitavusest (WHO 2014: 2–5).

Õendustöös pole oluline mitte haigus ise, vaid ka see, mida patsient oma haiguse ajal tunneb ja kogeb. Oluline ülesanne on tuvastada patsiendi probleeme, aidata ja toetada teda tema probleemides ning püüda vähendada või kõrvaldada haiguse poolt tekitatud valu, hirmu, häbi ja muid võimalikke kahjulikke mõjusid, suurendades turvatunnet (Wassenaar 2013: 261–273; Rautava-Nurmi jt 2015: 22–25). Õendustöös võetakse tähelepanu alla ka patsiendi perekond ja lähedased (Wassenaar jt 2013: 261–273).

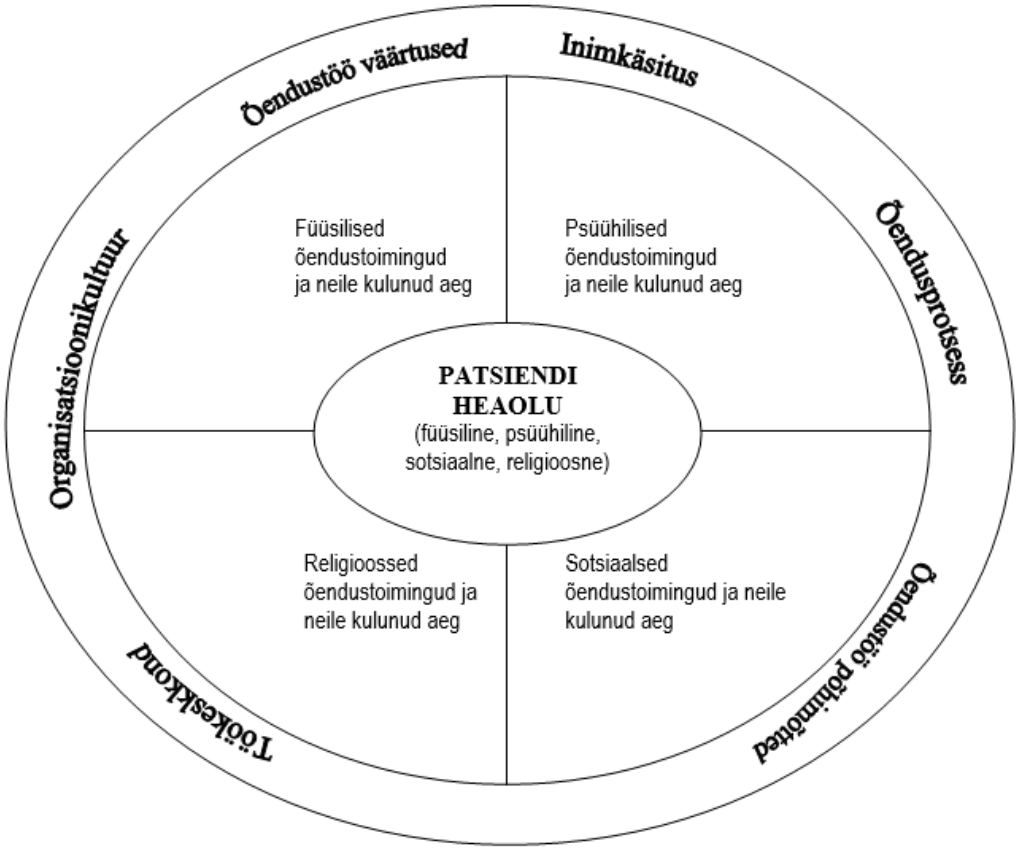
Õenduses on keskne õe erialane roll, patsiendi tervise edendamine ning füüsiline ja vaimne heaolu, kultuuritundlikkus ja turvaline ravikeskkond. Patsienti koheldakse indiviidina, olenemata sellest, milliseid ravimeetodeid ja -võtteid kasutatakse. (Rautava-Nurmi jt 2016: 22–25) Õendusprotsessis nähakse inimest mitte ainult patsiendi või kliendina, vaid tervikliku isiksusena. Inimene on psühhofüüsiline, teadlik ja sotsiaalne

olend, kes on osa oma perest ja kogukonnast (Eriksson jt 2013: 68; Roper jt 1999: 21–24).

Individuaalsuse põhimõtte kohaselt on patsient ainulaadne ja väärtuslik inimene, kelle hooldus peab vastama tema vajadustele. Enesemääramisõigus ehk autonoomia tähendab patsiendi õigust osaleda oma hoolduses vastavalt oma väärtustele. Patsiendi soovi ja tahet tuleb austada. (Rautava-Nurmi 2016: 20–25)

Lake´i ja kolleegide (2009) sõnul seavad õed patsientide hooldusvajadused oma arusaama kohaselt tähtsuse järjekorda ning hindavad olukorda pidevalt uuesti patsiendi seisundi muutumisest lähtuvalt, et toime tulla keeruliste olukordadega (Lake 2009: 376–388). Vastamine patsientide (Kitson 2018: 99–107) põhivajadustele õenduses on keeruline, ning kuna hooldustöö fundamentaalseid aspekte pole süstemaatiliselt uuritud, on see väljakutseks (Kitson jt 2014: 331–339).

On äärmiselt oluline, et õed oskasid täheldada oma töös patsientide religiooniga seotud vajadusi, et õppekavades oleksid vastavad teemad käsitletud ning organisatsioonide töös eesmärgid ja tegevused integreeritud.



Joonis 1. Patsientide heaolu iseloomustav mudel (Ernits 2018: 41)

Joonisel 1 on kujutatud patsientide heaolu terviklikku mudelit, kus keskmes on patsiendi heaolu, mida mõistetakse kui füüsilise, psüühilise, sotsiaalse ja religioosse heaolu kombinatsiooni. Heaolu ümber on jagatud neli valdkonda, mis kirjeldavad õendustegevusi ja ajakasutust erinevates heaolu dimensioonides:

1. füüsilised õendustegevused ja ajakasutus – keskendub füüsilise heaolu toetamisele;
2. psüühilised õendustegevused ja ajakasutus – keskendub psüühilise heaolu toetamisele;
3. religioossed õendustegevused ja ajakasutus – keskendub religioossete ja spirituaalsete vajaduste toetamisele;
4. sotsiaalsed õendustegevused ja ajakasutus – keskendub sotsiaalse heaolu ja suhtlusvajaduste toetamisele.

Iga sektor hõlmab konkreetseid õendustegevusi ja ressursside (nt aja) kasutamist, et toetada patsienti terviklikult kõigis heaolu valdkondades (Ernits 2018: 41).

Õendustegevustes järgitakse õendustöö põhimõtteid, nagu iseseisvus, professionaalsus, järjepidevus, individuaalsus, turvalisus ja terviklikkus. Õendustöötajad teevad patsiendi eest ainult seda, milleks patsient mingil põhjusel ise võimeline ei ole (Rautava-Nurmi jt 2015: 22–25).

Õendustegevusi on eri ajastutel määratletud ja kirjeldatud, näiteks Roper-Logan-Tierney mudeli (Roper jt 1999) kohaselt on elutegevuse funktsioonid jaotatud osadeks ning õde hindab nende alusel patsiendi hooldusvajadust ja otsustab õendustegevused (Roper jt 1999: 41–67). Kirjeldatud mudel oli esimeseks tõenduspõhiseks õpikuks õdede õppes peale Eesti taasiseseisvumist.

Õdede õppes on Eestis 2012. aastast rakendatud 3N taksonoomiat (***N**orth **A**merica **N**ursing **D**iagnosis **A**ssociation*), mil tõlgiti eesti keelde NANDA-I esimene versioon Puusepp 2017: 28–30) ja mis on keskendunud õendustegevustele, lähtuvalt patsientide vajadustest.

Taksonoomias on patsientide religioossed vajadused kajastatud erinevates versioonides. Näiteks 2012. aasta versioonis oli definitsioon: „Vähenenud võime toimida usust lähtuvalt ja/või osaleda traditsioonilistes usutalitustes.” (NANDA International 2012: 402). Definitsiooni laienduses mainitakse raskusi järgida religioosseid tõekspidamisi ja rituaale, toitumistavasid, riietust, palvusi jne, samuti emotsionaalset

pinget kogudusest eemaloleku tõttu. Viimases, 2022. aasta tõlkes on sama diagnoosiga seotud diagnoose juba kolm: vähenenud religioossus, vähenenud religioossuse risk ja valmisolek enamaks religioossuseks (Ernits 2023; NANDA International 2022: 457–459). Sellises keerulises inglise keelest tõlgitud taksonoomia keeles väljendub õdede õppe üks fookustest, mis käsitleb patsienti ja tema religiooni.

Järgnevalt avan õendustegevuste olemuse nelja õendustegevuse abil, milleks on füüsilised, psüühilised, sotsiaalsed ja religiooniga seotud õendustegevused.

Füüsilised õendustegevused hõlmavad kõiki õe tehtavaid tegevusi, mis on suunatud patsiendi füüsilise tervise ja heaolu säilitamisele, taastamisele või edendamisele. Näiteks hõlmavad füüsilised õendustegevused patsiendi naha ja riiete hooldust ning puhtust, hingamise toetust, toitumise tagamist, liikumise ja liikumisvõime parandamist, eritusfunktsioonide toetamist, nakkuste ennetamist, vedeliku tasakaalu säilitamist, ainevahetuse jälgimist, ergonoomika rakendamist liikumisel, lamatiste ennetamist, haavade sidumist, ravimite manustamist, kateetrite paigaldamist, klistiiri tegemist ning abivahendite kasutamist. (Roper jt 1999: 137–373; Ahonen 2016: 6–9; Rautava-Nurmi jt 2015: 71–388; Ernits 2018: 27– 31)

Psüühilised õendustegevused on antud töö kontekstis seotud patsiendi vaimse tervise tasakaalu, heaolu ja terviklikkuse tundega (McEwan 2005: 161-168; Rautava-Nurmi 2016: 421–433; Roper jt 1999: 69–103). Õed peavad oskama luua patsientidega sellise suhte, kus patsiendid julgevad väljendada õele oma tundeid, hirme ja ärevust. Kliinilises õendustöös on vältimatu mõista ravi psühholoogilist ulatuvust, et õendustöö edendamine oleks võimalik (Murakami jt 2012: 939–974).

Esiteks vajavad spetsialistid rohkem teadmisi ja arusaamist klientide psüühilisest heaolust, et suuta tuvastada neid, kellel on madala psühholoogilise heaolu risk. Teiseks vajavad spetsialistid koolitust, et osata jälgida ja hinnata oma sekkumisi, tagamaks, et need saavutaksid soovitud tulemuse ja vastaksid iga kliendi individuaalsetele vajadustele (Eloranta 2010: 847–855). Sarnasele järeldusele tuldi ka Eestis läbi viidud uuringute tulemuste analüüsimisel (Ernits 2018; Kõrgemaa 2022: 277–289).

Vaimse tervise toetamise vajadus muutub tähtsaks inimese haigestudes või invaliidistudes (Rautava-Nurmi jt 2016: 421–433).

Zimbabwes läbi viidud uuring (Chidarikire 2016) rõhutab vaimse heaolu tähtsust vähktõvega patsientide jaoks. Uuringus tõstetakse esile kiriku rolli vaimse toe pakkumisel

olukordades, kus institutsionaalne abi on piiratud ja ressursid napid (Chidarikire 2016: 145–161).

Sotsiaalsed õendustegevused. Sotsiaalset identiteeti käsitledes on uurimuses leitud, et sotsiaalne samastumine on seotud suurema heaoluga. Õed peavad oskama märgata ja vastata patsientide psühhosotsiaalsetele vajadustele (Hull 2013: 76–80).

Rissaneni (1999) koostatud koondi põhjal võib sotsiaalse funktsioneerimise jagada nelja kategooriasse: a) sotsiaalsed suhted, ajakasutus ja hobid; b) sotsiaalse tegevuse kujunemisel on oluline teadlikkus, mis eeldab psühhofüüsilist funktsioneerimist; c) sotsiaalne funktsioneerimine hõlmab nii kogukonna suhteid kui ka tegevusi, kus oluline roll on indiviidi ja keskkonna vastastikusel mõjul, mis väljendub indiviidi võimes toime tulla sotsiaalsetes olukordades ja toimida ühiskonna liikmena, hõlmates nii mitteformaalseid kui ka formaalseid suhteid; d) sotsiaalne funktsioneerimine on tihedalt seotud psühhosotsiaalse heaoluga ja hõlmab suhteid teiste inimestega (Rissanen 1999: 40–41).

Drageseti (Drageset 2004) uurimustulemused rõhutavad sotsiaalsete kontaktide olulisust, eriti suhete tähtsust laste ja lapselaste vahel. Õendustöötajatel tuleb näha seoseid, mis viitavad igapäevaste elamistoimingute ja sotsiaalsete suhete ning üksinduse vahel. Seega on oluline, et õendustöötajad oleksid teadlikud nendest inimestest, kes sõltuvad igapäevastest elamistoimingutest, ning aitaksid vajadusel rahuldada kiindumuse ja sotsiaalse integratsiooni vajadusi, julgustades patsiente korraldama/parandama vajaduse korral suhtlemist oma pereliikmetega (Drageset 2004: 65–71).

Õendustöö eesmärk on toetada patsiente ja nende lähedasi, aidates neil tugevdada ressursse ja saavutada sisemist terviklikkust. Siiski pööratakse õendusuuringutes sotsiaalsele aspektile vähe tähelepanu, mistõttu on vaja selle mõju põhjalikumalt uurida ja arendada (Bradbury-Jones 2014: 135–141). Patsientide vajaduste rahuldamise puudused hõlmavad teadlikkuse, personali ja kultuuriliselt sobivate hindamisvahendite puudust. Kuigi vajadused on määratletud, ei arvestata nendega piisavalt (Hong 2013: 1049–1058). Sotsiaalse identifitseerimise lähenemisviisi alusel väideti (Gleibs 2011), et sotsiaalne identifitseerimine peaks üldiselt olema seotud suurenenud heaoluga. Seega võib järeldada, et sotsiaalsel identifitseerimisel on negatiivne seos depressiivsete sümptomite ja ärevusega ning positiivne seos eluga rahuloluga (Gleibs 2011: 456–466).

Religiooniga seotud õendustegevused. Siinse töö kontekstis loetakse religiooniga seotud õendustegevusteks patsiendi religioossete vajaduste toetamist, veendumuste tugevdamist, religioossete tegevuste võimaldamist, palveelule toe pakkumist, religioosse kirjanduse kättesaadavuse tagamist, armulaua pakkumise võimaluse korraldamist, hingehoiu, pihi ja eestpalve korraldamist, religioossete teenuste pakkumise võimaldamist ning vaimuliku kutsumist patsiendi soovil (Ernits 2018: 27–31; Kõrgemaa 2022: 277–289).

Eri riikides religiooniga seotud toe pakkumises esinevad küll erinevused, kuid õed Aasias, Euroopas, Lähis-Idas ja Põhja-Ameerikas tunnistavad ja rakendavad siiski religiooniga seotud hoolduse teraapiaid. Need tulemused näitavad, et õed üle kogu maailma pakuvad teatud määral hooldust, mis arvestab terviseprobleemidega seotud vaimseid ja religioosseid kogemusi. Eesmärk on muuta õendustöö holistiliseks (Taylor 2023: 597–609).

Taylor on toonud välja soovitusi, kuidas religiooniga seotud õendus võiks olla osa õdede professionaalsest tegevusest, rõhutades vajadust arvestada patsientide usulisi vajadusi ja pakkuda neile asjakohast tuge (Taylor 2012: 34–77).

Religiooniga seotud toe käsitlemise protsessis rõhutatakse vajadust kasutada selgelt määratletud raamistikku igas asutuses, kus religiooniga seotud tegevused on osa igapäevasest tegevusest. See lähenemine näitab, et alates religioossete vajaduste tuvastamisest kuni hoolduse pakkumiseni on vajalikud kaalutletud ja teadlikud sammud, mis arvestavad patsiendi ainulaadseid vajadusi. Samuti rõhutab see sobivate töötajate määramise ja parima religiooniga seotud hoolduse raviplaani väljatöötamise olulisust (Nissen 2021: 1–11).

Füüsilised, psüühilised, sotsiaalsed ja religioossed õendustegevused põhinevad patsientide ja nende perekondade vajadustel ning kliinilistel otsustel. Füüsilised õendustegevused varieeruvad vastavalt kliinilistele vajadustele ja patsientide enesehoolduse võimalustele. Füüsilised õendustegevused on seotud haigustest tulenevate vajadustega ehk õendusprobleemidega. Psüühilised õendustegevused põhinevad patsientide ja nende lähedaste vaimsele tervisel, elusituatsioonil, ressurssidel ja vajadustel. Psüühilised õendustegevused sõltuvad suuresti sellest, kui palju aega õdedel on terapeutiliste suhete loomiseks ning milline on patsiendi minapilt ja elusituatsioon. Sotsiaalsed õendustegevused arvestavad sotsiaalseid vajadusi, kuuluvustunnet,

suhtlemist ning toetuse vajadust. Religioossed õendustegevused on oluline osa õendustööst, aidates tagada, et patsiendi vaimsed ja usulised vajadused on hooldusprotsessis arvestatud ja toetatud.

Religioossed kogemused on paljudele inimestele olulised maailma ja minakogemuse toetajad ja nende sildistamiseks ei ole põhjust. Mitme uurimuse põhjal on seos religioossusel ja vaimsel tasakaalul (Lauerma 2000: 2704–2709).

Kõik õendustegevused toetavad patsientide vajadusi, nii füüsilisi, psüühilisi kui ka sotsiaalseid ja religiooniga seonduvaid. Religiooniga seotud õendustegevused on osa õendusprotsessist ja toetavad inimese elukvaliteeti, tema tervist ja toimetulekut haigusega. Edaspidi on vaatluse all patsientide religiooniga seotud vajadused ja õendustegevused.

1.2 Patsientide religiooniga seotud vajadused ja religioosse heaolu toetamine teaduskirjanduse vaates

Religioossust tuleb näha tervise kontseptsiooni osana, kusjuures kasutusel on samaväärseid mõisteid. Ameerika teadlased käsitlevad religiooni ja spirituaalsust paralleelmõistetena ja samale järeldusele tulevad ka mitmed teised autorid (Ghorbani 2021: 1165–1181; Linnuste 2015: 105–108; Litalien 2022: 372–414; Lundberg 2009: 1121–1128). Eesti tervishoiusüsteemis ning paralleelselt ka rehabilitatsioonisüsteemis puuduvad suuresti spirituaalsetel ja religioossetel teemadel kaasa rääkida oskavad spetsialistid. Samuti puudub hingehoiuteenus Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste nimekirjast ning see piirab raviasutustel võimalusi spetsialiste tööle võtta (Linnuste 2015: 105–108). Vermandere (2011)on toonud välja põhjuseid, miks patsientide spirituaalsete vajadustega tegelemine ei leia sageli väljundeid.(Linnuste 2015: 105-108). Vermandere on toonud välja põhjuseid, miks patsientide spirituaalsete vajadustega tegelemine ei leia sageli väljundeid. Ja need on erinevad, alates ajapuudusest kuni tervishoiutöötajate teadmatuseni (Vermandere 2011: 749–760).

Spirituaalsus keskendub elu tähenduse otsingutele, religioon aga rituaalidele ja tavadele. Mõne jaoks on need seotud, teiste jaoks mitte. Spirituaalsus aitab toime tulla raskustega ja aktsepteerida surelikkust. Õdedel on tähtis roll patsientide vaimsete vajaduste toetamisel ja rahu leidmisel (Tanyi 2002: 500–509). Spirituaalsed vajadused ei pea olema religioossed ega seotud Jumalaga. Christina Puchalski sõnul võivad need

hõlmata kõike, mis annab inimesele sügavama tähenduse ja eesmärgi – olgu selleks loodus, kunst, muusika, perekond või kogukond. Enne vajaduste rahuldamist on oluline need ära tunda, näiteks küsides patsiendi usuliste tõekspidamiste, lootuse ja eluliste eesmärkide kohta. Need vajadused võivad varieeruda sõltuvalt elukaare etappidest, soost ja identiteedist (Linnuste 2015: 105–108; Puchalski 2001: 352–357).

Religioossus on mitmemõõtmeline ja sellel on haiguste kulgemise ajal sügav kaitsevõime. Religioossus mitte ainult ei takista erinevate haiguste teket, vaid võib aeglustada ka ravimatute haiguste kulgu ning suurendada ravitavate haiguste taandumist (Litalien 2022: 373–414).

Religioossuse ja heaolu vaheline seos võib olla vahendatud religioossete praktikate ja modereeritud uskumuste kaudu. Näiteks võivad konkreetsete uskumuste, nagu pääsemise tingimused (arm või teod), erinevused mõjutada heaolu seost teatud tegudega (nt eksimuste toimepanek). Samas võivad religioossed praktikad, nagu kogukondlik jumalateenistus, vahendada religioossuse mõju heaolule, kusjuures selle mõju tugevus sõltub religioonist ja kultuurilisest kontekstist. Mõistmaks religioossuse ja heaolu vahelisi suhteid paremini, on oluline arvestada nii uskumuste ja praktikate heterogeensust ühe religiooni sees kui ka nende rolli moderaatorite ja vahendajatena (Newman 2018: 1–12).

Religioossed õendustegevused võimaldavad patsientidel oma religioosseid veendumusi järgida ka haigena (Ernits 2018: 31).

Religiooniga seotud vajadused hõlmavad vajadust religioosse toe, usulistes sündmustes osalemise, religioosse või vaimuliku kirjanduse lugemise ning sarnaste inimestega suhtlemise järele. Religioosseid vajadusi toetava õendustegevuse eesmärk on aidata patsiendil mõelda elu eesmärgile ja mõttele ning suhetele Jumala ja teiste inimestega. See tähendab patsiendi usu ja väärtusmaailma austamist ning elu mõtte üle arutlemist, hoolimata õe isiklikest veendumustest ja väärtustest (Rautava-Nurmi jt 2015: 413–414; Siwi 2022: 150–158; Flinck 2012: 4–6).

Sellest tulenevalt võivad õed tunda ebakindlust, mis võib olla tingitud ebapiisavatest teadmistest ja oskustest või harjumatusest ja isegi hirmust usuliste teemade ees. Kui õendustöötajale on usulised küsimused harjumatud, võib teoreetiliste teadmiste rakendamine praktikas osutuda keeruliseks. Seetõttu võiks praktika, kus tegeletakse usuliste küsimustega, olla abiks nende teadlikkuse ja oskuste arendamisel (Ernits 2023).

Religioosseid vajadusi toetavad õendustegevused hõlmavad patsientide religiooniga seotud uskumuste eelarvamusteta kohtlemist, võimaluste pakkumist ühendumiseks Jumalaga ja nende väärtuste ning uskumuste väljendamiseks, nende abistamist religiooni praktiseerimisel ning nende suunamist vaimulike ja usuliste juhtide poole (Zehtab 2014: 1–2).

Ka õeks õppimine sisaldab patsientide religioosseid vajadusi käsitletavaid teemasid, neid teadvustatakse ja on sõnastatud religioosset vajaduste toetamiseks vastavaid õendustegevusi (Ernits 2023). Religiooniga seotud õendustegevused on õendusabis kirjeldatud NANDA definitsioonide ja õendusdiagnooside kaudu (Puusepp 2017: 27-30), näiteks raskused järgida religioosseid tõekspidamisi, rituaale, toitumisharjumusi, riietumisreegleid ja palvusi. Samuti mainitakse patsiendi emotsionaalset pinget, mis võib tekkida kogudusest eemaloleku tõttu (Herdman 2013: 402; Herdman 2016: 369 ; NANDA International 2022). Need tegevused võivad varieeruda sõltuvalt patsiendi religioossest taustast ja uskumustest. Näiteks toodud tegevused hõlmavad endas muu hulgas patsiendi religiooniga arvestamist tervishoiu planeerimisel ja raviotsuste tegemisel, näiteks vereülekande, elundidoonorluse või muude meditsiiniliste protseduuride korral.

Religioossete vajaduste äratundmine on professionaalne tegevus, kus austatakse patsiendi väärtusi ja antakse ruumi tema isiklikule küsimusele. On oluline küsida patsiendilt, kas tema ravi ajal tuleks arvestada usupraktikatega.

Religioossuse arvestamine tähendab patsiendi veendumuste austamist ja talle võimaluse andmist oma usku praktiseerida valitud viisil, hoolides tema vajadustest ja enesemääramisõigustest (Rautava-Nurmi jt 2015: 413).

Religioosse heaolu toetamiseks on erinevaid viise. Andmete eraldamine ja analüüs tõid esile kaheksa religioosse heaolu toetamise sekkumise kategooriat õenduses, mis hõlmavad järgmist: (1) vaimse perspektiivi uurimine, (2) tervendav kohalolek, (3) terapeutiline enese kasutamine, (4) intuitiivne tunnetus, (5) patsiendikesksus, (6) tähenduskesksed terapeutilised sekkumised, (7) vaimselt toetava keskkonna loomine ning (8) vaimse hoolduse dokumenteerimine ja hindamine. Need sekkumised aitavad õdedel toetada patsientide religioosset heaolu ning integreerida vaimset hooldust igapäevasesse õendustegevusse (Ghorbani 2021: 1165–1181).

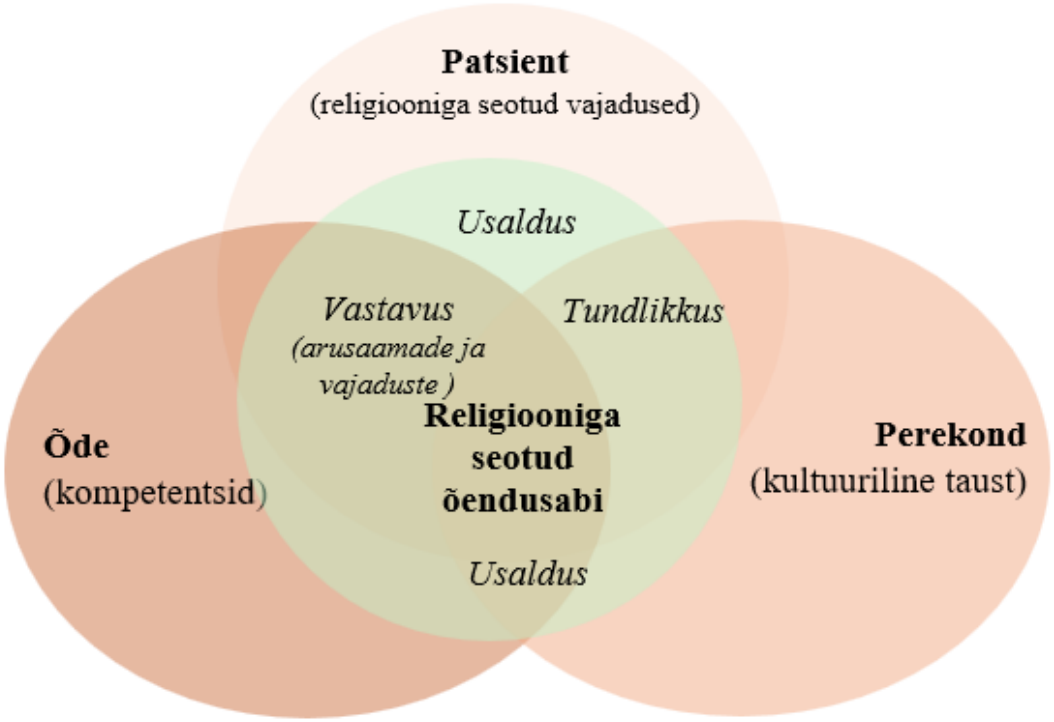
Taylor koos kolleegidega (Taylor jt 2023) kirjeldavad terapeutilisi sekkumisi. Mitmed terapeutilised sekkumised olid harvemini kasutatavad. Kõige vähem pakutud sekkumiste hulka kuulusid vaimselt toetava lõigu ette lugemine, patsiendi vaimuliku või kaplani visiidi korraldamine ning religiooniga seotud hoolduse dokumenteerimine. Samuti olid suhteliselt harva kasutatavad sekkumised, mis hõlmasid patsiendi vaimsete või usuliste praktikate toetamise küsimist, vaimsete ressursside tutvustamist, patsientide julgustamist oma vaimsetest väljakutsetest rääkimiseks ja vaimse hoolduse arutamist kolleegidega (Taylor 2023: 597–609).

Viimased arengud info- ja kommunikatsioonitehnoloogias võimaldavad rakendada virtuaalseid lahendusi, mis on eriti kasulikud kriitilise hoolduse ja isoleeritud patsientide puhul. Uuring tõi välja, et virtuaalne suhtlus usuliste juhtidega on osutunud tõhusaks meetodiks vaimse toe pakkumisel COVID-19 patsientidele intensiivraviosakonnas. Samuti rõhutas uuring, et haigla regulatsioonid ja õendussekkumised, mis toetavad vaimse toe pakkumist erinevate usundite patsientidele, on teostatavad ning pereliikmete kaasamine paranemisprotsessi tehnoloogia abil on samuti võimalik (Siwi 2022: 150–158).

Religioossust võib mõista kui „formaalselt struktureeritud uskumusi ja praktikaid", mis on seotud institutsionaalsete ja kogukondlike raamistikega. See hõlmab sageli tegevusi, nagu jumalateenistustel osalemine, palvetamine või meditatsioon ning jagatud uskumuste ja tõekspidamiste järgimine. Vaimsus seevastu viitab inimese isiklikule otsingule elu mõtte, eesmärgi ja oluliste suhete järele. Seetõttu ei pea inimene olema religioosne, et olla vaimne – mittereligioossed inimesed võivad samuti leida sügavama elu eesmärgi, mis ei ole seotud religioossete õpetustega (Ellison ja Levin 1998: 700-720). Seega eeldatakse, et inimesed, kes leiavad end vaimselt rahulolevana, suhtuvad tervenemisse positiivsemalt nii emotsionaalselt kui ka füüsiliselt ning reageerivad seetõttu tervishoiu sekkumistele paremini (Bangcola 2021: 163–170).

Õenduse raamistik on oluline töövahend, mis aitab struktureerida õendustegevusi ja toetada patsientide vajaduste terviklikku käsitlemist. See raamistik võimaldab õdedel süsteemselt läheneda hoolduse planeerimisele ja pakkumisele, arvestades nii füüsilisi, psühholoogilisi, sotsiaalseid kui ka religioosseid ja vaimseid aspekte.

Religiooniga seotud õenduse raamistik annab ülevaate, kuidas integreerida religioosseid vajadusi õendustegevusse, nagu illustreeritud joonisel 2 (Bangcola 2021: 167).



Joonis 2. Religiooniga seotud õenduse raamistik (Bangcola 2021: 167)

Joonisel 2 kirjeldatakse religiooniga seotud õenduse raamistikku (*Spiritual Nursing Care Framework*), mis pakub välja, et patsientide terviklik hooldus koosneb kolmest omavahel seotud tegurist, mis aitavad kaasa patsiendi religiooniga seotud vajaduste rahuldamisele. Teoreetiline raamistik joonisel 2 koosneb neljast komponendist: (1) religiooniga seotud õendus, (2) õe religiooniga seotud pädevus ehk kompetentsid, (3) patsiendi kultuuriline taust, nii osana väliskeskkonnast kui ka (4) patsiendi religiooniga seotud vajadused (Bangcola 2021: 167).

Religioossete vajaduste märkamine on õdede kutsealane tegevus, kus antakse ruumi patsiendi inimeseks olemise küsimustele, austades tema väärtuste maailma. Religioossuse arvestamine tähendab patsiendi veendumuste austamist. Religioossed väärtused hõlmavad ligimesearmastust, lootust, pühadust, halastust ja usku Jumalasse või kõrgemasse jõusse. Igal patsiendil on õigus oma usule, veendumusele ja kultuurile (Rautava-Nurmi jt 2015: 413).

Religioossus tähendab kogemust, mis seostub ühenduse tundega mingi suurema

või kõrgema reaalsusega, olgu see siis ühendus iseenda, teiste inimeste, isikliku Jumala või mõne muu üleloomuliku jõuga. See on oluline osa inimese maailmavaatest ning erinevad inimesed võivad seda erinevalt kogeda. Religioossus pakub võimalusi väärtuste ja elu eesmärgi leidmiseks ning mõjutab inimese heaolu. Paljudele on see elus inspiratsiooni ja suunajuhina. Religioossusega kaasnevad sageli erinevad sümbolid, palved ja mõtisklused (Flinck 2012: 4–7).

Narayanasamy sõnul (2001) märkisid õed, et nende osutatud religioossel toel oli terapeutiline mõju patsientidele, nende pereliikmetele ja ka õendustöötajatele. Positiivne mõju väljendus selles, et patsiendid olid rahulikud, lõdvestunud, vaiksed ja tänulikud. Patsiendid rääkisid, et religioosse toe abil tundsid nad end unikaalsetena, kaitstutena, lohutatutena, toetatutena ja said tuge haigusega võitlemiseks. Sellest võib järeldada, et religioosse toe abil on võimalik vähendada pingeid ja aidata patsiente koguda jõudu haigusega võitlemiseks. Religioosne tugi aitas patsiente ja peresid, lohutas, tegi õnnelikuks ja tänulikuks. Samuti aitas vaimne tugi peredel lähedase haiguse aktsepteerimisel (Narayanasamy 2001: 446–455).

Patsientide religioossete ja spirituaalsete vajaduste seotust iseloomustab Tabel 1.

Tabel 1. Patsientide religioossete vajaduste rahuldamise protsess (Narayanasamy 2000: 446–455).

Kuidas õed said teadlikuks patsientide religiooniga seotud vajadustest?	**Patsientide probleemid, mis on dokumenteeritud**	**Õdede tegevused**	**Õdede sekkumise tulemus**
Religioosne taust	Religioossed vajadused	Isiklik/intuitiivne lähenemine, nt isiklik seotus/ kaasamine/ toetamine	Mõju patsiendile, nt tunne, et oled eriline, ja hoolitsetuse tunne
Diagnoosist ajendatud	Spirituaalsed vajadused	Metoodiline lähenemine, nt loogika/sammud Kultuuriline lähenemine, nt aus, reflektiivne info Kiriklik lähenemine (käsitlusviis), nt ühine religioonitaust	Mõjud perekonnale, nt kohanemine protseduuriliste rutiinidega Mõju õdedele, nt väärtuslik, rahuldust pakkuv kogemus

Tabel 1 annab ülevaate sellest, kuidas õdede teadlikkus patsientide religioossetest ja spirituaalsetest vajadustest, nende lähenemisviisid ja sekkumised võivad mõjutada patsiente ja nende peresid (Narayanasamy 2001: 446–455). Esimeses veerus käsitletakse,

kuidas õed saavad teadlikuks patsientide religiooniga vajadustest, sealhulgas religioossete taustade tunnustamisest ja teatud diagnooside mõjust, mis võivad esile kutsuda patsiendi religiooniga seotud vajadused. Patsientide esitatud mured jagunevad religioosseteks ja spirituaalseteks, mida tuleb õdedel arvesse võtta. Õdede tegevused jagunevad erinevateks lähenemisviisideks. Isiklik lähenemine hõlmab isiklikku kaasamist ja toetavat suhtlemist. Metoodiline lähenemine käsitleb loogikat, samas kui kultuuriline lähenemine võtab arvesse kultuurilisi ja religioosseid eeldusi. Kiriklik lähenemine rõhutab ühist religioosset tausta. Lõpuks kirjeldab tabel õdede sekkumise tulemusi, sealhulgas mõju patsientidele, mis väljendub erilisuse ja hoolitsetuse tundes. Samuti käsitletakse pereliikmete rahuldavat enesehinnangut ning õdede rahuldust pakkuvat kogemust (Narayanasamy 2001: 446–455).

Puudujäägid patsientide vajaduste rahuldamises hõlmavad subjektiivseid ja objektiivseid tegureid, näiteks patsientide teadlikkus sellest, kust otsida professionaalset tuge, töötajate puudus, kultuuriliselt sobiva hindamise vahendi olemasolu. Patsientide vajadused võivad olla määratletud, kuid neid ei võeta piisavalt arvesse. Hong (2013: 1049–1058), Mckie ja Gaida (2022) toovad oma ülevaateartiklis välja, et neerusiirdamise patsientide vaimsus ja religioossus mõjutavad oluliselt kliinilisi ja heaolu tulemusi. Arvestades neerusiirdamise mõju nii patsiendile kui ka tema perekonnale, soovitatakse tervishoiu meeskondadel lisada vaimsed ja usulised aspektid patsiendi hoolduskavadesse igapäevase praktikana (Mckie 2022: 2277–2288).

Kogemusega õdedel ja tudengitel on teadmisi, kuidas tegeleda religioossete patsientidega, kuid sellest väike osa õdesid arvestavad ja tegelevad patsientide vaimsete probleemidega. Kuigi õed ja õendusüliõpilased teavad patsientide religiooniga seotud vajadusi ja religioosse hoolduse tähtsust õendusabi rollis, ei paku nad seda alati patsientidele (Harrad 2019: 44). Tan ja kolleegid (2018) leidsid, et holistiline lähenemine on patsiendi hoolduses oluline ja seda ei tohiks eirata. Kuigi õdede teadmised religiooniga seotud õendusest olid vähesed, pidas enamik seda vajalikuks. Probleemi põhjustab religiooniga seotud hariduse puudumine. Haridusprogrammid, mis tõstaksid teadlikkust vaimsest heaolust ja religioossetest vajadustest, aitaksid religiooniga seotud õendust tavapäraselt rakendada kliinikutes (Tan jt 2018: 1311–1318).

Eelnevast saab järeldada, et patsientide vajaduste rahuldamisel esineb puudusi, sealhulgas teadlikkuse puudumist professionaalse abi leidmise kohta, personali vähesust ja kultuuriliselt sobivate hindamisvahendite puudumist.

Singh ja kolleegid (2017) toovad ülevaateartiklis esile, et positiivne spirituaalne elu toetab vaimset tervist ja heaolu, vähendab stressi ning suurendab kohanemisvõimet. Nad soovitavad kasutada palvet, kujutluspilti ja meditatsiooni ärevuse vähendamiseks ning lootuse ja kontrollitunde pakkumiseks, samuti küsida patsiendi varasemate uskumuste kohta ja võimaldada tal kontakteeruda hingehoidjaga (Singh 2017: 44–49).

Oma 2009. aasta uuringus leidsid Lundberg ja Kerdonfag (Lundberg jt 2009), et religioosne hooldus hõlmab patsientidele ja nende peredele religioosse toe ja lohutuse pakkumist, eriti kui patsiendid on kriitilises seisundis. Õed väljendasid, et sellist tuge ja lohutust saab anda kohalolu ja patsiendi käe puudutamise või hoidmisega. Nad selgitasid, et kui pered õdede toetuse mõjul religioosselt tugevnevad, paraneb ka patsientide religioosne tugevus. Nad osalesid kõikides patsiendi hoolduse aspektides ja näitasid empaatiat. Nad mainisid nähtava rahuloluga, et sageli said positiivset tagasisidet peredelt, kes leidsid, et õdede religioosse hoolduse sekkumised olid abiks olnud (Lundberg 2009: 1121–1128).

Õendustöö osaks olev religioossete vajaduste toetamine saab teoks erinevate tegevuste kaudu. Need on kuulamine, juuresolek, aktsepteeriv suhtumine ja lootuse säilitamine. Õenduspersonal vajab lisakoolitust religioosse toetuse andmiseks (Kuuppelomäki 2001: 28–30).

Kevern (2012) on eristanud nelja peamist gruppi õdesid, kellel on erinev suhtumine õdede poolt religiooniga seotud toe pakkumisse.

Paindumatud: need on õed, kes järgivad kindlalt oma religioosseid vaateid ja ei ole valmis kompromissideks. Nad püüavad oma uskumusi patsientidele peale suruda, mis ei ole tervishoiuasutustes aktsepteeritav. Sellistele õdedele tuleks soovitada loobuda religioosse toe pakkumisest.

Pragmaatilised: need õed on valmis oma veendumustest loobuma, et rahuldada patsientide vajadusi, keskendudes hoolitsusele ja tähelepanule, mitte oma vaadete pealesurumisele. Kuigi nad hindavad religioosset pühendumust, võivad nad seista silmitsi piirangutega, kui tegemist on teiste usuliste erinevustega, mis tähendab, et nad ei pruugi sobida pikaajaliseks religiooniga seotud õenduse pakkumiseks.

Loomulikud religiooniga seotud hoolduse pakkujad: need õed on kohanenud erinevate kultuuride religioossete vajadustega ja pakuvad laiaulatuslikult religiooniga seotud hooldust. Nad on juhtkonna silmis ideaalsed kandidaadid religiooniga seotud hoolduse pakkumiseks.

Relativistlikud õed: need õed ei pruugi olla ametliku religioosse praktikaga tuttavad, kuid nad väärtustavad religioossust ja suhtuvad sellesse avatult. Kuigi neil võib puududa enesekindlus, on nad valmis avatud suhtlemiseks ja suudavad luua sisukaid dialooge patsientidega. Neid tuleks toetada koolituste ja mentorluse abil. (Kevern 2012: 981–989)

Patsientide **religioosset heaolu** toetab kogu õndusprotsessis ajakasutus, mis kätkeb endas religioossetele õendustegevustele kulunud aega, aga ka vahetuses töötavate õdede piisav hulk, kes patsiendiga tegelevad ning suure tähendusega on õdede kogemuste pagas, siis tööstaaž. Võib öelda, et õdede õendustöö jaoks kuluva aja süsteemsel planeerimisel on seos õendusabi kvaliteediga. Töö korraldamine ja juhtimine on otsustava tähtsusega. Aja kasutamisel on oluline osata määratleda tööülesannete prioriteetsus (Ernits 2018: 84–92).

Teoreetilisest ülevaatest nähtub, et patsientide religiooniga seotud vajadused ja heaolu on olulised aspektid, mida tuleks õendusprotsessis arvesse võtta. Kui õe õppekavasse on Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis alates 2012. aastast patsientide religiooniga seotud temaatika integreeritud, siis on olemas baasteadmised, millede toel patsientide religiooniga seotud vajadusi arvesse võtta (Õde 2017). Samas tuleb kirjandusest välja tõsiasi, et kõikidele õdedele ei sobi patsientide religioossete vajadustega tegelemine ja ka sellega tuleks arvestada. Patsientide religiooniga seotud vajaduste temaatikat tuleks dokumenteerida, et õendusprotsess oleks järjepidev. Selleks, et saada tõenduspõhist informatsiooni lisaks kvantitatiivsetele uuringute tulemustele, on igati vajalik kvalitatiivne lähenemine, et teada saada õdede kogemusi, oskusi ja valmisolekut patsientide religiooniga seotud vajadusi, et neid toetada.

1.3 Holistiline inimkäsitus uurimuse teoreetilise lähtekohana

Terviklik inimkäsitus tugineb humanistlikul inimkäsitusel, mille kohaselt inimene on füüsiline, psüühiline, sotsiaalne ja religioosne tervik (Rauhala 2005:56-57; Kalkim jt 2016: 1–13; Rautava-Nurmi jt 2016: 21–22).

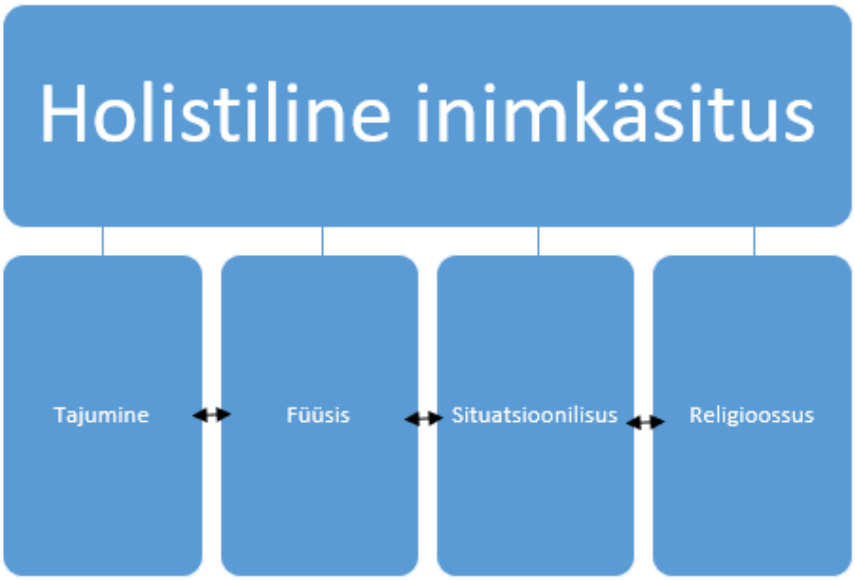
Nüüdisaegse õenduspraktika ja õdede koolituse põhimõtete keskpunktiks on isiksusekesksus. See tähendab keskendumist iga konkreetse inimese eluolule, vajadustele (sh erivajadustele), isiklikele eesmärkidele ja selle rakendamisele igas õendusprotsessi etapis (monitoorimine, hindamine, sekkumine, hinnang) ning õendustegevuste läbiviimisele (Rautava-Nurmi jt 2016: 22–47).

Füüsilised probleemid on tavaliselt kergemini äratuntavad kui psühholoogilised. Patsiendi täheldatavad probleemid võivad olla subjektiivsed või objektiivsed (Gordon 2008), ja mõlemad on hooldajatele olulised. Subjektiivne probleem viitab patsiendi isiklikule tundele või kogemusele, mida patsient ise kirjeldab. Objektiivne probleem on see, mida tervishoiutöötaja või arst täheldab (Gordon 2008: 5–7, Rautava-Nurmi jt 2016: 48–50). Patsiendi probleemid võivad olla ka aktuaalsed või potentsiaalsed. Aktuaalsed probleemid on täheldatavad, potentsiaalsed probleemid võivad ohustada patsiendi tervislikku seisundit (Rautava-Nurmi jt 2016: 48–50). Lake´i jt (2009) sõnul prioriseerivad õed patsientide hooldusvajadusi enda arusaamise põhjalt ja hindavad olukorda pidevalt uuesti patsiendi olukorra muutudes, et toime tulla keerukate olukordadega (Lake 2009: 376–388). Õendustöö väljakutse on vastata patsientide põhivajadustele keerulises keskkonnas, ning kuna hooldustöö fundamentaalseid aspekte pole süstemaatiliselt uuritud, on see ka õendustöö üheks väljakutseks (Kitson jt 2014: 331–339).

Patsiendi ja tema pereliikmete kaasamine ravi ja hooldusega seotud otsuste tegemisse on pidev prioriteet. Üha olulisemaks on muutunud õe oskus anda patsiendile ja tema lähedastele asjakohast teavet ravi ja tervisliku seisundi kohta. Samal ajal on õdede koolitamine edendanud patsiendikeskset hooldust, mis seab õdede eetilistele põhimõtetele veelgi suuremad nõudmised (Sotsiaalministeerium 2017).

Patsiendiga töötades lähtuvad õed väärtustest, mis põhinevad terviklikul inimkäsitusel ja eetikal (Rautava-Nurmi jt 2016: 18–21). Eetilised väärtused juhivad õendustööalaseid otsuseid ja peegeldavad patsiendi märkamist (Abdelhamid 2003: 32; Leino-Kilpi jt 2014: 23–25; Eriksson jt 2015: 14–15; Ahonen jt 2016).

Tänapäeval toetavad teadusharud holistilist lähenemist (Joonis 3) inimesele ja käitlevad inimest kui tervikut. Holistiline hooldus on vastuseks inimese füüsilistele, psühholoogilistele, sotsiaalsetele ja religioossetele vajadustele.



Joonis 3. Inimese eksistentsi vormid (Harra 2004: 29)

Joonisel 3 on esitatud holistilise inimkäsituse raamistik, kus kõik neli tunnust on omavahel seotud. Soome psühholoog Rauhala on loonud teooria, mille kohaselt inimene on füüsiline, psüühiline, sotsiaalne ja religioosne tervik (Rauhala 1990:46-47; Rauhala 2005:56-57; Kalkim jt 2016: 1–13). Tervishoiualases töös kasutakse laialdaselt holistlisele käsitusele tuginevat inimkesksuse tegevusmudelit, mis toetab patsiendi heaolu ja tõstab tema elukvaliteeti.

Rauhala teooriat on üldistanud Dunderfelt, teooria keskendub inimese terviklikkusele, rõhutades kolme peamise dimensiooni — kehastuse, teadvuse ja situatiivsuse — omavahelist tihedat seost. Dunderfelti üldistus toob esile, et Rauhala teooria kohaselt tuleb inimest mõista kui tervikut, kus füüsilised, psüühilised ja sotsiaalsed aspektid on lahutamatult seotud ning kõik need dimensioonid mõjutavad inimese tervist ja heaolu (Dunderfelt 2016: 123–150).

Magistritöö teoreetiline ülevaade loob tausta empiirilisele osale ja selgitab, millistele põhimõtetele tuginedes on intervjuuküsimused koostatud. Teoreetilises osas käsitletud seisukohti on rakendatud uuringu kvalitatiivse osa metoodika kujundamisel. Ankeedi küsimused pakkusid lähtekohti intervjuude koostamiseks ning kogu uuring toetub terviklikule, holistilisele inimkäsitusele.

Holistiline lähenemine rõhutab individuaalsust, väärtustades iga inimese unikaalseid vajadusi, tõekspidamisi ja kogemusi. Samuti tunnistab see, et inimese heaolu

ja tervenemine ei piirdu ainult füüsilise tervise taastamisega, vaid hõlmab ka psühholoogilist, sotsiaalset ja spirituaalset tasakaalu.

See vaatenurk on eriti oluline tervishoius, kus holistiline käsitlus aitab mõista ja toetada patsiente terviklikult, arvestades nende individuaalset eluviisi, kultuuri ja uskumusi, et edendada paremat ravi, hooldust ja elukvaliteeti.

II. UURIMUSE METOODIKA

2.1 Uurimisprobleemi asetus, uurimuse eesmärk ja uurimisküsimused

Magistritöö uurimuslik osa koosneb kahest üksteist täiendavast osast: kvantitatiivsest ja kvalitatiivsest. Uurimuse kvantitatiivne osa põhineb magistritöö autori varasemate uuringute (Ernits 2001; Ernits 2018; Ernits jt 2020) ja jätku-uuringu teostaja Kõrgemaa (Kõrgemaa jt 2023; Kõrgemaa jt 2024) uuringutulemuste kokkuvõtval analüüsil, mille keskmes on patsientide religiooniga seotud vajadused ja õdede tegevused patsientide religioosse heaolu toetamisel.

Kvantitatiivse uuringu tulemused pakuvad kokkuvõtvat ülevaadet (1999, 2009, 2021) õdede hinnangutest patsientide religiooniga seotud õendustegevustele, nende seostele teiste õendustegevustega ning õendustegevustele kulunud ajast. Õdede hinnangud on aja jooksul muutunud vähesel määral.

Kvalitatiivne osa põhineb õendusabikliinikus töötavate õdede intervjuudel (N=9), mille eesmärk on välja selgitada patsientide religiooniga seotud vajadused õendusprotsessis ning avada õdede kogemusi patsientide religioosse heaolu toetamiseks.

Eesmärgist lähtuvalt otsitakse vastuseid järgmistele uurimisküsimustele.

1. Millised muutused on dünaamikas tekkinud (1999, 2009, 2021) õdede hinnangutes õendustegevustele seoses religiooniga seotud tegevustega?
2. Millised on õdede kogemused seoses patsientide religiooniga seotud vajaduste toetamisel?
3. Kuidas on võimalik õendusprotsessis toetada patsientide religiooniga seotud vajadusi?
4. Milliseid soovitusi saab rakendada erinevate instantside koostöös patsientide religiooniga seotud vajaduste toetamisel?

2.2 Uuringus kasutatud meetodite ja valimite kirjeldus

Kvantitatiivse meetodiga uuriti kokku kolmel uuringu perioodil 904 õde. I uuringus osales 490 õde (1998), II uuringus 204 õde (2009) ja III uuringus 210 õde (2021) 14-st haiglast, et saada andmeid õdede professionaalse tegevuse kohta.

Statistiliseks andmeanalüüsiks kasutati Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli rakendusuuringu „Õenduse areng füüsilisest, psüühilisest, sotsiaalsest ja religioossest

vaatenurgast Eesti ühiskonnas“ jooksul (1999, 2009) ja 2021. aastal kogutud anketeerimise statistilisi andmeid (Ernits 2001, 2018; Kõrgemaa jt 2023, 2024).

Olen osalenud kõikides andmete kogumise protsessides ja analüüsis. Statistilises ülevaates keskendutakse antud magistritöö fookusele – patsientide religiooniga seotud vajadustele ja religiooniga seotud õendustegevustele.

Kvalitatiivne meetod oli suunatud uuringu põhifookusele, uurimaks teemaintervjuude kaudu patsientide religiooniga seotud vajadusi ja nendega seotud küsimusi. Teemaintervjuus on arutlusteemad eelnevalt kindlaks määratud, kuid puudub struktureeritud intervjuule iseloomulik täpne küsimuste sõnastus ja kindel järjekord. Intervjueerijal on loend käsitletavatest teemadest, kuid küsimuste täpne järjekord ja ulatus võivad varieeruda sõltuvalt intervjuust ja intervjueeritava ametikohast või tööülesannetest (Eskola 2018: 27–51).

Teemaintervjuud (vt lisa 1) viidi läbi 2024 AS Lääne-Tallinna Keskhaigla õendusabikliinikus üheksa õenduskliiniku õega, kellel on erineva pikkusega tööstaaž (vt Tabel 2). Lääne-Tallinna Keskhaigla on Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli koostööpartner, seal on õendusabikliinik ja eelnevates anketeerimistes (1999, 2009 ja 2021) on haigla samuti osalenud partnerina. Luba intervjuude tegemiseks saadi haiglalt veebruaris 2024 ja kooskõlastus Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteest mais 2024, milles sisaldub ka AS Lääne-Tallinna Keskhaigla nõusolek

Õendusabikliinik on valimis, kuna selles viibivad patsiendid pikema aja vältel, mistõttu eeldati, et religiooniga seotud küsimused võivad olla aktuaalsed. Aktiivravi osakondades viibivad patsiendid väga lühikest aega ning sealsete õdede intervjueerimine võiks toimuda jätku-uuringu raames.

Enne intervjueerimist saadeti respondentidele informeeritud nõusoleku vorm (Lisa 3). Intervjuu küsimused koostati „Õenduse arendamise, uurimistöö ja hariduse Balti-Soome NuRsE-projekt“ ankeedis olevate küsimuste, teaduskirjanduse ja juhendajaga konsulteerimise põhjal. Intervjuu küsimuste lõpliku formuleerumise juures oli oluline roll Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteel (Lisa 2), kust saadi vajalikke näpunäiteid ja täpsustusi.

AS Lääne-Tallinna Keskhaigla kontaktisikuks oli vastavalt haigla loale õendusabikliiniku õendusjuht. Koostöös temaga kooskõlastati potentsiaalsete intervjueeritavate sobivus kaasamiskriteeriumidele ja sobivate intervjueeritavate valik.

Kriteeriumid olid järgmised: 1) töötamine õendusabikliinikus vähemalt ühe aasta vältel õena, 2) registreeritud õe staatus, 3) soov uuringus osaleda ja nõusoleku kinnitamine uuritavate informeerimise ning teadliku isikuandmete töötlemise nõusoleku vormil (Lisa 3).

Intervjuud toimusid ajavahemikus 04–19.06.2024. a.

Uurija võttis intervjueeritavate õdedega ühendust ning leppis kokku intervjuu aja ja koha. Intervjuud viidi läbi AS Lääne-Tallinna Keskhaigla õendusabikliiniku ruumides uuritavatele sobival ajal ja kohas. Uuritavate informeerimise ja teadliku isikuandmete töötlemise nõusoleku vorm allkirjastati vahetult enne intervjuud kahes eksemplaris, millest üks jäi uurijale ja teine intervjueeritavale.

2.3 Uurimisandmete analüüs

Kvantitatiivseid andmeid analüüsiti IBM SPSS versiooni 22.0 abil (IBM Corp, Armonk, NY). Andmete analüüsimiseks kasutati kirjeldavat statistikat, risttabeleid ja korrelatsioone. Pearsoni korrelatsioonianalüüs viidi läbi skaala skooride vahelise seose määramiseks (Ernits 2018; Kõrgemaa jt 2023). Täpsemalt on kvantitatiivsete andmete analüüsimise meetod toodud ära eelnevates publikatsioonides (Ernits 2018; Kõrgemaa jt 2022, 2023).

Ankeedis olnud küsimused 12, 23 ja 26 käsitlesid muu hulgas patsientide religiooniga seotud probleemide sagedust (küsimus 12), õdede eesmärke patsiendi heaolu vaatenurgast, sealhulgas religiooniga seotud heaolu (küsimus 23), ning viimase töövahetuse jooksul religiooniga seotud õendustegevustele kulutatud aega (küsimus 26). Sama ankeeti on kasutatud õdede küsitlemiseks kolmel korral: aastatel 1999, 2009 ja 2021. Iga küsitlusperioodi eel vaadati terminoloogia üle, tagamaks, et küsimuste sisu jääks muutumatuks. Käesolevas magistritöös võrreldakse teemakohaste küsimuste tulemusi nende aastate lõikes, et toetada kvalitatiivset uurimuse osa.

Teemaintervjuude analüüsimiseks kasutati kvalitatiivset sisuanalüüsi, mille tulemusena on võimalus koostada uuritavast nähtusest kirjeldus (Õunapuu 2014: 161). Sisuanalüüsi käigus analüüsitakse intervjuude sisu teemade ja tähenduse kontekstis ning märksõnad kodeeritakse. Uuritavate tunnuste analüüsimisel saadud tulemused moodustavad kodeeritud algandmed, millest luuakse andmestik, mis võimaldab neid analüüsida (Õunapuu 2014: 178). Teemaintervjuudest saadud andmed selekteerusid *in*

vivo koodideks, mis on tekstis esinevad kirjeldused, teemad, kus koodid esindavad kategooria sisu tabaval viisil (Laherand 2008: 285–286; Lagerspetz 2017: 208).

Intervjuud tehti juunis 2024, pseudonümiseerimine toimus juulis ja augustis kohe peale intervjuude transkribeerimist. Intervjuude pseudonümiseeritud salvestistele ja nende transkriptsioonidele oli ligipääs ainult uurijal.

Andmeid koguti ja analüüsiti paralleelselt ning uuritavate värbamine lõpetati, kui andmeid oli piisavalt. Sisuanalüüsi käigus analüüsiti intervjuude sisu teemade ja tähenduse kontekstis ning märksõnad kodeeriti. Kodeerimise käigus saavad kõik tekstis esinevad olulised ütlused esialgse tõlgenduse ja nimetuse, tematiseerimise käigus need grupeeritakse ning loodud struktuur püütakse teoreetilisel tasandil kokku võtta (Lagerspetz 2017: 206). Intervjuude ajaline kestus jäi vahemikku 36 minutit kuni üks tund ja kaheksa minutit.

Kvalitatiivsete andmete analüüsiks kasutati MAXQDA tarkvara (MAXQDA 2021), mis võimaldab helifaile transkribeerida, kodeerida, koode rühmitada ja koodipuid luua. Transkriptsioone loeti ja mõttetervikud kodeeriti vastavalt intervjuu küsimustele, nii tekkisid alakategooriad. Korduva ülakategooriate lugemise tulemusel moodustati neli peakategooriat (õdede kompetentsid ja ajakasutus, professionaalse toe vajadus, töökorraldus ja töökeskkond, patsiendi religiooniga seotud vajadused) ning peakategooriate juurde mõned alakategooriad (patsientide ja lähedaste hirmud, õdede aeg ja ajakasutus, töökeskkond õpimotivatsioon). Analüüs toimus peakategooriate lõikes. Transkribeerimise protsessis pseudonümiseeriti andmed ja kustutati salvestused kohe pärast transkribeerimist, mis kaotas seose isiku ja andmete vahel. Intervjueeritavad pseudonümiseeriti, andes neile koodid Õ (õde) ja intervjuu nr 1(uuringu tähis), ja intervjuu number nt 1. Koodid ei sisaldanud muud infot intervjueeritavate kohta. Edasi töötati ainult transkribeeringutega, millel olid intervjueeritava koodid Õ11, Õ12 jne.

Intervjuude pseudonümiseeritud täistekstid salvestati kõrgkooli turvatud pilveserverisse. Kõik helifailid kustutati kohe pärast transkriptsioonide kontrolli. Kodeerimise käigus loodi koodivõti, mille kaudu sai vajaduse korral andmesubjekti juurde tagasi pöörduda uurimistöö koostamise käigus. Koodivõtit hoiab uurija parooliga kaitstud arvutis ning see hävitatakse kahe aasta möödumisel, hiljemalt juunis 2026. Pärast koodivõtme hävitamist ei ole enam võimalik tagasikodeerimine ega uuritava isiku kindlakstegemine. Intervjuude analüüsi tulemused esitatakse üldistatud kujul. Tulemuste

illustreerimiseks ja töö usaldusväärsuse tagamiseks kasutatakse intervjuude katkeid, mida esitatakse kodeerituna ja tsitaatidena.

Andmeid koguti intervjuu teel, tegemist oli individuaalselt läbi viidud teemaintervjuudega, intervjuu koosnes 14 küsimusest (vt Lisa 1).

2.4 Uuringu eetika

Uuringu kõigis etappides järgiti Head Teadustava (2017), tulemused on publitseeritud monograafiana doktoritöö raames (Ernits 2018) ja eelretsenseeritavates teadusajakirjades (Kõrgemaa 2022, 2024; Kõrgemaa, 2023). Enne iga uuringu läbiviimist saadi vajalikud uuringuload. Eesti õigusraamistiku kohaselt oli I ja II uuringu etappidel nõutav uuringus osalevate asutuste kirjalik või suuline luba. Uuring III kooskõlastati Tartu Ülikooli teaduseetika komitee poolt (kooskõlastusnumbrid 332/T-21 21.12.2020 ja 345/M-7 14.06.2021) (Kõrgemaa 2022, 2024; Kõrgemaa, 2023).

Käesolevas uurimistöös ei töödelda eriliigilisi isikuandmeid isikuandmete kaitse seaduse § 6 mõistes. Luba intervjuude tegemiseks saadi AS Lääne-Tallinna Keskhaiglalt veebruaris 2024 ja kooskõlastus Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteest mais 2024 (Lisa 2), mille teabele on allpool toetutud.

Intervjuude läbiviimiseks võeti uuritavate informeerimise Lisa 3) ja teadliku isikuandmete töötlemise nõusoleku vormile intervjueeritavatelt allkiri kahes eksemplaris, millest üks jäi intervjueeritava kätte. Samuti lähtuti hea teadustava (2017) põhimõtetest.

Uuritavatel oli õigus igal ajal uuringus osalemisest loobuda, sealhulgas peatada intervjuu, kui nad ei soovinud enam selles osaleda. Intervjuust loobumiseks tuli seda selgelt väljendada intervjuu ajal või võtta ühendust uurijaga, kelle kontaktandmed olid esitatud nõusoleku vormil. Uuritavad olid informeeritud ja andsid teadliku nõusoleku oma isikuandmete töötlemiseks, mis olid esitatud uuritavate informeerimise ja teadliku isikuandmete töötlemise nõusoleku vormil.

III. UURIMISANDMETE ANALÜÜS JA ARUTELU

3.1 Kvantitatiivsete taustaandmete analüüs: õendustegevused dünaamikas uuringu eri etappidel

Käesolevas peatükis analüüsitakse kvantitatiivse uuringu tulemusi, mis pakuvad ülevaadet õdede hinnangutest patsientide religiooniga seotud õendustegevustele kolmel ajaperioodil: 1999, 2009 ja 2021. Uuring keskendub nii nende tegevuste seostele teiste õendustegevustega kui ka neile kulunud ajale.

Kvantitatiivsete andmete analüüs tugines kolmes etapis tehtud ankeetküsitluse tulemuste analüüsile. Ankeedi kirjeldus on esitatud doktoritöö monograafias (Ernits 2018: 43–49) ja publikatsioonide (Kõrgemaa 2022: 277–289, 2024; Ernits 2018: 132–155). Ankeet koosnes 42 küsimusest, antud uuringus on tausta kirjeldamise andmetena kasutatud üheksa küsimust (4, 5, 6, 8, 23, 24, 25, 26, 27).

Andmebaas kujunes 1999, 2009 ja 2021. a statistiliste andmete analüüsist (Ernits 2018: 52–57; Kõrgemaa jt 2023: 277–289).

Olulisteks taustatunnusteks peeti vastajate õendusalast haridust, töökogemust ja vanust.

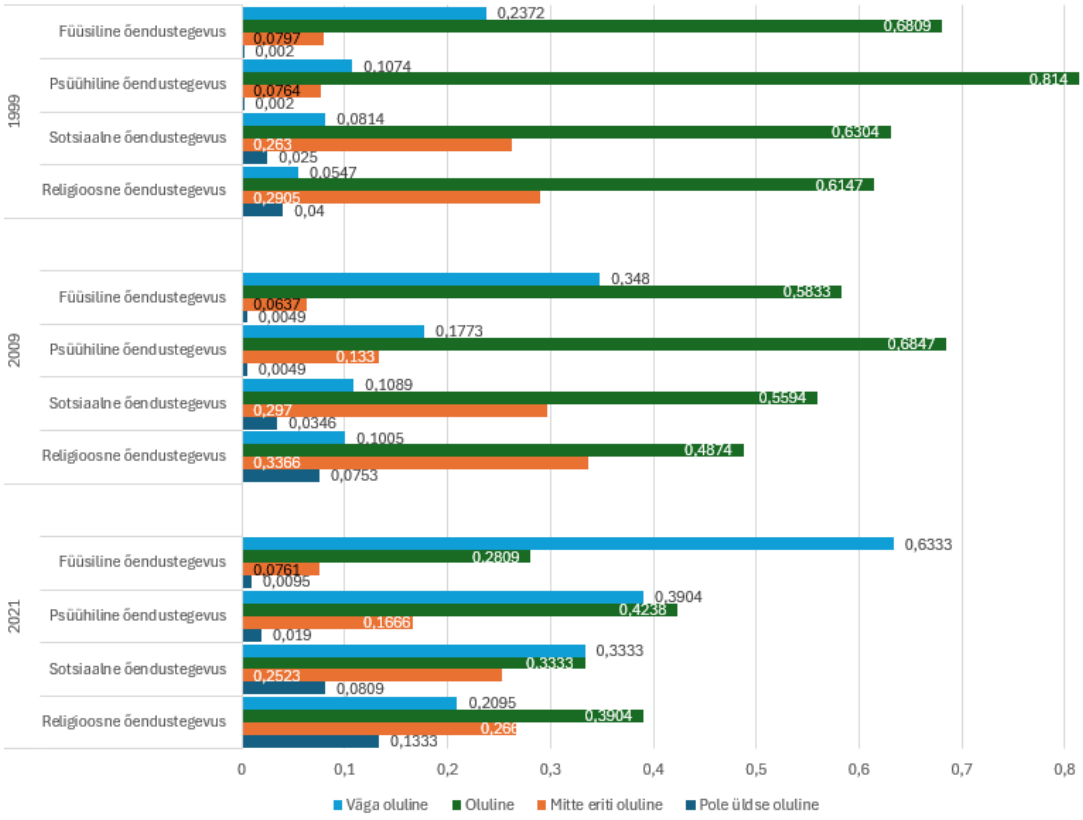
Töökogemus. Töökogemuse jaotuses on toimunud muutused: üle 20-aastase töökogemusega vastajate osakaal kasvas 1999. aasta 30%-lt 43%-ni 2021. aastaks. Samas 11–20-aastase töökogemusega vastajate osakaal vähenes 27%-lt 1999. aastal 17%-ni 2021. aastaks. See näitab kogenud töötajate arvu suurenemist uuringu eri etappidel.

Vanusevahemikud. 1999. aastal moodustasid suurima osa vastajatest 21–30-aastased (41%), kuid nende osakaal vähenes 2021. aastaks 21%-ni. Samal ajal kasvas 41–50-aastaste osakaal 18%-lt 32%-ni ning 51+ vanuserühma osakaal 14%-lt 26%-ni. See näitab õdede vananemist ja kogenumate töötajate osakaalu suurenemist tööturul.

Õendusalane kõrgharidus. 1999. aastal puudus õdedel õendusalane kõrgharidus. 2009. aastaks oli kõrgharidusega õdede osakaal 43% ning 2021. aastaks tõusis see 92%-ni. See peegeldab õdede haridustaseme märkimisväärset kasvu alates 1996. aastast, mil õendusharidus muutus kõrghariduseks.

Andmed näitavad, et aastatel 1999–2021 on õendusvaldkonnas toimunud märkimisväärsed muutused: õdede töökogemus ja vanus on kasvanud, viidates kogenuma tööjõu osakaalu suurenemisele, ning haridustase on oluliselt tõusnud, rõhutades kõrgema kvalifikatsiooni tähtsust tervishoius.

Järgnevalt toon välja ankeedi küsimuse 23 (Joonis 4, Ernits 2018: 138-139) tulemused, mis käsitles füüsiliste, psüühiliste, sotsiaalsete ja religiooniga seotud õendustegevuste olulisust õe igapäevatöös patsiendi heaolu seisukohast.



Joonis 4. Õendustegevuste olulisus patsientide heaolu seisukohast

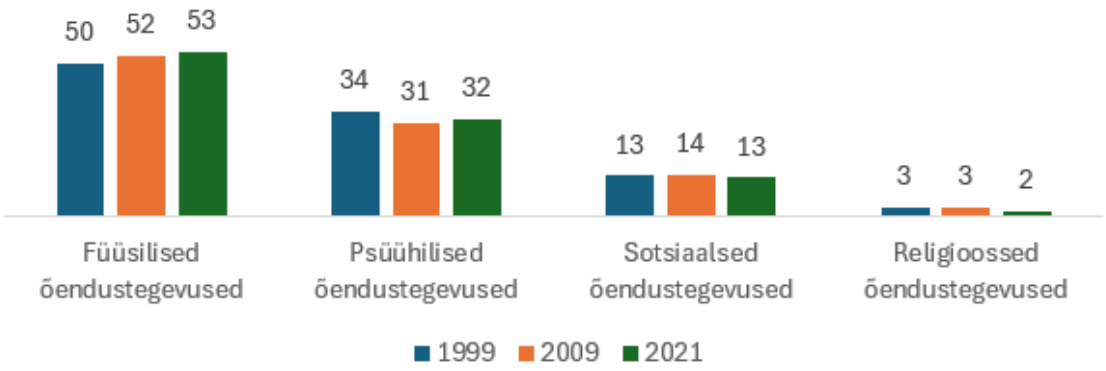
Õdede jaoks on olenemata aastast olnud kõige olulisemad patsiendi füüsilise õendusega seotud tegevused. Kõige vähem olulised on olnud patsiendi religioosse õendusega seotud tegevused. Võrreldes 1999. aastaga on religioosse õendusega seotud tegevused muutunud õdede jaoks vähem oluliseks – 1999. aastal andis 33% õdedest hinnangu, et need pole üldse olulised või on vähe olulised, 2009. aastal tõusis see näitaja 42%-ni ja 2021. aastal oli see 40%.

1999. aastal hindas 61% vastajatest religioosset õendustegevust tähtsaks ja 5% väga tähtsaks. 2021. aastaks oli nende osakaal kasvanud vastavalt 39%-ni ja 21%-ni. Kuigi religioosse õendustegevuse tähtsust peetakse endiselt vähem oluliseks kui teisi õendustegevusi, on selle tähtsus siiski aja jooksul suurenenud. Füüsiline õendustegevus on paljudele väga oluline. Psüühiline õendustegevus on samuti tähtis või väga tähtis

paljude vastajate jaoks. Sotsiaalse õendustegevuse tähtsust hindavad vastajad mõõdukalt olulise ja olulise vahepeal. Religioosne õendustegevus on aga vähem hinnatud võrreldes teiste kategooriatega, kuna enamik vastuseid seondub keskmise või madala tähtsusega. Üldine trend joonisel viitab sellele, et füüsiline ja psüühiline õendustegevus on kõige olulisemaks hinnatud, samas kui religioosne õendustegevus jääb teiste kategooriate taustal vähem tähtsaks.

Üldiselt näitavad tulemused, et füüsiliste ja psüühiliste õendustegevuste olulisus patsiendi heaolu seisukohalt on aastate jooksul kasvanud. Religioosse ja sotsiaalse õendustegevuse tähtsus on samuti kasvanud, kuid mitte nii märkimisväärselt.

Järgmiseks toon välja vastused ankeedi küsimustele 24–27, mis käsitlesid õendustegevustele (füüsilised, psüühilised, sotsiaalsed ja religiooniga seotud) kulunud aega viimases töövahetuses (Joonis 5).



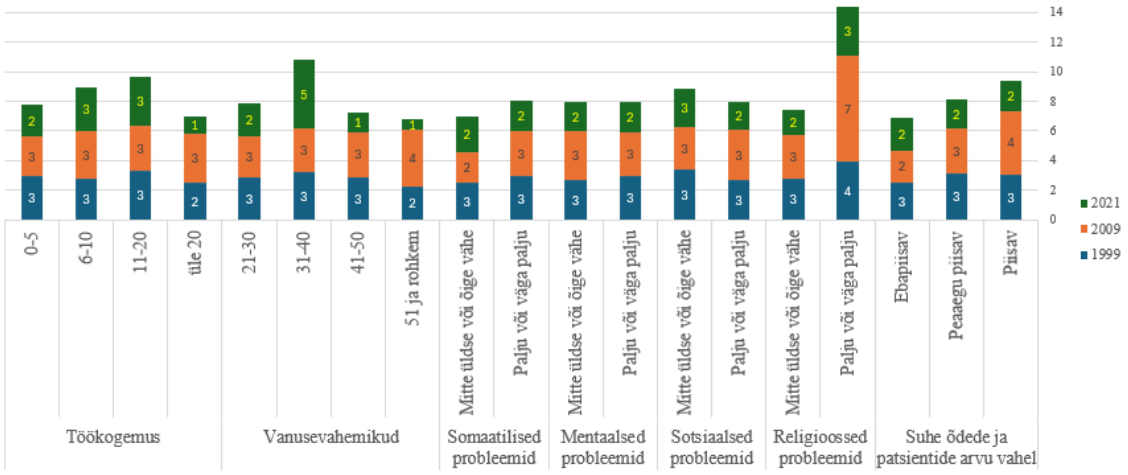
Joonis 5. Õendustegevustele kulunud aeg minutites viimases töövahetuses

Ankeedi küsimuste 24-27 kaudu hinnati füüsilistele, psüühilistele, sotsiaalsetele ja religioossetele õendustegevustele kokku kulunud aega nii, et kogu individuaalsetele tegevustele kulunud aeg summeeriti. Tunnuste analüüsimiseks vajaliku ajaskaala loomiseks muudeti valikvastuste koodid ajavahemikeks, mis esitati 30 minutiliste ühikutena (Ernits 2018: 66-70; Ernits jt 2020: 103).

Vahetuse jooksul eri tüüpi õendusele panustamise jaotus on aastate jooksul jäänud üsna stabiilseks: umbes pool ajast (50–53%) kulub füüsilisele õendusele, kolmandik (31–34%) psüühilisele, ligikaudu 13–14% sotsiaalsele ja vaid 2–3% religioossele õendusele.

Kui võrrelda religiooniga seotud õendusele kulutatud aja osakaalu teiste õendustegvustega kulutatud ajaga, ilmneb, et enam aega on pühendatud teistele

õendustegevustele ehk siis peamiselt füüsilistele, psüühilistele ja sotsiaalsetele õendustegevustele.



Joonis 6. Religiooniga seotud õendustegevustesse panustamine viimases töövahetuses taustatunnuste lõikes ja probleemide esinemise sageduse lõikes

Joonisel 6 on aastate lõikes analüüsitud, kui suure osa vahetusest kulutasid õed erinevatele õendustegevustele, võttes arvesse taustatunnuseid. Kuna religioossele õendusele kulutatud aeg on väga väike, pole märkimisväärseid erinevusi näha. Huvitav on aga see, et isegi kui õed leiavad, et religiooniga seotud probleemidega patsiente on palju, ei suurene religioossele õendustegevusele panustatud aeg sellest hoolimata oluliselt.

Töökogemus. Pikema töökogemusega õed annavad suurema panuse religioossetesse õendustegevustesse, eriti viimastel aastatel (2021). Hinnang religiooniga seotud õendusele: need, kes peavad religiooniga seotud õendust oluliseks, näitavad pidevat kasvu pühendatud ajas aastate jooksul. Joonis 6 toob selgelt esile trendi, et aja jooksul on osakaal religiooniga seotud õendusele kulutatud vahetustest üldiselt suurenenud, eriti nende seas, kes peavad seda tähtsaks ja kel on rohkem töökogemust. Religiooniga seotud õendustegevustele kulutatud aja osakaal vahetusest pole aastatega muutunud olenemata sellest, kas seda peetakse tähtsaks või mitte. Enamik aeg vahetusest läheb ikkagi füüsilistele õendustegevustele. Usutavasti kogenumad õed oskavad rohkem märgata patsientide psüühilisi, sotsiaalseid ja religiooniga seotud probleeme. Samas tööpinge ja töökorraldus ei võimalda näiteks religiooniga seotud probleemidega tegeleda. Samuti ei ole õdedel piisavat ettevalmistust, et religiooniga seotud tuge pakkuda.

Eelnevast nähtub, et religiooniga seotud õendustegevused ei ole aastate jooksul oma rolli õdede töös ja töövahetuses kulutatud aja lõikes oluliselt olulisust kasvatanud. Õed, kellel on pikem töökogemus, väärtustavad religiooniga seotut enam. Endiselt kulub enamus ajast füüsilistele õendustegevustele.

Joonisel 7 on kujutatud viimases töövalves kulunud aega religiooniga seotud õendustegevustele.

Väited	1999	2009	2021
Pihtimise võimaluse loomine	1340	790	975
Patsientide eest palvetamine	1355	785	1015
Religioosse teenistuse korraldamine patsiendile	1330	775	1065
Võimaluse pakkumine armulauaks	885	535	1115
Religioosse kirjanduse pakkumine	1230	650	1300
Religioossete tegevuste võimaluste loomine	1440	935	1355
Vaimuliku kutsumine, kui patsient seda soovib	1925	1215	1485
Hingehoiu võimaluse loomine	1550	1005	1730
Patsiendi palveelu toetamine	2035	1255	2185
Patsiendi enda veendumuse tugevdamine	6795	2395	2270

Joonis 7. Religiooniga seotud õendustoimingutele kulutatud aeg (minutites) aastate lõikes.

Joonise 7 värvid esindavad väärtuste intensiivsust, kus punane viitab madalamatele väärtustele ja roheline kõrgematele. Aasta lõikes on punasega välja toodud kõige väiksemad tulemused (vähem minuteid), kollasega keskmised ning rohelisega enim minuteid. Näiteks on 1999. aasta andmed sageli rohelisemad, mis võib viidata religioosse toetuse suuremale kättesaadavusele või sagedasemale kasutamisele tol ajal.

Joonis 7 näitab, kuidas erinevate religiooniga seotud tegevuste pakkumine patsientidele on aja jooksul muutunud, mõõdetuna aastatel 1999, 2009 ja 2021. Iga rea esimeses veerus on tegevuse kirjeldus, millele järgnevad iga aasta kohta antud väärtused, mis võivad tähistada näiteks seda, kui palju õdesid on valmis pakkuma sellist teenust või kui sageli seda tegevust rakendatakse.

Muutused aastate kaupa. Mõned tegevused, nagu „pihtimise võimaluse loomine" ja „patsientide eest palvetamine", on aastatel 1999 ja 2009 vähenenud, kuid 2021. aastal on need taas pisut kasvanud. Samas „võimaluse pakkumine armulauaks" on järjepidevalt suurenenud, olles 2021. aastal kõrgem kui varasematel aastatel.

Ajaliselt kasvanud tegevused.

1. Tegevused, nagu „religioosse kirjanduse pakkumine", „religioossete tegevuste võimaluste loomine" ja „hingehoiu võimaluse loomine", on 2021. aastaks kasvanud.
2. „Patsiendi palveelu toetamine" on 2021. aastal oluliselt kõrgem kui 1999 või 2009.
3. „Vaimuliku kutsumine, kui patsient seda soovib" on samuti kasvanud, mis näitab suurenenud tähelepanu vaimulikele vajadustele.

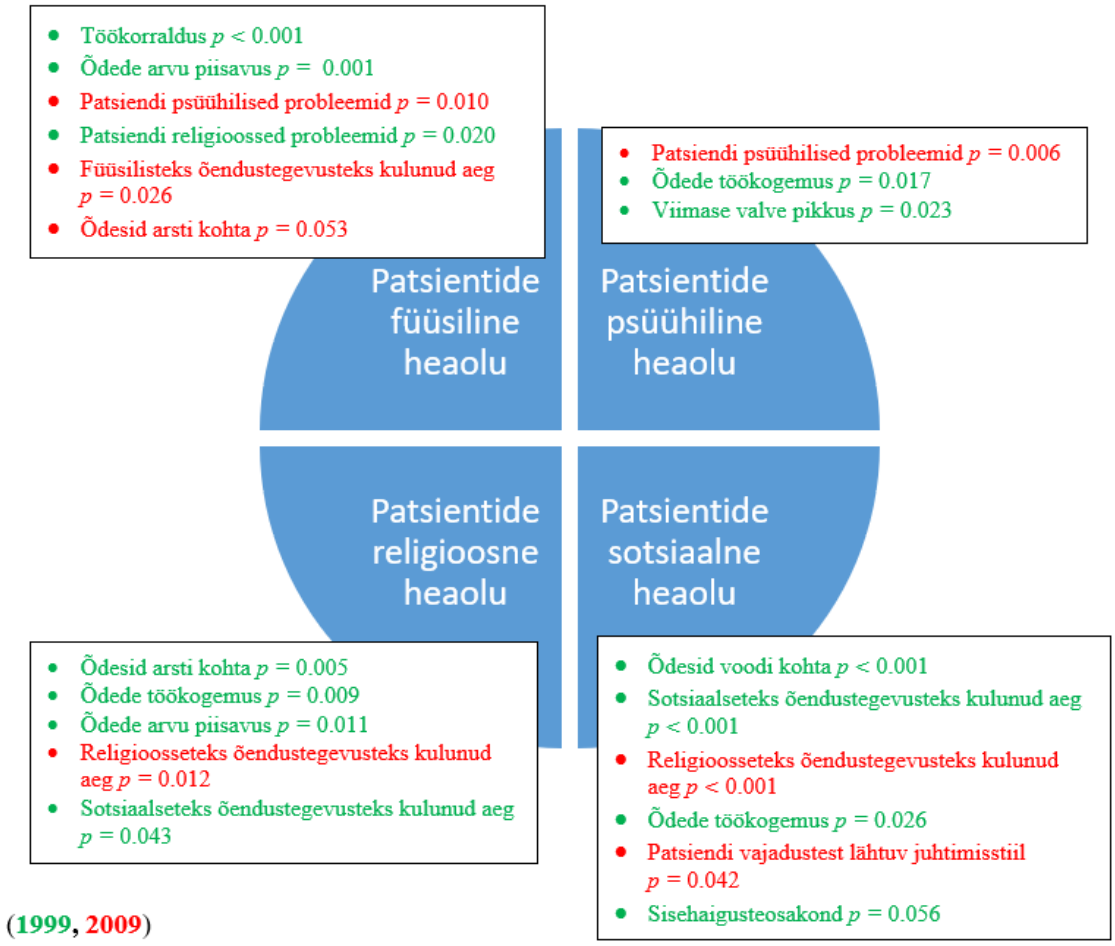
Ajaliselt kahanenud tegevused. „Patsiendi enda veendumuse tugevdamine" oli 1999. aastal väga kõrgel tasemel, kuid 2009. ja 2021. aastaks on see langenud.

Andmed annavad ülevaate sellest, kuidas religiooniga seotud õendus ja selle osutamine on aastate jooksul muutunud. Näib, et teatud tegevuste osutamine on 2021. aastal kõrgem, eriti neis tegevustes, mis on seotud hingehoiuga ja patsiendi palveelu toetamisega.

Anketeerimise tulemustest nähtub, et aastate vältel on õed kõige enam toetanud patsiendi veendumusi, mis on ka intervjuude põhjal kinnitust saanud. Õed toetavad patsientide veendumisi kuulaja rollis. Teiseks on õed aastate jooksul toetanud patsiendi palveelu, mis intervjuude põhjal sai samuti kinnitust, õed korraldavad ja aitavad patsientide palveelule kaasa, mõistes selle vajalikkust. Ka hingehoiu võimaluste toetamine on anketeerimise tulemusel olnud positiivne, mida õed intervjuudes samuti kinnitasid. Õed on teadlikud hingehoidja olulisest rollist ja suunavad patsiente ja nende lähedasi kontakteeruma hingehoidjaga. Kõige vähem on õdedel kokkupuudet armulaua korraldamisega, mis on igati mõistetav, kuna töökultuuris ja korralduses armulaua teemaga kokkupuudet ei ole. Ka pihtimise võimaldamine, patsientide eest palvetamine, religioosse teenistuse korraldamine, religioosse kirjanduse pakkumine on minimaalne, mis on samuti töökorralduse ja ettevalmistuse seisukohast arusaadav.

Selleks, et saada üldpilt, millest lähtuvalt koostada soovitused ja ettepanekud, loodi statistilistest tulemustest mudel (Ernits 2018).

Statistilise andmeanalüüsi põhjal (vt joonis 8) kujunes graafilis-statistiline õendustöö mudel 1999 ja 2009 aasta näitajate põhjal (Ernits 2018: 86; Ernits jt 2020: 93-110) .



Joonis 8. Graafilis-statistiline õendustöö mudel (Ernits 202: 93–100)

Graafilis-statistilises õendustöö mudelis on kirjeldatud füüsiliste, psüühiliste, sotsiaalsete ja religioossete õendustöö toimingutega seotud tegurid (vt joonis 8). Kõik patsiendi heaolu komponentidega seotud õendustegevuste tegurid on esitatud statistilise olulisuse järjekorras viisil, et statistiliselt olulisim on mainitud esimesena. Esindatud on need tegurid, mille olulisus on vähemalt $p \leq 0{,}05$. Kuigi mudel jagab õendustöö neljaks komponendiks, on tegemist kõike hõlmava tegevusega, mille peamine eesmärk on patsiendi tervise ja heaolu tagamine. Need komponendid on omavahel olulises seoses, kuid igaühel on oma rõhuasetused, mis tulenevad õdede vaatenurgast.

Ankeedi küsimus 23 (Ernits 2018:138-139; Kõrgemaa 2022: 277-289) keskendus patsiendi heaolule ja sellele, kui oluliseks õed oma igapäevases töös seda peavad. Religiooniga seotud heaoluks peetakse ankeedi kontekstis religioosset tasakaalu, selget eluvaadet, positiivset usukogemust, usku tulevikku. Mudel näitab, et patsiendi

religioosset heaolu mõjutavad mitmed tegurid, sealhulgas õdede arv arstide kohta ja õdede töökogemus. Samuti on oluline, et osakonnas oleks piisav hulk õdesid ning et religiooniga seotud õendustegevustele kulutatav aeg soodustaks patsiendi religioosset heaolu. Sotsiaalsetele õendustegevustele kulutatud aeg on samuti seotud patsiendi religioosse heaoluga. Mudeli analüüs toob välja, millised tegurid mõjutavad patsiendi heaolu, kusjuures füüsilist ja sotsiaalset heaolu mõjutavad mitmed tegurid, religioosset heaolu aga teised ning psüühilist heaolu veel teised. Õdede hinnangul on patsiendi heaolu mõjutavad peamised tegurid töökorraldus, õdede töökogemus, religioossetele õendustegevustele kulutatud aeg ning patsientide religioossed ja psüühilised probleemid. Õdede hinnangul mõjutavad patsientide heaolu sh religioosne kõige rohkem töökorraldus, õdede töökogemus, religioossetele õendustegevustele kulunud aeg, patsientide religioossed ja psüühilised probleemid (Ernits 2018, 2020).

Kokkuvõttes võib märkida, et aastate jooksul ei ole õendustegevuste raames trendid märkimisväärselt muutunud, peatähelepanu kuulub füüsilistele õendustegevustele. Samuti on täheldatud, et mida rohkem aega investeeritakse religioossetesse õendustegevustespenzise, seda vähem keskendutakse füüsilisele hooldusele ning rohkem sotsiaalsetele tegevustele. Mudel näitab, et patsiendi religioosne heaolu on tihedalt seotud nii õdede religiooniga seotud tegevustega kui ka patsientide religiooniga seotud probleemidega. Õendustegevustes on oluline pühendada aega ja tähelepanu religioossetele vajadustele, et toetada patsientide heaolu. Samas võivad patsiendid kogeda religioosseid probleeme, mis mõjutavad nende psüühilist ja religioosset heaolu, ning vajavad seetõttu erilist tähelepanu ja hoolitsust õdedelt. Seetõttu on oluline teemat uurida kvalitatiivse meetodi abil, kasutades intervjuusid, et mõista, kuidas õed tajuvad patsientide religiooniga seotud vajadusi ning millised on nende võimalused ja oskused neid vajadusi toetada.

Statistiliste andmete analüüs näitab, et religiooniga seotud õendustegevustele kulutatud aeg aastate vältel on madal võrreldes teistele õendustegevustele kulutatud ajaga. Seetõttu on vajalik uurida religioossete õendustegevuste sisu ning võimalusi religiooniga seotud õendustegevuste osutamist ja töökorraldust kvalitatiivselt, saamaks informatsiooni õdede subjektiivsete kogemuste kohta religiooniga seotud õendustegevuste korraldamisel.

3.2 Teemaintervjuude analüüs ja arutelu

Intervjuud viidi läbi AS Lääne-Tallinna Keskhaigla õendusabikliinikus Tallinnas. Intervjueeritavad olid õed, kellel vähemalt aasta töökogemust õendusabikliinikus. Statsionaarne õendusabikliinik pakub hoolt stabiilses seisundis patsientidele, kes ei vaja pidevat arstiabi, kuid vajavad õendusabi ja raviprotseduure. Teenus on mõeldud taastumiseks pärast traumat, raske haiguse põdemist või kroonilise haiguse ägenemist. Õendusabikliinikusse suunatakse patsiendid pere- või eriarsti saatekirjaga kas kodust või haiglast. Kliinikus on kaks üksust: Õismäel 150 voodikohta ja Iru üksuses 50 voodikohta. Palatid on kahekohalised ja mugavalt sisustatud, tagades funktsionaalsed voodid, kraanikausid ja tualett- ning duširuumid. 2020. aastast pakub kliinikus tuge hingehoidja, kes aitab patsientidel ja nende lähedastel toime tulla kriiside, emotsionaalse stressi ja eksistentsiaalsete küsimustega, olles neile toeks ka surma ja leina protsessides. Kliiniku eesmärk on tagada patsientidele parim elukvaliteet ja toimetulek, kaasates hooldustöösse nii patsiendi kui ka tema lähedased (AS Lääne-Tallinna Keskhaigla koduleht).

Esiteks olid kõik intervjueeritavad õendusabikliinikus töötavad õed (N=9) motiveeritud ja näitasid igati välja huvi antud teema vastu. Samavõrra oldi ka kõhklevad enda teadmiste puhul. Sellisest suhtumisest saab järeldada lugupidamist töö teema ja patsientide suhtes. Intervjuud kulgesid väga meeldivas õhkkonnas ja vastastikusel mõistmisel. Teemasse sisse elamiseks rääkisime õendusest üldiselt ja arutlesime õendusabikliiniku olemuse ja eesmärkide üle. Kõik intervjueeritavad väljendasid enda rahuolu kliiniku juhtimisega ja töötingimustega. Leiti ka, et töö õendusabikliinikus on raske, aga sobiv töö iseloomu poolest. Enne intervjuu algust tutvustati uuritavatele eelnevaid uuringuid ehk siis antud magistritöö taustal olevat kvantitatiivset uuringut ja selle tulemusi läbi aastate. Intervjuud on olulise tähtsusega, kuna aitavad mõtestada kvantitatiivseid andmeid ning välja sõeluda olulist informatsiooni, mille põhjalt edasisi tegevusi sõnastada.

Intervjuud toimusid erinevates õendusabikliiniku ruumides: töötajate puhkeruumis, koridori vaikses nurgas, saalis, intervjueeritava kabinetis ja ka koridoris töölaua taga. Intervjueeritavad valisid ise intervjuuks sobiliku koha õendusabikliiniku ruumides. Intervjueeritavad olid keskendunud ja tihti enne vastamist mõtlesid. Algul oli planeeritud intervjueerida 10 õde, kuid üheksa õe intervjuud moodustasid piisava saturatsiooni ning seetõttu piirduti üheksa õega.

Vastanud õdede tööstaaž näitas märkimisväärset varieeruvust, ulatudes 1,5 aastast kuni 53 aastani. Kokku osales uuringus 9 õde, kelle keskmine tööstaaž oli 22,9 aastat. Õendusabikliiniku õdedel on üldiselt eelnev töökogemus õena v.a ühel õel, kes valis kohe pärast kõrgkooli lõpetamist töökohaks õendusabikliiniku.

Alljärgnevalt on esitatud vastanud õdede tööstaaž, vanus ja õendusalane haridus (vt Tabel 2.)

Tabel 2. Intervjueeritavate taustaandmed

Õdede tööstaaž õendusabis (aastates)	Õdede vanus (aastates)	Õdede õendusalane haridustase
1,5	55	Kutseharidus
1,5	59	Kutseharidus
3	42	Kutseharidus
10	70	Kutseharidus
15	55	Kutseharidus
24	46	Kõrgharidus (bakalaureusekraad)
13	36	Kõrgharidus (magistrikraad)
53	75	Kõrgharidus (bakalaureusekraad)
2	47	Kõrgharidus (bakalaureusekraad)

Vastanud õdede vanuseline jaotus näitas märkimisväärset varieeruvust, hõlmates laia vanusespektrit. Vanuseline jaotus võib mõjutada kogemusi ja lähenemisviisi patsientide hoolduses, kuna vanematel õdedel võib olla rohkem töökogemust ja praktikat võrreldes nooremate kolleegidega. Õdede haridus vaheldus kutseharidusest magistrikraadini. Kvantitatiivse uuringu tulemused näitasid, et pikema töökogemusega õed panustavad religiooniga seotud vajadustele rohkem. Kuna kvantitatiivsed andmed on läbi aastate olnud piisavalt soliidse esindatusega, siis on põhjust seosesse tõsiselt suhtuda ja teemat kvalitatiivse lähenemisega uurida.

Teemaintervjuude analüüs toimus peakategooriate läbilõikes: õdede kompetentsid ja ajakasutus, professionaalse toe vajadus, töökorraldus ja töökeskkond, patsientide religiooniga seotud vajadused.

3.2.1 Õdede kompetentsid ja ajakasutus

Intervjueeritavad pidasid üldjuhul enda ettevalmistust religioosseid vajadusi toetavateks õendustegevusteks tagasihoidlikuks.

Vaid üks intervjueeritavatest (Õ19) oli õpingute ajal õppinud 3N taksonoomia (Puusepp 2017) põhjal religiooniga seotud patsientide vajadusi. Õendusdiagnoose 3N põhjal on Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis õpetatud alates 2012. aastast (Puusepp 2017: 28-30). Intervjueeritavate hulgas oli kõrgharidusega õdede osakaal üheksast neli, mis on märkimisväärne, seega 3N taksonoomia oli õppekavades ühel või teisel viisil viiel õel juba õpingute ajal. Samas mitmel intervjueeritaval (neljal) ei olnud vastavat koolitust õppeajal olnud, kuna nende õppimine jäi ajavahemikku, kus veel õendusdiagnoose õppekavas ei olnud ega olnud ka religiooniga seotud kursust.

Vastajad leidsid, et õppimine üldiselt on igati vastuvõetav ja vajalik.

„…võiks harjutada ja õppida midagi juurde..." (Õ14)

„...et praegu sügisel tuleb meile palliatiivravi koolitus personalile..."(Õ14)

„Mingi koolitus võiks ju olla see, kes pole kogu sellega kokku puutunud. Ei saaks, aga ikkagi võiks olla. Ja. (..) Sest see on eluline osa." (Õ12)

Kutseharidusega intervjueeritavad on õppinud ajal, mis usuõpetus oli meditsiiniõdede õppeprogrammis*:*

„…meil oli programmis see usuõpetus.." (Õ18)

Meditsiinikoolides vastav kursus oli õppekavades enne 1996. aastat.

„Ja see on tegelikult üliloluline osa,… kuigi, et me unustame selle siis ära. Kui on aga kriitilisemad asjad, on justkui tähtsamad asjad." (Õ11)

Leiti ka, et lihtsalt valmisolekust ei piisa, vaja on ka vastavaid teadmisi, mida aga napib:

„…kui midagi teha, mida ma ei oska ja õpetavad, siis muidugi" (Õ17)

„…väga vähe teadmisi..." (Õ17)

Õdedel oli võimalus teha ka **ettepanekuid,** kuidas patsientide religiooniga seotud vajadusi arvesse võtta. Leiti järgmist*:*

„...Kindlasti peaks seda rohkem nagu seda teemat käsitlema…" (Õ19)

„…religiooniõpetust võiks juba olla, ma ei tea, viiendast klassist, neljandast, siis on ta õdede kool ja aga ka kas õdede õppes on ka vajalik selline..." (Õ17)

„...religiooni ja üldse need tänapäeval tajumise(d), need võiksid olla seal sees, et ei peaks olema kindlalt usulised. Siis kui patsient tuleb selleks vaja… see patsient võib-olla vajab….teadmisi või muid asju,…. et ma peale ei suru, aga… ma ei tea nagu muid asju nagu ei oska ka……et see võiks tulla küll kaasa, sest inimesed muutuvad ja vanem

põlvkond läheb ära või pea, kes ei näita välja, tuleb uus põlvkond peale nemad ise ootused ja hoopis teised ootused ise tajuma. Ja nemad julgevad ka väljendada oma maailma konkreetse nõudlikkus ja olid koos, on..." (Õ13)

„Väga huvitav teema, tähendab, ma ei oskagi midagi (lisada?) ka ise tahaksime sellest nagu juurde lugeda…" (Õ12)

Oli neid, kes pidasid oma ettevalmistust pigem sellisena:

„...pere kultuuri ja lapsepõlves kogetu kaudu omandatuna või elu jooksul omandatuna.." (Õ13)

Oldi ka pärit sügavalt uskliku vanavanema perest ja sellest siis ka juba lapsepõlvest kokkupuude Piibliga*:*

„...olen Piiblit lugenud..." (ÕI5);

„...otseselt hariduslikku ettevalmistust ei ole... pigem võib-olla, et need lapsepõlve mõjud... vanavanemad" (Õ13).

Leidus ka arvamust, et religiooniga seotud ettevalmistus polegi vajalik õe töös, kuid vajadust ei välistatud täielikult, jättes tulevikule võimaluse:

„...No ühesõnaga ma ei näe vajadust ka, praegu nagu ei ole väga vaja..." (Õ16).

Religiooniga seotud teemad kõikidele õdedele ei sobi ega peagi sobima. Kevern leidis oma 2012. aasta uuringus, et mõnel õel tuleks julgustada loobuma religiooniga seotud hoolduse kohustusest, kuna nende ühemõttelised uskumused ei võimalda paindlikkust. Samas enamikule on uskumuste tasandil konstruktiivne kohtumine võimalik ja terapeutiliselt paljutõotav ning vähestel võiks olla kasu koolitusest, mis keskendub oskuslikule sümbolismi, metafooride ja vihjete kasutamisele, et arendada nende oskusi spetsialistidena (Kevern 2012: 981–989). Seega pole määrav mitte see, kas õpingute ajal on patsientide religiooniga seotut õpitud, vaid edasises praktikas on määrav pigem õe enda valmisolek.

Samas tuli välja ka olukord, kus intervjueeritav ei mäletanud, kas religiooni teemad olid koolituskavasse lülitatud. See on ka igati loomulik.

„Tegelt ei ole olnud. Ma küll ei tea, kas minu koolitustel on midagi sellist asja üldse olnudki..." (Õ11)

Üks intervjueeritav, kel oli töökogemus teistes riikides, on samuti sellest lähtuvalt religiooni teemadega praktilises töös kokku puutunud.

„…Alati on kasulik midagi uut teada saada.." (Õ13)

Õed märkavad, et uuel põlvkonnal võivad olla teistsugused ootused ja vajadused võrreldes vanema generatsiooniga. Nad peavad oluliseks, et õed suudaksid kohaneda nende uute nõudmiste ja arusaamadega. Õed tunnevad, et religiooniga seotud teadmised peaksid olema osa õendusharidusest ja lastel alates varajasest east. See viitab soovile, et õdede koolitusse tuleks integreerida religioossete ja vaimsete aspektide õppimine. Paljud tunnevad, et nad ei ole piisavalt ette valmistatud ja tunnevad huvi, et rohkem teada saada.

21. sajandi Euroopas on religioossete traditsioonide suhteline taandumine ja ühiskondade mitmekesistumine viinud selleni, et selline hooldus on sageli üle kandunud vaimulikelt spetsialistidelt õdedele. Siiski näitavad õed vastumeelsust patsientide uskumuste ja vaimsuse teemal vestlemiseks, kuna see teema tekitab ebamugavust, segadust uskumuste ja tavade keerukuse suhtes ning hirmu karistuste ees võimalike eksimuste korral (Kevern 2012: 981–989).

Ajakulu religiooniga seotud vajadustega tegelemiseks. Teemaga seoses oli huvipakkuv teada saada religiooniga seotud õendustegevustele kuluvat aega. Töökorralduses eraldi aega religiooniga seotud tegevusteks ette ei nähta. Kõik tegevused, mida õed teevad, küll dokumenteeritakse vastavalt haigla korrale.

„Tähendab, kord nädalas käin kõik patsiendid läbi..."

„...pool tundi ikka läheb selle peale..." (Õ14)

Ajakulu religiooniga seotud tegevuste täitmiseks iseloomustati napilt. Mainiti, et töökorraldus on selline:

„...sul ei jätku lihtsalt selliste muude asjadega tegelemiseks aega..." (Õ11)

Leiti ka, et õdede ajaline ressurss on piiratud:

„ Ma ei tea, kas ma leian selleks aega.. niisugune intensiivne töö..." (Õ16)

Ühe intervjueeritava (Õ11) arvates ei olegi religiooniga seotud teemadega tegelemiseks aega, kuna töötajate arv ja tööaeg seda ei võimalda:

„Meil on personal nii kokku pandud, et selliste muude asjadega tegelemiseks... nagu võiks olla lihtsalt aeg." (Õ11)

Ajakulu püüti kuidagi kaudselt hinnata:

„...ütleme kord nädalas käin kõik patsiendid läbi..." (Õ12)

Samas ei olnud selline töökorraldus seotud patsientide religioossete vajadustega, vaid pigem üldise informatsiooni kogumisega ja võimalik, et religiooniga seotud teemad siis samuti esile tulid.

Patsientide religiooniga seotud vajadustega tavaliselt eraldi ei tegeleta, ja kui õed oma tööd teevad, näiteks jagavad ravimeid või teevad protseduure, siis samal ajal patsientidega suheldes saavad lahenduse ka muud esile kerkivad küsimused ja teemad.

„…haava sidudes tulevad need asjad välja...muude tegevuste käigus saab seda väga edukalt teha..." (Õ14)

Konkreetset ajakulu oskas vastajatest välja tuua üks (Õ12).

Esimesest peakategooriast sugenes hinnang koolitusele ja religiooniga seotud teemade käsitlemise nappusele. Ka ajakasutus nende teemadega tegelemiseks ei leidnud töökorralduses fikseerimist ja religiooniga seotud õendustegevusi tehti sageli teiste õendustegevustega (füüsilised, sotsiaalsed, psüühilised) paralleelselt.

3.2.2 Õdede professionaalse toe vajadus

Patsientide religioonist tulenevatele vajadustele vastamiseks õdedel selget töökorraldust ei ole ja nad saavad hakkama vastavalt oma kogemusele, haridusele ja koostööle osakonnas ja kliinikus. Intervjuudest nähtub, et hingehoidja on õdedele oluliseks kaudseks ja otseseks toeks. Õed teavad, et hingehoidja visiit toimub regulaarselt ja see annab nendele turvatunde ning teadmise professionaalse abi olemasolust.

„Tavaliselt hingehoidja saabki selle info kätte, mida meie võib-olla kätte ei saa…,.nagu võiks küsima, kas nad soovivad rääkida,… soovib olla järgmine kord,….kaks korda nädalas käib hingehoidja ja kõik..." (Õ12)

Enda rolli näevad õed kuulajana, vahel harva ka soovitajana:

„..Kui minu käest on küsitud, siis ma olen võib-olla nagu soovitanud, võib-olla mõnd head palvet..."

„..aga muidu ma pigem kuulan neid, ei suru peale... nad saavad kõik rääkida"

„hingehoidjal on oma roll ja õel on oma roll"

„meil on olemas ..palvetuba, et seal saaks olla just omaette..." (Õ12)

Intervjueeritavad tõid korduvalt välja **hingehoidja** olemasolu vajalikkuse.

„ …Kui me näeme, et on stress ja ta on kasvõi närviline… siis me kutsume hingehoidja." (Õ16)

Hingehoidjaga rääkimise vajadust oskavad õed mõningal määral ise hinnata ja soovitada, kuid enamasti siiski jääb see lähedaste otsustada. Osakondades on olemas vastav informatsioon, mida lähedastel on võimalik kasutada. Samuti on kliiniku kodulehel olemas informatsioon hingehoidja teenuse kohta.

Hingehoidja teenuse olulisus. Patsientide religiooniga seotud vajaduste lahendamist ootavad õed eelkõige hingehoidjalt. Õed oskavad märgata patsientide religiooniga seotud vajadusi, võimaldavad neid, kuidas oskavad ja peavad piirduma õendusabikliiniku võimalustega. Samas õed leiavad, et kliiniku juhtimine on toetav ja mõistev. Õed ise on samuti väga mõistvad patsientide ja nende lähedaste religiooniga seotud vajaduste suhtes, püüdes neid toetada, nagu oskavad. Peamiselt ollakse kuulajad ja toetatakse oma kohaloluga.

Õed tajuvad, et patsiendi lähedased vajavad tuge juba enne patsiendi surma. Sugulaste lein võib alata ammu enne, kui patsient lahkub, mistõttu õed toetavad nii sugulasi kui patsiente. See toob esile vajaduse pakkuda emotsionaalset ja psühholoogilist tuge nii patsiendile kui ka tema pereliikmetele. Mõnikord on sugulased emotsionaalselt haavatavamad kui patsient ise. Samas õed mõistavad, et sugulaste toetamine aitab kaudselt ka patsienti ennast. Õed rõhutavad hingehoidja olulist rolli, tema pakub patsientidele ja lähedastele lisatuge.

„*Meil käib nüüd hingehoid ja käis varem ka, aga nüüd ta käib regulaarsemalt ja…. ta teeb sissekandeid (haigus)lugudes, sealt saab ka nagu rohkem teada…”* (Õ19)

Hingehoidjaga kohtumist pakutakse nii patsientidele kui ka lähedastele, nagu selgub, siis tavaliselt võetakse võimalus vastu. Selgub ka, et lähedased ei pruugi olla kursis patsiendi usuliste tõekspidamistega.

„Et mis, mis siis edasi…, et jah, et suremise hetk ise ei ole kole, aga inimesi hirmutab see, mis saab nagu edasi perest, mis temast endast… ühesõnaga eksistentsi lõpuga seotud...” (Õ19)

Surm küll hirmutab, kuid just sellest vaatest, et mis saab lähedastest ja muust, mis maha jääb. Selles olukorras saab õde suunata patsiendiga vestlema hingehoidja.

„Jaa, aga siis hingehoidja ühes nagu aitab nendest asjadest rääkida ja inimesel siis nagu vabaneb see, eks ta vabaneb sellest hirmust võib-olla siis mingil määral” (Õ19)

Reaalselt leiti, et on oluline lähedaste aktiivsus ja roll religiooniga seotud vajaduste korraldamisel*:*

„..meil on võimalik, aga nad peavad ise otsima seda usutegelast... meil on lubatud sellised külastused, aga see jääb omaste korraldada”

„See on rohkem lähedaste teema...” (Õ12)

Samuti viidati teiste spetsialistide olemasolule, kes võivad toetada patsientide religioossete vajaduste rahuldamist:

„…nüüd on meil vaimse tervise õde, kes käib nendega rääkimas...” (Õ13)

Tähelepanu vääris üks märkus:

„Aga need, kes on üksikuks jäänud, nendega on väga keeruline...“ (Õ13)

Sellest nähtub tõsiasi, et üksikute inimeste religiooniga seotud vajaduste eest ei ole kedagi hoolitsemas. Sellisel juhul muutub õdede roll veelgi olulisemaks ja samas ka õdede oskused, kuidas leida patsiendiga ühine keel, määravaks.

Professionaalse toe olemasolu peeti väga tähtsaks. Kõige enam rõhutasid intervjueeritavad toe saamist hingehoidjatelt. See oli kõige enam märgatav ja selles haiglas olid nad olemas. Hingehoidjatelt said tuge nii patsiendid kui ka nende lähedased. Ka õed said tuge hingehoidjatelt, kellega arutati patsiendi religioosseid vajadusi ja nende toetamise võimalusi religioossete õendustegevuste kaudu. Tuge saadi ka vaimse tervise õelt, kes patsientidega vestles. Aga üksi elavad patsiendid toetusid eespool nimetatute kõrval kõige enam õdedele.

3.2.3 Töökorraldus ja töökeskkond

Õendusabikliinik on osa Lääne-Tallinna Keskhaiglast ja oma töökorralduses lähtub haigla reeglitest. Selle, millised on personali võimalused, koolitused ja ressursid, määratakse haigla töökorralduses ja eelarves. Töökeskkonda õendusabikliinikus saab hinnata kui igati head, ruumid on meeldivad ja sisustus tänapäevane.

Õdesid mõjutab nende töös organisatsioonikultuur, mis väljendub töö organiseerimise ja töökeskkonna kaudu ning töövahetustes. Lisaks mõjutab nende tööd töötajate piisavus ja arv osakonnas. Õdede tähtsaim ülesanne on patsiendi füüsilise, psüühilise, sotsiaalse ja religioosse heaolu tagamine õendustöö vahenditega (Ernits 2018: 53–54).

Üheks murekohaks on religiooniga seotud vajaduste arvestamisel haiglakeskkonna piiratud võimalused ja tõsiasi, et enamasti jääb see osa lähedaste vastutusele.

„…hetkeseisul on lähedaste organiseeritav kogu see usu pool… ja meil ei olegi selleks ruumi. Et tihtipeale… ei ole võimalik seda sügavat usklikku saata kuskil eraldi ruumi. Et kui on kahesed (toad), et siis teine osapool võib olla väga häiritud ja loomulikult (on siis) päris keeruline.” (Õ13)

Eraldi ruumi õdede arvates vajaksid need, kellel on vaja palvetamiseks privaatsust, aga ise ruumist välja minna ei saa ning teise ees pole jällegi mugav oma palveeluga tegeleda. Tihti on patsiendid võimetud ka iseseisvalt liikuma ja see omakorda esitab nõudmise personalile, kelle hooleks on patsiendi transport.

Kuna haigla töökorralduses ei ole tervishoiutööajatel ülesandeid patsientide religioonist tulenevate vajadustega seotult, siis jääb see õdede sõnul lähedaste korraldada ja vastutada. Ehk siis on õdede võimalused patsientide ja lähedaste abistamiseks piiratud ja see võib mõjutada patsientide ja lähedaste toimetulemist.

Õed tajuvad selgelt lähedaste kaotuse valu ja seda, et lähedastel on raske leppida surmaga. Kuigi õdedel spetsiaalset ettevalmistust napib, ollakse valmis toetama lähedasi ja ka patsienti. Toetamisel kasutatakse kuulamist, delikaatset lähenemist ja suunamist hingehoidjaga suhtlemisele. Nii nagu Kevern (2012) välja toob, rõhuasetus ei peaks olema patsiendi vaimsete vajaduste määratlemisel ja käsitlemisel, vaid pigem õe iseloomul, kui ta patsiendiga teraapilises suhtluses osaleb. Pole midagi vaieldavat selles, et õdede suhtlemises patsientidega tuleks edendada selliseid väärtusi nagu vastuvõtlikkus, tähelepanelikkus ja avatus (Kevern 2012: 986–988).

Intervjuudes väljendavad õed hoolimist patsientide religiooniga seotud vajaduste suhtes ja julgetakse nende eest ka seista.

„…Küll me oleme, ütleme nii, et võidelnud infektsioonikontrolliga.. ikkagi võiksid need ikoonid olla, voodikohal ei tohi olla... vahel (peab) kuskil aknalaual võimlema. Et kui see on ikkagi tema jaoks nii oluline, ütleme, infektsiooni kontroll on leebunud, ainult puhtus ja ainult ühekordne on kõige olulisem infektsioonikontrollile." (Õ19)

Tervishoiuasutus toimib rangete reeglite raamides, millest patsientide tervise huvides tuleb kinni pidada. Samas on koostöö koht olemas, patsientide vajadustele soovitakse vastu tulla, see tuli intervjuudest samuti välja.

Intervjuudest selgub ka, et töökorraldus enamasti võimaldab religiooni arvestada, kuigi on olemas kitsaskohad.

„...nad panevad risti ja väga paluvad, et ärge seda võtke, mõnikord kirjutavad paberi..."

„...olid kõrvarõngad ja sõrmused ja kirikus oli veega midagi tehtud..."

„...ja nad jäidki talle külge siis..."

„Ärge võtke, palun ärge puutuge tema oma… aga no meie reeglitena me ikka võtame, kuna me vastutame..."

„olid juhtumid, kui palusid, et pange tagasi” (Õ14)

Töökeskkonda pidasid õed sobivaks ja heaks, mis on otseselt seotud organisatsiooni kultuuriga. Õed väljendasid intervjuudes valmisolekut patsientide religiooniga seotud vajadustega arvestamist ja õendusabikliiniku töökorralduses püütakse samuti igati vajadusi arvesse võtta. Vajalikuks peeti eraldi ruumi olemasolu religioossete toimingute täitmiseks. Õendusabikliinikus töötamine on õdedele psüühiliselt koormav ja seetõttu vajatakse oskusi ja teadmisi stressi juhtimiseks ning läbipõlemisi vältimiseks.

3.2.4 Patsientide religiooniga seotud vajadused ja nende toetamine

Need vajadused olid intervjuudes kesksel kohal ja moodustasid valdava osa intervjuude mahust. Neid vajadusi on õed oma töös märganud.

„Palvetamine….mingid toidud konkreetselt siis mida, mis neile ei sobinud ja siis.. konkreetsed need palvused päeva jooksul…” (Õ19)

Õed näitasid üles igakülgselt arusaamist ja austust patsientide religiooniga seotud vajaduste aktsepteerimisel. Ollakse paindlikud ja kohati ka väljendatakse kahetsust, et haigla miljöö oma piiratud tingimustega ei võimalda kõike 100% arvesse võtta.

On kogemusi, kus patsient soovib samasoolist töötajat, kes viiks toiminguid läbi.

„ …hoolduse kohta olid juhtumid, et ta ei luba, et naine tuleb meeste juurde. Me leidsime meesterahvas, hooldaja, kes aitas...” (Õ14)

Ilmneb, et kliinikus püütakse võimaluste piires kinni pidada kalendaarsetest pühadest, vahel isegi patsiendid ise oskavad soovida, näiteks lihavõtete puhul oodati pühademunade pakkumist, mida kliinik ka korraldas.

„… kui oli püha, siis väga palusid tuua need keedetud munad...” (Õ14)

Regulaarseid teenistusi või muid üritusi kliinikus ei ole.

„Tegelikult ei ole üldse niimoodi mõelnudki. Tegelikult võiks nii mõelda ja seda sellise pilguga vaadata. Ja ausalt öeldes ma ei ole selle peale tulnud, et hakka niimoodi mõtlema, siis võib täitsa mõnede teada kohtade pärast seda pakkuda. Eelmises haiglas, kus ma töötasin, seal oli iga reede. Oli see teenistus. Mina ei tea sellest eriti sellest religioossest asjast midagi. Aga siis kutsuti ja paljud läksid. Olid need, kes ütlesid, et on usklikud ja tegelt ikkagi, kes olid nagu liikujad, läksid.”(Õ11)

„Millal ikka nad ei taha siin olla, seal on kõige raskem aeg on meie patsientidele. On oma teadvusel ja saavad aru, et uus aasta lõpp ei ole jõulud. Nii eesti kui vene jõulud.

jõulupuu on meil olemas, siin ka olemas, sel aastal siis muidugi teeme ka ja et seal natukest kodutunne...” (Õ15)

Valmidus patsientide religioossete vajaduste toetamiseks on õdedel olemas**.**

„Jaa, selles suhtes väga toetame, kui inimesel see vajadus on ja on ka käinud vaimulikud...” (Õ19)

Valmidus religiooniga seotud vajaduste toetamiseks on olemas, samas aga eraldi töökorralduses tegevusi selleks ei ole.

„...otseselt mingeid üritusi vist päris pole olnud selliseid vaimulikke...” (Õ19)

Jõulud ja vana-aastaõhtu tundub olevat patsientidele raske aeg, muidugi nendele, kes ajas orienteeruvad.

Kõik õed teatasid, et nad tajuvad oma patsientide ja nende perede religioosseid rituaale ning kultuurilisi uskumusi ja tavasid kriisiga toimetuleku, tervenemise ja taastumise soodustamise või rahuliku surma hõlbustamise vahenditena. Õed mainisid, et on mitmeid viise, mis põhinevad religioossetel ja kultuurilistel uskumustel, kuidas patsiente saab aidata tervenemisel või rahus surra (Lundberg 2009: 1121–1128).

Paaril juhul toodi välja veendumustest tulenevaid vajadusi teatud tüüpi toidu järele, kuid kliinikus on võimalused piiratud.

„Kas moslem või on ta Jehoova või iganes, kellel on erilised toiduga seotud usulised, siis. Meil standardtoidumenüüs üle ei ole võimalik isegi mitte tellida.” (Õ13)

„ ...et muidugi pakume võimalusi küll, et siin räägime jõulukuuse, toome siin kingitused. See ongi nagu praegusel hetkel nagu mida saaks nagu pakkuda...” (Õ12)

Võib juhtuda ka, et kindlate toitumisreeglitega patsiendile serveeritakse tema religioonile vastuvõetamatut toitu, millele võib järgneda jõuline reaktsioon, mis on igati arusaadav.

„...oli teada, et ta on juut ja kõik oli teada, jõudsid kätte jõulud ja mis siis juhtus, köögist saadeti talle verivorsti, hapukapsast ja kartuleid…?” (Õ17)

Arstidele on loomulik, et uuritakse patsiendi eluviiside, sh alkoholi tarbimise kohta, kuid religiooniteemasid välditakse, kuigi need võivad just patsiendile olulised olla. Lisaks oleks võimalik patsiendiga esimesel kohtumisel rääkida kirikusse kuulumisest ja religioossetest vaadetest. Samas tõdeb soome arst Timo Teinonen, et selline lähenemine ei ole soome kultuurile omane ja religiooni tähendust ei käsitleta ka arstiteaduse õpingute jooksul (Pentzin 2005:). Eestis õe õppes kasutatavas 3N taksonoomias (Puusepp 2017:

28-30) on religiooniteemad esindatud, kuid praktikas rakendumine on alles algusjärgus. Õendusabikliinkus tegutsetakse oma ressurssidest ja võimalustest lähtuvalt, võttes arvesse patsientide religioonist tulenevaid vajadusi.

Eksistentsiaalsed küsimused tulid mitmes intervjuus reljeefselt esile. Intervjueeritavad tõid välja patsientide muresid seoses surmaga ja seda, et soovitakse surmast ja suremisest rääkida. Lähenev surm toob endaga kaasa hirme ja küsimusi.
Lisaks märkavad õed patsientide vaeva ja arutelusid.

„*Miks ta peab nii palju kannatama valusid või et ta nii liikumatuna voodis peab olema ja et ikka jumal teda ei võta ära ei jää. …et Jumal karistab teda selle eest, et teda piinatakse…"* (Õ11)

Enda rolli näevad õed kuulajana, vahel harva ka soovitajana.

*„…k*u*i minu käest on küsitud, siis ma olen võib-olla nagu soovitanud, võib-olla mõnd head palvet..."*

„… aga muidu ma pigem kuulan neid, ei suru peale... nad saavad kõik rääkida"

„hingehoidjal on oma roll ja õel on oma roll"

„meil on olemas palvetuba, et seal saaks olla just omaette..." (Õ12)

Õed puutuvad oma töös kokku patsientide lähedastega ja siis ilmnevad ka lähisuhteid iseloomustavad olukorrad.

Esineb ka olukordi, kus lähedased ei teagi vanema usulistest veendumustest.

„…lapsed ei teadnud, et vanematel üldse, on mingid religioossed uskumused…, et kui meil on üksikud keeldumised tulnud, kui me oleme pakkunud seda hingehoidja võimalust… Et võib-olla isegi kõige suuremad muutused on toimunud nende patsientide juures, kes on algul nagu kuidagi vastu…, et nad ei ole sellega harjunud... ja neil ei ole ka varem võib-olla selliseid avatud suhteid. Ja nende jaoks võib-olla see ongi isegi kõige suurem kergendus mõnes mõttes… kui keegi tunneb huvi..." (Õ19)

Religiooniga seotud tõekspidamiste esile tulemist suremise protsessis teravalt ei iseloomustatud.

„Omastega jutuajamistest ja tuleb siis aeg-ajalt välja, aga hästi palju on ka selliseid, kes otseselt ei ütle, et ma olen usklik ei ole nagu ka eestlaste puhul just tava ja, aga no elu lõpupoole kõik ka ikkagi tahavad midagi uskuda"

„…nagu nad hakkavad rääkima, vahel midagi nägema… kuskile taeva poole nad vaatavad… vahel sirutavad oma käsi kuhugi poole… küll aga sageli nad on jälle seisund

juba desorienteeritud… väga täpselt ja mida ta täpselt näeb … Et jah, et see nagu toetab neid..." (Õ19)

Samas on kogemusi ka sellest, et osa religioonide esindajad avaldavad oma ootused selgelt ja otsekoheselt.

Töös puututakse kokku erinevate religioone või uskumusi kinnitavate esemetega. *„Erinevaid on riste… lihtsaid, tavalisi… aga tema jaoks väga tähtsad. Just kaelaehted, millel ei ole peaaegu mingit väärtust, kui vaatad peale. Tema jaoks on suur väärtus."* (Õ11)

Õed suhtuvad lugupidamisega patsientide esemetesse, mida väärtustatakse ja mida saab nimetada nende religiooniga seonduvateks.

„…aga ma olen kuulnud, et on olnud islamiusulised, noh, nemad on väga-väga sellised konkreetsed… on õigeusk… seal on siis tavalised ikoonid, pildid, ristid kaasas ja siis ka vahel nagu ütlevad, nad ei taha neid loovutada… see peab tal olema." (Õ19)

„…no need on sellised... kui kuskilt kloostrist kirikust ostetud, ilmselt need ristid" (Õ15)

Tuuakse esile ka lähedaste leppimatus läheneva surmaga ja siis võivad tekkida keerulised olukorrad. Õed aga oskavad üldiselt lähedaste kurbuse ja emotsionaalsuse põhjusi mõista, samuti toetab hingehoidja oma visiitidega osapoolte hingerahu.

„…kahtlemata mõjutab, et selles mõttes inimesed, kes ikkagi on olnud religioossed, Nad kuidagi oma hingelt nagu avatumad kui sellised reeglina kui paremat, nagu lähisuhted" (Õ19)

Üks intervjueeritav leidis, et need, keda nad teavad kui religioosseid inimesi, tunduvad avatumatena ja nendel oleks ka justkui lähisuhted korras. Samalaadset hoiakut oli ka mõne teise intervjueeritavaga suheldes võimalik täheldada.

Intervjueeritavad tunnistavad, et patsientide **lähisuhted** on aeg-ajalt mõjutatud tõekspidamistest, mida saab defineerida religioonist mõjutatuks. Tuuakse välja näiteks põlvkondadevahelisi erinevusi.

„…no inimesed, kes usuvad ja ikkagi on vanad inimesed rohkem ja sugulased siis on nooremad… need, tema lähedased on noored ei ole usklikud, siis nad ei saa (aru)selle vanema… lähedase sugulase vajadustest..." (Õ16)

„no vanad inimesed, eakad siis ja rohkem kui nende lähedased tulevad juba nagu vähem ja vähem… noored ja lapselapsed näiteks, kui tulevad, või lapselapsega siis juba ei paista midagi olevat, nad kuulavad, mida rääkivad nende vanaemad-vanaisad….." (ÕI6)

Selgub, et näiteks lapselapsed ei pruugi olla kursis ega ka mõista patsientide maailmavaadet.

Lisaks põlvkondadevahelistele erinevustele esineb maailmavaatelisi erinevusi.

„…see vanem põlvkond või mis iganes, üks osapooltest on sügavus(usklik) ja teine osapool on ilmalik, siis tekib ka, ütleme, ärasaatmise asjadega just nende omavaheline konflikt. Üks (usklik) soovib ühtepidi... siis tuleb teine osapool, kes on ilmalik, siis tema ei taha selle eest eraldi maksta… ja siis tekib nagu see, et miks te lubasite ja mis ja kus…. Jah, meie kultuuriruum, meie seadus, noh, ütleme meie kultuuriruum on selline, noh, kõik on võrdsed ja aga samas tegelikult ei ole... Ilmalikus ruumis veel, aga kui on teine ruum, siis meil puudub täiesti ettevalmistus selleks kui tööst… Ja meil ei ole võimekust, tänase päeva seisuga ei ole meie kliinikus võimekust… Ja ma ei kujuta ette ka. (Õ13)

Õed kogevad ka lähedaste kriise, mis tulenevad patsiendi keerulisest olukorrast ja raskusest sellega leppida.

„…inimese omane ta ei lepi, selle mõttega (lähedase surmaga)… tuleb… sageli ka sellise nõudlikkuse pretensioonikana….sellised tunded siis elu jagatud lahendamata probleemid… ...Et jah, et need, kes on nagu religioossed või kes on nagu rahu teinud nii-öelda oma elu oma lähedastega, surev palju lihtsam ja kõige kurvem ongi vaadata neid, kes oma elu lõpus... leidnud, seda siukest leppimist, sellist andeksandmist ja..." (Õ19)

Õed on kaastundlikud erinevate hoiakute ja reaktsioonide suhtes, mis tulevad läheneva surma puhul esile. Intervjuudes tuli esile lähedasi kammitsev kaotuse hirm ja empaatia, mida tuntakse.

„Paljud hoiavad kümne küünega kinni sellest, et ükskõik kui raskes seisundis on ema või isa.., siis tema ikka nagu hoiab kinni ja ei lase ära minna. Väga raske on endalgi, kui ta niimoodi ütleb. Aga mida sa nagu lohutuseks ütled? Ma ei oskagi midagi öelda. Ma teen nagunii suure pai, et mis sa oskad nagu öelda..." (Õ11)

Taylor koos kolleegidega (2023) leidsid oma uuringu tulemusena, et religiooniga seotud õenduse osutamine varieerus riigiti ja ka riikide sees. See oli veidi sagedasem islamikultuurides võrreldes valdavalt kristlike kultuuridega. Samamoodi erines religiooniga seotud hoolduse sagedus õdede seas, kes töötasid palliatiivses hoolduses, peamiselt haiglates/statsionaarsetes tingimustes ja hooldekodudes. Üldiselt oli „Kohalolek…" kõige sagedamini kasutatud teraapia, samas kui vaimse hoolduse

dokumenteerimine ja patsiendi vaimuliku või kaplani külastuse korraldamine olid ühed kõige harvem kasutatavad teraapiad (Taylor 2023: 597–609).

Leitakse ka, et religiooniga seotud tõekspidamisi ei kiputa jagama ja kui patsiendil ei ole jäetud juhiseid vms, siis tuleb omastel teha otsuseid. Seda seostati ka Eestis levinud kultuuriga, kus religiooniga seotud tõekspidamisi peetakse perede siseasjaks ning nendest avalikult ei räägita.

„…ei saa midagi teha, et kui inimestel ei ole mingeid juhiseid jäetud, eks ole, et kuidas käituda või teha... Omaksed ütlevad siis… Just et ei ole isegi seda tava, et omaksed tuleksid rääkima ja ütlema. Et seda siis nagu peetakse nii peresiseseks asjaks nagu intiimseks. Et seda nagu naljalt ei jagata." (Õ17)

Kirjeldatud näite põhjal saab ettekujutuse, et põlvkondadevaheline erinevus on olemas ja õed peavad usklikeks pigem vanemaid inimesi, mida on Tiit samuti kirjeldanud (Tiit 2008: 168–195). Lisaks ilmnes intervjuudest, et lähedased soovivad patsiendi usulisi veendumusi austada, paludes näiteks mitte eemaldada peale surma esemeid, mis on olulised, kuid võivad tekkida olukorrad, kus just nooremad põlvkonnad maailmavaadet ei jaga. Selle küsimuse puhul tuli esile ka see, et ollakse küll mõistvad, kuid tuleb lähtuda kliinikus ja kogu organisatsiooni kultuurist ning võimekusest erisusi arvestada.

Konkreetsete tegevuste kohta tõi mitmeid näiteid üks intervjueeritav.

„ *valmis suhtlema ikka... ja võin kaasa rääkida, aga mitte nii süvitsi"*

„*...otseselt pole välja toodud seda meie elus..."*

„*...ja me peame arvestama sellega, mis usku keegi on või?"*

„Pean arvestama sellega, et tuleb vastav menüü ja dieet"

„...küsimus kui tema tahab jätta oma palvet, lugeda öösel ja enne sööki, peaks reaalse võimaluse andma... selles mõttes" (Õ11)

Ehk siis valmidus suhelda on olemas, töökorralduses on olemas religiooniga seotud vajadusi mõningal määral arvestada, näiteks vastava menüü pakkumisel ja võimaldades palveelu jne.

Õendusabikliinikus on erinevad osakonnad ja osakondades erineva tervisliku olukorraga inimesed, on osakondi, kus patsiendid verbaalselt enamjaolt ei suhtle ja õdedel on keeruline teada saada, mida patsient ootab ja vajab. Kui oma tööd tehes märgatakse, kui patsientidel on näiteks religioosseid kogemusi, kuigi seda ei saa kindlalt väita, kuna patsientide vaimne seisund ei võimalda nendega adekvaatset suhtlemist.

Religiooni teema avanemine õendustegevustes. Religiooniga seotud tõekspidamised tulevad ilmsiks tervishoiuasutuses siis, kui religioonil on inimese käitumisele ja otsustele konkreetne mõju. Kuna Eestis otseselt ei pruugita küsida enne meditsiinilist või õendussekkumist patsiendilt tema religiooniga seotud tõekspidamiste kohta, siis need võivad esile tulla teenuse osutamise jooksul. Õed ka kogevad, et patsientidega tekib loomulik suhtlemise olukord tavalisi toiminguid tehes, näiteks protseduuride ajal ja siis räägitakse kõigest.

„Tulevad esile sellepärast, et patsiendid räägivad kõige rohkem kõige tavalisemad sellistes situatsioonides,. sa lähed lihtsalt näiteks haava siduma. Oled päris pikalt ja nad väga tahavad rääkida.., ja need on kõige sellised, vabamad vestlused otsekui.. Mõned ütlevad või räägivad otse." (Õ19)

Religiooniga seotud tegevusi õendusprotsessis toodi välja mitmeid**.**

„...olen näinud palvetamist voodis… sageli venekeelsed.."

„...patsiendid ise on juba ka eakad..." (Õ19)

„...Palvetuba..., aga nad kasutavad seda harva...just vähe kasutatakse, võiks rohkem"

„...võib surnuga hüvasti jätta ja võib kauem seal olla..." (Õ17)

„...palju on niimoodi, et patsient mõtleb ühtemoodi, aga siis omaksed... teistmoodi, nagu ta siis nagu nõustuks sellega, et miks mitte kohe ära võtta..." (Õ11)

Kõik intervjueeritavad ei osanud religiooniga seotud tegevusi nimetada, mis pole ka üllatav, kuna see ei ole osa töökorraldusest. Nagu vastustest nähtub, siis ollakse kursis palveelu vajadusega, suremise protsessis esile kerkivate religiooniga seotud tingimustega ning surnu ärasaatmisega.

Õed oskasid märgata patsientide religiooniga seotud vajadusi, nagu soov palvetada või väärtustada religioosseid esemeid. Samuti toetavad nad patsiente religioossete ja kultuuriliste uskumuste väljendamisel ning kiriklike pühadega seotud kommete järgimisel. Patsiendid võivad eelistada samasoolist hooldajat või õde, kes protseduurid ja tegevused teeks. Lisaks kerkivad sageli esile eksistentsiaalsed küsimused, millele vastamisel vajavad õed täiendavaid teadmisi. Praegusel hetkel reageeritakse peamiselt isiklikest tõekspidamistest lähtuvalt.

IV. SOOVITUSED ERI INSTANTSIDE KOOSTÖÖKS PATSIENTIDE RELIGIOOSSE HEAOLU TOETAMISEKS

Lähtuvalt uuringu tulemustest ja teaduskirjandusest saab teha soovitusi ja ettepanekuid, mis mõjutaksid õdede töö kvaliteeti ja selle kaudu patsientide elukvaliteeti. Religiooniga seotud õendustegevused on oluline ressurss, mida arvesse võtta, et toetada paranemise protsessi ja heaolu.

Kevern (2012) on väitnud, et mõningaid õdesid peab julgustama „spirituaalse hoolduse" pakkumise kohustusest vajadusel keelduma, kuna nende uskumused võivad olla ühetähenduslikud ega võimalda paindlikkust. Enamuse õdede jaoks on konstruktiivne suhtumine uskumuste tasandil võimalik ja terapeutiliselt paljulubav, kuid väheseid on võimalik õpetada sümbolismi, metafoore ja allusioone/vihjeid viljakalt kasutama (Kevern 2012: 981-989).

Religioonide temaatika integreerimine õe põhiõppe õppekavasse. On hädavajalik, et õed oleksid piisavalt ette valmistatud patsientide religiooniga seotud vajaduste käsitlemiseks. 3N taksonoomiat on rakendatud õdede õppes Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis alates 2012. aastast ja selle raames käsitletakse ka patsientide religiooniga seotud vajadusi (Õde, 2017). 3N taksonoomia religiooniga seotud diagnoose on võimalik põhiõppes ja magistriõppes süvendatult õppida, kui selleks vastavad tingimused luua. Selleks on võimalik luua näiteks e-kursus, milles käsitletakse religiooniga seotud õendustegevusi ja toe pakkumist patsientidele ja nende lähedastele. Üheks heaks näiteks on Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli ämmaemanda õppekava valikaine „*Integrating Religious Competence in Midwifery Education: A Curriculum Innovation at Tallinn Health Care College*" loomine (Tilk jt 2024), mille jooksul õppijad tutvuvad ämmaemandusega eri religioonide vaatest. Sama õppeainet saaks arendada nii, et see sobiks ka teistele tervishoiutöötajatele, mistõttu on vajalik õppestruktuuriüksuste vaheline koostöö. Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis on 3N taksonoomia õpet laiendatud hooldustöötajatele, kes koos õe õppekava õppijatega oskusi omandavad (Puusepp 2024). Sama kursuse raames saab käsitleda ka patsientide religiooniga seotut ja nii juba simulatsioonide faasis õppijate oskusi arendada.

Õeks õppimine hõlmab ka patsientide religioossusega seotud teemade käsitlemist, eriti patsiendi religioossete vajaduste toetamisel (Ernits 2023). Näiteks *Royal College of Nursing* (2014) pakub selget juhendit vaimse hoolduse osutamise kohta, keskendudes

patsientide toetamisele elu tähenduse, eesmärgi ja lootuse leidmisel. Üksikasjalikum lähenemine keskendub kuuele põhioskusele (Van Leeuwen ja Cusveller 2004: 234–246), mida peetakse vaimse õendushoolduse aluseks ja mis aitavad seda mõtestada Need on vaimse hindamise teabe kogumine, vaimsete sekkumiste arutamine ja planeerimine, vaimse hoolduse pakkumine ja hindamine, vaimsuse integreerimine asutuse poliitikasse, oma uskumuste käsitlemine, vaimsuse käsitlemine (Timmins 2015: 277–282).

Siiski pole õendusüliõpilased ega õed kindlad oma ettevalmistuses ja leiavad, et vajavad lisateadmisi patsientide religiooniga seotud vajaduste kohta (Lundberg 2009: 1121–1128; Timmins 2015: 277–282).

Täienduskoolitused patsientide religioosse heaoluga seonduvatel teemadel. Teiste maade kogemuste põhjal võiks mõelda õde-spetsialistide koolitamisele, kelle väljaõpe sisaldaks süvendatud teadmisi religioonidest ja tervisega seotust erinevate religioonide korral. Neid õdesid ei ole vaja hulgaliselt, piisab, kui üks selline spetsialist on organisatsioonis ja temal oleks piisavalt tööaega, et nõustada õdesid ning suhelda patsientide ja nende lähedastega ning teiste sidusrühmadega. Õpe saaks toimuda mikrokraadi vormis koostöös Tartu Ülikooli usuteaduskonnaga.

Lisaks on vajalikud täienduskoolitused erinevate religioonide teemal, religiooni seostest kultuuri ja tervisega ning selle kohta, mida peavad tervishoiutöötajad ja organisatsioonid silmas pidama. Õed on patsientide ja nende lähedaste religiooniga seotud vajaduste suhtes mõistvad ja tolerantsed ning annavad parima, et vajadusi rahuldada. Samas on olemas selged piirangud, mis lähtuvad tervishoiusüsteemi korraldusest, rahastusest ja üldistest käitumistavadest. Kaaluda võiks võimalust korraldada õdede ja hingehoidjate kohtumisi, et arutada aktuaalseid küsimusi ja ka harjutada religiooni teemadel arutelu.

Toetav töökeskkond ja organisatsioonikultuur. Tervishoiuasutuste ja osakondade töökorralduses tuleks ette näha aega, mis võimaldaks tegeleda patsientide religiooniga seotud vajadustega. Oluline on luua süsteem, mis võimaldab õdedel ja hingehoidjatel omavahel tõhusalt informatsiooni vahetada, et tagada patsientide ja nende lähedaste religioossete vajaduste piisav toetamine.

Ajajuhtimine ja tööga rahulolu on üksteisega seotud ja neil on suur mõju organisatsiooni edukusele. Ehkki mitmed eelnevad uuringud ei ole leidnud ajajuhtimise programmi otsest mõju tööga rahuolule, näitavad uurimistulemused, et ajajuhtimise

programmi raames õpitud ajakäitumise teadmiste ja oskuste rakendamine mõjutasid peaõdede tööga rahulolu märkimisväärselt. Ajajuhtimise tehnikad võimaldavad saavutada kontrolli selle üle, mida on võimalik ühe tööpäeva jooksul teha, ning see avaldab omakorda positiivset mõju tööga rahulolule ja somaatilistele pingetele. Artiklis soovitatakse ajajuhtimise programmi läbimist kõigile haiglatele ja haiglate personalile, eriti õdedele, kes peavad toime tulema rohkemate probleemidega (Elsabahy jt 2015: 36–44).

Ajakasutus on võime kasutada ülesannete täide viimiseks aega võimalikult ökonoomselt. Olles ajakasutuses edukad, suudame me iga päeva iga tundi maksimaalselt ära kasutada. See tähendab päeva iga tunni kasutamist kõige efektiivsemal moel tööülesannete täitmiseks vajalike/õigete asjade tegemiseks. Parem/efektiivsem ajakasutus tähendab rohkem saavutusi ja vähem stressi. Õe töö on väga nõudlik ja stressirohke elukutse, seepärast peavad õed olema oma töös väga organiseeritud. Kõige tähtsamad on oskus aega efektiivselt kasutada, oskus ära tunda ülesanded, mida võib delegeerida, ning kriitiline mõtlemine (Said 2014: 746–749).

Õdede koolitus- ja juhendamisprotsessides tuleks keskenduda religioosse toe pakkumise oskustele, sealhulgas hingehoidjaga kohtumiste korraldamisele ja elu mõtte üle arutlemisele. Samuti tuleks õendustöös arvestada patsientide religiooniga seotud vajadusi ja pakkuda õdedele võimalusi täiendada oma teadmisi erinevate religioonide kohta.

Oluline on viia organisatsioonikultuuri sisse standardid ja protseduurid, mis hõlmavad patsientide religiooniga seotud ootuste ja vajaduste dokumenteerimist, et toetada nende vajaduste süsteemset ja järjepidevat käsitlemist õendustöös.

Patsientide uskumuste toetamine, rahuliku atmosfääri loomine palvuse ajal ning patsientide ja nende perede jaoks usaldusväärsete kaitsesümbolite paigutamine on osa kindlustunnet loovatest sekkumistest. Lisaks sellele on võimalik rakendada alternatiivseid lähenemisviise, nagu koostöö usuliste juhtidega mittekliinilises hooldusmeeskonnas ning virtuaalse suhtluse pakkumine suhtlemiseks usuliste juhtidega ajal, mil füüsiline kohtumine on keelatud (Siwi 2022: 150–158).

Õed teevad intuitiivselt patsiendi religiooniga seotu toetamiseks holistilisi otsuseid. Võib eeldada, et elukogemus ja õendusalane väljaõpe on need, mis annavad baasi patsientide religiooniga seotud vajadusi toetada. Samas ei saa õdede töö nii olla

jätkusuutlik ja kvaliteetne. On vaja organisatsioonikultuuri, mis võtaks töökorralduses arvesse selle ressursi vajaduse, mis on vajalik patsientide religiooniga seotu toetamiseks. Juba ainuüksi statsionaaride ruumilahendused ei toeta erinevate religiooniga seotud vajaduste arvestamist. See tõdemus ei ole mingilgi määral kriitika, vaid paratamatu olukord, mille esile kerkimine ei ole puudus, vaid võimalus. Maailm on muutunud ja see omakorda seab meie ette uusi ülesandeid.

Perspektiivsed uurimissuunad patsientide religioosse heaolu ja õdede kompetentside edendamiseks. Vajame tõhusat koostööd tervishoiu, sotsiaaltöö ja hingehoidjate vahel, et vastata patsientide ja nende lähedaste religiooniga seotud vajadustele. Nii tervishoiutöötajaid kui sotsiaaltöötajad kohtuvad oma töös erinevate kultuuride ja religioonide esindajatega ning kvaliteetseks tööks on vaja tuua erinevate erialade esindajad koostööks kokku, töötamaks välja tööd toetavaid soovitusi ja kokkuleppeid.

Edasiste sammudena võiks kaaluda uuringu kordamist Diakooniahaiglas, et saada võrdlusandmeid erinevate statsionaarsete teenuste ülesehituse kohta, keskendudes eelkõige patsientide religioosse heaolu ja õdede rolli hindamisele selle toetamisel ja tagamisel. Samuti tuleks õendusalases hariduses pöörata rohkem tähelepanu patsientide ja nende perede religioonist tulenevate vajaduste mõistmisele ja toetamisele. Edaspidiseks uurimissuunaks võiks olla olemasoleva rakendusuuringu ankeedi põhjal religiooni teema eraldamine ning selle põhjal iseseisva rakendusuuringu loomine, kaasates uurimusse ka hingehoidjate ja sotsiaaltöötajate perspektiivi.

Religiooniga seotud teemade kajastamine meedias ja teadusajakirjades. Avaldada meedias ja erinevates erialastes väljaannetes ülevaateartikleid, üliõpilaste lõputööde ülevaateid jms, et informeerida ühiskonda erinevate religioonide olemusest ja selle mõjudest tervisele ning näiteks tervishoiutöötajate rollist ning lähedaste nõustamise vajadustest. Lisaks võiks tervishoiutöötajad koostöös teiste organisatsioonidega avaldada müüte murdvaid artikleid, et avada erinevate kultuuride olemust elu ja tervise kvaliteedi vaatenurgast.

Intervjuudest nähtub, et õed peavad väga oluliseks hingehoidja olemasolu. Sellest tulenevalt on vajalik, et hingehoidja teenust tervishoius võimaldataks ja vajalik oleks ka hingehoidja ja õdede omavaheline koostöö, et paremini toetada õdesid ja patsiente ning nende lähedasi.

Kokkuvõtteks saab kinnitada, et anketeerimiste ja intervjuude tulemusel nähtub Eesti tervishoiuteenus kui patsiendi füüsilistele probleemidele keskenduv, õed oskavad küll patsientide religiooniga seotud toe vajadust märgata, kuid teadmiste ja võimaluste puudumise tõttu on tugi minimaalne. Õe rolli on vaja tugevdada, anda talle aega ja muuta töökorraldust nii, et õde saaks vastata patsientide religiooniga seotud vajadustele ning seeläbi parandada patsientide religioosset heaolu.

V. KOKKUVÕTE

Magistritöö **„Patsientide religiooniga seotud vajadused õendusprotsessis: religioosse heaolu toetamise võimalusi“** eesmärgiks oli patsientide religiooniga seotud vajaduste väljaselgitamine õendusprotsessis ja patsientide religioosse heaolu toetamisvõimaluste avamine. Käesolev uuring on välja kasvanud õdede professionaalse arengu pikaaegsest projektist, mis vallandus Baltimaade ja Soome koostöös aastal 1996Antud töös keskendutakse kitsamale teemavaldkonnale, mida on Eestis vähe uuritud ja mis käsitleb religiooniga seotud õendustegevusi õendusprotsessis rõhuasetusega patsientide religioosse heaolu toetamisele.

Töö uurimuslik osa koosneb kahest üksteist täiendavast osast: kvantitatiivsest ja kvalitatiivsest. Uurimuse kvantitatiivne osa põhineb magistritöö autori mõningate varasemate uuringute tulemuste analüüsil, mille keskmes on patsientide religiooniga seotud vajadused ja õdede tegevused nende vajaduste toetamisel. Kvantitatiivse uuringu tulemused iseloomustavad patsientide religiooniga seotud vajadusi õendustegevuste kontekstis kolme uuringu perioodi (1999, 2009, 2021) vältel.

Uuringu aluseks on terviklik inimkäsitus, mis tugineb holistilisel inimkäsitusel, mille kohaselt inimene on füüsiline, psüühiline, sotsiaalne ja religioosne tervik (Rauhala 2005:56-57; Kalkim jt 2016: 1–13). Töös on tuginetud rahvusvahelisele teemakohasele ja tõenduspõhisele teaduskirjandusele.

Õendustegevustes peetakse kõige olulisemaks patsiendi heaolu ja tema tervenemist. Patsiendi heaolu mõjutavad tervis ja keskkond ning oluliseks peetakse õdede kultuuritundlikkust. Tervishoiutöötajad näevad patsienti tervikuna ning neid aidates järgitakse õenduseetika põhimõtteid.

Kvalitatiivne osa põhineb õendusabikliinikus töötavate õdede intervjuudel (N=9), mille eesmärk on välja selgitada patsientide religiooniga seotud vajadused ning avada õdede kogemused õendusprotsessis patsientide religioosse heaolu toetamiseks.

Uurimistulemuste analüüs võimaldas välja tuua järgmist.

1. **Trendid õdede töövaldkondades õendustegevustesse panustamisel pole aastate 1999–2021 jooksul oluliselt muutunud.** Enam aega kulub õdedel töövahetuses füüsilistele õendustegevustele. Religioossete õendustegevuste tähtsustamine ja aja pühendamine on kasvanud eriti kogenumate õdede seas. Patsientide religioosset heaolu mõjutavad enim vahetuses töötavate õdede arv,

töökogemus ja pühendumine patsientide religiooniga seotud õendustegevustele. Religiooniga seotud õendustegevustele kulutatakse vähem aega kui teistele õendustegevustele, samas peetakse patsientide religioosset heaolu oluliseks ja kurdetakse sellealaste teadmiste nappuse üle.

2. **Intervjuude analüüs tõi esile õdede kogemused ja seisukohad religiooniga seotud õendustegevuste ja patsientide vajaduste suhtes.** Kuigi õed ei osanud konkreetset ajakulu nende tegevuste jaoks välja tuua, peeti patsientide religioossete vajaduste rahuldamist sageli loomulikuks osaks igapäevastest õendustoimingutest. Spetsiaalset ettevalmistust patsientide religiooniga seotud vajaduste koha õed ei ole saanud, pigem toetus nende teadmiste baas lapsepõlvele, elukogemusele ja isiklikele huvidele.

   Õed olid valmis toetama patsientide religioosset heaolu ja vajadusi, kuid esineb terve rida piiranguid. Nendeks nimetati oma oskuste puudust, töökorraldust ja kliiniku sellekohaste võimalusi nappust. Samuti selgus intervjuudest, et kliiniku piiratud ruumiressurss ei võimalda patsientide religiooniga seotud vajadusi toetada. Peamiselt märgati patsientide palvetamist ja religioossete esemete, näiteks ristid, ikoonid, ripatsid, olulisust patsientide elus. . Religioon avaldus igapäevastes tegevustes, nagu toiduvalik või tervishoiutöötaja sooline eelistus.

   Patsientide religioossete vajaduste seas paistsid silma palvetamine, toiduga seotud eelistused ja usupühade tähistamine.

   Hingehoidja olemasolu ja tema regulaarsed visiidid patsientide juurde olid õdede hinnangul väga olulised. Hingehoidja rolli peeti vajalikuks, õed nägid enda rolli pigem kuulajana ja toetajana. **Õed peavad oma kogemustele toetudes erakordselt oluliseks eriti hingehoidja ja ka vaimse tervise õe teenust**, kuna peavad neid patsientidele vajalikuks ja kasulikuks. Hingehoidjalt saavad tuge nii patsiendid kui ka lähedased, lisaks ka õed oma professionaalses töös.

   Erilist tähelepanu pälvisid surmaga seotud religioossed vajadused, kus õed tõid esile vajaduse toetada lähedasi. Kuigi patsiendid rääkisid sageli oma surmaootustest ja usulistest tunnetest, ei pruukinud nende perekond olla patsientide suremisega seotud sellest teadlik.

   Õed vajavad lisakoolitust ja tuge patsientide religiooniga seotud vajaduste mõistmisel ja nende heaolu toetamisel.

3. **Patsientide religioosse heaolu toetamist peeti vajalikuks.** Õed on valmis toetama patsientide religiooniga seotud vajadusi, kuid nende peamise takistustena nimetasid õed ajapuudus ja teadmiste defitsiit. Väljendati valmisolekut õppida ja omandada teadmisi erinevate religioonide kohta, et parandada patsientide ja nende lähedaste elukvaliteeti. Õed on samuti valmis kutsuma vajadusel patsiendi juurde vaimulikku või hingehoidjaid. Ka ollakse valmis suhtlema usuorganisatsioonidega Vestlused patsientide ja lähedastega religiooni teemadel oleksid samuti võimalikud, kui õdedel oleks selleks vajalikud teadmised ja kliinikus vastavad tingimused. Haiglaruumid ei ole selliselt planeeritud, et erinevate religioonide esindajad saaksid segamatult eralduda ja oma tõekspidamisega tegeleda.

   Teaduskirjanduse analüüsi ja uuringu tulemuste põhjal osutus vajalikus edasiste tegevuste kava välja töötamine, nendeks on religioonide temaatika integreerimine tervishoiutöötajate õppekavadesse, täienduskoolitused patsientide religiooniga seotud temaatikatest, organisatsioonikultuuris ja töökorralduses patsientide religiooniga seotud vajaduste arvestamine, patsientide religiooniga seotud heaolu ja õdede kompetentside arendamiseks, religiooniga seotud temaatika kajastamine meedias.

Uuring viidi läbi ühe õendusabikliiniku näitel, mistõttu tulemusi ei ole võimalik laiendada kõikidele õendusabikliinikutele.

Teema on perspektiivne ja väärib edasiarendamist patsientide religioosse heaolu parendamisvõimaluste avamise ning nende toetamise suunal. Silmas tuleb pidada eri instantside ja professionaalide koostöö potentsiaale ning leida täiendavaid võimalusi patsientide heaolu parendamiseks.

KASUTATUD ALLIKAD

Abdelhamid, P. (2003). *Koettelevat vuorovaikutustilanteet hoitamisen eetisenä haasteena.* Sairaanhoitaja, 11, 32.

Ahonen, O., Blek-Vehkalahto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvast, T. (2016). *Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito*. Helsinki : Sanoma Pro Oy.

Albutt, A., O'Hara, J., Conner, M., & Lawton, R. (2020). *Involving patients in recognising clinical deterioration in hospital using the Patient Wellness Questionnaire: A mixed-methods study*. Journal of Research in Nursing, 25(1), 68–86. https://doi.org/10.1177/1744987119867744

AS Lääne-Tallinna Keskhaigla koduleht. https://www.keskhaigla.ee/kliinikud/oendusabikliinik/oendushaigla. (18.09.2024)

Bangcola, A. (2021). *The development of Spiritual Nursing Care Theory using deductive axiomatic approach.* Belitung Nursing Journal, 163-170. https://www.belitungraya.org/BRP/index.php/bnj/article/view/1456

Benner, P. (1993). *Aloittelijasta asiantuntijaksi*. Porvoo: WSOY.

Bradbury-Jones, C.; Taylor, J.; Herber, O. (2014). *How theory is used and articulated in qualitative research: Development of a new typology.* Social Science & Medicine, 120(2014), 135-141.

Chidarikire, S. jt. (2016). *A Phenomenological Study into the Role of Spirituality and Religiousness in the Mental Health of People with Cancer in Zimbabwe.* Journal of Spirituality in Mental Health. Vol 18:2, 1445-161.

Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment.* Health Administration Press. https://books.google.ee/books?id=RTs_xgEACAAJ

Donabedian, A. (1988). *The Quality of Care. How Can It be Assessed?* Journal of the American Medical Association, 260, 1743–1748.

Donabedian, A. (2005). *Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x

Drageset, J. (2004). *The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes.* Scandinavian Journal of Caring Sciences, 18, 65–71. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.0283-9318.2003.00251.x

Dunderfelt, T. (2016). *Kokemuksen tutkimus V. Lauri Rauhala 100 vuotta.* In Kehittyvä ihminen-Lauri Rauhalan inspiroimaa käytännön psykologiaa. 123–150. Lapin yliopistokustannus. https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/62321/Kokemuksen_tutkimus_V_verkkoversio_pdfa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020. Sotsiaalministeerium (2017). https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/tervishoiu_arengusuunad_2020.pdf (05.11.2024)

Egerod, I., Kaldan, G., Lindahl, B., Hansen, B. S., Jensen, J. F., Collet, M. O., Halvorsen, K., Eriksson, T., Olausson, S., & Jensen, H. I. (2020). *Trends and recommendations for critical care nursing research in the Nordic countries:*

Triangulation of review and survey data. Intensive and Critical Care Nursing, 56, 102765. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.102765

Ehasalu, A. (2003). Kogukonnamudel Eesti õenduses ja selle rakendamise võimalused [MA, Tallinna Ülikool].

Ellison, C. G., Levin, J. S. *The Religion-Health Connection: Evidence, Theory, and Future Directions.* Health Education & Behavior. 1998;25(6):700-720. doi:10.1177/109019819802500603

Eloranta S, A. S., Isoaho H, Welch A, Viitanen M, Routasalo P. (2010). *Perceptions of the psychological well-being and care of older home care clients: clients and their carers. Journal compilation.* Journal of Clinical Nursing, 19 (5-6), 847–855. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02994.x

Elsabahy, H. E. L., Sleem, W. F. & Atroush, H. G. El. (2015). *Effect of Time Management Program on Job Satisfaction for Head Nurses*. Journal of Education and Practice, 6, 36–44.

Ernits, Ü. (2023). Patsientide religioossed vajadused õendustöö osana. Kirik & Teoloogia. https://kjt.ee/2023/01/patsientide-religioosed-vajadused-oendustoo-osana/

Ernits, Ü., Asted-Kurki, P., Paavilainen, E. (2020). Eesti õendustöö longituuduuring: õendustegevused ja patsientide heaolu. Eesti õendus ajas ja muutumises, 93-110. http://dspace.ttk.ee:8080/bitstream/handle/123456789/146/16.10.20_TTK_Oodede_kogumik_1-140_veeb.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ernits, Ü. (2018). *Viron hoitotyön kehittyminen ja muotoutuminen yhteiskunnallisessa muutoksessa.* In (pp. 1–169).

Ernits, Ü. (2001). Sotsiaalsed õendustegevused Mustamäe haigla näitel Tallinna Ülikool. Tallinn.

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. (2015). *Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen: sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus- hanke.* Espoo, Helsinki: Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto, 14-15.

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehvläinen-Julkunen, K., Asted-Kurki, P. (2013). *Hoitotiede*. Sanoma Pro OY, 68.

Eskola, J., Lätti, J., Vastamäki, J. (2018). *Teemahaastattelu: lyhyt selviytymisopas.* PS-kustannus. https://www.researchgate.net/publication/359760748_Teemahaastattelu_Lyhyt_selviytymisopas. 27-51.

Feo, R., Conroy, T., Jangland, E., Muntlin Athlin, Å., Brovall, M., Parr, J., Blomberg, K., & Kitson, A. (2018). *Towards a standardised definition for fundamental care: A modified Delphi study*. Journal of Clinical Nursing, 27(11–12), 2285–2299. https://doi.org/10.1111/jocn.14247

Flinck, A. (2012). *Hengellisyys hoitotyössä–palvelemista potilaan ehdoilla*. Viesti, 4-6.

Ghorbani, M.E., Aghabozorgi, R., Ramezani, M. (2021). *Spiritual care interventions in nursing: an integrative literature review*. Supportive Care in Cancer, (29), 1165-1181.

Gleibs, I. H., Haslam, C., Jones, J. M., Haslam, S. A, McNeill, J. & Connolly, H. (2011). *No country for old men? The role of a 'Gentlemen's Club' in promoting social engagement and psychological well-being in residential care.* Aging & Mental Health, 15, 456–466.

Gordon, M. (2008). *Assess Notes: Nursing assessment and diagnostic reasoning.* Philadelphia: F.A. Davis Company.

Haiglavõrgu arengukava. https://www.riigiteataja.ee/akt/104042018005?leiaKehtiv. (01.12.2024)

Halvorsen, K., Jensen, J. F., Collet, M. O., Olausson, S., Lindahl, B., Sætre Hansen, B., Lind, R., & Eriksson, T. (2022). *Patients' experiences of well-being when being cared for in the intensive care unit—An integrative review.* Journal of Clinical Nursing, 31(1–2), 3–19. https://doi.org/10.1111/jocn.15910

Hancock, K., Chang, E., Chenoweth, L., Clarke, M., Carroll, A., & Jeon, Y.-H. (2003). *Nursing needs of acutely ill older people.* Journal of Advanced Nursing, 44(5), 507–516.

Harra, K. (2004). *Muusikoiden epäsuotuisat stressikokemukset ja niiden hallinta.* Tampereen Yliopisto. Akateeminen väitöskirja. 29.

Harrad, R., Cosentino, C., Keasley, R., Sulla, F. (2019). *Spiritual Care in Nursing: An Overview of the Measures Used to Assess Spiritual Care Provision and Related Factors Amongst Nurses.* Acta Biomed, 4. https://doi.org/10.23750/abm.v90i4-S.8300

Harrison, P. L., Pope, J. E., Coberley, C. R., & Rula, E. Y. (2012). *Evaluation of the Relationship Between Individual Well-Being and Future Health Care Utilization and Cost.* Population Health Management, 15(6), 325–330. https://doi.org/10.1089/pop.2011.0089

Hea teadustava, (2017). https://www.etag.ee/wp-content/uploads/2017/02/HEA-TEADUSTAVA.pdf. (18.09.2024)

Herdman, H. (toim.) (2016). NANDA International, Inc. Õendusdiagnoosid. Definitsioonid ja klassifikatsioon 2015–2017. Greif OÜ, 369.

Herdman, H. T. (2013). NANDA Internationali Õendusdiagnoosid. Definitsioonid ja klassifikatsioon 2012–2014. Elmatar, 402.

Howell, M., & Stevens, J. P. (2019). *Understanding Healthcare Delivery Science*. McGraw-Hill Education. https://books.google.ee/books?id=EyLQAQAACAAJ

Hong, J., Song Y., Liu, J., Wang, W. & Wang, W. (2013). *Perception and fulfillment of cancer patients' nursing professional social support needs: from the health care personnel point of view.* Support Care Cancer, 22, 1049–1058.

Hull, D. (2013). *Clinical trial: Physical, psychological and social needs of patients.* British Journal of Nursing, 22(2), 76–80.

International, N. (2022). Õendusdiagnoosid: definitsioonid ja klassifikatsioon 2021-2023 (Vol. 12). Greif OÜ.

Isikuandmete kaitse seadus. Riigikogu. RT I, 04.01.2019, 11. https://www.riigiteataja.ee/akt/104012019011?leiaKehtiv (01.12.2024)

Johnston, M. J., Arora, S., King, D., Bouras, G., Almoudaris, A. M., Davis, R., & Darzi, A. (2015). *A systematic review to identify the factors that affect failure to rescue and escalation of care in surgery.* Surgery, 157(4), 752–763. https://doi.org/10.1016/j.surg.2014.10.017

Jonasdottir, R. J., Jonasdottir, H., Gudmundsdottir, B., & Sigurdsson, G. H. (2018). *Psychological recovery after intensive care: Outcomes of a long-term quasi-experimental study of structured nurse-led follow-up.* Intensive and Critical Care Nursing, 44, 59–66. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.06.001

Kalkim, A. M., T S. Baysal, E. (2016). *An Investigation of the Perceptions and Practices of Nursing Students Regarding Spirituality and Spiritual Care.* Religions, 7(8):101, 1–13. https://doi.org/10.3390/rel7080101

Kallio, A. (2007). *Sairaanhoitajan ammattillinen koulutus Suomessa ja Baltian maissa sairaanhoitajan kuvaamana.*

Kevern, P. (2012). *Who can give "spiritual care"? The management of spiritually sensitive interactions between nurses and patients.* Journal of Nursing Management, 20(8). https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01428.x

Kiefer, R. A. (2010). *An Integrative Review of the Concept of Well-being* (vol 22, 244, 2008). Holistic Nursing Practice, 24(6), 332–332. https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e318203d06a

Kitson, A. L. (2018). *The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory.* Nursing Research, 67(2), 99–107. https://doi.org/https://doi.org/10.1097/nnr.0000000000000271

Kitson, A.L., Athlin, M., Conroy, T. (2014). *Anything but Basic: Nursing's Challenge in Meeting Patients' Fundamental Care Needs.* Journal of Nursing Scholarship, 331-339.

Kreitzer, M. J. (2012). *Spirituality and Well-Being.* Western Journal of Nursing Research, 34(6), 707–711. https://doi.org/10.1177/0193945912448315

Kuuppelomäki, M. (2001). *Hengellisyys hoitotyössä.* Sairaanhoitaja, 6, 28-30.

Kõrgemaa, U. jt. (2024). *Nurses retrospective view on nursing education: A repeated cross-sectional study over three decades.* Heliyon, 10(4). https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e26211

Kõrgemaa, U.; Ernits, Ü.; Sisask, M. (2023). *Physical Nursing Activities – How Much is Enough?* Nurses Together: A Force for Global Health: ICN Congress, Montreal, Canada.

Kõrgemaa, U. j. (2022). *Daily nursing activities in relation to patient well-being: a serial cross-sectional study.* Eesti.

La Placa, V., McNaught, A., & Knight, A. (2013). *Discourse on wellbeing in research and practice.* International Journal of Wellbeing, 3(1), 116–125. https://doi.org/10.5502/ijw.v3i1.7

Lagerspetz, M. (2017). Ühiskonna uurimise meetodid. Sissejuhatus ja väljajuhatus. Tallinn. Tallinna Ülikooli Kirjastus. 206-208.

Laherand, M.-L. (2008). Kvalitatiivne uurimisviis. Tallinn: OÜ Infotrükk, 285-286.

Lake ET, Germack HD, Viscardi MK. *Missed nursing care is linked to patient satisfaction: a cross-sectional study of US hospitals.* BMJ Quality & Safety. 2016; 25(7):535–43. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-003961

Lake, S., Moss, C. & Duke, J. (2009). *Nursing prioritization of the patient need for care: A tacit knowledge embedded in the clinical decision-making literature.* International Journal of Nursing Practice, 15, 376–388.

Lauerma, H. (2000). *Uskonnollinen kokemus vai psykiatrinen oire?* Lääketieteellinen aikakauskirja duodecim. 116 (23), 2704-2709.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (2014). *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: Sanoma Pro OY. 23-25.

Linnuste, I. (2015). Spirituaalne mõõde tervise kontseptsiooni osana [Ülevaade]. Eesti Arst, 95(2), 105–108.

Litalien, M. jt. (2022). *The Influence of Religiosity and Spirituality on Health in Canada: A Systematic Literature Review*. Journal of Religion and Health, 61(1), 373–414. https://doi.org/10.1007/s10943-020-01148-8

Luchsinger, J. S., Jones, J., McFarland, A. K., & Kissler, K. (2019). *Examining nurse/patient relationships in care coordination: A qualitative metasynthesis.* Applied Nursing Research, 49, 41–49. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.07.006

Lundberg, P. C. K., P. (2009). *Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units*. Journal of Clinical Nursing, 19, 1121–1128. https://doi.org/doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03072.x

Maunu, A. (2014). *Kuinka terveyttä tehdään?: sosioekonomiset terveyserot ja ammatilliset oppilaitokset niiden kaventajina.* Helsinki: Ehkäisevä päihdetyö EHYT.

McEwen, M. (2005). *Spiritual Nursing Care :state of the Art.* Holistic Nursing Practice, 19(4), 161–168. https://doi.org/10.1097/00004650-200507000-00007

Mckie, A. L., Gaida, F. *A scoping review of spirituality and religiosity in people who have had a kidney transplant.* Nursing Open 2022, 2277-2288. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.1271

Medicine, I. o. (2012). *Living Well with Chronic Illness: A Call for Public Health Action*. The National Academies Press. https://doi.org/doi:10.17226/13272

Meriläinen, M. (2012). *Tehohoitopotilaan hoitoympäristö*. In (pp. 1–128).

Monsen, K. A., Peters, J., Schlesner, S., Vanderboom, C. E., & Holland, D. E. (2015). *The Gap in Big Data: Getting to Wellbeing, Strengths, and a Whole-person Perspective.* Global Advances in Health and Medicine, 4(3), 31–39. https://doi.org/10.7453/gahmj.2015.040

Murakami, R., Shiromaru, M., Yamane, R., Hikoyama, H., Sato, M., Takahashi, N., Yoshida, S., Nakamura, M. & Kojima, Y. (2012). *Implications for better nursing practice: psychological aspects of patients undergoing post-operative wound care.* Journal of Clinical Nursing, 22, 939–947.

NANDA International. (2022). Õendusdiagnoosid: definitsioonid ja klassifikatsioon 2021-2023. Greif OÜ.

Narayanasamy, A. & Owens, J. (2001). *A critical incident study of nurses´responses to the spiritual needs of their patients*. Journal of Advanced Nursing, 33, 446–455.

Newman, D. B., Graham, J. *Religion and Well-being*. Publisher: UT: DEF Publishers 2018.

Nissen, V. D. a. H. N. (2021). *The Process of Spiritual Care*. Frontiers in Psychology, 12, 1-11. https://doi.org/doi: 10.3389/fpsyg.2021.674453

Pentzin, V. *Kaleva. Hyvä elämä 2005*. https://www.kaleva.fi/enkeli-kantaa-kun-itse-ei-jaksa/2019483. (25.09.2024)

Puchalski, C. *The Role of Spirituality in Health Care*. Baylor University Medical Center Proceedings 2001 Vol. 14(4), 352-357.

Puusepp, K., Kõrgemaa, U., Sepp, J. (2024). *Interprofessional and interdisciplinary collaboration in the nursing and care worker curriculum.* INCERI2024 Spain 2024, 2933. https://library.iated.org/view/PUUSEPP2024INT.

Puusepp, K. (2017). Kümme aastat NANDA-I jälgedes. Eesti Õde, 28-30.

Rauhala, L. (2005). *Ihmiskäsitys ihmistyössä*. Helsinki: Yliopistopaino, 56-57.

Rauhala, L. (1990). *Humanistinen psykologia.* Publisher: Yliopistopaino 1990, 46-47. https://books.google.ee/books?id=W0V5AAAACAAJ (01.11.2024).

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., & Henttonen, T. (2016). *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. Sanoma Pro OY.

Rissanen, L. (1999). *Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen*. Oulu: Oulun Yliopisto, 40-41.

Roper, N., Logan, W. W., & Alison, T. J. (1999). Õenduse alused. Elamise mudelil põhinev õendusmudel. Elmatar. https://www.ester.ee/record=b1219218*est

Singh, N. K. R. jt. *Role of Spirituality in Mental Health Practice*. Indian Journal of Psychiatric Social Work 2017 Vol. 8(1), 44-49.

Siwi, I. M. T.. *Spiritual care interventions in critical area: a literatuure review study*. Majalah Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Indonesia 2022 vol. Vol.11/No.2, 150-158.

Soar, J., & Subbe, C. P. (2012). *Identifying the patient at risk of deterioration, intensive care unit admission, or cardiac arrest: Stop predicting, start preventing.* Critical Care Medicine, 40(7), 2243–2244. https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182546875

Sørensen, D., Frederiksen, K., Groefte, T., & Lomborg, K. (2013). *Nurse–patient collaboration: A grounded theory study of patients with chronic obstructive pulmonary disease on non-invasive ventilation.* International Journal of Nursing Studies, 50(1), 26–33. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.013

Stelfox, H. T., Bagshaw, S. M., & Gao, S. (2014). *Characteristics and Outcomes for Hospitalized Patients With Recurrent Clinical Deterioration and Repeat Medical Emergency Team Activation*. Critical Care Medicine, 42(7), 1601–1609. https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000000315

Tan, M. O., Polat, H. *An Exploratory Study of Spirituality and Spiritual Care among Turkey Nurses.* International Journal of Caring Sciences 2018 Vol. Vol 11 Issue 21, 1311-1318. https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/75_tan_original_10_2.pdf

Tanyi, R. A. *Towards clarification of the meaning of spirituality*. Journal of Advanced Nursing 2002 Vol. 39(5), 500-509.

Taylor, P. S., Mamier I, Atarhim MA, Angeles L, Aslan H, Aktürk Ü, Ercİ B, Soriano G, Sinaga J, Chen YH, Merati-Fashi F, Odonel G, Neathery M, Permatasari W, Ricci-Allegra P, Foith J, Caldeira S, Dehom S. (2023). *Frequency of nurse-provided spiritual care: An international comparison*. J Clin Nurs, Feb;32(3-4), 597-609. https://doi.org/10.1111/jocn.16497. Epub 2022 Aug 29.

Taylor, E. (2012). *Religion: A Clinical Guide for Nurses*. Springer Publishing Company, 34-77.

The ICN Code of Ethics for Nurses. (2021, 29.04.2021). https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf

Tiit, E-M. & Vaarama, M. (2008). *Quality of Life of Older Homecare Clients.* In M. Vaarama, R. Pieper & A. Sixsmith (Eds.), *Care-related quality of life in old age. Concepts, models, and empirical findings* (pp. 168–195). New York: Springer.

Tilk, K. jt. (2024). *Integrating Religious Competence in Midwifery Education: A Curriculum Innovation at Tallinn Health Care College*. NETNEP 2024.

Timmins, F., Murphy, M., Neill, F., Begley, T., Sheaf, G. *An exploration of the extent of inclusion of spirituality and spiritual care concepts in core nursing textbooks*. Nurse Education Today, Volume 35, Issue 1, January 2015, 277-282.

https://s100.copyright.com/AppDispatchServlet?publisherName=ELS&contentID=S0260691714001920&orderBeanReset=true

Umberger, R. A., & Thomas, S. P. (2019). *Survivor But Not Fully Recovered: The Lived Experience After 1 Year of Surviving Sepsis*. Dimensions of Critical Care Nursing, 38(6), 317–327. https://doi.org/10.1097/dcc.0000000000000381

Van Keer, R. L., Deschepper, R., Huyghens, L., & Bilsen, J. (2017*). Mental well-being of patients from ethnic minority groups during critical care: a qualitative ethnographic study*. BMJ Open, 7(9), e014075. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014075

Van Leeuwen R, Cusveller B. *Nursing competencies for spiritual care.* J Adv Nurs. 2004 Nov;48(3):234-246. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03192.x. PMID: 15488037.

VERBI Software. (2021). *MAXQDA 2022 Online Manual*. Retrieved from maxqda.com/help-max20/welcome

Wang, X., & Cheng, Z. (2020). *Cross-Sectional Studies.* Chest, 158(1), 65–S71. https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.012

Wassenaar, A., Schouten, J., Schoonhoven, L. (2013). *Factors promoting intensive care patients' perception of feeling safe: A systematic review.* International Journal of Nursing Studies, 51(2). https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.07.003

Vermandere, M., De Lepeleire, J., Smeets, L., Hannes, K., Van Mechelen, W., Warmenhoven, F., van Rijswijk, E., Aertgeerts, B. (2011). *Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis*. British Journal of GeneralPractice. Nov;61(592):749-e760.

WHO. (2014). *Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha67/a67_r19-en.pdf. (12.11.2024)

Õde õppekava. (2017). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. https://www.ttk.ee/sites/ttk.ee/files/O%CC%83de_23.05.2017.pdf (13.12.2024)

Õunapuu, L. (2014). Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes [Võrguteavik]. Tartu: Tartu Ülikool. Retrieved March 22, 2015, http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/36419/ounapuu_kvalitatiivne.pdf, 02.09.2024.

Zehtab, S., Adib-Hajbaghery, M. (2014). *The Importance of Spiritual Care in Nursing*. https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=fc01c42dfa466f4cc8bc08404011cc956fa5bcea. (02.11.2024)

SUMMARY

Patients' religious needs in the nursing process: opportunities to support religious well-being

The objective of the master's thesis "Patients' religious needs in the nursing process: Opportunities for supporting religious well-being" is to identify the religious needs of patients within the nursing process and to explore how these needs could be supported. This study is part of a long-term project on the professional development of nurses, initiated in collaboration between the Baltic countries and Finland in 1996. It delves into a relatively under-investigated aspect of Estonian nursing, concentrating on religious practices within nursing and their role in improving the religious well-being of patients. Based on the objective, the study seeks answers to the following research questions:

1. What changes have occurred in the dynamics of nurses' assessments of nursing activities (1999, 2009, 2021)?
2. What are the experiences of nurses in the nursing process in supporting patients' religious well-being in relation to religious needs?
3. How is it possible to support patients' religious well-being within the nursing process?
4. What strategies can be employed through inter-institutional collaboration to address and support patients' religion-related needs?

What recommendations can be implemented in collaboration with various institutions to strengthen patients' religious well-being? The master's thesis consists of four chapters. The first chapter provides a thematic theoretical overview of the nursing process, nursing activities, the patient's religious needs, and a holistic human approach. The second chapter focuses on the research methodology, the third chapter presents the research findings along with a discussion, and the fourth chapter offers recommendations for cooperation among various entities to support patients' religious needs.

The theoretical approach in chapter 1 encompasses the nursing process and the role of nursing activities within it, with an emphasis on religious nursing activities and the religious needs of the patient.

Chapter 2 provides an overview of the research methodology, the positioning of the research problem, the purpose of the research, and presents the research questions.

The research component of the master's thesis consists of two complementary parts: quantitative and qualitative. The results of the quantitative study provide a summary overview of nurses' assessments of nursing activities related to patients' religion (1999, 2009, 2021), their connections to other nursing activities, and the time spent on these activities while nurses' assessments have changed slightly over time. The qualitative part is based on interviews with nurses working in a nursing clinic (N=9), with the aim to identify patients' religious needs within the nursing process and to explore the nurses' experiences in supporting patients' religious well-being.

Chapter 3 presents the analysis and discussion of research data: analysis of quantitative background data – nursing activities over the course of the study at different stages and analysis and discussion of thematic interviews. The results of the quantitative study provide an overview of nurses' assessments of nursing activities related to patients' religion across three time periods: 1999, 2009, and 2021. The study focuses on the connections of these activities with other nursing activities as well as the time spent on them. The analysis reveals that the trends in nursing practices have remained relatively constant over the years, with a primary emphasis on physical care. However, an increase in time allocated to religious nursing activities tends to shift focus from physical to more social care aspects. This shift suggests a complex interplay between the religious well-being of patients and the religious activities conducted by nurses. Patients with religious concerns may require additional psychological and spiritual support, highlighting the importance of tailoring nursing care to accommodate these needs. The limited time traditionally devoted to religious care compared to other nursing tasks underscores the need for further qualitative research.

The interviewees for the qualitative research component were nurses (N=9) with at least one year of work experience in a nursing care clinic. The aim was to identify patients' religious needs and explore the nurses' experiences in supporting religious well-being within the nursing process. The analysis of thematic interviews was conducted across main categories: nurses' competencies and time management, the need for professional support, environment and work organization, and religion-related needs.

Not all interviewees could identify religious activities, which is expected as these are not typical work routines. Responses show awareness of the need for religious rites during the dying process and funeral arrangements. Nurses can recognize and support

patients' religious needs, like prayer and valuing sacred items, and assist in observing religious customs during holidays. Often, patients prefer care providers of the same gender for certain procedures. Nurses also face existential questions from patients, requiring more in-depth religious knowledge, with current responses largely based on personal beliefs.

To ensure high-quality care that adheres to uniform principles, forming discussion groups with nurses, social workers, and chaplains would be advantageous. Religion is seen as beneficial for patient and family well-being. Interviews confirm nurses are willing to support religious needs but lack sufficient knowledge. Space constraints in the clinic hinder the support for these needs. Conducted in one nursing clinic, these results are not broadly generalizable. Expanding the study to other regions or developing surveys on nurses' readiness and the role of chaplains could provide more comprehensive data.

Chapter 4 provides recommendations for cooperation among various institutions to support patients' religious well-being. To enhance the integration of religious care in nursing, it's essential to expand nursing education to include comprehensive training on religious needs and health implications. This could involve creating specialized training programs for nurses with a deep understanding of various religions, supported by microdegree programs in collaboration with theological faculties. Additionally, developing a supportive organizational culture is crucial, including establishing protocols for religious care and promoting interprofessional collaboration.

Further research is needed to evaluate the beforementioned strategies and inform policy development. Public engagement through media can raise awareness about the importance of religious care in healthcare settings. Moreover, integrating chaplain services and developing tools for virtual communication with religious leaders can ensure holistic support for patients’ religious needs. These efforts will equip healthcare providers to better address the diverse religious needs of patients and their families, ultimately enhancing the quality of care and patient satisfaction.

Lisa 1. Intervjuu kava

Intervjuu kavand magistritöö juurde

Ülle Ernits

Patsientide religioossete vajaduste toetamine õendustegevuste kontekstis

Intervjueeritakse kümmet eri tööstaažiga (kuni 10, 11-20, 21-30 ja 31+) AS Lääne-Tallinna Keskhaigla õendusabikliiniku õde.

Õenduskliinik on antud valimis selle tõttu, et nendes on patsiendid pikema aja vältel ja religiooniga seotud teemad eeldatavasti võivad olla asjakohased. Aktiivravi osakondades on patsiendid väga lühikese aja vältel ja sealsete õdede intervjueerimised võiksid aset leida jätku-uuringus.

Intervjueeritavateks valitakse õed, kes on töötanud vähemalt ühe aasta statsionaarses õendusabis. Intervjuudes osalemine on vabatahtlik.

Enne intervjueerimist allkirjastatakse respondentide poolt uuritavate informeerimise ja teadliku isikuandmete töötlemise nõusoleku vorm (Lisa 1).

Intervjuude analüüsi tulemused esitatakse üldistatud kujul. Tulemuste illustreerimiseks ja töö usaldusväärsuse tagamiseks kasutatakse intervjuude katkeid, mida esitatakse pseudonümiseerituna ja tsitaatidena.

Uurija saadab õendusabikliiniku meilile kirja koos pöördumisega ja palub saata see edasi õdedele, misjärel huvitatud vastavad ja annavad oma kontaktandmed. Vastamine on vabatahtlik.

Interjueeritavatega võetakse ühendust, tutvustatakse uuesti uuringu eesmärki ja kui on saadud nõusolek, lepitakse kokku intervjuu aeg. Intervjuud salvestatakse ja transkribeeritakse ja pseudonümiseeritakse. Intervjuud viib läbi ja transkribeerib uurija.

Antud uurimistöös ei töödelda eriliigilisi isikuandmeid isikuandmete kaitse seaduse §-i 6 mõistes (Riigikogu, 2018). Uurimistöös on tegemist pseudonümiseeritud isikuandmetega. Andmeid säilitatakse Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli turvatud pilveserveris.

Intervjuude salvestistele ja nende transkriptsioonidele on ligipääs ainult uurijal.

Uurimistöö tulemused avalikustatakse üldistatuna ning tagatakse uuritavate anonüümsus.

Uurimistöö tulemuste esitamisel kasutatakse tsitaate andmestikust. Tsitaatide esitamisel ei kasutata inimeste nimesid, et uuritavad ei oleks äratuntavad, vaid ainult uurijale teadaolevaid pseudonüüme.

KAVA

Poolstruktureeritud intervjuu

1. Kui pikk on Teie tööstaaž õena? Teie õendusalane haridus (kutseharidus, kõrgharidus) ja vanus?
2. Milliseid religiooniga seotud vajadusi olete töös patsientidega patsientidel märganud?
3. Kuidas Teie arvates religioon toetab patsiendi tervenemist?

4. Kas olete märganud religioossete tõekspidamiste esile tulemist suremise protsessis?
5. Kuidas Teie arvates religioon mõjutab patsiendi lähisuhteid?
6. Milliseid religiooniga seotud kogemusi ja olete märganud töös patsientide ja nende lähedastega? Kirjeldage palun.
7. Milliseid religiooniga seotud tegevusi olete märganud töös patsientidega ja nende lähedastega? Kirjeldage palun.
8. Millised kultuurilisi erisusi seoses religioossusega olete oma igapäevatöös märganud?
9. Kuidas olete toetanud patsientide usulist maailmavaadet? Näiteks temaga religiooni teemadel arutelud, kirjanduse leidmine vms.
10. Milline on Teie valmidus patsientide religiooniga seotud vajaduste toetamiseks õendustöös. Näiteks vaimuliku kutsumine, armulaua juures abistamine.
11. Milliseid õenduseetika põhimõtteid on tulnud järgida patsientidega religiooniga seotud teemadel rääkides?
12. Kuidas Teie arvates on omavahel seotud patsientide füüsilisi, psüühilisi, sotsiaalseid ja religioosseid vajadusi toetavad õendustegevused?
13. Kuidas hindate ajakulu, mis läheb patsientide religiooniga seotud vajadusi toetavateks õendustegevusteks?
14. Kuidas hindate enda erialast ettevalmistust religiooniga seotud vajadustest lähtuvate õendustegevuste läbiviimiseks?
15. Millised on Teie ettepanekud eelpooltoodud teemadel õdede väljaõppe täiustamiseks ?
16. Mida soovite antud teemaga ühenduses veel lisada?

Lisa 2. TÜ inimuuringute eetikakomitee luba

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokolli number: 388/T-2 **koosolek: 18.03.2024**

Komitee koosseis:

Esimees	
Aime Keis	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, meditsiinieetika nooremlektor
Aseesimees	
Kristi Lõuk	Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, projektijuht / doktorant
Liikmed	
Diva Eensoo	Tervise Arengu Instituut, teadur
Katrin Kaarna	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliiniliste uuringute keskuse juhataja
Piret Koosa	Eesti Rahva Muuseum, teadur
Malle Kuum	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur
Marje Oona	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini kaasprofessor
Maire Peters	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika kaasprofessor
Raivo Puhke	Tartu Ülikool, meditsiinteaduste valdkond, funktsionaalse morfoloogia lektor
Atko-Sulhan Remmel	Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, religiooniuuringute kaasprofessor
Anna-Liisa Tamm	Tartu Tervishoiu Kõrgkool, füsioteraapia ja tervisekaitse osakonna juhataja
Anni Tamm	Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, arengu- ja koolipsühholoogia lektor / arengupsühholoogia teadur
Maarja Torga	Riigikohus, tsiviilkolleegiumi nõunik

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö

Uurimistöö nimetus: Patsientide religioossete vajaduste toetamine õendustegevuste kontekstis

Vastutav uurija (asutus):
Kaido Soom (Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, usuteaduskond, Ülikooli 18, Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikool inimuuringute eetika komiteelt, 19.05.2024
2. Informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm, 19.05.2024
3. Uuringu kutse, 19.05.2024
4. Intervjuude kavand, 19.05.2024
5. Uurimistöö läbiviijate CVd (K. Soom, Ü. Ernits)

Uurimistöö lõpp: 31.10.2024

Komitee esimees: Aime Keis */allkirjastatud digitaalselt/*
Komitee sekretär: Kaire Kallak */allkirjastatud digitaalselt/*

Väljastatud: */viimase digitaalallkirja kuupäev/*

Tartu Ülikool
grandikeskus
Raekoja plats 9
51004 Tartu

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

Selgitus:

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

Lisa 3. Uuritavate informeerimise ja teadliku isikuandmete töötlemise nõusoleku vorm

Austatud AS Lääne-Tallinna Keskhaigla õendusabikliiniku õde

Palume Teil osaleda alljärgnevas uurimistöös:

1. **Uurimustöö nimetus**

Uurimustöö nimega "Patsientide religioossete vajaduste toetamine õendustegevuste kontekstis".
Antud uurimistöö on osa Tartu Ülikooli humanitaarteaduste ja kunstide valdkonna religiooniuuringute ja teoloogia õppekava magistritööst.

2. **Uurimistöö eesmärk**

Uurimistöö eesmärk on õdede poolse patsientide religioossete vajadustega seotud heaolu ja vajaduste hinnangu kvantitatiivne analüüs dünaamikas (eelnevate uuringute tulemuste põhjal) ning patsientide religioossete vajaduste toetamisvõimaluste väljaselgitamine intervjuude teel.

3. **Uurimistöö tulemus**

Uurimistöö tulemusena saame teada, milline on õdede arvamus nende tööülesannetest patsientide religioossete vajaduste toetamise seisukohast. Saadud teavet saab kasutada vajalike täienduskoolituste arendamiseks, õdede õppekava täiustamiseks ning uute uuringute algatamiseks.

4. **Isikuandmete vastutav töötleja ja uurimustöö teostaja**

Uurimustöö raames töödeldavate isikuandmete vastutav töötleja on Tartu Ülikool. Uurimustöö teostaja (edaspidi *uurija*) on Ülle Ernits, Tartu Ülikooli humanitaarteaduste ja kunstide valdkonna religiooniuuringute ja teoloogia õppekava magistriõppe magistrant.

5. **Uurimistöö läbi viimise viis**

Uuringus osalemine on vabatahtlik. Uurimismaterjali kogumiseks viime Teiega läbi intervjuud mais-juunis 2024.
Intervjuu kestvus on orienteeruvalt 60 minutit. Intervjuu läbiviimiseks lepitakse Teiega kokku mõlemale sobiv aeg. Intervjuud toimuvad Lääne-Tallinna Keskhaigla õendusabikliinikus. Uurimustöös osalemise eest Teile tasu ei maksta.

6. **Mis on isikuandmed ja milliseid isikuandmeid käesoleva uurimistöö raames töödeldakse?**

Isikuandmed on teave Teie kui füüsilise isiku ehk andmesubjekti kohta, mille kaudu olete tuvastatud või tuvastatav. Käesoleva uurimistöö raames oleme jaganud Teie kohta kogutavad ja töödeldavad isikuandmed järgnevatesse kategooriatesse:

- **Isikut tuvastavad andmed**, milleks on. Teie ees- ja perekonnanimi, intervjuu helisalvestis;
- **Kontaktandmed**, milleks on Teie telefoninumber ja meiliaadress;
- **Haridus- ja tööeluandmed,** milleks on Teie tööstaaž käesoleval ametikohal ja haridus.

7. Isikuandmete töötlemise turvalisus uurimistöö läbiviimisel

Isikuandmete töötlemisel juhindutakse kehtivatest isikuandmete kaitset käsitletavatest õigusaktidest, sealhulgas Euroopa Parlamendi ja Nõukogu määrusest (EL) 2016/679 ja riigisiseselt kehtivatest õigusaktidest.

Teiega tehtud intervjuu salvestatakse ja pseudonümiseeritakse, st, et kõik intervjuud tähistatakse numbrilise koodiga ja tähega Õ. Koodid on teada ainult uurijale. Pseudonümiseeritud transkribeeringud säilitatakse Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli turvatud pilveserveris, mille osas on rakendatud kõik tehnilised ja organisatsioonilised turvameetmed. Pseudonümiseeritud transkribeeringutele on juurdepääs ainult uurijal. Intervjuud transkribeeritakse hiljemalt juunis 2024. Seejärel kuulatakse helisalvestised üle ja võrreldakse saadud transkriptsioone ennetamaks andmekadu. Pärast nimetatud kontrolli salvestused ehk helifailid kustutatakse lõplikult. Transkriptsioone säilitatakse kuni uurimistöö tulemuste avaldamiseni (st maksimaalselt kaks aastat). Pseudnonümiseeritud ja transkribeeritud tekstid salvestatakse eraldi kaustas pilveserveris, millele on juurdepääs ainult uurijal.

Uuringu läbiviimiseks on saadud kooskõlastus Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt. Uurimistöö tulemused avalikustatakse üldistatud kujul ning tagatakse uuritavate anonüümsus. Uurimistöö tulemuste esitamisel kasutatakse tsitaate andmestikust. Tsitaatide esitamisel ei kasutata Teie nime või mistahes muid isiku tuvastamist võimaldavaid andmeid. Vajadusel kasutatakse ainult uurijale teadaolevaid pseudonüüme.

8. Küsimuste tekkimisel

Kui Teil tekib uurimistööga seoses küsimusi, siis palume pöörduda Tartu Ülikooli humanitaarteaduste ja kunstide valdkonna religiooniuuringute ja teoloogia õppekava magistriõppe magistrandi Ülle Ernits poole, e-post: ylle.ernits@ttk.ee, telefon: +3725145177.

Kui Teil tekib küsimusi seoses uuritava õigustega, siis palume pöörduda Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee poole e-posti aadressil eetikakomitee@ut.ee või tel 737 6215.

Kaebustega isikuandmete töötlemise osas palume pöörduda Tartu Ülikooli andmekaitsespetsialisti poole e-posti aadressil andmekaitse@ut.ee.

9. Kinnitused ja nõusolekud

Mind, ..., on informeeritud ülalmainitud uuringust ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist ja uuringu metoodikast.

Käesolevaga kinnitan, et olen eeltoodud tingimustega tutvunud ja mõistan toodud tingimuste sisu.

Kinnitan oma nõusolekut uuringus osalemiseks.

Kinnitan oma nõusolekut oma isikuandmete töötlemiseks.

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

Uuritava allkiri .....

Kuupäev, kuu, aasta .....

Uuritavale informatsiooni andnud isiku nimi: Ülle Ernits ..... allkiri

Kuupäev, kuu, aasta.....

Lihtlitsents

Mina, Ülle Ernits

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose

„PATSIENTIDE RELIGIOONIGA SEOTUD VAJADUSED ÕENDUSPROTSESSIS: RELIGIOOSSE HEAOLU TOEAMISE VÕIMALUS“

mille juhendaja on dr theol Kaido Soom, 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 Commonsi 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, 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.

Ülle Ernits
13.12.2024