

Õenduse õppetool  
Terviseteaduse õppekava

Ruth Estrin

**PEREÕE TEGEVUSJUHENDI TÄIENDAMINE EESTISSE SISSERÄNNANUD  
MOSLEMIPATSIENTIDELE ÕENDUSABI OSUTAMISEL**

Arendusprojekt

Tallinn 2021

Olen koostanud arendusprojekti iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite töödest, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud. Luban Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolil avalikustada oma arendusprojekti PDF-versiooni raamatukoguprogrammis.

Arendusprojekti autori allkiri

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Lubatud kaitsmisele.

Juhendajad: Dotsent Taimi Tulva, PhD  
Mare Tupits, MSc

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

## KOKKUVÕTE

Ruth Estrin (2021). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, õenduse õppetool, terviseteaduse õppekava. Pereõde tegevusjuhendi täiendamine Eestisse sisserännanud moslemipatsientidele õendusabi osutamisel. Arendusprojekt on 46 leheküljel, sisaldab 46 kirjandusallikat, 3 tabelit, 2 joonist ja 4 lisa 18 leheküljel.

Arendusprojekti eesmärgiks on välja töötada pereõde tegevusjuhendile täiendus Eestisse sisserännanud moslemipatsientidele õendusabi osutamisel, arvestades patsientide kultuurilist eripära. Projekti koostamiseks ning pereõde tegevusjuhendi täienduse loomiseks kasutati vaid tõenduspõhiseid kirjandusallikaid. Projekti raames koostati õdedele elektrooniline ankeetküsimustik Google Forms programmis. Küsitluse eesmärgiks oli tuvastada Eesti õdede kultuuriline kompetents ning valmisolek teisest kultuurist patsientide teenindamiseks. Küsimustik koosnes kahest osast. Esimene osa põhines tõenduspõhisel Mokkeni skaalal (Perng & Watson, 2012), mille kasutamiseks sai projekti autor kirjaliku loa skaala autorilt emeriitprofessor Dr. Robert Jan Mokkenilt. Lisaks Mokkeni skaalale küsiti õdedelt teises osas täpsustavaid küsimusi, milleks oli vanus, tööstaaž ja sugu. Arendusprojekti koostamisel toetus autor Madeleine Leiningeri õendusteooriale (Leininger & McFarland, 2002; Molloy et al., 2015).

Tuginedes teoreetilisele raamistikule ning läbiviidud küsitlusele, valmis projekti tulemusena pereõde tegevusjuhendile täiendus Eestisse sisserännanud moslemipatsientidele õendusabi osutamisel. Teoreetilisest raamistikust selgus, et sisserännanud moslemipatsiendi puhul on olulisemaks võtmepunktiks kultuuriliselt kompetentse õendusabi osutamisel islami religiooni uskumuste ja tavade tundmine ning austamine. Ankeetküsimustiku tulemusena selgus, et õed ei ole valmis teisest kultuurist patsientide teenindamiseks. Samuti selgus, et õed ei oska selgitada kultuuriliste faktorite mõju patsiendi suhtumisele tervisesse ja haigusesse. Õed ei oma tervise ja haigusega seotud kultuuriteadmisi ja teooriat. Valminud juhend on viiel leheküljel ning jaotatud teemade kaupa viieks osaks.

**Võtmesõnad:** pereõde, tegevusjuhendi täiendus, sisserännanud moslemipatsient, kultuuriline mitmekesisus, õendusabi, tervishoiutöötaja.

## SUMMARY

Ruth Estrin (2021). Tallinn Health Care College, Chair of Nursing Science, curriculum of Health Sciences. Improving the family nurses' code of conduct on providing care to immigrant Muslim patients in Estonia. The development project consists of 46 pages, has 46 references, 3 tables, 2 figures and 4 appendices on 18 pages.

The aim of the development project is to devise a supplement to the family nurses' code of conduct on providing care to immigrant Muslim patients in Estonia, taking into account the patients' cultural traits. Solely evidence-based literature was used in the course of preparing the project and compiling the supplement to the nurses' code of conduct on providing care. Within the framework of the project, an electronic questionnaire for nurses was conducted on the Google Forms platform. The aim of the survey was to determine the cultural competence of Estonian nurses and the readiness to provide service for patients from other cultures. The questionnaire consisted of two parts. The first was based on an evidence-based Mokken scale (Perng & Watson, 2012), the use of which was given written consent by the author of the said scale, Emeritus Professor Dr Robert Jan Mokken. In addition to the use of Mokken scale, nurses were asked additional questions about their age, length of service and sex. In compiling the development project, the author relied on Madeleine Leininger's nursing theory (Leininger & McFarland, 2002; Molloy et al., 2015).

Based on the theoretical framework, a code of conduct on nursing care for immigrant Muslims in Estonia was produced. The overview of the evidence-based literature showed that the most important key point in providing culturally competent nursing care for an immigrant Muslim patient is the knowledge of and respect for the beliefs and practices of the Islam faith. The results of the questionnaire demonstrated nurses are not prepared to provide service for patients from other cultures. Nurses are not able to explain the impact of cultural factors on the patients' attitudes towards health and illness. In addition to that, nurses do not have knowledge of the cultural aspects connected to health and illness and the related theory. The produced code of conduct consists of five pages and is divided into five parts by topics.

**Keywords:** family nurse, code of conduct on nursing care, immigrant Muslim patient, cultural diversity, nursing care, healthcare professional.

## SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	3
SUMMARY.....	4
SISUKORD .....	5
SISSEJUHATUS.....	6
1. TEOREETILINE RAAMISTIK.....	11
1.1 Õendusabi osutamine sisserändajatele.....	11
1.2 Moslemipatsiendid õendusabi saajana.....	13
1.3 Madeleine M. Leiningeri teooria arendusprojekti teoreetilise raamistikuna.....	19
2. METOODIKA.....	21
2.1 Organisatsiooni diagnostika .....	21
2.2 Andmete kogumine.....	21
2.3 Andmete analüüs .....	23
2.4 Eetika ja usaldusväarsus .....	29
3. ARENDUSPROJEKTI TEOSTUS .....	30
3.1 Projekti ajakava .....	30
3.2 Kommunikatsioonikava.....	31
3.3 Ressursside kaasamine, eelarve.....	32
3.4 Riskijuhtimise plaan .....	32
3.5 Kvaliteedikontroll ja arendusprojekti monitooring .....	36
3.6 Rakenduskava analüüs.....	37
3.7 Tulemused .....	38
4. ARUTELU.....	39
JÄRELDUSED.....	41
KASUTATUD KIRJANDUS.....	42

### LISAD:

Lisa 1. Dr. Robert Jan Mokkeni nõusolek küsimustiku kasutamiseks

Lisa 2. Uurimistöös kasutatud kohandatud Mokkeni skaala koos lisaküsimustega

Lisa 3. Mokkeni skaala andmete analüüs

Lisa 4. Pereõe tegevusjuhendi täiendus Eestisse sisserännanud moslemipatsientidele  
õendusabi osutamisel

## SISSEJUHATUS

Tänapäeva maailmas on enamik riike multikultuursed. Seal elavad mitmesugustest rassidest ja rahvustest inimesed, kes tunnistavad erinevaid religioone, räägivad erisuguseid keeli ja omavad igaüks oma kultuuritraditsioone. (Arnold & Boggs, 2016: 114-117). Tõusev migratsioon on tervishoiuteenuste pakkujaile nii eelis kui ka väljakutse. Multikultuursuse kasv tähendab, et õed peaksid olema mitte ainult kvalifitseeritud, vaid omama ka teadmisi erinevatest kultuuridest ning olema valmis adapteeruma rahvastiku kiire mitmekesisustumise tõttu erinevate kultuuride, keelte ning erinevate veendumuste ja vajadustega. Ülemaailmne rahvastiku ränne nõuab, et õendusabi vastaks erinevate kogukondade vajadustele. (Kaakinen et al., 2018: 234).

Eurostati andmetel väljastati 2018. aastal kolmandate riikide kodanikele Euroopa Liidus (EL) 3,2 miljonit elamisluba. Nagu varasematelgi aastatel, jätkab elamislubade väljastamine tõusutendentsi ning kasvas võrreldes 2017 aastaga 0,4% ehk 13 094 võrra. (Residence permits..., 2019). Ekslikult on levinud arusaam, et Eestis elavad vaid eestlased ja venelased. Eesti on aga samuti multikultuurne riik. Statistikaameti hinnangul elab Eestis 2019. aasta jaanuari seisuga 1 324 820 inimest. Neist eestlasi on 907 628, venelasi 328 299 ning teisi rahvusi kokku 71 483. (Eesti Statistikaamet..., 2019). Eestis väljastati 2018 aastal 5143 esmast elamisluba, mis on viimase 10 aasta kõrgeim väljastatud elamislubade arv. Võrdlusena võib tuua 2010. aasta, mil Eestis väljastati vaid 2647 elamisluba. (Residence permits..., 2019).

Erinevates riikides elavad vähemusrahvused ja kultuurid tajuvad sageli halvemat liigipääsu tervishoiuteenustele ja omavad seetõttu ka halvemat tervist kui põliselanikud (Bhui et al., 2015; Cioffi, 2013; Ferdinand, Paradies, & Kelaher, 2015; Stein-Parbury., 2018). Tervishoiutöötaja suutmatuse hinnata patsiendi kultuurilisi erinevusi mõjutab negatiivselt abi kvaliteeti ja patsientide rahulolu (Cameron, Carmargo Plazas, Salas, Bourque Bearskin, & Hungler, 2014). Patsiendi kultuuri mittemõistmine tervishoiutöötaja poolt võib patsienti kahjustada ja mõjuda ravitulemustele negatiivselt (Probast & Imhof, 2016; Stein-Parbury, 2018; Wain et al., 2016).

2011 aasta rahvaloenduse järgi elab Eestis 1508 islamiusulist. Islamiusuliste arv Eestis on aastatega tõusnud. Riitel (2013) on oma lõputöös „Moslemite turvatunne Eestis“ välja toonud Eesti Islami Koguduse peaimaami I. Muhhamedšini arvamuse, et Eestis võib elada moslemeid koguni 8000 – 10 000 inimest. Eesti moslemid jagunevad põhiliselt tatarlasteks ja aserbaidžaanlasteks. (Riitel, 2013). 2015. aastal hinnati moslemeid suuruselt teiseks

religioosseks rühmaks maailmas peale kristlaste. Hinnanguliselt oli moslemeid 2015. aasta seisuga 1,8 miljardit ehk 24,1 % kogu maailma rahvastikust. (Wehbe-Alamah, Hammonds, & Stanley, 2020). Eesti islamikogukond on suurenenud ka siia ülikoolidesse teistest riikidest õppima asunud tudengite arvelt (Järva, 2015).

Varasemaltki on kultuuriteemalisi lõputöid Eestis kirjutatud. Kaks nendest on seotud tervishoiuga. Tervishoiuga seotud lõputöödeks on 2016. aastal teostatud Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis Eliise Muddi lõputöö pealkirjaga „Sünnitamine erinevates kultuurides“ ning 2009. aastal Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis Ludmilla Alaru kirjutatud lõputöö pealkirjaga „Mitmekultuurilises õenduses ja õe kultuuriline kompetents“. Moslemitest on varasemalt kirjutanud magistr töö 2010. aastal Tartu Ülikooli usuteaduskonnas Age Ploom pealkirjaga „Eesti naiste identiteet moslemina“ ja 2013. aastal Kaitseväe Ühendatud Õppeasutuses Raul Riidel, kelle lõputöö teemaks oli „Moslemite turvatunne Eestis“. Samuti Janek Järva kirjutatud magistr töö 2015. aastal Tartu Ülikooli usuteaduskonnas teemal „Islamiusuliste radikaliseerumine vanglates – Eesti olukord“.

Arendusprojekti teema on ajendatud töö autori isiklikest kogemustest, et erinevatele kultuuridele õendusabi osutamisel on kultuurilisest kompetentsusest vajaka jäänud ning erinevate kultuuride teenindamine vajab õenduses rohkem tähelepanu. Tuginedes arendusprojekti raames läbi viidud ankeetküsimustikule selgus, et Eesti õed ei ole valmis erinevatele kultuuridele õendusabi osutama ning pigem jääb kultuurilisest kompetentsusest puudu. Kuna erinevaid kultuure on väga palju, ei ole võimalik neid kõiki käesoleva töö raames käsitleda. Suurimaid kultuuride erinevusi on autor tajunud moslemeid teenindades, seetõttu valis autor töö teemaks moslemitele õendusabi andmise eripärad. Erilist tähelepanu väärivad religioossete vähemuste ebavõrdsus tervishoius, kuna religioossed tõekspidamised ja väärtused mõjutavad suurel määral patsientide tervisekäitumist. Seega, kui paremini mõista, kuidas religioossed väärtused mõjutavad tervisekäitumist, saavutatakse õiglasem, kvaliteetsem ja tõhusam tervishoiuteenuste pakkumine. (Padela et al., 2011).

Käesoleva arendusprojekti **probleem** seisneb selles, et Tallinna Perearstide Seltsi töörühma 2009. aastal avaldatud pereõe tegevusjuhend ei sisalda õendusabi osutamist erinevatest kultuuridest sisserännanud patsientidele. Eestis ei ole tervishoiutöötajatele koostatud ühtegi juhendit töötamiseks sisserännanud moslemipatsiendiga. Kommunikatsioonibarjäärid õdede ja sisserännanud patsientide vahel takistavad oluliselt pagulaste ja sisserändajate juurdepääsu tervishoiuteenustele, tõkestavad teenuse kasutamist ning võivad põhjustada tervishoius

ebavõrdsuse (McGarry Orla et al., 2018). Seega seisneb töö praktiline väärtus õendusabi kvaliteedi paranemises ning võrdsuse edendamises tervishoius.

Arendusprojekti **eesmärgiks** on välja töötada pereõe tegevusjuhendile täiendus Eestisse sisserännanud moslemipatsientidele õendusabi osutamisel, arvestades patsientide kultuurilist eripära.

Lähtuvalt arendusprojekti eesmärgist on püstitatud järgmised **ülesanded**:

1. Koostada teemapõhine kirjanduse ülevaade tuginedes tõenduspõhiste kirjandusallikatele.
2. Viia läbi Eesti õdede kultuurilise kompetentsuse küsitlus kasutades Mokkeni skaalat.
3. Välja töötada pereõe tegevusjuhendile täiendus Eestisse sisserännanud moslemipatsientidele õendusabi osutamiseks.

Käesolev arendusprojekt on üles ehitatud neljale peatükile. Esimene peatükk koosneb teoreetilisest raamistikust, millele pereõe tegevusjuhendi täiendus tõenduspõhiselt toetub. Teoreetiline raamistik kajastab peamisi moslemite kultuurilisi eripärasid õendusabi osutamisel ning avab Madeleine M. Leiningeri õendusteooria, millele arendusprojekt toetub. Teine osa kirjeldab arendusprojekti metoodikat, mis sisaldab organisatsiooni diagnostikat, andmete kogumise ja analüüsi protsessi ning eetika ja usaldusvääruse kirjeldamist. Kolmandas osas on selgitatud kogu arendusprojekti koostamise protsessi. Neljandas osas ehk arutelus on projekti autor arutlenud projekti rakenduslikkuse, mõju ja jätkusuutlikkuse üle.

### **Kesksed mõisted**

**Pereõde** – õe või ämmaemanda kutseharidust omav tervishoiutöötaja, kelle ülesanne on üksikisikul, perekonnal, kogukonnal määratleda ja suurendada oma füüsilisi, vaimseid ja sotsiaalseid võimeid sõltumata inimese soost, rassist, vanusest, keelest, religioonist, sotsiaalsest staatusest ning tervislikust seisundist (Pereõe tegevusjuhend..., 2009: 6).

**Family nurse** – *a health care professional with a nursing or midwifery education, whose task is for an individual, family or community to define and increase their physical, mental and*



*social abilities regardless of gender, race, age, language, religion, social status and condition of one's health status (Family Nurse Code of Conduct ... , 2009: 6).*

**Tegevusjuhendi täiendus** – õenduslane tegevusjuhend on süstemaatiliselt välja töötatud dokument, mis on kooskõlas riiklike ja rahvusvaheliselt tunnustatud kutsestandardite ja juhenditega ning mis tugineb tõenduspõhisele teabele ehk teadusuuringute tulemustele, kliinilisele kogemusele ja patsiendi/kliendi vaatekohtadele. Erinevalt ravijuhendist annab õendustegevusjuhend patsiendi ravi ja/või hoolduse kohta praktilisi soovitusi, mis on kooskõlas kohaliku töökorralduse ja väärtushinnangutega. (Tervishoiu kvaliteedisüsteemi..., 2015: 3). Tegevusjuhend on mõõdetav *AGREE (Appraisal Guideline Research and Evaluation)* tööriista abil ning hinnatud väliseksperptide poolt (Õenduslaste tegevusjuhendite ..., 2015: 6). Tegevusjuhendi täiendamine on olemasoleva tegevusjuhendi arendamine ja kohandamine uutele vajadustele sobivaks.

***Supplement to the Code of Conduct*** – *The Code of Conduct for Nursing is a systematically developed document that complies with national and internationally recognized professional standards and guidelines and is based on evidence-based information, research findings, clinical experience and patient/client perspectives. Unlike the treatment guide, the nursing guide provides practical recommendations for the treatment and/or care of the patient that are in line with local work organization and values. (Healthcare Quality System ..., 2015: 3). The code of conduct is measurable with AGREE (Appraisal Guideline Research and Evaluation) tool and evaluated by external experts (Code of Conduct for Nursing..., 2015: 6). Improving the Code of Conduct is developing and adapting the existing Code of Conduct to novel needs.*

**Sisserännanud moslemipatsient** – maale alatiseks või pikemaks ajaks elama asunud immigrant, kes pooldab islamiuskku (autori koostatud, 2020).

***Immigrant Muslim patient*** – *an immigrant who has settled in the country permanently or for a longer period of time and who is in favor of Islam (compiled by the author, 2020).*

**Kultuuriline mitmekesisus** – mitmesugustest rassidest ja rahvustest inimesed, kes tunnistavad erinevaid religioone, räägivad erisuguseid keeli ja omavad igaüks oma kultuuritraditsioone (Arnold & Boggs, 2016: 114-117).

**Cultural diversity** – *people of different races and nationalities who profess different religions, speak various languages and each have their specific cultural traditions (Arnold & Boggs, 2016: 114-117).*

**Õendusabi** – õendusabi on ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus, mida osutavad õde ja ämmaemand koos pere-, eri- või hambaarstiga või iseseisvalt (Tervishoiuteenuse korraldamise..., 2020: §24).

**Nursing care** – *nursing care is an outpatient or inpatient health care service provided by a nurse and a midwife together with a general practitioner, specialist or a dentist. It can also be provided independently of the aforementioned (Health Care Service Organization ..., 2020: §24).*

**Tervishoiutöötaja** – arst, hambaarst, õde ja ämmaemand, kui nad on registreeritud Terviseametis. Tervishoiutöötaja võib osutada tervishoiuteenuseid omandatud kutse või eriala piirides, mille kohta talle on väljastatud Terviseameti tõend tervishoiutöötajana registreerimise kohta. (Tervishoiuteenuse korraldamise..., 2020: §3).

**Health care professional** – *a doctor, dentist, nurse and a midwife, if they are registered with the Health Board. A health care professional may provide health care services within the limits of the acquired profession or specialty for which he or she has been issued a certificate of registration as a health care professional by the Health Board. (Organization of health care services ..., 2020: §3).*

## 1. TEOREETILINE RAAMISTIK

### 1.1 Õendusabi osutamine sisserrändajatele

Kultuuriliselt kompetentne ja kvaliteetne õendusabi on suure tähendusega miljonitele sisserrändajatele, kes tarbivad erinevaid tervishoiuteenuseid Euroopas iga päev (Priebe et al., 2011). Rahvastiku ränne on üks inimühiskonna tunnusjooni ning see on olnud alati ka seoses tervishoiuteenuse osutamisega sisserrändajatele (Topal, Eser, Sanberk, Bayliss, & Saatci, 2012). Informatsioon sisserrändajate tervise kohta Euroopas on piiratud ja ebaselge, kuna elanikkonna arv on suur ning rahvastik üha enam mitmekesisustub. Seetõttu on Euroopa riikides jätkuvalt arutelud, kuidas oleks optimaalne sisserrändajatele teostada sõelumisprogramme, mis aitaks tuvastada olemasolevaid terviseprobleeme, osutada vajaminevat abi ning pakkuda edaspidiselt patsientidele paremat tervishoiuteenust. (Pavlopoulou et al., 2017). Lääneriikides ei ole tervishoiu – ja sotsiaalhoolekandeesutused sisserrändajatele kergesti kättesaadavad ning nende vajadustega ei tegeleta optimaalselt. On vaja keskenduda kultuuriliselt kompetentsete teenuste osutamisele, et muuta ravi ja hooldus kättesaadavaks ka sisserrändajatele. (Verhagen, Ros, Steunenbergh, & De Wit, 2013).

Üha enam mõistetakse kultuuriliselt kompetentse ja ohutu ning kvaliteetse õendusabi olulisust nii üksikisiku kui ka organisatsiooni tasandil, et tagada kõigile õiglane ja võrdne tervishoid (Curtis et al., 2019; Coutinho et al., 2019). Patsiendi aktiivset kaasamist otsuste tegemisse on peetud üheks kvaliteetse ja kultuuriliselt kompetentse tervishoiuteenuse tunnuseks, kuna patsienti peetakse kvaliteetse tervishoiuteenuse meeskonna liikmeks (Harrison et al., 2019). Sisserrännanud patsiendid tunnevad ennast kõrvalejäetuna ja kaitsetuna, kui neid ei kaasata nende raviga seotud otsustesse (White, Plompen, Tao, Micallef, & Haines, 2019). Patsiendi tõhus kaasamine võib tervishoiu kvaliteeti olulisel määral parandada, näiteks võttes arvesse teavet patsientide uskumuste, väärtuste ja eelistuste kohta. Tõhusal kaasamisel on keskseks kohaks mitmekesisuse tunnustamine. Arvestada tuleb patsiendi kultuuriliste vaadetega ning isikliku kontekstiga. Tervishoiutöötajate kultuuripädevus tõhustab oluliselt erinevatest vähemustest pärit patsientidega suhtlemist. Samuti on oluline, et tervishoiutöötaja ise patsiendile küsimusi esitaks. Näiteks: „Kas te sooviksite mulle öelda veel midagi, mida peaksin Teie kultuuri kohta teadma?“. Kultuurilistest vähemustest pärit patsiendid seisavad tervishoius silmitsi mitmesuguste takistustega, mis suurendavad oluliselt ebavõrdsuse taset tervishoius. (Harrison et al., 2019).

Patsientide kodumaal välja kujunenud veendumused ja tavad jätkuvad sageli ka uues riigis, mistõttu on oluline, et tervishoiutöötaja patsiendi kultuurilisi uskumisi ja tavasid austaks. Erinevate kultuuride mõistmine on tervishoiutöötajatele suur väljakutse. Tõsiseks väljakutseks võib osutuda erinevad arusaamad tubaka tarbimisest ning normaalsest kehakaalust. Näiteks võib tuua Egiptuse mehed, kes suitsetavad väga palju. Tervishoiutöötajad võivad rääkida egiptlasele suitsetamise kahjulikkusest tervisele, kuid enamustel neist on juurdunud veendumus, et ingveripulber sidruni ja kuuma veega puhastab nende kopsud sinna kogunenud halbade ainetest. (Harrison et al., 2019).

Patsiendid peavad oluliseks õdede suhtumist. Hinnatakse õdede abivalmidust, sõbralikkust, pädevust ja seda, kas õed tunnevad muret nende enesetunde pärast. Samuti aitab õdede ja patsiendi usalduslikule suhtele kaasa asjaolu, et õde viibib patsiendi juures, kui patsient teda vajab. (Coutinho et al., 2019). Patsienti tuleks suhtuda kui võrdsesse partnerisse ning mitte arvama, et ollakse neist kuidagi paremad või kõrgemas seisuses. Oluline on üritada panna ennast patsiendi olukorda. (Harrison et al., 2019).

Patsiendiga usaldusliku suhte loomiseks tuleb varuda aega. Eriti pagulaspatsientide puhul esineb tervishoiuteenus suhtes usaldamatust, kuna arvatakse, et see on seoses valitsusega ning kardetakse riigist välja saatmist. On tavapärane, et patsiendid vajavad rohkem aega ning sissereändajatest patsientide paremaks teenindamiseks tuleks võimalusel pikendada tavapärase visiidi aega. Samuti võib vaja minna korduvvisiite, et tagada patsiendile võimalik parim abi. Pagulaspatsientidega tegelemisel peaksid tervishoiutöötajad keskenduma patsiendi vajaduste tähtsuse järjekorda seadmisele. On patsiente, kes on üle elanud traumaatilisi sündmusi ning võidelnud ellujäämise nimel. Seetõttu ei saa sellise patsiendi puhul olla esmaseks küsimuseks näiteks krooniliste haiguste olemasolu, vaid tegeleda tuleb esmajoonel patsiendi hirmu vähendamiseks. (Harrison et al., 2019).

Nõustamisprotsess on tavapäraselt pikk ning sisutihe. Patsientidele ei pruugi visiidi ajal räägitu alati meelde jääda või nad ei mõista keelebarjääri tõttu infot täielikult. Eriti juhtub seda olukorras, kus tegemist on pagulaspatsientidega. Seetõttu on oluline uute infomaterjalide väljatöötamine kultuurilistele vähemustele. On tõendeid, et pildimaterjali ja videote näitamisel salvestab patsient infot paremini. (Harrison et al., 2019).

## 1.2 Moslemipatsiendid õendusabi saajana

Ehkki etnilised ja rassilised terviseiga seotud erinevused on tervishoiualases kirjanduses hästi dokumenteeritud, siis religioonide lõikes tervise alast infot ja erinevusi on endiselt vähe uuritud. Sarnaselt etnilise päritolu ja kultuuriga on religioon kui üks kultuuri osa oluline tervisekäitumise mõjutaja ning nõuab tähelepanu tervishoiutöötajate poolt. Moslemid esindavad kogukonda, mis on küll etniliselt ja rassiliselt mitmekesine, kuid mida seob ühine religioosne traditsioon, mis kujundab nende tervisekäitumist ja tervishoius saadud kogemusi. (Padela & Zaidi, 2018). Kuna religioossed väärtused ja veendumused on tihedalt seotud kultuuriliste normide ja tavadega, kujundavad need patsientide arusaamu tervisest ja haigusest, mõjutavad tervishoiuteenuse osutajatega kohtumise ootusi, mõjutavad tervishoiutöötajate soovitud kinnipidamist, suunavad meditsiiniliste otsuste vastuvõtmist ja mõjutavad inimeste tervist üldiselt. Religioon ja vaimsus mõjutavad otseselt inimese vaimset ja füüsilist tervist, kuna need mõjutavad nii toimetulekut, tervisekäitumist kui ka tervishoiust abi otsimist. (Padela et al., 2011). Siiski peab meeles pidama, et iga patsient on eraldi indiviid ning inimesed võivad teatud tavasid ja kombeid samas religioonis järgida erinevalt. Seetõttu on väga oluline õendusabi osutamisel keskenduda patsiendile individuaalselt, et vältida üldistamist ning stereotüüpide tekkimist. (Wehbe-Alamah et al., 2020).

Patsiendid on paremini teenindatud, kui õed ei keskendu mitte ainult kultuurilistele erinevustele, vaid ka erinevate kultuuride sarnasustele. Õed tegelevad patsientidega ja teevad patsientidega koostööd rohkem kui ükski teine tervishoiutöötaja. Arvatakse, et ülemaailmselt pakuvad õed 80% ulatuses kogu tervishoiuteenustest. Õendusõppe programmid peaksid ette valmistama professionaalse õendustöötaja, kes suudaks mitmekesisust mõista ja austada. Sisulised teadmised erinevatest kultuuridest lihtsustavad oluliselt õe tööd. (Sagar, 2014). Tervishoiuteenus peab vastama patsiendi kultuurilistele väärtustele, tõekspidamistele ja traditsioonidele. Kultuuriteadlikkus aitab ehitada ja tugevdada tervishoidu ja kultuuride vahelist õendusabi. (Sagar, 2011). Peamiseks probleemiks nii moslemipatsientide kui ka mõne muu erineva kultuuritaustaga patsientidele õendusabi andmisel on õdede vähene kultuuri mõistmine ja sallivus ning võimetus esitada patsiendile eetilistelt kultuurikohaseid küsimusi (Rassool, 2014). Moslemipatsiendid on märkinud, et kui õde ütleb neile, et ta austab nende usku, tekitab see koheselt õe vastu suurema usalduse ning õe poolt antud tervisealaseid soovitusi järgitakse suurema tõenäosusega (Padela et al., 2011).

Üks olulisemaid põhjuseid, miks käsitleda moslemite vaimseid ja usulisi veendumusi on selle religiooni mõju tervisekäitumisele. Moslemite veendumused ja tavad mõjutavad mitmesuguseid tervist puudutavaid küsimusi nagu näiteks seksuaalnormide ja sünnitusabi ning günekoloogiaga seotud küsimused. Samuti ema ja laste terviseprobleemide käsitlust, vaimse tervise küsimusi ning HIV ja AIDSiiga seotud häbimärgistamist. Õed peaksid väärtustama patsiendi uskumusi ja tavasid ning näitama üles austust, sõltumata patsiendi vanusest, soost, usutunnistusest, sotsiaalsest staatusest, seksuaalsest sättumusest, etnilisest taustast ja tervishoiuga seotud otsustest. Õdedel peaks olema pädevus integreerida patsiendi uskumused ja tavad tema õendusplaani. (Rassool, 2014: 277).

Tervisekäitumise ning islami veendumuste ja tavade seoste mõistmine annab õdedele võimaluse parandada kogukonna tervist (Padela et al., 2011). Usulised veendumused ja väärtushinnangud mõjutavad ka patsiendi ettekujutust paranemisest (Rassool, 2014: 277). Ameerika moslemite tervishoiuvajadusi käsitletud uuringu tulemused näitasid, et lisaks palvetele ja Jumala palumisele mängisid olulist rolli patsiendi paranemisprotsessis ka perekond, imaamid, tervishoiuteenuse pakkujad, sõbrad ja kogukond (Padela et al., 2011).

Islami pooldajad, keda nimetatakse moslemiteks, alluvad Allahi tahtele. Allahit peetakse islami usus kõigeväeliseks Jumalaks. Islamis on palju konfessioone, millest kaks peamist on sunniidid ja šiiidid. Moslemite pühaks raamatuks ja esmaseks õpetuse allikaks on Koraan, millele järgneb Sunna (näiteid prohvet Muhammadist) ja *hadith* ehk prohveti ütlused. Koraan koosneb omakorda 114 ilmutusest ehk suurast. Islami usu alustaladeks on islami viis sammast. Nendeks on usutunnistus, palvus, annetamine, paast ja palverännak. (Wehbe-Alamah et al., 2020).

Kirjandusest selgub, et moslemite tavad võivad nii tervist ohtu seada kui ka seda parandada või edendada. Näiteks võib ramadani paastumine ja palverännakud Mekasse (*Hajj*) põhjustada terviseriske, samas kui islami ettekirjutused seksuaalse väljapeetuse ja alkoholi tarvitamise ning suitsetamise kohta on tervisele kasulikud. (Padela et al., 2018). On mosleminaisi, kes usuvad, et emakakaelas toimuvad halvaloomulised muutused on Jumala proovilepanek ning lepitus varasemate pattude ees. Uskudes, et Jumal on inimesele haiguse ja surma vormi ette määranud, võivad naised raviga viivitada või sellest sootuks keelduda. Samuti on moslemeid, kes umbusaldavad lääne meditsiini ning tuginevad hoopis alternatiivsetele moslemiteraapiatele nagu näiteks püha vesi, ravimtaimedega ravitsemine ning palvetamine. Kui pooldatakse alternatiivseid moslemiteraapiaid, siis ei tohi arsti poole pöörduda ega järgida arsti soovitatud ravimeetodeid. (Padela et al., 2011).

Islami vaatenurgast on Jumal usaldanud inimkeha üksikisikule ning inimese kohustus on käituda tervislikult. Islami ettekirjutused keskenduvad inimelu igale aspektile. See kajastub riskikäitumise ärahoidmises, tervislikus toitumises, piisavas kehalises aktiivsuses, isikliku ja avaliku hügieeni ning muude terviseiga seotud tavade reeglites. Isikliku hügieeni osas on olemas prohvet Muhamedi traditsioonid, mis hõlmavad nõuandeid toimingute kohta, mis on osa loomulikust isiklikust hügieenist. Näiteks rõhutas prohvet suuhügieeni vajalikkust ning soovitas kasutada *miswakit* (Salvadori percia taime väikest haru) hammaste puhastamiseks ja hinge värskendamiseks. Alles hiljem saadi teada, et *miswaki* on heaks fluoriidi, ränidioksiidi, kloriidi ja C-vitamiini allikaks. Enese puhastamine on islamis kohustuslik enne jumalateenistust. Moslemid peavad enne iga palvet ja enne Koraani puudutamist pesema paljastunud kehaosi ning seda tehakse keskmiselt viis korda päevas. (Rassool, 2014).

Moslemid peavad tervist üheks suurimaks Jumala poolt antud õnnistuseks. Terviseks peetakse nii keha, vaimu kui ka hinge heaolu. Moslemid on oma tervise eest vastutavad Jumala ees, mis tähendab, et inimese keha kuulub Jumalale ning seetõttu peavad moslemid enda keha eest hästi hoolitsema. (Wehbe-Alamah et al., 2020).

Jumalal on islamis tervise seisukohalt esmatähtis roll (Padela et al., 2011). Moslemid peavad Jumalat selleks, kes kontrollib nende tervist ja haigusi ning kes pakub ka haigustele ravi. Näiteks peetakse rituaalseid palveid ja Koraani lugemist tervisele kasulikeks tavadeks. Palveid ja Koraani lugemist kasutatakse kui esmaseid paranemise võtteid ning allopaatilise meditsiini täiendusena. (Padela et al., 2018). Haigust võidakse tõlgendada kui Jumala proovilepanekut, loomulikku sündmust või patu karistamist. Kui haigust vaadeldakse kui pattude lepitamise vahendit, võidakse haigust varjatult pidada ka õnnistuseks. (Wehbe-Alamah et al., 2020). Johnsoni ja Bottroffi uuringus, mis käsitles Lõuna – Aasia mosleminaiste vaateid rinnavähile ja selle etioloogiale, tuli välja, et naised olid arvamusel, et Jumal määrab kindlaks, kellel areneb rinnavähk ja kellel on määratud paranemine. Naiste arvamus, et rinnavähk on „saatuse haigus“ mõjutas suurel määral seda, kas otsiti tervishoiult üldse abi. Paljud naised uskusid, et neile on Jumala poolt määratud kannatada. Samas oli uuringus ka neid, kes uskusid, et saatust saab siiski muuta palvete ja arstiabi otsimise kaudu. New Yorkis läbi viidud uuringus domineeris veendumus, et vähk on Jumalalt ning kõik muudetav on teisejärguline. Sealsetel moslemitel oli potentsiaalselt fatalistlik suhtumine. Haigust võidakse pidada meeldetuletusena oma tervise paremaks hoidmiseks või märgiks, et inimene on jätnud islami põhimõtted järgimata. (Padela et al., 2011).

Islam keskendub inimese käitumisele ja keelab inimese tervist ohustavad tavad. Nende hulka kuuluvad tubaka suitsetamine, alkoholi joomine ja narkootikumide tarvitamine. Samuti on keelatud seksuaalsuhted väljaspool abielu ja hasartmängud. Tervisele kahjulikuks tavaks peetakse ka liigset söömist. (Wehbe-Alamah et al., 2020). Rõhutatakse, et tervist ohustavad tavad mitte ainult ei kahjusta üksikisikut, vaid ka perekonda ja kogukonda (Padela et al., 2011). Tervist edendavateks tavadeks peetakse palvetamist, puhtuse hoidmist, head füüsilist vormi, paastumist, pesemist ja lapse imetamist. Enda, pereliikmete, sõprade, naabrite ja kõigi elusolendite eest hoolitsemist peetakse Jumala teenimiseks ja see on islamis soovitatav. Hoolitsemine võib toimuda mitmel erineval viisil. Näiteks külastades haigeid või tehes neile süüa, pakkudes haigetele rahalist abi või palvetades nende eest. (Wehbe-Alamah et al., 2020). Paljud moslemitest tervishoiuteenuse tarbijad usuvad, et kultuuripädevuse tõstmine ning selle alane töö parandaks oluliselt islami kultuuri mõistmist, vähendada stereotüüpide tekkimist ja moslemite diskrimineerimist. Seeläbi on võimalik parandada patsiendi ja teenusepakkuja omavahelisi suhteid. Samuti tõstaks see moslemite usaldust tervishoiuasutuste suhtes. (Padela et al., 2011).

Moslemid järgivad islami toitumisseadusi erinevalt, kuid enamik moslemeid järgib *halal* (seaduslik ja lubatud) ja *haram* (ebaseaduslik ja keelatud) seadusi. *Harami* ainete hulka kuuluvad nii liha, kus loom ei ole islami rituaalide kohaselt tapetud, kui ka veri, sealih ja sellega seotud tooted nagu želatiin, insuliin ja glütseriin. (Wehbe-Alamah et al., 2020). Samuti ei tarbita surnuna leitud loomi, lihasööjaid loomi või metsloomi, kes saagi püüdmiseks kasutavad hambaid või küüniseid. Need toidud on islamis keelatud, kuna neid peetakse ebatervislikeks või lausa kehale kahjulikeks. Moslemid tarbivad toitu, mis on valmistatud vastavalt islami reeglitele ning jälgib *halal* dieeti. (Rassool, 2014). Näiteks *halal* liha all mõistetakse looma tapmist vastavalt islami seadustele, mille kohaselt üritatakse tapetava looma kannatusi võimalikult palju minimeerida ning loom lastakse verest tühjaks. Enne looma tapmist öeldakse fraas: „Jumala nimel“. Nii toite kui ka jooke tarbitakse parema käega, kuna paremat kätt peetakse puhtaks. Vasakut kätt seevastu peetakse ebapuhtaks. (Wehbe-Alamah et al., 2020). Soovitatavateks ning tervislikeks toitudeks peetakse näiteks mett, oliive, viigimarju, datleid, piima ning nendega seotud toodete tarbimist (Rassool, 2014).

Ramadaani paastumise ajal hoiduvad islamiusulised koidikust loojanguni toidust, joogist, tubakast ja seksuaalvahekorra. Ramadaan on islami kalendri üheksas kuu, mil arvatavasti sai alguse Koraan. Paastumine kestab keskmiselt 30 päeva. Ramadani kuul paastumisest võivad



loobuda haiged, eakad ning rasedad naised. (Wehbe-Alamah et al., 2020). Võimalusel peaksid haiglad pakkuma *halal* toite ning ravimeid, et vähendada patsientidel ebamugavusi, mis tekivad kokkupuutel ainetega, mis lähevad vastuollu nende usuliste veendumustega (Padela et al., 2011). *Haram* tooteid sisaldavad ravimid on lubatud juhul, kui *halal* alternatiivid puuduvad (Wehbe-Alamah et al., 2020).

Moslemid riietuvad kogu maailmas erineval moel, kuid üldiselt jälgivad inimesed riietumises tagasihoidlikkust. Tagasihoidlikkust hinnatakse nii välimuses, käitumises kui ka sotsiaalsetes suhetes. Naistel soovitatakse varjata oma füüsilist ilu, et vältida vastassugupooles füüsilise tõmbe tekitamist. Mõned mosleminaised võivad kanda hidžaabi ehk *hijabi* (peakate, mis jätab näo nähtavale) ja katta kogu keha välja arvatud nägu ja käed, samas kui teised naised võivad riietuda vabamalt. Naised, kes kannavad hidžaabi haiglaravil viibides võivad vajada täiendavaid meetmeid, et säilitada tagasihoidlikkus. Näiteks tuleks enne palatisse sisenemist koputada ja oodata sisenemiseks luba, et naisel oleks võimalusel aega end katta. (Wehbe-Alamah et al., 2020). Haigla hommikumantlid ja rõivad võiksid võimalusel vastata patsiendi eelistusele olla tagasihoidlik ning tagada patsiendi privaatsuse (Padela et al., 2011).

Võimalusel võiks patsiendi haiguslukku märkida, kui patsient soovib vaid samasoolise tervishoiutöötaja teenust (Padela et al., 2011). Sõltuvalt religioossuse tasemest on erinev, kas moslemipatsient tunneb ennast mugavalt vastassoost esindajal kätt surudes või olukorras, kus vastassoo esindaja neid puudutab (Wehbe-Alamah et al., 2020). Islami eetika kohaselt võib tervishoiuteenuse osutaja olla vaid samasooline isik (Padela et al., 2018). Kui patsiendi palatisse või kabinetti siseneb vastassoost isik, siis võimalusel tuleks patsienti sellest varem teavitada (Padela et al., 2011). Lubatud on erandid hädaolukordades, kui samasoolist tervishoiuteenuse osutajat pole saadaval. Moslemid üldjuhul langetavad suhtlemisel pilgu. Seetõttu võib patsiendil hakata ebamugav vastassoo esindajatega suhtlemisel pikema silmsideme tõttu. Tervishoiutöötajad, kes ei ole selle moslemitavaga tuttavad, võivad olukorda tõlgendada valesti, arvates, et patsient on lugupidamatu või patsiendil puudub huvi. Samuti ei jäeta üldjuhul omavahel mitte seotud meest ja naist ühte ruumi kahekesi, vaid naisel peaks kaasas olema saatja. (Wehbe-Alamah et al., 2020). Sageli tunnevad moslemipatsiendid, et nende soovi samasoolise tervishoiuteenuse osutajale peetakse vanamoeliseks tavaks. Tervishoiuasutusse sisenedes tunnetatakse, et moslemipatsiendid ei ole teretulnud ning õdede ja arstide suhtumises tajutakse, et moslemipatsienti seostatakse pigem probleemide tekkimisega. Moslemipatsiendid on arvamusel, et tervishoiuasutused peaksid personali rohkem

koolitama, et tõsta töötajate kultuuripädevust ning seeläbi paraneks ka õe-patsiendi interaktsioon. Kõik patsiendid, hoolimata usulistest tõekspidamistest või tavadest, soovivad saada abi külalishahkes keskkonnas. (Padela et al., 2011).

Rasestumisvastased vahendid on islamis lubatud, kui need ei ole pöördumatud meetodid ning abikaasad on omavahel kokku leppinud, et soovivad rasedusest hoiduda naise tervise huvides ning võimaldada laste sündidele suuremat vahet. Lubatud on nii hormonaalsed kui ka mittehormonaalsed vahendid. Näiteks on lubatud suukaudsed hormoontabletid, emakasisesed vahendid, süstitavad vahendid, plaaster, tuperõngas, kondoom jne. Oluliseks faktiks võib pidada ka seda, et sageli võivad mosleminaised rasedusest hoidumiseks kasutada katkestatud suguühet, kalendermeetodit või arvata, et imetamise ajal ei ole võimalik rasestuda. Pöördumatuid ja püsivaid rasestumisvastaseid meetodeid nagu näiteks naistel munajuhade sulgemist või meestel vasektoomiat peetakse ebaseaduslikuks, välja arvatud juhul, kui rasedus ja sünnitamine kujutavad naise elule otsest ohtu. Raseduse katkestamine on üldjuhul islamis keelatud, eriti pärast neljandat raseduskuud. Abort on lubatud juhul, kui rasedus ohustab otseselt ema elu. Ehkki seda ei pooldata islamis laialdaselt, toetavad mõned moslemid raseduse katkestamist, kui lootel on diagnoositud raske kaasasündinud väärareng või on rasedus tekkinud intsesti või vägistamise teel. (Wehbe-Alamah et al., 2020).

Patsiendi aktsepteerimist, vastuvõtu järjepidevust ja head kuulamisoskust peavad patsiendid õega suhtlemisel kriitiliselt tähtsaks. See tähendab, et hea suhtlus ja avatud dialoog on võti kultuuriliselt kompetentse õendusabi pakkumisel. Patsiendi jaoks, kes ei räägi kohalikku keelt ning kes ei tunne sealset tervishoiusüsteemi, on õe ja patsiendi vahelise suhtluse see etapp hädavajalik ärevuse ja pinge vähendamiseks ning toe pakkumiseks. Empaatia omamine on ülioluline. Õde peab olema võimeline nägema patsiendi haigust ning olukorda tema positsioonilt ega tohi vaadata neid paternalistliku hoiakuga. (Rassool, 2014). Samas võivad olla islami usul sellised ootused ja vajadused tervishoiuteenusele, mida tervishoiuteenuse osutajal ei ole võimalik alati täita. (Padela et al., 2018).

Peamisteks moslemipatsientide soovitusteks tervishoiuasutustele on tervishoiutöötaja soolise eelistuse arvestamine, *halal* toit ning palveruum. Moslemipatsiendid on kirjeldanud ebamugavustunnet, mis tekib kabinetis, palatis või avalikus kohas palvetamisel. Samuti on täheldatud selja taga rääkimist või häbimärgistamist, kui õed on palvetavale inimesele peale sattunud. Moslemipatsiendid üldjuhul õega suhtlemiseks palvet pooleli ei jäta. Tervishoiuasutused peaksid kaaluma moslemitele eraldi palveruumide eraldamist. Kuna hetkel

võivad paljud patsiendid palveruumide puuduse tõttu palvetada erinevates tervishoiuasutustes olevates ruumides, siis tuleks töötajaid sellest praktikast teavitada ning paluda töötajatel palvetavaid patsiente mitte häirida. (Padela et al., 2011).

Nähtuvalt eelnevast selgub et religioon mõjutab oluliselt patsientide suhtumist nii tervisesse kui ka haigusesse. Et õed suudaksid pakkuda patsiendikeskset, efektiivset ja kvaliteetset õendusabi, tuleb neil arvesse võtta patsientide kultuurilist eripära, nende väärtushinnanguid, uskumusi ning tavasid. Samuti võib teooria põhjal järeldada, et pereõde tegevusjuhendi täiendus aitaks moslemipatsiendile õendusabi osutamisel ning tagaks õiglasema ja kvaliteetsema tervishoiuteenuse osutamise.

### **1.3 Madeleine M. Leiningeri teooria arendusprojekti teoreetilise raamistikuna**

Arendusprojekti koostamisel toetus autor Madeleine M. Leiningeri õendusteooriale (Leininger & McFarland, 2002; Molloy et al., 2015). Leiningeri õendusteooria sobitus käesoleva arendusprojekti idee ja eesmärgiga kõige paremini, kuna rõhutas fakti, et patsiendi tervisel ja haigusel on seos inimese kultuurilise tausta, uskumuste ja tavadega (Molloy jt, 2015: 19). Samuti pidas Leininger oluliseks, et tervishoiuteenuse osutajad omaksid erinevate kultuuride kohta sisulisi teadmisi, et pakkuda patsientidele õiglast ja kultuuriliselt kompetentset abi (McFarland et al., 2012).

Madeleine M. Leininger on transkulturaalse õenduse looja. Ta alustas juba 1940. aastate lõpus kultuurilise mitmekesisuse ja universaalsusteooria väljatöötamist. Ta oli esimene, kes rääkis kultuurilisest kompetentsist ning integreeris selle 1965 – 1969 õendusõppes kui transkulturaalse õenduse. Leininger mitte ainult ei töötanud esimesena sellist kursust välja, vaid asutas ka esimese doktorikraadiga õde – teadlase programmi Colorado õenduskoolis. (Sagar, 2011; Prosen 2014; Sagar, 2014).

1950. aastate keskel nägi Madeleine Leininger, et õdede valmisolekut kuultuuridevahelises õenduses on vaja suurendada. Ta kirjeldas seda valdkonda kui „puuduvat mõõdet“. Leininger väitis, et kuna tervisel ja haigusel on suuresti kultuuriline taust, saavad õed pakkuda terviklikku ja kultuuriliselt kompetentset õendusabi vaid siis, kui võtavad arvesse patsientide kultuurilist eripära, nende väärtushinnanguid, uskumusi ja tavasid. Sellise õenduspõhimõtte aluseks on nn kultuurihooldusteooria. (Molloy jt, 2015: 19). Leininger väitis, et nii tervise kui ka heaolu

mõiste võivad kultuuride vaheliselt erineda. Ta rõhutas, et tervishoiuteenuse osutajad peaksid otsuste tegemisel omama erinevate kultuuride kohta sisulisi teadmisi. Samas pidas ta seda õdedele suureks väljakutseks, kuna erinevaid kultuure on maailmas palju. (McFarland et al., 2012).

Teoreetik töötas välja nõ „päikesetõusu“ mudeli, mille kohaselt patsiendi tervist ja heaolu mõjutab seitse kultuurilise ja sotsiaalse mõõtme vastastikmõju. Nendeks mõõtmeteks nimetas ta religioosseid ja filosoofilisi faktoreid, sugulust ja sotsiaalseid faktoreid, kultuurilisi väärtusi ja eluviisi, tehnoloogilisi faktoreid, poliitilisi ja seaduslikke faktoreid, majanduslikke faktoreid ning hariduslikke faktoreid. Leiningeri seisukoht oli, et neist seitsmest koosneb patsiendi maailmavaade. (Horsburgh & Foley, 1990: 15).

## **2. METOODIKA**

### **2.1 Organisatsiooni diagnostika**

MTÜ Eesti Õdede Liit (EÕL) asutati 1998. aastal. EÕL on 1923. aastal asutatud Eesti Õdede Ühingu õigusjärgne organisatsioon. Liit tegutseb inimeste tervise nimel ning õed täidavad inimeste tervise parendamisel asendamatu rolli. EÕL aitab õdedel inimesi aidata, olles ühteaegu nii tervishoidu edendav kutseorganisatsioon kui ka õdesid esindav ametiühing. Liidu põhimõtteks on, et tervishoiu olulisim liige on patsient. Liidus tegutseb seitse erialaseltsingut. (Eesti Õdede Liit..., 2020).

Arendusprojekti idee arutamiseks võttis käesoleva töö autor 5. märtsil 2020 koos juhendaja Mare Tupitsaga telefoni teel ühendust Eesti Õdede Liiduga, et arutada projekti ideed ja teha koostööd. Ühiselt leiti murekoht, et sisserände suurenedes puutuvad tervishoiutöötajad üha enam kokku erinevate kultuuridega, kelle tavasid, kombeid ning uskumusi õed ei tunne. Küll aga mõjutavad need aspektid oluliselt patsientidele õendusabi andmist ning patsiendi suhtumist nii tervisesse kui ka haigusesse. Arutelu tulemusena EÕL asepresidendiga selgus, et õed vajaksid erinevate kultuuridega tegelemiseks juurde oskusi ja teadmisi, et pakkuda sisserändajatest patsientidele võimalikult kvaliteetset õendusabi.

6. märtsil 2020 võttis projekti autor ühendust e-kirja teel ka Eesti Õdede Liidu terviseõenduse seltsingu juhiga, et tutvustada projekti ideed ning palvega projektis osaleda. Kuna maailmas on kultuure palju ning käesoleva arendusprojektina ei ole võimalik neid kõiki käsitleda, siis otsustas töö autor projekti kirjutada islamiusust ja õendusabi osutamisest moslemipatsientidele.

### **2.2 Andmete kogumine**

Koostatud pereõde tegevusjuhendi täienduse aluseks on tõenduspõhine kirjandus ja läbi viidud küsitlus. Autor uuris tõenduspõhistest kirjandusallikatest nii tervishoiutöötajate kui ka patsientide erinevaid seisukohti seoses kultuurilise mitmekesisuse arvestamisega õendusteenuse osutamisel.

Õdede seas läbi viidud küsitluse eesmärgiks oli tuvastada Eesti õdede kultuuriline kompetents ning valmisolek teisest kultuurist patsiendi teenindamiseks. Sotsiaalteadustest tähistatakse terminiga küsitlus süstemaatilist teabe kogumist respondentide käest. Käesoleva

arendusprojekti teabe kogumise meetodina kasutati vastuse variantidega ankeetküsitlust, mille iga vastaja, kelleks oli õde, täitis ise. Ankeet oli elektrooniline. Kuna tegemist oli ekstensiivse uurimusega, see tähendab, et andmeid koguti suurelt hulgalt respondentidelt, siis oli ankeetküsitluse meetodil käesolevas projektis mitmeid eeliseid. Üheks suurimaks eeliseks võib elektroonilise ankeetküsitluse juures pidada seda, et respondentid täitsid küsimustiku endale sobival ajal. Samuti lihtsustasid valmis vastusevariantidega küsimused hiljem andmete töötlemist. Vastuse variantidega ankeetküsitlus vähendas tõenäosust, et respondent jätab küsimusele vastamata. Siiski oli valmis vastusevariantide kasutamisega seotud oht, mis puudutas tulemuste valiidsust ehk kehtivust, kuna võib juhtuda, et vastuste seas ei ole ühtegi sellist varianti, mis respondendi olukorra või arvamusega täpselt sarnaneks. Samas on käesolevas arendusprojektis kasutatav Mokkeni skaala vastuste seas variant ei kommenteer, mis vähendas vastuste valiidsuse ohtu. (Hirsjärvi et al., 2010; Lagerspetz, 2017).

Arendusprojekti küsimustik on koostatud kasutades tõenduspõhist Mokkeni skaalat, mida on varasemalt õdede kultuurilise kompetentsuse mõõtmiseks kasutatud (Perng & Watson, 2012). Uurimistöös kasutatud kohandatud Mokkeni skaalat koos lisaküsimustega (vt lisa 2). Tagamaks tõlke vastavust originaalile, kasutati keeleekspertide abi. Mokkeni skaala kasutamiseks otsis projekti autor ühendust 29. märtsil 2020 2012. aasta ajakirjas „*Journal of Clinical Nursing*“ artikli „*Construct validation of the Nurse Cultural Competence Scale: a hierarchy of abilities*“ autori Doktor Shoa-Jen Perngiga, kuid kahjuks ei saadud temaga ühendust. Projekti autor kirjutas märtsis isiklikult ka Robert Jan Mokkenile, kes on skaala autor, kuid kahjuks ei saanud ka sealt esialgu vastust. 16. juuniks 2020 oli projekti autor leidnud Dr. Robert Jan Mokkeni kolm meiliaadressi, millele varasemalt ei oldud kirjutatud ning saatis veelkord skaala autorile palve saada Mokkeni skaala kasutamiseks kirjalik luba. 18. juunil 2020 vastas emeriitprofessor Dr. Robert Jan Mokken projekti autorile, et on projektist väga huvitatud ning annab loa Mokkeni skaala kasutamiseks. Emeriitprofessori Dr. Robert Jan Mokkeni kirjalikku nõusolekut vt lisa 1. Projekti valmimisel on autoril kavas lasta projekt keeleekspertidel tõlkida inglise keelde ning saata valmis arendusprojekt ka Dr. Robert Jan Mokkenile.

Küsimustik algab töö autori ja töö tutvustamisega. Ankeetküsimustik on koostatud Google Forms programmis. Küsimustik koosnes kahest osast. Esimeses osas on 20 Mokkeni skaala väidet, millel on vastuse variandid. Vastuse variante on kokku viis, milleks on üldse ei nõustu, ei nõustu, ei kommenteer, nõustun ja nõustun täielikult. Lisaks Mokkeni skaala väidetele

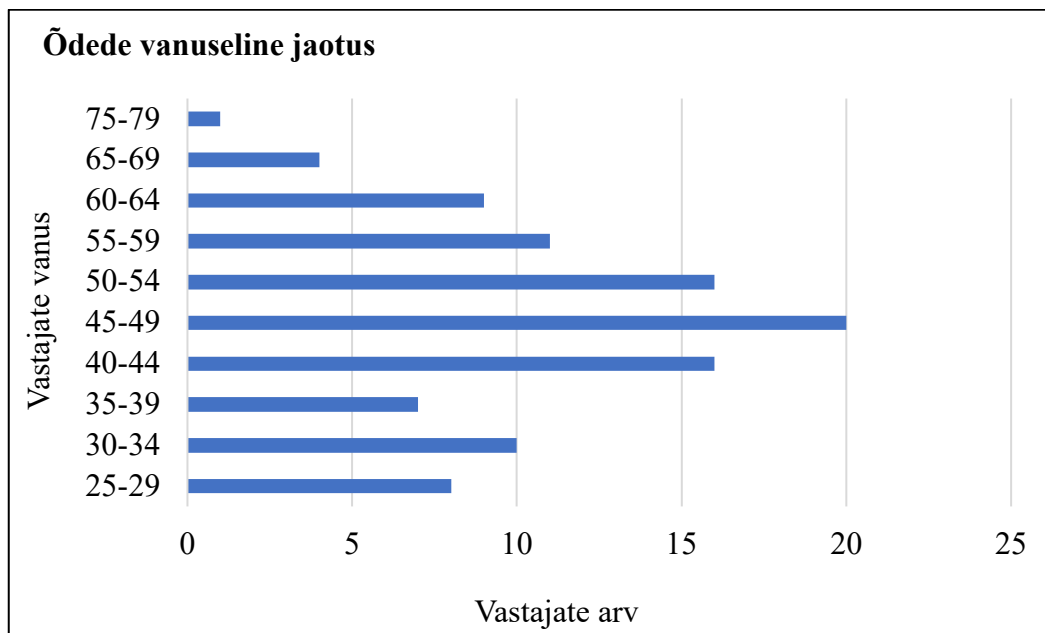
sisaldab küsimustik vastaja üldiseid andmeid, milleks on vanus, sugu ja tööstaaž. Tööstaaži määramiseks on kasutatud järgmiseid vahemikke: vähem kui 1 aasta; 1 – 10 aastat; 11 – 20 aastat; 21 – 30 aastat; 31 – 40 aastat ja üle 40 aasta. Küsimustikule vastamine võttis aega 10 – 15 minutit. Küsimustikule vastamine oli vabatahtlik ja anonüümne.

Esmakordselt avalikustas töö autor küsimustiku sotsiaalmeedia kanali Facebook kaudu 20. juulil 2020. Postitus oli avalik ning sellele tehti kokku 31 jagamist. Samal päeval võttis töö autor ühendust Eesti Õdede Liiduga ning palus küsimustikku jagada. Eesti Õdede Liit saatis liidu liikmete e-kirja teel küsimustiku 23. juulil 2020. Teistkordselt jagas töö autor Facebooki kaudu küsimustikku avalikult 14. septembril 2020 ning sellel postitusel oli 13 jagamist. Samuti saatis projekti autor küsimustiku viiele perearstikeskusele ja ühele piirkondlikule haiglale. 14. septembriks oli laekunud vastuseid 102 respondendilt ja küsimustik suleti.

### 2.3 Andmete analüüs

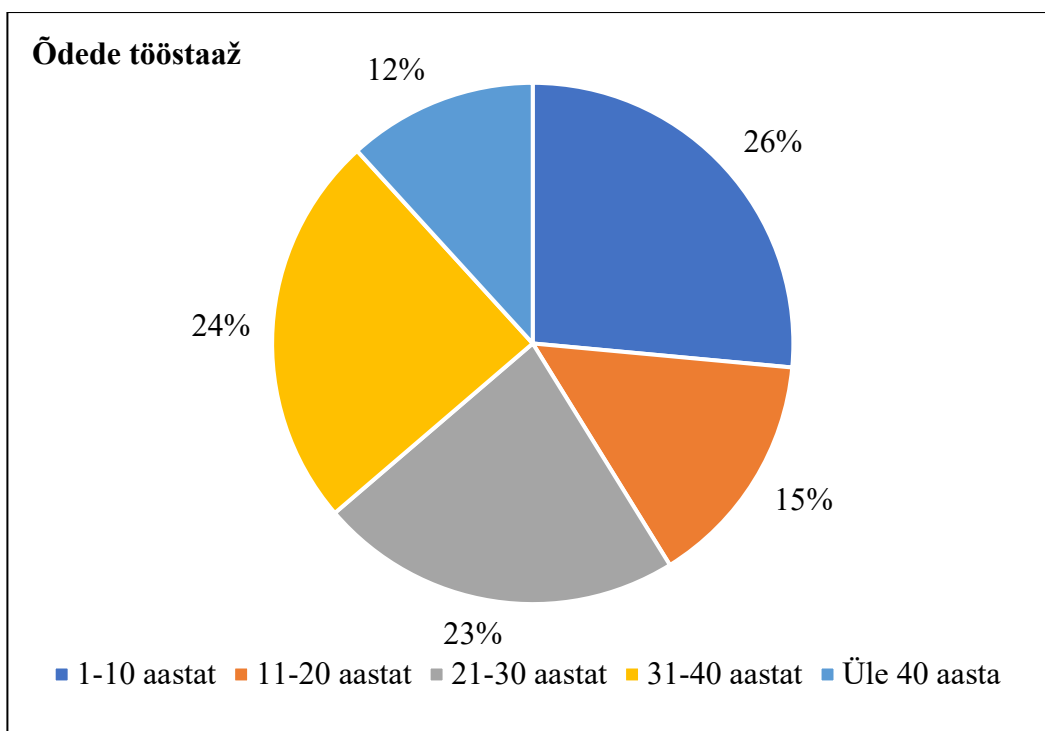
Vastuse variantidega küsimustel on mitmeid eeliseid. Uurijal on võimalik hiljem hõlpsasti vastuse variantidega ankeeti analüüsida ja töödelda. Analüüsimisel tekib struktureeritud andmestik. (Hirsjärvi et al., 2010). Uurimuse tulemusel tekkinud andmed kanti Microsoft Exceli 2010 programmi ning tulemused esitati joonistena.

Arendusprojekti raames korraldatud kvantitatiivse uurimuse küsitlusele vastas 102 respondenti. Andmeanalüüsiks kvalifitseerusid kõik vastused. Respondentide vanus oli 25 kuni 79 eluaasta, neist 100 naist ja 2 meest. **Respondentide vanuselisest jaotusest** (vt joonis 1 lk 24) ilmnes, et kõige enam vastajaid oli vanusevahemikus 45 – 49 eluaastat ehk kõigist vastanutest 20% (n= 20). Kõige vähem oli respondentide seas õdesid vanusevahemikus 75 – 79 eluaastat ehk kõigist vastanutest 1% (n= 1).



**Joonis 1.** Respondentide jaotus vanuse järgi aastates

**Valimi jaotusest tööstaaži** (vt joonis 2 lk 24) järgi selgus, et kõige enam oli respondentide seas õdesid, kelle tööstaaž oli 1 – 10 aastat ehk kõigist vastanutest 26% (n= 27). Kõige vähem oli respondentide seas õdesid, kelle tööstaaž oli üle 40 aasta ehk kõigist vastanutest 12% (n= 12).



**Joonis 2.** Respondentide jaotus tööstaaži järgi aastates



Mokkeni skaala vastustest vastati enim valikvastusega „ei nõustu“ ning kõige vähem kasutati vastusevarianti „nõustun täielikult“. Neljal korral ei kasutatud „nõustun täielikult“ vastusevarianti üldse. Teised vastusevariandid leidsid iga küsimuse puhul kasutust.

Skaala väitele **oskan õpetada ja juhendada õdedest kolleege kultuuride erinevuste ja sarnasuste teemal** vastati enim valikvastusega „ei nõustu“, mis oli koguvalimist 47% (n= 48) ning kõige vähem vastati valikvastusega „nõustun täielikult“, mis oli koguvalimist 2% (n= 2). 13-l korral (13% koguvalimist) vastati „ei nõustu üldse“, 5-l korral (5% koguvalimist) „ei kommenteerin“ ning 34-l korral (33% koguvalimist) nõustuti (vt lisa 3 joonis 3).

Väitele **suudan õpetada ja juhendada teisi õdesid erineva kultuurilise taustaga patsientidele vastuvõtu planeerimisel** vastati koguvalimist enim ehk 49% (n= 50), et väitega „ei nõustuta“ ning vähim vastusega „nõustun täielikult“, mis oli koguvalimist 1% (n=1). 10 juhul (10% koguvalimist) valiti vastusevariandiks „üldse ei nõustu“, 6-l korral (6% koguvalimist) „ei kommenteerin“ ning 35-l korral (34% koguvalimist) nõustuti väitega (vt lisa 3 joonis 4).

Respondentidelt uuriti, kas nad oskavad **illustreerimiseks kasutada näiteid oskusest suhelda erineva kultuuritaustaga patsientidega**. Koguvalimist enim ehk 46% (n=47) vastas, et „ei nõustu“ väitega ning kõige vähem ehk 7% (n=7) vastati vastusega „ei kommenteerin“. Väitega „ei nõustunud üldse“ 11 korral (11% koguvalimist) ning 37 juhul (36% koguvalimist) nõustuti. 102-st respondentist ei vastanud käesolevale väitele mitte ükski valikvastusega „nõustun täielikult“ (vt lisa 3 järg joonis 5).

Mokkeni skaala väitele **oskan õpetada ja juhendada õdedest kolleege erineva kultuurilise taustaga patsientidega suhtlemisel** vastati enim ehk 48% (n= 49) koguvalimist vastusega „ei nõustu“ ning vähim eelistati vastust „ei kommenteerin“, mis oli koguvalimist 9% (n= 9). Üldse ei nõustunud väitega 11 korral (11% koguvalimist) ning 33 korral (32% koguvalimist) nõustuti väitega. Respondentidest ükski ei vastanud valikvastusega „nõustun täielikult“ (vt lisa 3 järg joonis 6).

Skaala väitele **oskan selgitada kultuuriliste faktorite mõju erinevatest etnilistest gruppidest patsientide suhtumisele/käitumisele tervisesse ja haigusesse** vastati koguvalimist 41% (n= 42), et väitega „ei nõustuta“ ning kõige vähem ehk 8% (n=8) koguvalimist vastati vastusega „ei kommenteerin“. Käesoleva uurimisküsimuse vastustest ei valitud kordagi vastusevarianti „nõustun täielikult“. 16 juhul (16% koguvalimist) vastati, et

väitega „ei nõustuta üldse“ ning 36 korral (35% koguvalimist), et väitega „nõustutakse“ (vt lisa 3 järg joonis 7).

**Väitele mul on väga lihtne koguda infot kõigi patsientide tervist ja haigust puudutavate uskumuste/käitumiste kohta** vastati enim ehk 52% (n= 53) koguvalimist vastusega „ei nõustu“ ning vähim ehk 3% (n=3) koguvalimist vastusega „nõustun täielikult“. „Üldse ei nõustatud“ 11 korral (11% koguvalimist), „nõustuti“ 29 korral (28% koguvalimist) ning vastusega „ei kommenteerin“ vastati 6 korral (6% koguvalimist) (vt lisa 3 järg joonis 8).

**Oskan õpetada ja juhendada õdedest kolleege tervise ja haiguse alases kultuuriteabes** väitele vastati koguvalimist enim ehk 51% (n=52) „ei nõustu“ ning kõige vähem ehk 11% (n=11) „ei kommenteerin“. 12 korral (12% koguvalimist) vastati, et väitega „ei nõustatud üldse“ ning 27 korral (26% koguvalimist) väitega „nõustuti“. Respondentidest ei valinud keegi vastusevarianti „nõustun täielikult“ (vt lisa 3 järg joonis 9).

**Väitele oskan õpetada ja juhendada õdedest kolleege sobivalt käituma, kui nad osutavad õendusteenust erinevatest kultuurilistest gruppidest pärit patsientidele** vastati enim ehk 48% (n=49) koguvalimist „ei nõustu“ ning vähim ehk 3% (n=3) „nõustun täielikult“. „Üldse ei nõustatud“ 11-l korral (11% koguvalimist), „ei kommenteerin“ 7-l korral (7% koguvalimist) ning „nõustun“ 32-l korral (31% koguvalimist) (vt lisa 3 järg joonis 10).

**Skaala väitele mulle on tuttavad tervise ja haigustega seotud kultuuriteadmised ja sellega seonduv teooria** vastati koguvalimist 53% (n=54) „ei nõustu“ ning 2% (n=2) vastas „nõustun täielikult“. „Üldse ei nõustatud“ 10-l korral (10% koguvalimist) ning „nõustuti“ 25-l korral (24% koguvalimist). Vastusega „ei kommenteerin“ vastati 11-l korral (10% koguvalimist) (vt lisa 3 järg joonis 11).

**Oskan selgitada kultuuri mõju patsiendi tervise ja haiguse alasele uskumusele/käitumisele** vastati koguvalimist 49% (n=50) „ei nõustu“ ning 2% (n=2) „nõustun täielikult“. 8-l korral (8% koguvalimist) vastati „üldse ei nõustu“, 11-l korral (11% koguvalimist) „ei kommenteerin“ ning 31-l korral (30% koguvalimist) „nõustun“ (vt lisa 3 järg joonis 12).

**Oskan nimetada meetodeid ja viise tervise, haiguse ja kultuuriga seotud informatsiooni kogumiseks** väitele vastasid respondendid koguvalimist kõige enam ehk 39% (n=40) „ei nõustu“ ja kõige vähem ehk 2% (n=2) „nõustun täielikult“. 15 vastajat (15% koguvalimist)

„ei nõustu“ väitega üldse, 15 „ei kommenteeri“ (15% koguvalimist) ja 30 „nõustub“ (29% koguvalimist) (vt lisa 3 järg joonis 13).

Väitele **oskan seostada patsientide tervise ja haiguse alaseid uskumusi erineva kultuuritaustaga** vastasid respondendid koguvalimist 43%-l (n=44) „ei nõustu“ ning kõige vähem ehk 3% (n=3) vastati „nõustun täielikult“. 11 respondenti (11% koguvalimist) vastas „üldse ei nõustu“, 7 (7% koguvalimist) „ei kommenteeri“ ja 37 (36% koguvalimist) „nõustun“ (vt lisa 3 järg joonis 14).

**Oskan lihtsalt tuvastada erineva kultuuritaustaga patsientide õendusabi vajadusi** väitele vastati enim ehk 52% (n=53) koguvalimist „ei nõustu“ ning kõige vähem ehk 2% (n=2) koguvalimist valiti vastuseks „nõustun täielikult“. 11-l (11% koguvalimist) juhul „ei nõustunud väitega üldse“, 8-l (8% koguvalimist) juhul vastati „ei kommenteeri“ ning 28-l (27% koguvalimist) juhul „nõustun“ (vt lisa 3 järg joonis 15).

**Teostades õendustoiminguid oskan rahuldada erineva kultuuritaustaga patsientide vajadusi** väitele vastati koguvalimist 53% (n=54) „nõustun“ ning vähim vastati vastusevariandiga „nõustun täielikult“, mis oli koguvalimist vaid 1% (n=1). „Üldse ei nõustunud“ 7-l korral (7% koguvalimist), „ei nõustunud“ 34-l korral (33% koguvalimist) ning „ei kommenteeri“ vastati 6-l korral (6% koguvalimist) (vt lisa 3 järg joonis 16).

Väitele **oskan selgitada võimalikke seoseid patsientide tervise ja haiguse alaste uskumuste ja kultuuri vahel** vastati koguvalimist enim ehk 45% (n=46) vastusega „ei nõustu“ ning kõige vähem vastati vastusevariandiga „nõustun täielikult“, mis oli koguvalimist 1% (n=1). Lisaks vastati 9-l korral (9% koguvalimist) „üldse ei nõustu“, 11-l korral (11% koguvalimist) „ei kommenteeri“ ning 35-l korral (34% koguvalimist) „nõustun“ (vt lisa 3 järg joonis 17).

**Oskan püstitada õenduseesmärke vastavalt patsientide erinevatele kultuuritaustadele** väitele vastati koguvalimist enim ehk 51% (n=52) „ei nõustu“ ning kõige vähem ehk 3% (n=3) „nõustun täielikult“. „Üldse ei nõustunud“ 8-l korral (8% koguvalimist), 7-l korral (7% koguvalimist) vastati „ei kommenteeri“ ning 32-l korral (31% koguvalimist) „nõustun“ (vt lisa 3 järg joonis 18).

Väitele **tavaliselt püüan aktiivselt mõista erinevate kultuurirühmade uskumusi** ilmnes koguvalimist kõige enam ehk 57% (n=58), et väitega „nõustuti“. Kõige vähem ehk 2% (n=2)

vastati käesolevale väitele vastusega „üldse ei nõustu“. Väitega „ei nõustunud“, „ei kommenteeritud“ või „nõustuti täielikult“ kõigil kolmel juhul 14-l korral ehk 14% koguvalimist (vt lisa 3 järg joonis 19).

Väitele **osutades õendusabi erineva kultuuritaustaga klientidele ei erine minu käitumine tavaliselt kuigivõrd patsientide kultuurilistest normidest** vastati koguvalimist kõige enam ehk 60% (n=61) vastusega „nõustun“. Kõige vähem ehk 2% (n=2) vastati „üldse ei nõustu“. 20-l juhul (19% koguvalimist) väitega „ei nõustunud“, 12-l juhul (12% koguvalimist) „ei kommenteeritud“ ja 7-l juhul (7% koguvalimist) „nõustuti täielikult“ (vt lisa 3 järg joonis 20).

Väitele **oskan kasutada oma suhtlemisoskusi erineva kultuurilise taustaga patsientidega suhtlemisel** vastati koguvalimist kõige enam ehk 56% (n=57) „nõustun“ ning kõige vähem ehk 1% (n=1) koguvalimist vastati, et „üldse ei nõustuta“. 28-l juhul (27% koguvalimist) „ei nõustunud“ väitega, 9-l juhul (9% koguvalimist) „ei kommenteeritud“ ja 7-l juhul (7% koguvalimist) „nõustuti täielikult“ (vt lisa 3 järg joonis 21).

**Tavaliselt arutan iga patsiendiga tema tervisega seotud uskumuste/käitumise ja õendusteadmiste erinevusi** väitele vastati koguvalimist kõige enam ehk 48% (n=49) „nõustun“. Kõige vähem ehk 2% (n=2) koguvalimist vastati vastusevariandiga nõustun täielikult. 5-l juhul (5% koguvalimist) ei nõustunud väitega üldse, 38-l juhul (37% koguvalimist) ei nõustunud ja 8-l juhul (8% koguvalimist) vastati ei kommenteeri (vt lisa 3 järg joonis 22).

## 2.4 Eetika ja usaldusväärsus

Käesoleva arendusprojekti teoreetiline osa ja ankeetküsimustik on kooskõlas eetikanõuetega. Arendusprojekti teostamisel on lähtunud Tartu Ülikooli eetikakeskuse töörühma ja Eesti Teadusagentuuri töörühma poolt 2017. aastal välja töötatud „Hea teadustava“ dokumendist.

Hea teaduse olulisemateks väärtusteks peetakse vabadust, vastutust, ausust ja objektiivsust, austust ja hoolivust ning õiglust (Juurik et al., 2017).

Arendusprojekti autor on olnud vaba uurimisprobleemi ning uurimisrühma valikul. Töö autor vastutab teadustöö tulemuste ja tagajärgede eest ning teadvustab, et tema töö võib mõjutada teisi inimesi ja tulevasi põlvkondi. Arendusprojekti autor hoidub inimeste, ühiskonna ja looduse kahjustamisest.

Autor on aus, täpne ja erapooletu kõigis teadustegevuse aspektides. Autor ei võltsi ega mõtle andmeid välja ning ei plagieeri. Autor tõlgendab nii andmeid kui ka teadustöö tulemusi objektiivselt, mitte meelevaldselt. Arendusprojekti autor austab uuringusse kaasatud inimeste väärikust, autonoomiat ja privaatsust. Austab kultuurilist mitmekesisust ning suhtub hoolivalt inimkonnaainelisse ja vaimsesse pärandisse.

Töös ei lähtuta teadustööd puudutavates otsustes teise isiku soost, vanusest, rahvusest, rassist, usust, koolkonnast, staatusest ega muudest tunnustest, mis ei ole otsuse jaoks asjakohased.

Uurimistöös on lähtunud vastajate konfidentsiaalsusest. Küsitlusele vastamine oli respondentidele vabatahtlik, neil oli õigus keelduda või jätta küsimustik pooleli. Kõik uurimistöös Google Forms programmiga saadud ankeetküsimustiku vastused kanti Microsoft Excel 2010 programmi ning hoiustatakse autori isiklikus parooliga kaitstud arvutis. Kõik arendusprojekti kasutatud teiste autorite seisukohad on korrektselt viidatud.

### 3. ARENDUSPROJEKTI TEOSTUS

#### 3.1 Projekti ajakava

Arendusprojekti autor alustas töö kirjutamist detsembris 2019. Otsiti erinevate allikate kaudu tõenduspõhist kirjandust seoses kultuurilise mitmekesisuse arvestamisega õendusabi osutamisel. Veenduti, et käesoleval teemal on piisavalt materjali, mida on võimalik kasutada arendusprojekti teoreetilise raamistiku loomiseks. Märtsis 2020 planeeris autor projekti ressursse ja eelarvet. 16. märtsil 2020 koostas projekti autor *charter* dokumendi, mille raames hindas ka arendusprojekti väliskeskonnast ning sisekeskkonnast tulenevaid riske. Samuti koostati märtsis 2020 projekti meeskond. Meeskonda kuuluvad kolm Eesti Õdede Liidu liiget. 18. juunil 2020 esitles töö autor valmivat arendusprojektist õppetöö raames, mille käigus tutvustati projekti teooria ning metoodika osa. Juulis 2020 saadi kirjalik luba emeriitprofessor Dr. Robert Jan Mokkenilt Mokkeni skaala kasutamiseks. Juulist kuni septembrini koguti ankeetküsimustiku andmeid. Septembris 2020 tegeles autor ankeetküsimustiku andmete töötlemise ja analüüsiga. Arendusprojekti eesmärk ehk juhend valmis september kuni oktoober 2020 ning esitletakse komisjonile jaanuaris 2021. Arendusprojekti ajakava on välja toodud tabelis 1 lk 30.

**Tabel 1.** Arendusprojekti ajakava

Ajaraamistik	Tegevus
Detsember 2019 – juuni 2020	Tõenduspõhise kirjanduse otsimine.
Märts 2020	Eelarve ja ressursside planeerimine.
16. märts 2020	<i>Charter</i> dokumendi koostamine, projekti riskide hindamine.
Märts 2020	Projekti meeskonna loomine.
29. märts 2020	Mokkeni skaala kasutamiseks saadetud üks kiri Dr Shoa – Jen Pergnile ja kahele Dr. Robert Jan Mokkeni meiliaadressile. Kirjad jäävad vastusetu.
16. juuni 2020	Projekti autor leiab Internetist veel kolm Dr. Mokkeni meiliaadressi ja saadab neile palve Mokkeni skaala kasutamise loa saamiseks.
18. juuni 2020	Projekti vaheettekanne aines arendusprojekt. Projekti autor saab kirjaliku loa skaala kasutamiseks emeriitprofessor Dr. Robert Jan Mokkenilt.
Juuni – august 2020	Arendusprojekti metoodika ja teooria valmimine.

20. juuli 2020	Ankeetküsimustiku avalikustamine sotsiaalmeedia kanali Facebook kaudu. Kiri Eesti Õdede Liidule, Rapla Perearstikeskus OÜ-le ja PERH õendusjuhtidele palvega küsimustik avalikustada.
21. juuli 2020	Kiri palvega täita ankeetküsimustik Laagri Perearstikeskus OÜ-le, Järveotsa Perearstikeskus OÜ-le ja Medicum Perearstikeskus AS-le.
23. juuli 2020	Eesti Õdede Liit saadab projekti autori ankeetküsimustiku liidu liikmete meiliaadressidele.
14. september 2020	Arendusprojekti küsimustiku sulgemine.
14 – 16. september 2020	Ankeetküsimustiku andmete kandmine Microsoft Exceli 2010 programmi. Nende analüüsimine ja töötlemine.
September – oktoober 2020	Juhendi valmimine.
November 2020	Juhendi tutvustamine autori praktikabaasis.
Detsember 2020	Projekti lõpliku versiooni valmimine.
Jaanuar 2021	Arendusprojekti esitamine ja kaitsmine.

Arendusprojekti ajakavast suutis projekti autor kinni pidada. Vajadusel tehti jooksvaid muudatusi, mis olid mõjutatud COVID – 19 viiruse levikust, kuid mis ei mõjutanud projekti eesmärgini jõudmist.

### 3.2 Kommunikatsioonikava

Arendusprojekti huvigrupiks on Eesti õed, kes puutuvad kokku sisserändajate ja erinevast kultuurist pärit patsientidega nii ambulatoorse kui ka statsionaarse töö tegemisel. Pereõe tegevusjuhendi täiendamise loomisest ja rakendamisest on märkimisväärne kasu moslemipatsientidele. Moslemipatsiendid saavad tänu tegevusjuhendi täiendamisele tervishoiuasutustest õiglasema, kvaliteetsema ja tõhusama õendusabi osutamise. Samuti on arendusprojektist kasu õdedele, kes tänu valminud tegevusjuhendi täiendusele on paremini valmistunud sisserännanud moslemipatsiendile õendusabi osutamiseks ning omavad suurenenud teadmisi islamist ja moslemipatsientide ootustest tervishoiutöötajatele. Pereõe tegevusjuhendi täiendamine edendab õiglust tervishoius ning tõstab olulisel määral õendusabi kvaliteeti.

Arendusprojekti tutvustamiseks on oluline teha koostööd nii erinevate haiglate kui ka perearstikeskustega, millega tegi projekti autor juba algust ankeetküsimustiku levitamisel.

Samuti on eesmärgiks jätkata aktiivset koostööd Eesti Õdede Liiduga, et tutvustada valminud tegevusjuhendi täiendust ka Eesti Õdede Liidu volikogule. Põhiline kommunikatsioon on arendusprojekti käigus toimunud e-kirja teel, mis oli suuresti tingitud laiast COVID-19 viiruse levikust maailmas ning sellega seonduvatest ohtudest arendusprojekti valmimise aastal.

Kuigi arendusprojekti käigus valminud pereõde tegevusjuhendi täiendus on mõeldud õdedele, siis on selle kasutusala laiem ning seda on võimalik kasutada kõikidel tervishoiutöötajatel. Arendusprojekti autoril on kavas valminud tegevusjuhendi täiendust tutvustada Eesti Ämmaemandate Ühingu. Samuti tutvustas autor 10.11.2020 enda arendusprojekti Ida-Tallinna Keskhaigla emadusnõuandla töötajatele.

### **3.3 Ressursside kaasamine, eelarve**

Kaheks peamiseks ressurrssiks oli käesoleval arendusprojektil ajaressurss ja inimressurss. Kõige olulisemaks võib pidada projekti autori ajaressurssi. Projekti kestvus oli keskmiselt 13 kuud (detsember 2019 – jaanuar 2021). Käesoleva aja jooksul kulutab projekti autor ühes kalendrikuus keskmiselt 36 tundi, et jõuda projekti ideest selle täieliku teostuseni ning saavutada arendusprojekti eesmärk.

Nähtuvalt projekti eesmärgist, oli projekti õnnestumiseks oluline inimressurss. Üheks olulisemaks inimressurrssiks oli töötavate õdede tõhus kaasamine, kelle aktiivne vastamine projekti autori ankeetküsimustikule tagas projekti raames läbi viidud uurimuse tulemuste valiidsuse ja reliaabluse. Oluline oli saavutada respondentide piisav hulk. Samuti oli kandev roll projekti meeskonna kaasamisel, tänu kellele õnnestus ankeetküsimustik saata kõikidele Eesti Õdede Liidu liikmetele.

Projekti eesmärgini jõudmiseks ei läinud autoril vaja isiklikke materiaalseid ressursse. Samuti ei kaasnenud muid materiaalseid kulusid ning projektis investorid puuduvad. Abi sai projekti autor vajadusel Eesti Õdede Liidult ja asutuselt, kus autor sooritas magistripraktika.

### **3.4 Riskijuhtimise plaan**

Iga projektiga kaasnevad riskid. Kuigi kõiki tuvastatud riske ei pruugi esineda, peame nende võimalikkuse korral neid maandama. (Sipes, 2015). Riskijuhtimise plaanis on projekti autor



riskid tuvastanud, hinnanud ning kirjeldanud riskide haldamist projekti elutsükli jooksul. Autori poolt on hinnatud nii väliskeskkonnast kui ka sisekeskkonnast tulenevaid riske. Väliskeskkonnast tulenevad riskid põhinevad PEST – analüüsil. Vastavalt PEST – analüüsile on väliskeskkonnast tulenevad riskid jaotatud poliitilisteks, majanduslikeks, sotsiaalseteks ja tehnoloogilisteks riskideks. (Sammuto-Bonnicci & Glea, 2015). Käesolevas projektis esinesid vaid poliitilised ja sotsiaalsed väliskeskkonnast tulenevad riskid. Nii väliskeskkonnast kui ka sisekeskkonnast tulenevaid võimalikke riske on projekti autor püüdnud leevendada ennetava strateegia abil. Riskide tõenäosust on hinnatud tabelis 2 lk 34 kolmemõõtmelisel miinimumskaalal (madal, keskmine ja kõrge tõenäosus). Riskide mõju on hinnatud neljasel skaalal – nõrk, keskmine, tugev ning väga tugev. Riskide olulisuse tähistamiseks on kasutatud valgusfoori värve. Arendusprojekti välis- ja sisekeskkonnast tulenevad riskid on esitatud tabelis 3 lk 34. (Riskijuhtimine..., 2013: 20).

**Tabel 2.** Riskide hindamiseks kasutatav skaala (Riskijuhtimine..., 2013: 20, kohandatud).

<b>Madal</b>	<b>1 &lt; 2</b>	Nende riskide realiseerumine on ebatõenäoline, kuid antud projektis väljatoodud riskide maandamise korral on võimalik antud eesmärk saavutada.
<b>Keskmine</b>	<b>2 &lt; 3</b>	Need riskid võivad muutuda oluliseks, kui neile ei pöörata tulevikus tähelepanu ja nende realiseerumisel ei ole eesmärgi saavutamine tõenäoline.
<b>Kõrge</b>	<b>3 &lt; 4</b>	Need riskid on suure ilmnenise tõenäosusega ja olulise negatiivse mõjuga projekti rakendamisele ja käivitamisele.

**Tabel 3.** Arendusprojekti välis- ja sisekeskkonnast tulenevad riskid.

<b>Väliskeskkonnast tulenevad riskid</b>					
<b>Risk/kirjeldus</b>	<b>Tõenäosus</b>	<b>Mõju</b>	<b>Riskihinnang</b>	<b>Ennetav tegevus</b>	<b>Korrektiivne tegevus</b>
<b>Sotsiaal-kultuuriline tegur:</b> Sisseränne Eesti Vabariiki väheneb, tegevusjuhendi täiendamise vajadus väheneb.	Madal	Keskmine	1	Tegevusjuhendi täienduse planeerimisel ja loomisel arvestada rahvastiku sisserände prognoosidega ja uuringutulemustega.	Tegevusjuhendi täienduse optimeerimine, ümberkorraldamine vastavalt vajadustele.
<b>Poliitiline tegur:</b> Vabariigi Valitsus kehtestab COVID-19 viiruse laia leviku tõttu tervishoiuasutustes koolituste ja kogunemiste korraldamise piirangud.	Kõrge	Väga tugev	3	COVID-19 viiruse leviku takistamiseks kasutatakse kõiki ennetusmeetodeid ja jälgitakse Terviseameti soovitusi. Projekt valmib õigeaegselt ning seda on võimalik varakult tutvustada.	Projekti autor on valmis arendusprojekti ning valminud toodet tutvustama interaktiivselt (näiteks Zoom keskkonnas).

<b>Sotsiaalne tegur:</b> Eesti Õdede Liit ei aktsepteeri projekti ja projektiga pakutavat lahendust.	Keskmine	Tugev	3	Pidev koostöö Eesti Õdede Liiduga. Ideede laiapõhjaline tutvustamine.	Tihe koostöö Eesti Õdede Liiduga, Terviseõenduse seltsinguga.
<b>Sisekeskkonnast tulenevad riskid</b>					
Ajakava venimine, projekt ei valmi õigeaegselt.	Madal	Väga tugev	1	Ajakava täpne kavandamine, tegevustesse täiendava ajavaru planeerimine.	Ajakava korrigeerimine vastavalt vajadusele.
Projektiliikmete seas esinevad lahkkelid, möödarääkimised.	Madal	Väga tugev	1	Projektiliikmete omavaheline tihe suhtlus.	Arusaamatuste ja möödarääkimiste lahendamine.

Nagu nähtub tabelist, on tugevaima mõjuga projekti õnnestumisel välistest teguritest poliitiline ja sotsiaalne tegur. Väga tugeva mõjuga projekti õnnestumisel oli risk, et Eesti Vabariigi Valitsus kehtestab COVID – 19 viiruse laia leviku tõttu piirangud koolituste ja kogunemiste korraldamisele. Risk osaliselt ka realiseerus, kuna arendusprojekti autor sai enda projekti praktikabaasis 10.11.2020 tutvustada vaid väikesele grupile inimestele, kandes maski, pannes inimesed hajutatult istuma ning järgides kõiki Terviseameti poolt saadud soovitusi. Ettekanne tehti seetõttu ka kahes osas. Samuti oli projekti autor valmis esitluseks Zoom keskkonnas. Sisekeskkonnast tulenevaid riske suutis projekti autor ennetada.

### 3.5 Kvaliteedikontroll ja arendusprojekti monitooring

Kuigi „Rahvastiku tervise arengukava 2009 – 2020“ rõhutab tõhusa ja patsiendikeskse tervishoiusüsteemi olemasolu ning erinevate uurimistööde tulemusena on tõestatud, et tervishoius tagab kvaliteedi patsiendikesksus, siis Eesti tervishoius ei ole patsiendikeskne lähenemisviis siiski rakendunud. Aro ja Oolo (2015) õendusteaduslike uurimistööde kokkuvõttest nähtub, et tervishoiuasutuste töökultuuri ja nende teenuseid ei ole võimalik pidada patsiendikeskseks, kuna nii patsientide kui ka nende lähedaste vajadused on sageli rahuldamata, neid on puudulikult informeeritud ja õpetatud ning neid ei ole kaasatud patsiendi ravis ja hooldusesse. Eesti Patsientide Liit on rõhutanud, et patsiendikesksus parandab ravi kvaliteeti, avaldab positiivset mõju inimese tervisele ning suurendab rahulolu raviga. Samuti on Eesti Patsientide Liidu poolt välja toodud patsiendikeskse tervishoiusüsteemi viis põhiprintsiipi, milleks on vastastikune austus, valikuvõimalus ja volituse andmine, patsientide kaasamine tervishoiupoliitikasse, ligipääs ja toetus ning teave (Eesti Patsientide..., 2020). Ka õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2021 — 2030 on välja toonud inimkesksusest lähtumise igal tervishoiu tasandil. Arengustrateegia kohaselt peaksid õed ja ämmaemandad austama inimese väljendatud väärtusi, eelistusi ja vajadusi (Õenduse ja..., 2020: 10).

Käesoleva arendusprojekti tulemusena valmis tõendus põhine pereõe tegevusjuhendi täiendus Eestisse sisse rännanud moslemipatsientidele õendusabi osutamisel. Valminud juhendi täiendus tõstab oluliselt õendusabi kvaliteeti ning edendab võrdsust tervishoius. Juhendi täiendus soodustab patsiendi ja õe vahelist positiivset interaktiooni ning vastastikuse austuse tekkimist. Tänu juhendile on õel võimalik paremini mõista Eestisse sisse rännanud moslemipatsientide vajadusi, uskumusi, tavasid ning ootusi tervishoiuteenusele. Nagu eelpool välja toodud tõendus põhise kirjanduse ülevaatest nähtub, siis erinevates riikides elavad vähemusrahvused ja kultuurid tajuvad sageli halvemat ligipääsu tervishoiuteenustele ja omavad seetõttu ka halvemat tervist kui põliselanikud (Bhui et al., 2015; Cioffi, 2013; Ferdinand, Paradies, & Kelaher, 2015; Stein-Parbury., 2018). Tervishoiutöötaja suutmatus hinnata patsiendi kultuurilisi erinevusi mõjutab negatiivselt abi kvaliteeti ja patsientide rahulolu (Cameron et al., 2014). Patsiendi kultuuri mittemõistmine tervishoiutöötaja poolt võib patsienti kahjustada ja mõjuda ravitulemustele negatiivselt (Probast & Imhof, 2016; Stein-Parbury, 2018; Wain et al.,

2016). Seetõttu omab käesolev arendusprojekt olulist praktilist väärtust, kuna edendab õiglust ja võrdsust tervishoius.

Projekti autor esitles valminud tegevusjuhendi täiendust enda praktikabaasis. Tegevusjuhendi täiendust tutvustati ning iga selle osa selgitati osalejatele eraldi lahti. Samuti põhjendati täiendusse valitud soovitusi ning selle alapunktide jaotust. Projekti autor soovitas praktikabaasile, et tegevusjuhendi täiendus võiks olla igas kabinetis ja töötajatele hästi kättesaadav.

Projekti autor saadab valminud tegevusjuhendi koos täiendusega ka Eesti Õdede Liidule ning plaanib seda esitleda ka Eesti Õdede Liidu volikogule. Samuti on eesmärgiks tutvustada valminud juhendit Eesti Ämmaemandate Ühingule. Arendusprojekti autoril on kavas korraldada kultuurilise mitmekesisuse arvestamise teemalisi koolitusi õendusabi osutamisel õdedele ja ämmaemandatele. Samuti soovib autor aasta pärast tegevusjuhendi täienduse valmimist monitoorida selle kasutatavust ja kasulikkust õdede igapäevases töös internetipõhise küsimustiku teel. Arendusprojekti kvaliteedi eest vastutab projekti autor isiklikult.

### **3.6 Rakenduskava analüüs**

Projekti autor tutvustas valminud juhendit 10.11.2020 enda praktikabaasis Ida-Tallinna Keskhaigla emadusnõuandlas. Koroonaviiruse leviku tõttu oli lubatud juhatusel poolt korraga koguneda vaid maksimaalselt kolmel maski kandval inimesel, mistõttu tutvustas projekti autor enda arendusprojekti ja valminud juhendit kahel korral. Juhendi tutvustamise lubamist kaaluti mitmel korral just koroonaviiruse leviku tõttu ning esines oht, et töö autor ei saa enda arendusprojekti ja juhendit tutvustada. Autori poolt oli ette valmistatud Powerpointi slaidiesitlus ning iga osaleja sai endale paberil trükitud juhendi täienduse. Lisaks jagas autor juba ettekande alguses töötajatele laiali tagasiside lehed, milles küsis tagasisidet juhendi täienduse kohta. Kuulajaid oli kokku seitse ja nende tagasiside oli positiivne.

Autorile oli oluline tutvustada arendusprojekti probleemi, eesmärki ja ülesandeid. Kesksel kohal oli tegevusjuhendi täienduse tutvustamine, mille käigus saavutati elav arutelu, kus inimesed said enda arvamust ja mõtteid avaldada. Töö autor tutvustas juhendi täiendust ning töötajad said arutleda enda kogemuste üle teisest kultuurist patsientide teenindamisel. Arutleti suuliselt, mis on osutunud raskeks teisest kultuurist patsiendi teenindamisel ning kuidas ja kas

sellised juhendid lihtsustaksid tööd emadusnõuandlas. Tegevusjuhendi täienduse ideed peeti innovaatiliseks ja uudseks. Samuti oldi arvamusel, et sisserände suurenedes ja multikultuursuse kasvades on sellised juhendid hädavajalikud, et tõsta nii õendusabi kui ka ämmaemandusabi kvaliteeti. Enamus töötajaid oli arvamusel, et paigutaksid juhendi igasse kabinetti ning autor jagas välja trükitud tegevusjuhendi täiendused, et töötajad saaksid seda teha. Edaspidiselt on arendusprojekti autoril kavas tutvustada tegevusjuhendi täiendust Eesti Õdede Liidule ning küsida liidu kaudu ka eksperthinnangut.

### **3.7 Tulemused**

Arendusprojekti tulemusena valmis pereõe tegevusjuhendi täiendus Eestisse sisserännanud moslemipatsientidele õendusteenuse osutamisel (vt lisa 4). Tegevusjuhendi täiendus toetub töös olevale tõenduspõhisele kirjanduse ülevaatele ja uurimistöö raames läbi viidud ankeetküsitlusele. Nähtuvalt eelpool toodud tõenduspõhise kirjanduse ülevaatest, selgus, et sisserännanud moslemipatsiendi puhul on olulisemaks võtmepunktiks kultuuriliselt kompetentse õendusabiteenuse osutamisel islami religiooni uskumuste ja tavade tundmine ning austamine.

Juhendi täiendus on viiel leheküljel ning jaotatud teemade kaupa viieks osaks. Esimeses osas on projekti autor välja toonud soovitud moslemipatsientide kultuurilise eripära arvestamiseks õendusabi osutamisel. Teises osas käsitleb juhendi täiendus moslemipatsiendile iseloomulikke tunnuseid, uskumusi ja tavasid. Kolmandas osas toob autor välja moslemipatsientide toitumise eripärad ning neljandas osas keskendutakse rasedusvastastele vahenditele ja raseduse katkestamisele. Viiendas osas käsitletakse tähelepanekuid moslemipatsiendile vastuvõtu planeerimisel. Kõik juhendi täienduses toodud faktid ja soovitud on leidnud tõenduspõhist kinnitust.

Uurimistöö põhitulemusena võib välja tuua fakti, et Eesti õed ei ole valmis erinevatele kultuuridele õendusteenust osutama ning pigem jääb kultuurilisest kompetentsusest puudu. Seetõttu on vajalik ka pereõe tegevusjuhendi täiendamine erinevatele kultuuridele õendusabi osutamiseks.

#### 4. ARUTELU

Arendusprojekti autor selgitas välja, et Eestis ei ole erinevatest kultuuridest pärit patsientidele õendusabi osutamiseks eraldi õendusabi tegevusjuhendit. Eestis ei ole tervishoiutöötajatele koostatud ühtegi juhendit töötamiseks sisserännanud moslemipatsiendiga. Nähtudes läbitöötatud tõenduspõhistest kirjandusallikatest, selgus, et üha multikultuursemas ja globaalsemas maailmas kvaliteetse õendusabi osutamine nõuab õdedelt kultuurilist kompetentsust. Kultuuriliselt kompetentne ja kvaliteetne õendusabi on suure tähendusega miljonitele sisserändajatele, kes tarbivad erinevaid tervishoiuteenuseid Euroopas iga päev. (Priebe et al., 2011). Arendusprojekti autori läbiviidud kvantitatiivsest uurimusest, mis põhines tõenduspõhisel Mokkeni skaalal, selgus, et Eesti õed ei ole valmis erinevatele kultuuridele õendusabi osutama ning pigem jääb kultuurilisest kompetentsusest vajaka. Samas toetudes arendusprojekti teoreetilisele osale selgus, et peamiseks probleemiks nii moslemipatsientide kui ka mõne muu erineva kultuuritaustaga patsientidele õendusabi andmisel on õdede vähene kultuuri mõistmine ja sallivus. Läbiviidud uurimusest selgus, et tavaliselt Eesti õed püüavad aktiivselt mõista teiste kultuurirühmade uskumusi, kuid ei oma siiski tervise ja haigusega seotud kultuuriteadmisi ja sellega seonduvat teooriat.

Religioossed väärtused ja veendumused on tihedalt seotud kultuuriliste normide ja tavadega, kujundavad need patsientide arusaamu tervisest ja haigusest, mõjutavad tervishoiuteenuse osutajatega kohtumise ootusi, mõjutavad tervishoiutöötajate soovitustest kinnipidamist, suunavad meditsiiniliste otsuste vastuvõtmist ja mõjutavad inimeste tervist üldiselt. Religioon ja vaimsus mõjutavad otseselt inimese vaimset ja füüsilist tervist, kuna need mõjutavad nii toimetulekut, tervisekäitumist kui ka tervishoiust abi otsimist. (Padela et al., 2011). Siiski peab meeles pidama, et iga patsient on eraldi indiviid ning inimesed võivad teatud tavasid ja kombeid samas religioonis järgida erinevalt. Mistõttu on väga oluline õendusabiteenuse osutamisel keskenduda patsiendile individuaalselt, et vältida üldistamist ning stereotüüpide tekkimist. (Wehbe-Alamah et al., 2020). Samuti on oluline arvesse võtta, et moslemipatsiendil võivad olla tervishoiuteenusele sellised ootused ja vajadused, mida õdedel ei ole alati võimalik täita.

Arendusprojekti eesmärgid said täidetud. Valmis teemakohane teoreetiline taust, mis on täielikus kooskõlas uurimistöö teema, probleemi ja eesmärgiga. Autor tuvastas Eesti õdede kultuurilise kompetentsuse Mokkeni skaala abil ning arendusprojekti tulemusena valmis pereõe tegevusjuhendile täiendus Eestisse sisserännanud moslemipatsientidele õendusabi

osutamisel. Ankeetküsitluse läbiviimist toetas Mokkeni skaala autor, Hollandi emeriitprofessor Dr. Robert Jan Mokken, kes andis küsitluse läbiviimiseks enda kirjaliku nõusoleku. Arendusprojekti valmimist toetas Eesti Õdede Liit, kes ankeetküsimustikku liidu liikmetele levitas. Samuti toetas arendusprojekti valmimist autori magistripraktika praktikabaas, kus projekti autor sai valminud arendusprojekti ning pereõe tegevusjuhendi täiendust esitleda.

Arendusprojekti tulemusena valminud juhendi täiendust on võimalik kasutada õdedel, aga ka teistel tervishoiutöötajatel moslemipatsientidele parema ning kvaliteetsema õendusabi osutamiseks. Pereõe tegevusjuhendi täiendus on patsiendikeskne, edendab võrdsust tervishoius ning tagab kultuuriliselt kompetentse õendusabi osutamise. Juhendi täiendus soodustab patsiendi ja õe vahelist positiivset interaktisooni ning vastastikuse austuse tekkimist. Tänu juhendi täiendusele on õel võimalik paremini mõista Eestisse sisserännanud moslemite vajadusi, uskumusi, tavasid ning ootusi tervishoiuteenusele.

Projekti autoril on kavas erinevaid kultuure edasi uurida ka peale käesoleva arendusprojekti kaitsmist ning tulevikus korraldada kultuuriteemalisi koolitusi tervishoiutöötajatele. Samuti on töö autoril kavas projekti valmimisel tutvustada seda Eesti Õdede Liidu volikogule ning Eesti Ämmaemandate Ühingule. Seega tagatakse projekti jätkusuutlikus ka peale projekti kaitsmist.

Lähtudes eelnevast, teeb arendusprojekti autor soovitusi õendusabi parendamiseks ja edasise arendustegevusega jätkamiseks:

- Täiendkoolitusi pakkuvad institutsioonid peaksid korraldama õdedele koolitusi kultuurilise mitmekesisuse arvestamisest õendusteenuse osutamisel.
- Tulevased Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli terviseteaduse magistrandid võiksid arendada projekti ideed edasi ning koostada juhendeid ka teiste kultuuride kohta.
- Läbi viia kultuurilise kompetentsuse ankeetküsitlus ämmaemandate seas, kuna ämmaemandate huvi projekti raames korraldatud küsitluse vastu oli suur.
- Tervishoiuasutused ning erialaühingud peaksid tegema koostööd moslemipatsientidega ning arvestama moslemite ettepanekute ja tagasisidega.



## JÄRELDUSED

1. Arendusprojekti autor analüüsis erinevaid tõenduspõhiseid kirjandusallikaid ning valis projekti teoreetilise raamistiku koostamiseks neist sobivaimad. Kirjandusallikate valimisel lähtuti tõenduspõhisusest, teemakohasusest ja uudsusest, olles sealjuures allikakriitiline. Teoreetiline taust koostati allikate analüüsi, üldistuste ja süstematiseerimise tulemusena. Valmis tõenduspõhiste kirjandusallikatele tuginedes teemakohane teoreetiline taust, mis on täielikult kooskõlas uurimistöo teema, probleemi ja eesmärgiga.
2. Arendusprojekti autor selgitas Mokkeni skaala (Perng & Watson, 2012) 20 väite ja kolme lisaküsimuse abil Eesti õdede kultuurilise kompetentsi ning valmisoleku teisest kultuurist patsientide teenindamiseks. Nähtuvalt ekstensiivse uurimuse käigus saadud vastustest, selgus, et õed vastasid Mokkeni skaala väidetele enim vastusevariandiga ei nõustu. Arendusprojekti raames läbi viidud ankeetküsimustiku vastustest selgus, et Eesti õed ei ole valmis erinevatele kultuuridele õendusabi osutama ning pigem jääb kultuurilisest kompetentsusest vajaka.
3. Tuginedes arendusprojekti teoreetilisele raamistikule, valmis tõenduspõhise kirjanduse baasil pereõe tegevusjuhendile täiendus Eestisse sisserännanud moslemipatsiendile õendusabi osutamisel. Juhendi täiendus on viieleheküljeline ja jaotatud eraldi viieks alapeatükiks. Alapeatükid jaotuvad järgmisteks teemadeks: soovitusel moslemipatsientide kultuurilise eripära arvestamiseks õendusabi osutamisel; moslemipatsientide iseloomulikud tunnused, uskumused ja tavad; moslemipatsientide toitumise eripärad; rasestumisvastased vahendid ja raseduse katkestamine; moslemipatsientidele vastuvõtu planeerimine.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Aro, I., Oolo, T. (2015). Patsiendikesksus Eesti tervishoius - Patsientide ja nende lähedaste vaatekohad. Artikleid õendusteaduslikest uurimistöödest. Patient-centeredness in Estonian healthcare – perceptions of patients and their relatives papers on nursing research. Tartu: Tartu Ülikool.

Boggs, U. K., Arnold, E. C. (2016). Interpersonal Relationships. Professional Communication Skills for Nurses. United States of America: Elsevier.

Bhui, K. S., Aslam, R. W., Palinski, A., McCabe, R., Johnson, M. R. D., Weich, S., ... Szczepura, A. (2015). Interventions to improve therapeutic communications between Black and minority ethnic patients and professionals in psychiatric services: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 207(2), 95–103.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.158899>

Cameron, B. L., Carmargo Plazas, M. D. P., Salas, A. S., Bourque Bearskin, R. L., & Hungler, K. (2014). Understanding inequalities in access to health care services for aboriginal people: A call for nursing action. *Advances in Nursing Science*, 37(3).  
<https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000039>

Cioffi, J. (2013). Being inclusive of diversity in nursing care: A discussion paper. *Collegian*, 20(4), 249–254.  
<https://doi.org/10.1016/j.colegn.2012.11.004>

Coutinho, E., Amaral, S., Parreira, M. V. B. de C., Chaves, C. B., Amaral, O., & Nelas, P. (2019). Nurses- puerperal mothers interaction: searching for cultural care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 910–917.  
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0216>

Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S. J., & Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: A literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 1–18.  
<https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>

Eesti Statistikaamet (2019). Rahvastik soo, rahvuse ja maakonna järgi, 1.jaanuar, haldusjaotus seisuga 01.01.2018.  
<http://andmebaas.stat.ee/Index.aspx?lang=et&DataSetCode=RV0222U>

Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2021-2030. Ühised sammud terviseni. (2020). Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing, Eesti Õendusjuhtide Ühing. Tallinn.  
[https://www.ena.ee/images/ELANIKONNALE/Eesti\\_oenduse\\_ammaemanduse\\_arengustrateegia\\_2021\\_2030.pdf](https://www.ena.ee/images/ELANIKONNALE/Eesti_oenduse_ammaemanduse_arengustrateegia_2021_2030.pdf)

Eesti Õdede Liit (2020). Organisatsioonist.  
<https://www.ena.ee/index.php/organisatsioonist> (20.12.2020)

Ferdinand, A. S., Paradies, Y., & Kelaher, M. (2015). Mental health impacts of racial discrimination in Australian culturally and linguistically diverse communities: A cross-

sectional survey Health behavior, health promotion and society. *BMC Public Health*, 15(1), 1–14.

<https://doi.org/10.1186/s12889-015-1661-1>

Harrison, R., Walton, M., Chauhan, A., Manias, E., Chitkara, U., Latanik, M., & Leone, D. (2019). What is the role of cultural competence in ethnic minority consumer engagement? An analysis in community healthcare. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 191.

<https://doi.org/10.1186/s12939-019-1104-1>

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. (2010). *Uuri ja kirjuta*. Tallinn: Medicina.

Horsburgh, M.E., Foley, D.M. (1990). The Phenomena of Care in Sicilian-Canadian Culture: An Ethnonursing Case Study. *Nursing Forum*, 25(3), 14-22.

<https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.1990.tb00853.x>

Juurik, M., Lilles-Heinsar, L., Lõuk, K., Meriste, H., Parder, M-L., Soone, M., Sutrop, M., Velbaum, K., Veski, L., Eessalu, M., Engelbrecht, J., Koppel, A., Kulu, P., Ling, K., Maimets, T., Mäger, K., Mällo, T., Niglas, K., Nurk, E., Pärtlas, M., Sinijärv, U., Uustalu, T. (koost). (2017). *Hea teadustava*. Tartu: Tartu Ülikooli eetikakeskus.

[https://www.eetika.ee/sites/default/files/www\\_ut/hea\\_teadustava\\_trukis.pdf](https://www.eetika.ee/sites/default/files/www_ut/hea_teadustava_trukis.pdf)

Järva, J. (2015). Islamiusuliste radikaliseerumine vanglates – Eesti olukord. Magistritöö religiooniuringutes. Tartu: Tartu Ülikool. Usuteaduskond.

Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Robinson, M. (2018). *Family Health Care Nursing. Theory, practice, and research*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Lagerspetz, M. (2017). *Ühiskonna uurimise meetodid. Sissejuhatus ja väljajuhatus*. Tallinn: Tallinna Ülikooli Kirjastus.

Leininger, M., McFarland, M.R., (2002). *Transcultural nursing: concepts, theories, research & practice*, — 3rd ed. McGraw-Hill Companies, Inc.USA.

McFarland, M.R., Mixer, S.J., Wehbe-Alamah, H., Burk, R. (2012). Ethnonursing: A Qualitative Research Method for Studying Culturally Competent Care Across Disciplines. *International Journal of Qualitative Methods*, 11(3), 259-279.

<https://doi.org/10.1177%2F160940691201100306>

McGarry Orla, Ailish, Maria, H., De Almeida, M., Santino, Soorej Severoni, ... Macfarlane Anne. (2018). *What strategies to address communication barriers for refugees and migrants in health care settings have been implemented and evaluated across the WHO European Region?* 50.

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534365/pdf/Bookshelf\\_NBK534365.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534365/pdf/Bookshelf_NBK534365.pdf)

Molloy, L., Walker, K., Lakeman, R., Skinner, I. (2015) Ethnonursing and the ethnographic approach in nursing. *Nurse Researcher*, 23 (2), 17-21.

<https://doi.org/10.7748/nr.23.2.17.s5>

Padela, A., Gunter, K., Killawi, A. (2011). Meeting the healthcare needs of American Muslims: Challenges and Strategies for Healthcare Settings. Washington: Institute for Social Policy and Understanding.

[https://www.ispu.org/wp-content/uploads/2016/09/620\\_ISPU\\_Report\\_Aasim-Padela\\_final.pdf](https://www.ispu.org/wp-content/uploads/2016/09/620_ISPU_Report_Aasim-Padela_final.pdf)

Padela, A., & Zaidi, D. (2018). The Islamic tradition and health inequities: A preliminary conceptual model based on a systematic literature review of Muslim health-care disparities. *Avicenna Journal of Medicine*, 8(1), 1.

[https://doi.org/10.4103/ajm.ajm\\_134\\_17](https://doi.org/10.4103/ajm.ajm_134_17)

Pavlopoulou, I. D., Tanaka, M., Dikaloti, S., Samoli, E., Nisianakis, P., Boleti, O. D., & Tsooumakas, K. (2017). Clinical and laboratory evaluation of new immigrant and refugee children arriving in Greece. *BMC Pediatrics*, 17(1), 1–10.

<https://doi.org/10.1186/s12887-017-0888-7>

Pereõe tegevusjuhend. (2009). Tallinna Perearstide Seltsi tööruhm. Tallinn.

[https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Pereoe\\_tegevusjuhend\\_07%2004%202009%20tunnustatud.pdf](https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Pereoe_tegevusjuhend_07%2004%202009%20tunnustatud.pdf)

Perng, S. J., & Watson, R. (2012). Construct validation of the Nurse Cultural Competence Scale: A hierarchy of abilities. *Journal of Clinical Nursing*, 21(11–12), 1678–1684.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03933.x>

Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., ... Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: Views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11(1), 187.

<https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-187>

Probst, S., & Imhof, L. (2016). Management of language discordance in clinical nursing practice - A critical review. *Applied Nursing Research*, 30, 158–163.

<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.07.005>

Prosen, M. (2015). Introducing transcultural nursing education: Implementation of transcultural nursing in the postgraduate nursing curriculum. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 174, 149-155

[https://www.researchgate.net/publication/277651379\\_Introducing\\_Transcultural\\_Nursing\\_Education\\_Implementation\\_of\\_Transcultural\\_Nursing\\_in\\_the\\_Postgraduate\\_Nursing\\_Curriculum](https://www.researchgate.net/publication/277651379_Introducing_Transcultural_Nursing_Education_Implementation_of_Transcultural_Nursing_in_the_Postgraduate_Nursing_Curriculum)

Rassool, G. H., (2014). Cultural Competence in Caring for Muslim Patients. London: Palgrave Macmillian.

Residence permits statistics. Eurostat (2018).

[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Residence\\_permits\\_statistics&oldid=410577#First\\_residence\\_permits\\_.E2.80.94\\_an\\_overview\\_\(25.12.2019\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Residence_permits_statistics&oldid=410577#First_residence_permits_.E2.80.94_an_overview_(25.12.2019))

Riitel, R. (2013). Moslemite turvatunne Eestis. Lõputöö. Tartu: Kaitseväe Ühendatud Õppeasutused.

Riskijuhtimine. Juhendmaterjal täidesaatva riigivõimu asutustele. (2013). Sisekontrolli kordineerimise talitlus. Finantskontrolli osakond. Rahandusministeerium.  
[www.rahandusministeerium.ee%2Fet%2Fsystem%2Ffiles\\_force%2Fdocument\\_files%2Friskijuhtimine.pdf%3Fdownload%3D1&usg=AOvVaw3buqnNY192wxte6CBnqmXh](http://www.rahandusministeerium.ee%2Fet%2Fsystem%2Ffiles_force%2Fdocument_files%2Friskijuhtimine.pdf%3Fdownload%3D1&usg=AOvVaw3buqnNY192wxte6CBnqmXh)  
(29.12.2020)

Sagar, P. L. (2011). *Transcultural Nursing Theory and Models : Application in Nursing Education, Practice, and Administration*. New York: Springer Publishing Company.

Sagar, P. L. (2014). *Transcultural nursing education strategies*. New York: Springer Publishing Company.

Sammut-Bonnici, T., Glea, D. (2015). PEST analysis. *Wiley Online Library*.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118785317.weom120113>

Sipes, Carolyn. *Project Management for the Advanced Practice Nurse*, Springer Publishing Company, 2015. *ProQuest Ebook Central*  
<http://ebookcentral.proquest.com/lib/nlibee-ebooks/detail.action?docID=4102346>.

Stein-Parbury, J. (2018). *Patient & Person. Interpersonal skills in nursing*. 6th edition. Elsevier: Australia.

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. (RT I 2001, 50, 284; 18.05.2020).  
<https://www.riigiteataja.ee/akt/117052020012?leiaKehtiv> (23.12.2020).

Tervishoiu kvaliteedisüsteemi arendamine II etapp. Ettevalmistustööd tõendus põhiste õendusalaste tegevusjuhendite väljatöötamiseks. (2015). Tartu: Tartu Ülikool.  
[https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium\\_kontaktid/Uuringu\\_ja\\_analuusid/Tervisevaldkond/oendustegevus2015.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Tervisevaldkond/oendustegevus2015.pdf)

Topal, K., Eser, E., Sanberk, I., Bayliss, E., & Saatci, E. (2012). Challenges in access to health services and its impact on quality of life: A randomised population-based survey within Turkish speaking immigrants in London. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 11.  
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-11>

Verhagen, I., Ros, W. J., Steunenberg, B., & De Wit, N. J. (2013). Culturally sensitive care for elderly immigrants through ethnic community health workers: Design and development of a community based intervention programme in the Netherlands. *BMC Public Health*, 13(1), 1.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-227>

Wain, T., Sim, M., Bessarab, D., Mak, D., Hayward, C., & Rudd, C. (2016). Engaging Australian Aboriginal narratives to challenge attitudes and create empathy in health care: A methodological perspective. *BMC Medical Education*, 16(1), 1–7.  
<https://doi.org/10.1186/s12909-016-0677-2>

Wehbe-Alamah, H., Hammonds, L. S., & Stanley, D. (2020). Culturally Congruent Care From the Perspectives of Judaism, Christianity, and Islam. *Journal of Transcultural Nursing*. <https://doi.org/10.1177/1043659619900000>

White, J., Plompen, T., Tao, L., Micallef, E., & Haines, T. (2019). What is needed in culturally competent healthcare systems? A qualitative exploration of culturally diverse patients and professional interpreters in an Australian healthcare setting. *BMC Public Health*, *19*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7378-9>

**Dr. Robert Jan Mokkeni nõusolek küsimustiku kasutamiseks**

18.06.2020

Dear Ruth,

I am pleasantly surprised that my scale is still in use.

Of course you are welcome to use this instrument for your project.

I am interested in the results. Keep me informed when you are finished (Please note my change in email address: [rjmokken@outlook.com](mailto:rjmokken@outlook.com))

With cordial greetings,

Robert J. Mokken

=====  
Dear Doktor Robert J. Mokken,

My name is Ruth Estrin, I am currently studying for a master's degree in nursing at Tallinn Health Care College in Estonia. I am making a project about: „Compose the guide for nurses about considering cultural diversity in nursing services for immigrated patients to Estonia“. I would like your permission to use your Mokken scale (Cultural Competence scale)?

I am kindly waiting for your reply.

Sincerely,

Ruth Estrin

=====  
R. J. Mokken  
Franklinstraat 18 1171 BL Badhoevedorp  
[rjmokken@outlook.com](mailto:rjmokken@outlook.com)  
Mob: 0031615154739

## Uurimistöös kasutatud kohandatud Mokkeni skaala koos lisaküsimustega

Lugupeetud õde!

Olen Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli terviseteaduse magistrant ning uurin oma magistritöö raames kultuurilise mitmekesisuse arvestamist õendusteenuse osutamisel. Vastama on oodatud kõik õed. Küsimustik on valikvastustega ning see põhineb Mokkeni skaalal.

Küsimustik on anonüümne ning vastamine võtab aega 10 – 15 minutit.

Tänuga,

Ruth Estrin

Valikvastustega (üldse ei nõustu, ei nõustu, ei kommenteeri, nõustun, nõustun täielikult) Mokkeni skaala.

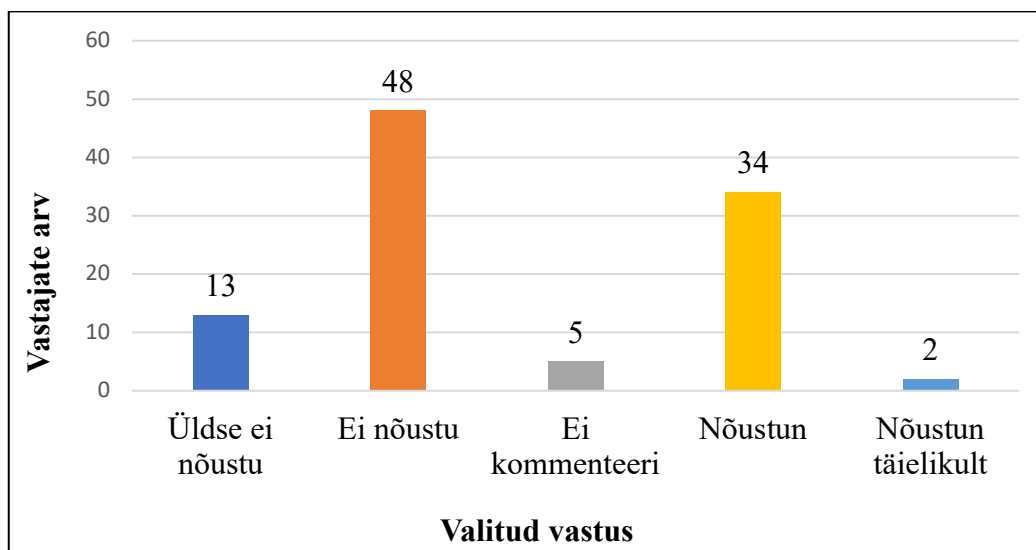
1. Oskan õpetada ja juhendada õdedest kolleege kultuuride erinevuste ja sarnasuste teemal.
2. Suudan õpetada ja juhendada teisi õdesid erineva kultuurilise taustaga patsientidele vastuvõtu planeerimisel.
3. Oskan illustreerimiseks kasutada näiteid oskusest suhelda erineva kultuuritaustaga patsientidega.
4. Oskan õpetada ja juhendada õdedest kolleege erineva kultuurilise taustaga patsientidega suhtlemisel.
5. Oskan selgitada kultuuriliste faktorite mõju erinevatest etnilistest gruppidest patsientide suhtumisele/käitumisele tervisesse ja haigusesse.
6. Mul on väga lihtne koguda infot kõigi patsientide tervist ja haigust puudutavate uskumuste/käitumiste kohta.
7. Oskan õpetada ja juhendada õdedest kolleege tervise ja haiguse alases kultuuriteabes.
8. Oskan õpetada ja juhendada õdedest kolleege sobivalt käituma, kui nad osutavad õendusteenust erinevatest kultuurilistest gruppidest pärit patsientidele.
9. Mulle on tuttavad tervise ja haigustega seotud kultuuriteadmised ja sellega seonduv teooria.
10. Oskan selgitada kultuuri mõju patsiendi tervise ja haiguse alasele uskumusele/käitumisele.



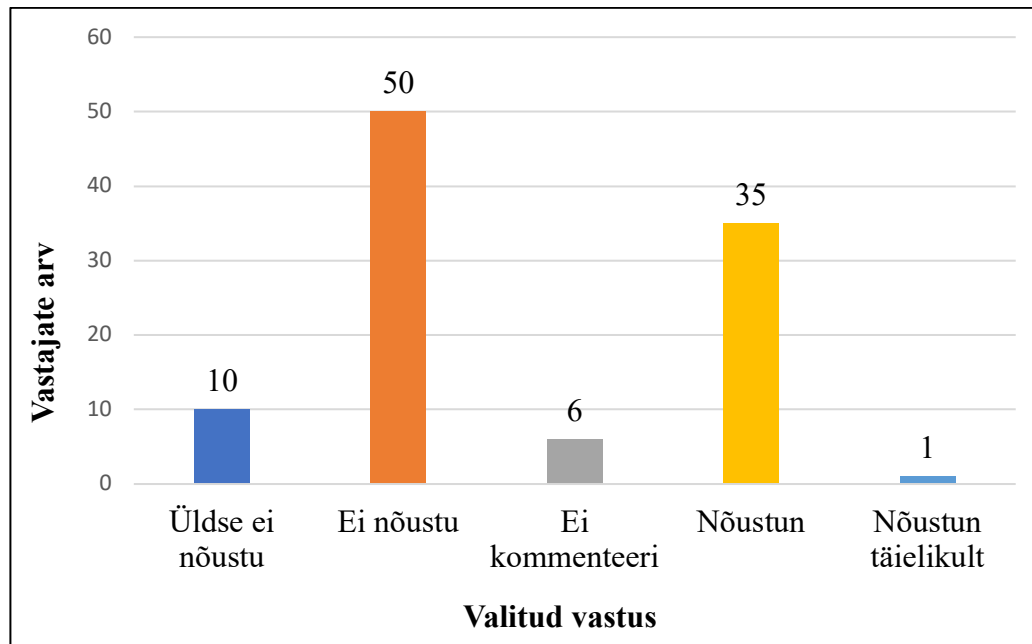
## Lisa 2 järg

11. Oskan nimetada meetodeid ja viise tervise, haiguse ja kultuuriga seotud informatsiooni kogumiseks.
12. Oskan seostada patsientide tervise ja haiguse alaseid uskumusi erineva kultuuritaustaga.
13. Oskan lihtsalt tuvastada erineva kultuuritaustaga patsientide õendusabi vajadusi.
14. Teostades õendustoiminguid oskan rahuldada erineva kultuuritaustaga patsientide vajadusi.
15. Oskan selgitada võimalikke seoseid patsientide tervise ja haiguse alaste uskumuste ja kultuuri vahel.
16. Oskan püstitada õenduseesmärke vastavalt patsientide erinevatele kultuuritaustadele.
17. Tavaliselt püüan aktiivselt mõista erinevate kultuurirühmade uskumusi.
18. Osutades õendusabi erineva kultuuritaustaga klientidele ei erine minu käitumine tavaliselt kuigivõrd patsientide kultuurilistest normidest.
19. Oskan kasutada oma suhtlemisoskusi erineva kultuurilise taustaga patsientidega suhtlemisel.
20. Tavaliselt arutan iga patsiendiga tema tervisega seotud uskumuste/käitumise ja õendusteadmiste erinevusi.
21. Sugu mees/naine
22. Vanus
23. Mitu aastat olete töötanud õena? Vähem kui 1 aasta; 1 – 10 aastat; 11 – 20 aastat; 21 – 30 aastat; 31 – 40 aastat ja üle 40 aasta.

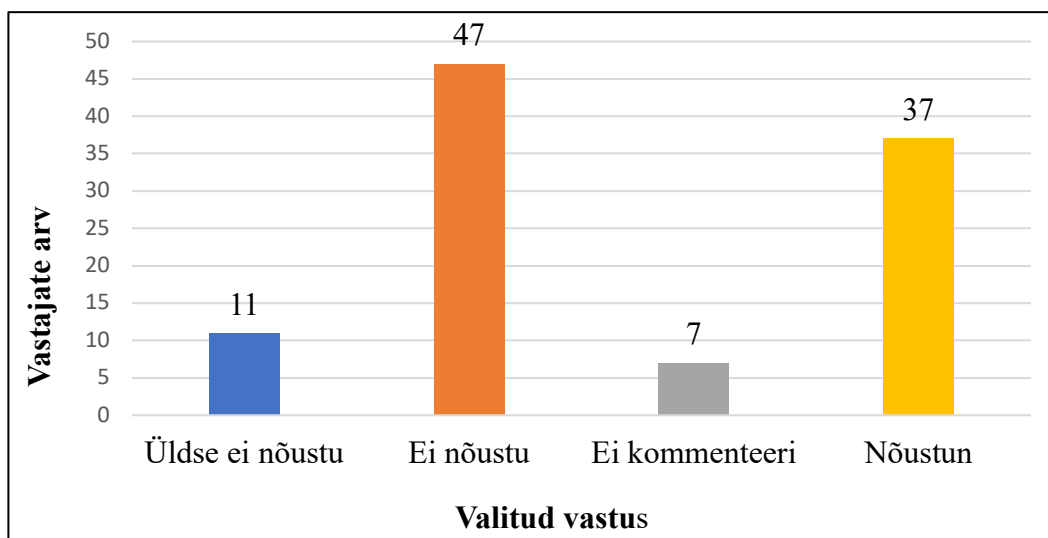
## Mokkeni skaala andmete analüüs



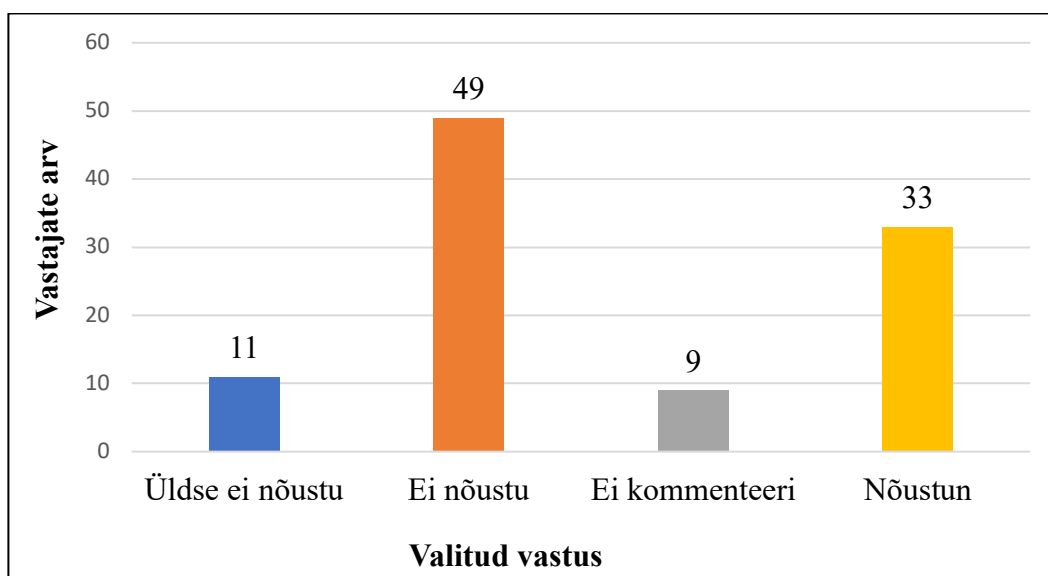
**Joonis 3.** Oskan õpetada ja juhendada õdedest kolleege kultuuride erinevuste ja sarnasuste teemal. Vastanuid absoluutarvudes



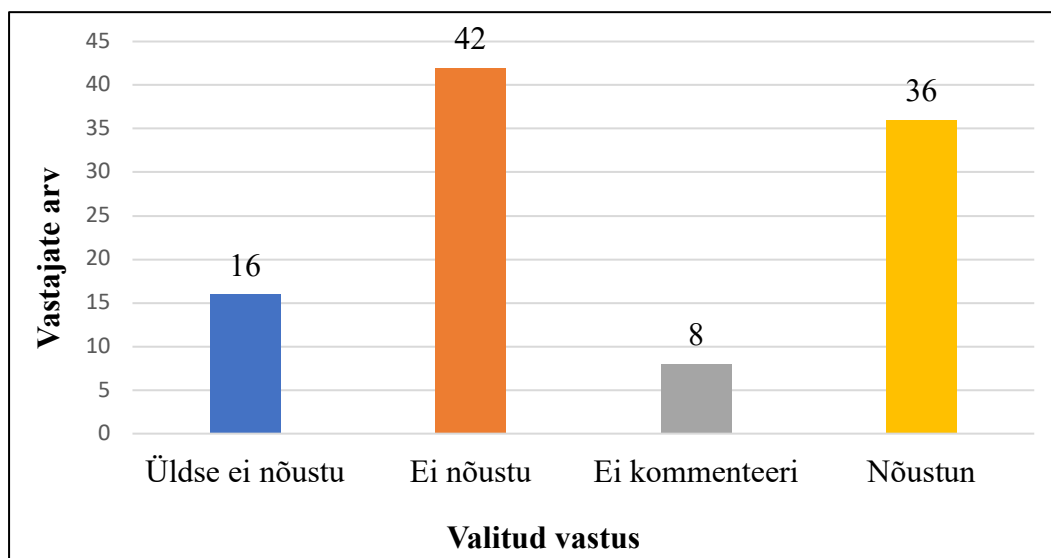
**Joonis 4.** Suudan õpetada ja juhendada teisi õdesid erineva kultuurilise taustaga patsientidele vastuvõtu planeerimisel. Vastanuid absoluutarvudes



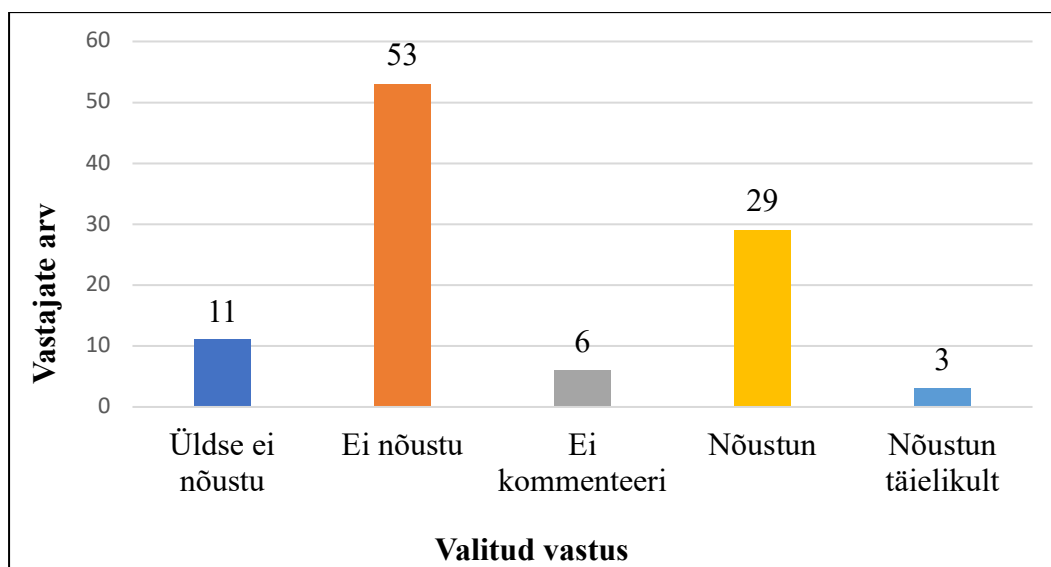
**Joonis 5.** Oskan illustreerimiseks kasutada näiteid oskusest suhelda erineva kultuuritaustaga patsientidega. Vastanuid absoluutarvudes



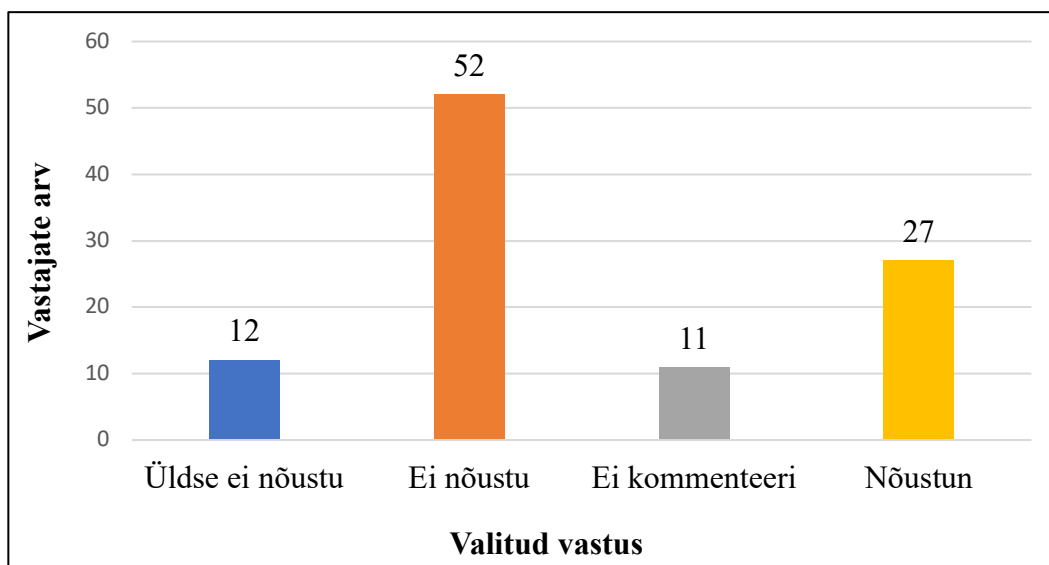
**Joonis 6.** Oskan õpetada ja juhendada õdedest kolleege erineva kultuurilise taustaga patsientidega suhtlemisel. Vastanuid absoluutarvudes



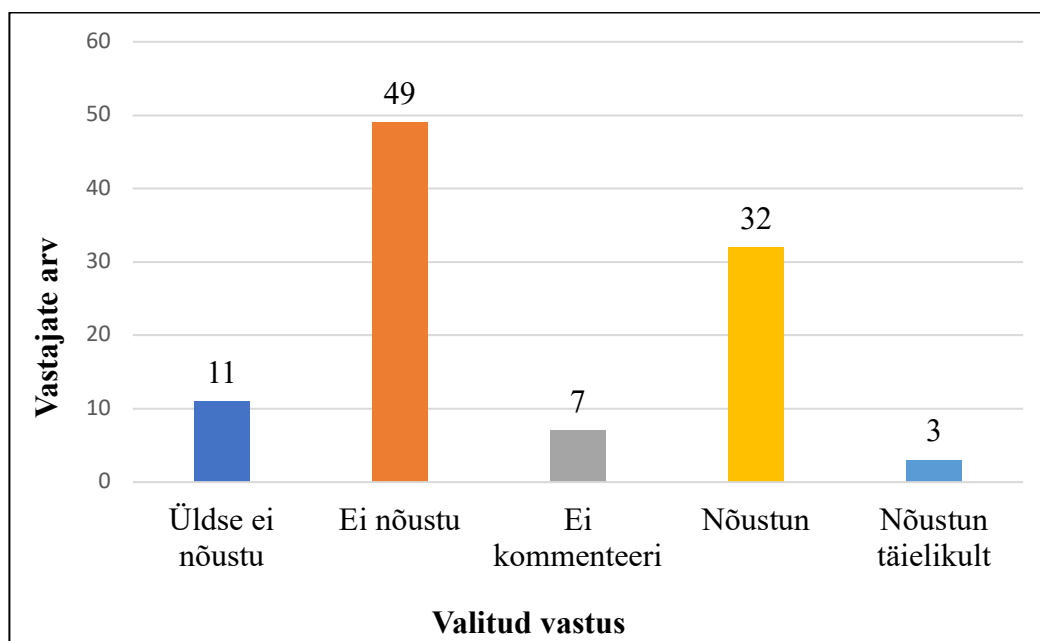
**Joonis 7.** Oskan selgitada kultuuriliste faktorite mõju erinevatest etnilistest gruppidest patsientide suhtumisele/käitumisele tervisesse ja haigusesse. Vastanuid absoluutarvudes



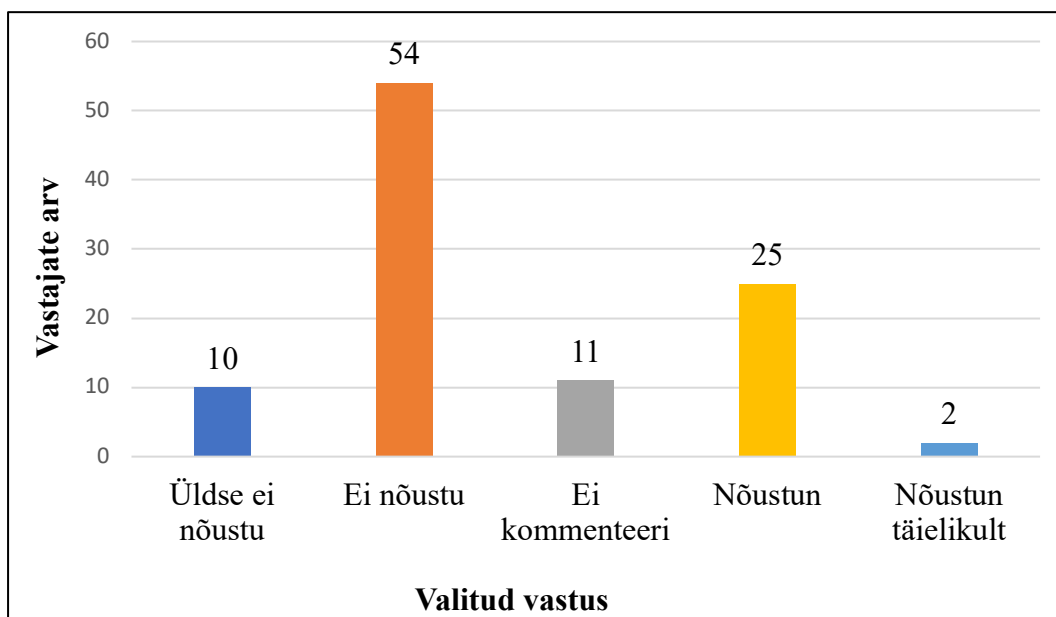
**Joonis 8.** Mul on väga lihtne koguda infot kõigi patsientide tervist ja haigust puudutavate uskumuste/käitumiste kohta. Vastanuid absoluutarvudes



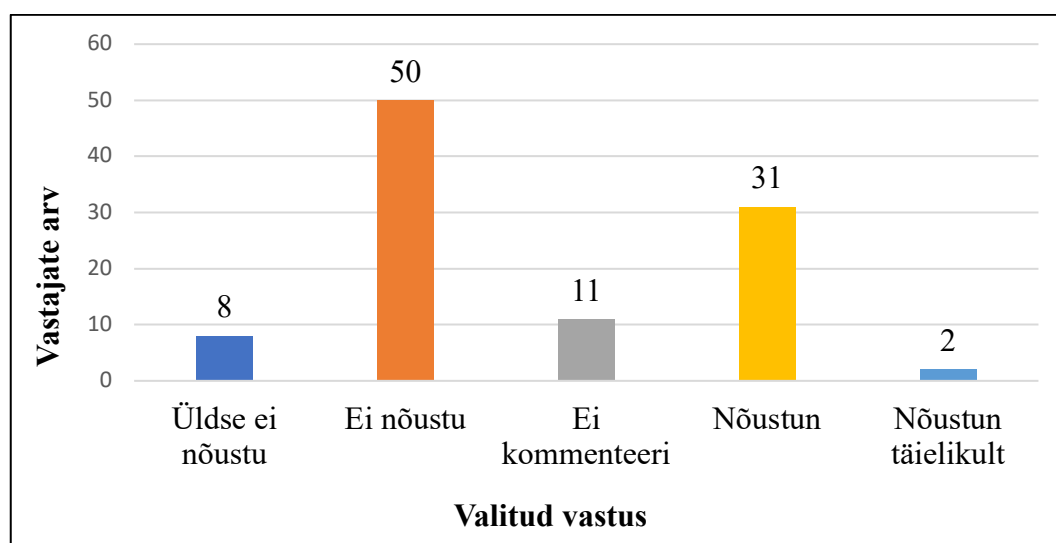
**Joonis 9.** Oskan õpetada ja juhendada õdedest kolleege tervise ja haiguse alases kultuuriteabes. Vastanuid absoluutarvudes



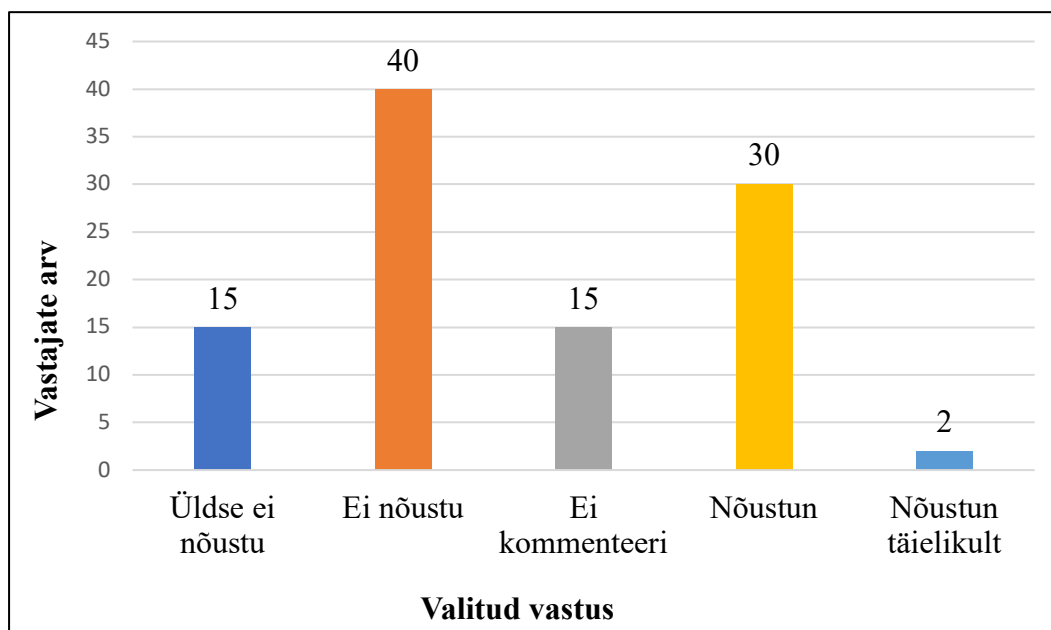
**Joonis 10.** Oskan õpetada ja juhendada õdedest kolleege sobivalt käituma, kui nad osutavad õendusteenust erinevatest kultuurilistest gruppidest pärit patsientidele. Vastanuid absoluutarvudes



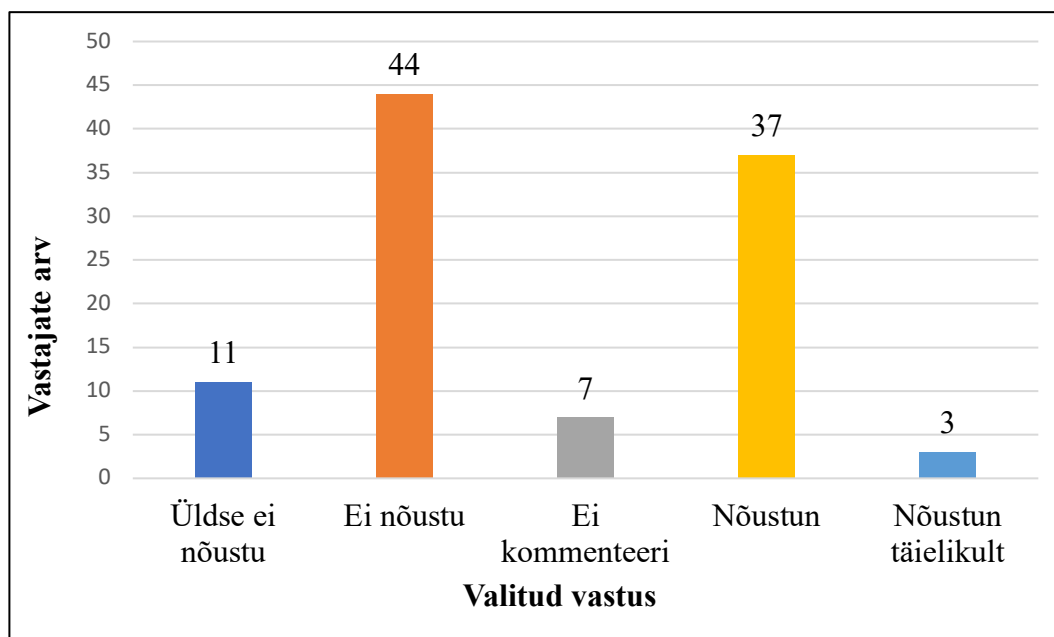
**Joonis 11.** Mulle on tuttavad tervise ja haigustega seotud kultuuriteadmised ja sellega seonduv teooria. Vastanuid absoluutarvudes



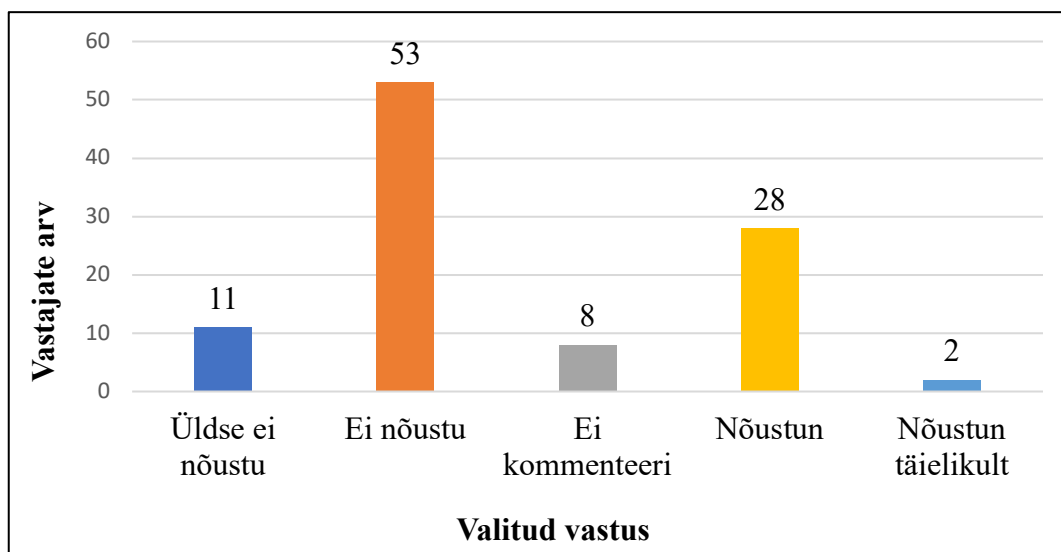
**Joonis 12.** Oskan selgitada kultuuri mõju patsiendi tervise ja haiguse alasele uskumusele/käitumisele. Vastanuid absoluutarvudes



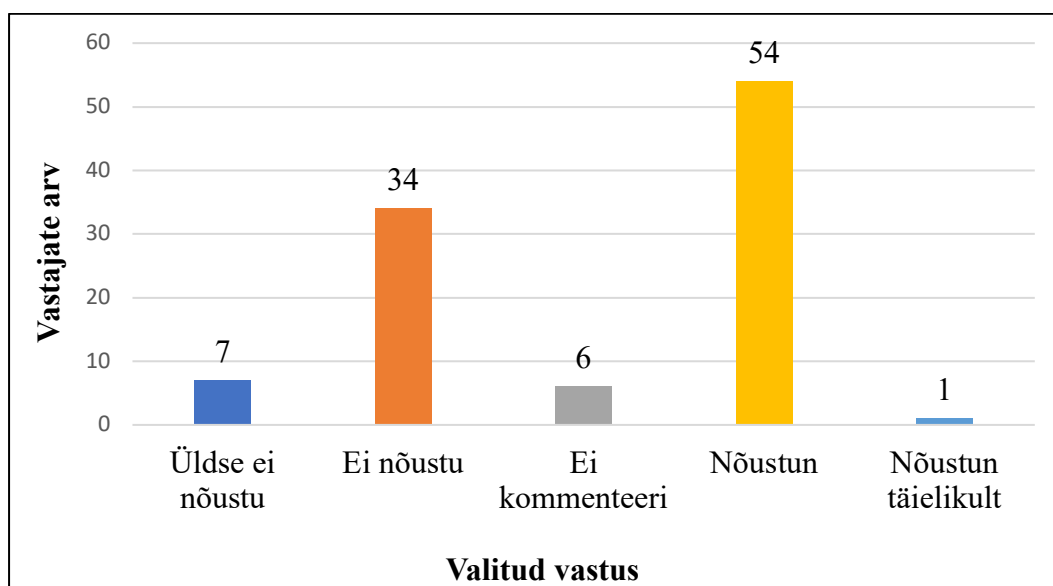
**Joonis 13.** Oskan nimetada meetodeid ja viise tervise, haiguse ja kultuuriga seotud informatsiooni kogumiseks. Vastanuid absoluutarvudes



**Joonis 14.** Oskan seostada patsientide tervise ja haiguse alaseid uskumusi erineva kultuuritaustaga. Vastanuid absoluutarvudes

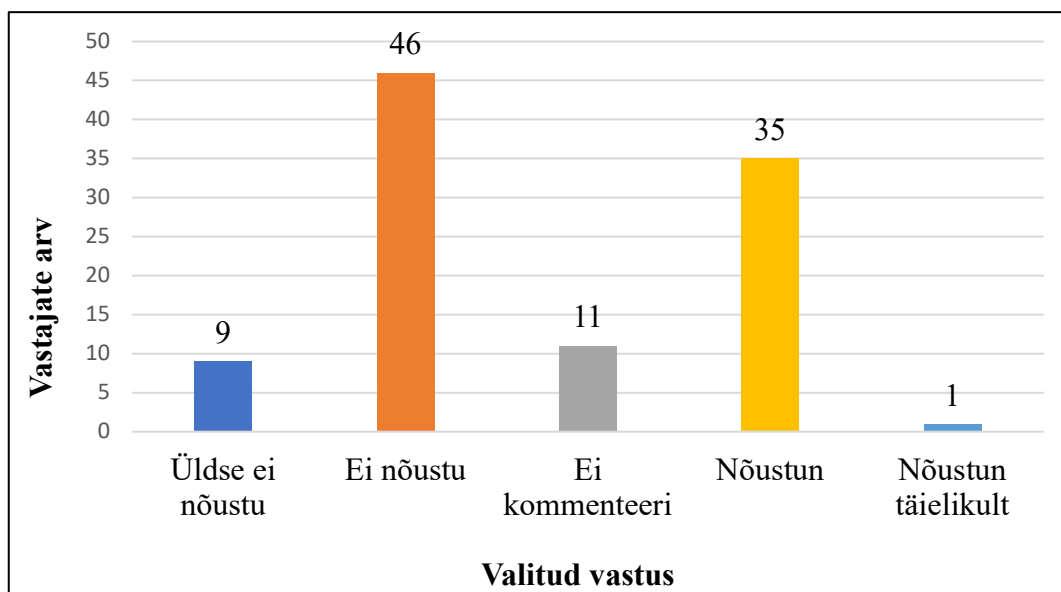


**Joonis 15.** Oskan lihtsalt tuvastada erineva kultuuritaustaga patsientide õendusabi vajadusi. Vastanuid absoluutarvudes

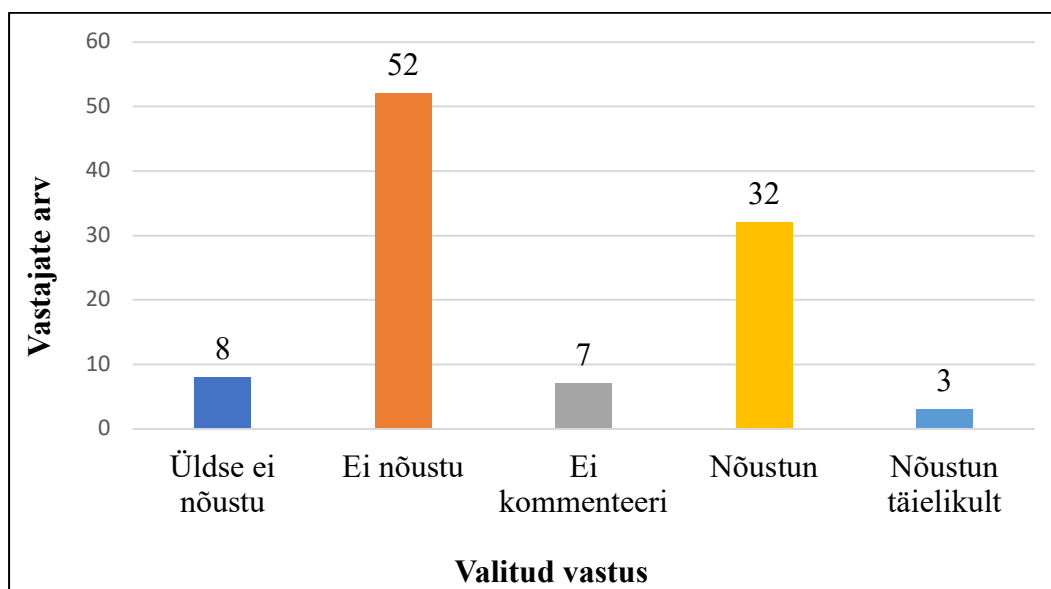


**Joonis 16.** Teostades õendustoiminguid oskan rahuldada erineva kultuuritaustaga patsientide vajadusi. Vastanuid absoluutarvudes

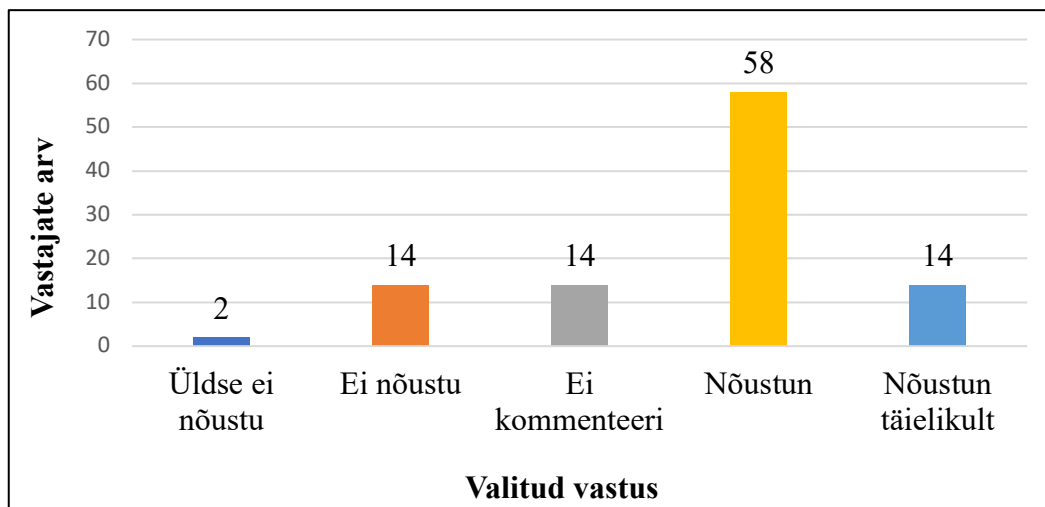




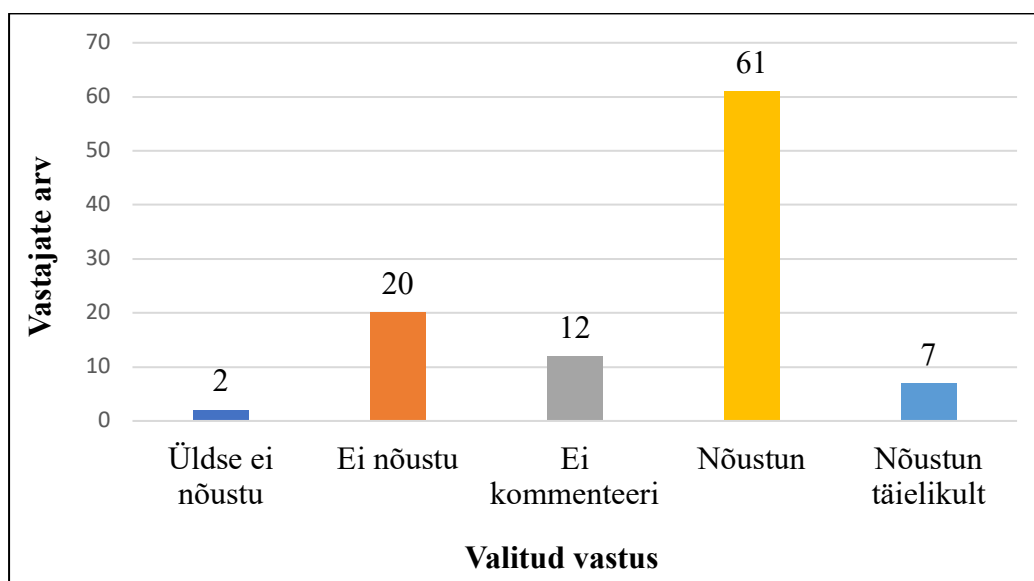
**Joonis 17.** Oskan selgitada võimalikke seoseid patsientide tervise ja haiguse alaste uskumuste ja kultuuri vahel. Vastanuid absoluutarvudes



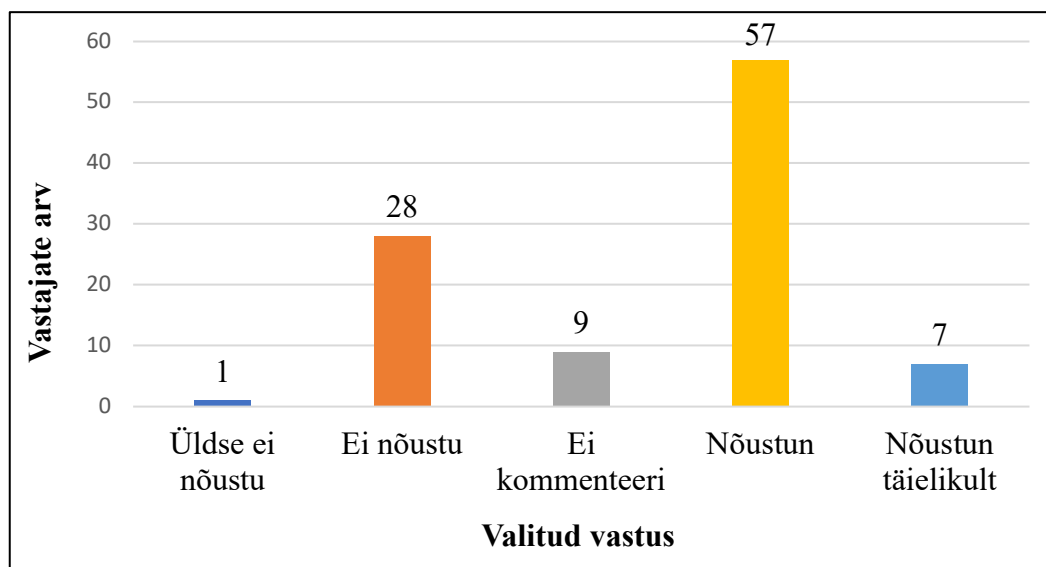
**Joonis 18.** Oskan püstitada õenduseesmärke vastavalt patsientide erinevatele kultuuritaustadele. Vastanuid absoluutarvudes



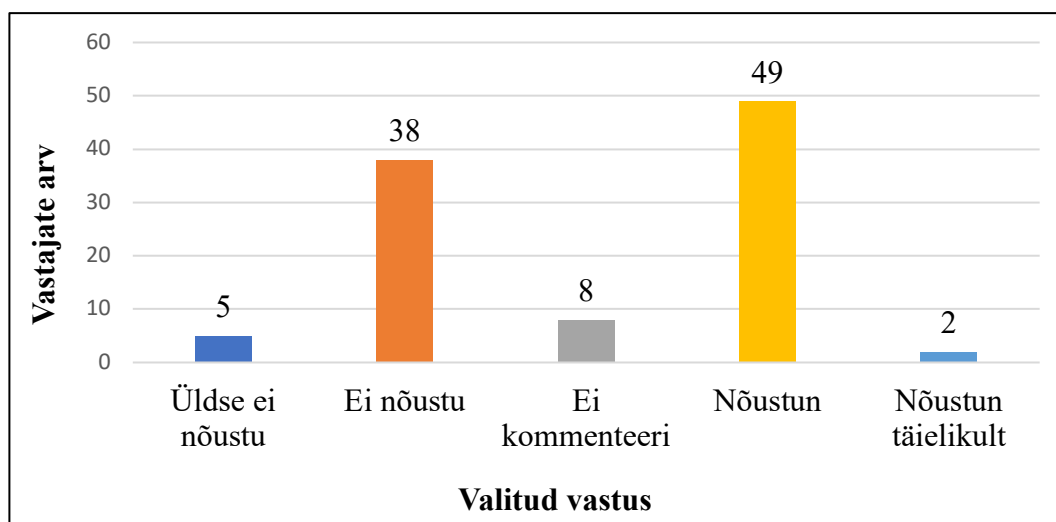
**Joonis 19.** Tavaliselt püüan aktiivselt mõista erinevate kultuurirühmade uskumusi. Vastanuid absoluutarvudes



**Joonis 20.** Osutades õendusabi erineva kultuuritaustaga klientidele ei erine minu käitumine tavaliselt kuigivõrd patsientide kultuurilistest normidest. Vastanuid absoluutarvudes



**Joonis 21.** oskan kasutada oma suhtlemisoskusi erineva kultuurilise taustaga patsientidega suhtlemisel. Vastanuid absoluutarvudes



**Joonis 22.** Tavaliselt arutan iga patsiendiga tema tervisega seotud uskumuste/käitumise ja õendusteadmiste erinevusi. Vastanuid absoluutarvudes

## **Pereõe tegevusjuhendi täiendus Eestisse sisserännanud moslemipatsientidele õendusabi osutamisel**

### **Soovitused moslemipatsientide kultuurilise eripära arvestamiseks õendusabi osutamisel**

- Religioon, kui üks kultuuri osa, on oluline tervisekäitumise mõjutaja ning nõuab õe poolt tähelepanu.
- Iga patsienti tuleb käsitleda, kui eraldi indiviidi. Inimesed võivad samas religioonis uskumusi ja tavasid järgida erinevalt. Vältida tuleks üldistamist ja stereotüüpide tekkimist.
- Patsiendi uskumusi ja tavasid tuleks väärtustada ning üles näidata austust, sõltumata patsiendi vanusest, soost, usutunnistusest, sotsiaalsest staatusest, seksuaalsest sättumusest, etnilisest taustast ja tervishoiuga seotud otsustest. Võimalusel tuleks patsiendi uskumused ja tavad integreerida õendusplaani.
- Religioossed väärtused ja veendumused kujundavad patsiendi arusaama tervisest ja haigusest, mõjutavad tervishoiuteenuse osutajatega kohtumise ootusi, mõjutavad tervishoiutöötajate soovitudest kinnipidamist, suunavad meditsiiniliste otsuste vastuvõtmist ja mõjutavad inimeste tervist üldiselt.
- Patsiendiga tuleks saavutada usalduslik suhe, näidates üles abivalmidust, sõbralikkust ja pädevust.
- Patsient tuleb aktiivselt kaasata tema tervise/haigusega seotud otsustesse, kuna patsient on kvaliteetse tervishoiuteenuse meeskonna liige.

### **Moslemipatsientidele iseloomulikud tunnused, uskumused ja tavad**

- Islami pooldajad, keda nimetatakse moslemiteks, alluvad Jumal Allahi tahtele.
- Islamis on palju konfessioone, millest kaks peamist on sunniidid ja šiidid.
- Moslemite pühaks raamatuks ja esmaseks õpetuse allikaks on Koraan.
- Islami usu alustaladeks on islami viis sammast. Nendeks on usutunnistus, palvus, annetamine, paast ja palverännak.
- Islami vaatenurgast on Jumal usaldanud inimkeha üksikisikule ning inimese kohustus on käituda tervislikult.
- Moslemid peavad tervist üheks suurimaks Jumala poolt antud õnnistuseks. Terviseks peetakse nii keha, vaimu kui ka hinge heaolu.
- Haigust võidakse tõlgendada kui Jumala proovile panekut, loomulikku sündmust või patu karistamist.
- Kui haigust vaadeldakse kui pattude lepitamise vahendit, võidakse haigust varjatult pidada ka õnnistuseks.
- Islam keelab inimese tervist ohustavad tavad. Nende hulka kuuluvad tubaka suitsetamine, alkoholi joomine ja narkootikumine tarvitamine. Samuti on keelatud seksuaalsuhted väljaspool abielu, hasartmängud ning liigne söömine.
- Tervist edendavateks tavadeks peetakse palvetamist, puhtuse hoidmist, head füüsilist vormi, paastumist, pesemist ja lapse imetamist.

## Lisa 4 järg

- Moslemid peavad enne iga palvet ja enne Koraani puudutamist pesema paljastunud kehaosi ning seda tehakse keskmiselt viis korda päevas.
- Moslemid riietuvad kogu maailmas erineval moel, kuid üldiselt jälgivad inimesed riietumises tagasihoidlikkust. Naistel soovitatakse varjata oma füüsilist ilu, et vältida vastassugupooles füüsilise tõmbe tekitamist. Mosleminaised võivad kanda hidžaabi ja katta kogu keha välja arvatud nägu ja käed.

### Moslemipatsientide toitumise eripärad

- Moslemid järgivad islami toitumisseadusi erinevalt, kuid enamik moslemeid järgid *halal* (seaduslik ja lubatud) ja *haram* (ebaseaduslik ja keelatud) seadusi.
- *Harami* ainete hulka kuuluvad nii liha, kus loom ei ole islami rituaalide kohaselt tapetud, kui ka veri, sealih ja sellega seotud tooted nagu želatiin, insuliin ja glütseriin.
- Moslemid tarbivad toitu, mis on lubatav ning valmistatud vastavalt islami reeglitele ning jälgib *halal* dieeti.
- Soovitatavateks ning tervislikeks toitudeks peetakse näiteks mett, oliive, viigimarju, datleid, piima ning nendega seotud toodete tarbimist.
- Nii toite kui ka jooke tarbitakse parema käega, kuna paremat kätt peetakse puhtaks. Vasakut kätt seevastu peetakse ebapuhtaks.
- Ramadaani paastumise ajal hoiduvad islamiusulised koidikust loojanguni toidust, joogist, tubakast ja seksuaalvahekorra. Ramadaani kuul paastumisest võivad loobuda haiged, eakad ning rasedad naised. Ramadaan on islami kalendri üheksas kuu, mil arvatavasti sai alguse Koraan. Ramadaan kestab keskmiselt 30 päeva.

- Võimalusel peaksid haiglad pakkuma *halal* toite ning ravimeid, et vähendada patsientidel ebamugavusi, mis tekivad kokkupuutel ainetega, mis lähevad vastuollu nende usuliste veendumustega.

### **Rasestumisvastased vahendid ja raseduse katkestamine**

- Rasestumisvastased vahendid on islamis lubatud, kui need ei ole pöördumatud meetodid ning abikaasad on omavahel kokku leppinud, et soovivad rasedusest hoiduda.
- Lubatud on nii hormonaalsed kui ka mittehormonaalsed rasestumisvastased vahendid (nt. suukaudsed hormoonitahvletid, emakasisesed vahendid, süstitavad vahendid, plaaster, tuperõngas, kondoom jne).
- Mosleminaised kasutavad sageli raseduse ärahoidmiseks katkestatud suguühet, kalendermeetodit või usuvad, et imetamise ajal rasestumine ei ole võimalik.
- Naistel munajuhade sulgemist või meestel vasektoomiat peetakse ebaseaduslikuks, välja arvatud juhul, kui rasedus ja sünnitamine kujutavad naise elule otsest ohtu.
- Raseduse katkestamine on islamis üldjuhul keelatud, eriti pärast neljandat raseduskuud.
- Abort on lubatud juhul, kui rasedus või sünnitamine ohustab otseselt ema elu.
- Mõned moslemid pooldavad raseduse katkestamist, kui lootel on diagnoositud raske väärareng või rasedus on tekkinud intsesti või vägistamise teel.

### Moslemipatsientidele vastuvõtu planeerimine

- Sisserännanud patsiendid võivad vajada visiidil tavapärasest rohkem aega ning õel võib olla vajadus korduvvisiitide planeerimiseks.
- Kuna visiidi nõustamisprotsess on pikk ja sisutihe või keelebarjääri tõttu jääb patsiendil mõningane info arusaamatuks, on hea, kui õel on patsiendile kaasa anda käesoleval teemal infomaterjali. Võimalusel näidata patsiendile visiidi käigus pildi- või videomaterjali, kuna selline info salvestub paremini.
- Moslemite tavad ja uskumused võivad nii tervist ohtu seada, kui seda parandada või edendada.
- *Haram* tooteid sisaldavad ravimid on lubatud juhul, kui *halal* alternatiivid puuduvad.
- Võimalusel võiks patsiendi haiguslukku märkida, kui patsient soovib vaid samasoolise tervishoiutöötaja teenust.
- Sõltuvalt religioossuse tasemest on erinev, kas moslemipatsient tunneb ennast mugavalt vastassoost esindajal kätt surudes või olukorras, kus vastassoo esindaja neid puudutab.
- Kui patsiendi palatisse või kabinetti siseneb vastassoost isik, siis võimalusel tuleks patsienti sellest varem teavitada.
- Moslemid üldjuhul langetavad suhtlemisel pilgu. Mistõttu võib patsiendil hakata ebamugav vastassoo esindajatega suhtlemisel pikema silmsideme tõttu.
- Islamis on lubatud erandid hädaolukordades, kui samasoolist tervishoiuteenuse osutajat pole saadaval.