

Terviseteaduse õppekava

Karina Pagil, Kersti Urbala

**SUHTLEMISALASE KOOLITUSE VÄLJATÖÖTAMINE
ELULÕPUHOOLDUSES TÖÖTAVATELE ÕDEDELE**

Arendusprojekt

Tallinn 2021

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

Arendusprojekti autorite allkirjad:

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Lubatud kaitsmisele.

Juhendaja Merle Talvik, PhD

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Kaasjuhendaja Katri Aaslav-Tepandi, PhD, vanemkaplan, hingehoidja

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

KOKKUVÕTE

Karina Pagil, Kersti Urbala (2021). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, terviseteaduse õppekava. Suhtlemisalase koolituse väljatöötamine elulõpuhoolduses töötavatele õdedele. Arendusprojekt 34 leheküljel, 79 kirjandusallikat, 2 tabelit ja 4 lisa (ankeetküsitlus, koolituskava, koolituse slaidid ja tagasiside küsimused pilootkoolitusele). Õdede vähesed teadmised sellest, kuidas suhelda elulõpuhooldusel viibiva patsiendi või tema lähedastega ning oskamatu suhtlus õe ja patsiendi vahel võib põhjustada patsiendi rahulolematust, ravi katkestamist või patsiendi depressiooni.

Arendusprojekti eesmärk on koostada suhtlemisalane koolitus õdedele, kes töötavad elulõpuhooldusel viibivate patsientidega.

Arendusprojekt koosneb kolmest peatükist, millest esimene annab teemale teoreetilise raamistiku. Teises osas kirjeldatakse arendusprojekti kasutatud uurimismetoodikat. Viimane peatükk lahkab ankeetküsitluses saadud tulemuste põhjal konkreetseid suhtluskoolituse kava koostamisega seotud aspekte, pöörates tähelepanu vajalikele tegevustele, kvaliteedikontrollile ja projekti rakendatavusele.

Ankeetküsitluse ja eksperdi arvamuse analüüsist ilmnes, et kõige rohkem sooviti koolitust Eesti õdede hulgas järgmistes küsimustes: a) patsiendi nõustamine meeleolu languse korral, b) kuidas toetada lähedasi leinas, c) kuidas vähendada lähedaste ebakindlust, d) kuidas julgustada patsienti abi küsima, e) kuidas aru saada, mil moel tajub patsient oma olukorda ning f) välja selgitada lähedaste abivajadus. Koolitusmeetodina sooviti loengut ja juhtumite analüüsi. Tulemustest lähtuvalt koostati arendusprojekti raames koolituskava ja viidi läbi pilootkoolitus, mille kohta kogutud tagasiside on väärtuslikuks sisendiks järgnevatele koolitustele.

Kesksed mõisted: elulõpuhooldus, koolitus, patsient, õde, patsiendi lähedane, suhtlemine.

SUMMARY

Karina Pagil, Kersti Urbala (2021). Tallinn Health Care College, curriculum of health science. Developing a communication skills training program for nurses working in end-of-life care. Development project of 34 pages, with 79 literature sources, 2 table and 4 appendix (questionnaire, training plan, training slides, feedback formular). Nurses lack of knowledge how to communicate with a patient or the relatives in end-of-life care and incompetent communication between a nurse and a patient can lead to patient dissatisfaction, discontinuation of treatment, or patient's depression.

The purpose of the development project is to work out a communication skills training program for nurses working with patients in end-of-life care.

The development project consists of three chapters, the first of which provides a theoretical framework for the topic. The second part describes the research methodology used in the development project. The last chapter dissects the specific aspects of the communication training plan based on the results of the questionnaire, focusing on the necessary activities, quality control and project feasibility.

The analysis of the questionnaire survey and the expert opinion showed that the most requested training among Estonian nurses was the following: a) counseling the patient in case of mood swings, b) how to support relatives in mourning, d) how to encourage relatives to ask for help, e) how to understand how the patient perceives their situation; and f) identify what kind of help need the relatives. Lectures and case studies were requested as training methods. Based on the results, a training plan was prepared within the framework of the development project and pilot training was conducted. The collected feedback about pilot training is a valuable input for subsequent trainings.

Keywords: end-of-life care, training, patient, nurse, relatives, communication.

SISUKORD

KOKKUVÕTE	3
SUMMARY	4
SISUKORD	5
SISSEJUHATUS	6
1. TEOREETILINE TAUST	10
1.1. Suhtlemise olulisus elulõpuhoolduses.....	11
1.2. Hospiitsfilosoofia suhtluskoolituse alusena.....	14
1.3. Sotsiaal-konstruktivistlik õpiteooria suhtluskoolituse alusena	15
2. METOODIKA	17
2.1. Küsitluse tulemused	18
3. ARENDUSPROJEKT	21
3.1. Ajaline raamistus.....	21
3.2. Meeskonna moodustamine, kommunikatsioon ja ressursid	22
3.3. Pilootkoolitus: lähedaste toetamine leinas.....	22
3.4. Riskijuhtimine.....	25
4. DISKUSSIOON JA JÄRELDUSED.....	27
KASUTATUD ALLIKAD.....	29

LISAD:

Lisa 1. Ankeetküsitlus õdedele suhtluskoolituse kavandamiseks

Lisa 2. Koolituskava

Lisa 3. Näidisteema

Lisa 4. Tagasiside küsimused pilootkoolitusele

SISSEJUHATUS

Elulõpuhooldus on suunatud eluohustava haigusega patsiendile nende elukvaliteedi parandamiseks (Sillaste, 2019). Elulõpuhoolduse haiglaravi vajab palju patsiente, kellel on põhihaiguse progressioonist tingitud dementsus, depressioon või orgaaniline psüühikahäire. Tihtipeale ei suuda patsiendid orienteeruda enam ajas ning kohas ega adekvaatselt hinnata oma haiguse olemust ning sellega toime tulla. Seetõttu on õdede oskus ning teadmised patsiendi ning tema lähedastega suhtlemisel väga olulised. Peale füüsiliste vaevuste leevendamise vajavad patsiendid ka psühholoogilist „leevendust“. Haigusega toimetulekul on patsiendile määrava tähtsusega tema terviseseisundi mõistmine ning suhtlemine. Nimetatud patsientidega iga päev töötavatel õdedel on siinkohal suur roll. Raskelt haiged ja nende lähedased mõistavad ausa suhtluse olulisust haigusest rääkimisel, mis on personalile aga keerukas ülesanne. Samas vestlus haiguse olemusest, prognoosist ning ravivõimalustest omab suurt tähtsust edasiste raviotsuste tegemisel (Boyd jt, 2011: 229-230; Barra, 2021: 287).

Viimases Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegias 2021-2030 (Ühised sammud ... 2020: 4) märgitakse tuleviku suunaks patsiendi- ja perekeskseid tervishoiuteenused. Selline lähenemine eeldab meditsiinipersonali valmisolekut suhelda ning toetada mitte ainult patsiente, vaid ka nende lähedasi. Eriti elulõpuhoolduses etendavad õed suhtlemisel tähtsat rolli, liiati kuna õdede poole pöördutakse esimesena, abi ning nõu küsima. Samas pole suhtlemine õenduspraktikas kuigi lihtne ning loomulikult avalduvat oskust omandatakse pigem vaid kogemuste kaudu. Nagu ka muud õe ameti oskused nõuab ka suhtlemine pidevat koolitamist ning harjutamist (Malloy jt, 2010: 166–167).

Elulõpuhooldus on tihedalt seotud palliatiivse raviga (toetus- ja taastusraviga). Viimase all mõistetakse terviklikku ravi inimestele, kes põevad kroonilist või terminaalset haigust, ning abi ja toetust patsiendi lähedastele (Sillaste, 2019: 2). Palliatiivne ravi keskendub inimesele, mitte haigusele (Rome jt, 2011; Doyle ja Woodruff, 2013). Peamiselt tegeletakse kaebuste leevendamise nagu näiteks valu või iiveldusega (Suija ja Suija, 2007). Samuti pööratakse tähelepanu haigusega kaasnevatele psüühilistele ja sotsiaalsetele probleemidele (Doyle ja Woodruff, 2013).

Palliativravi on interdistsiplinaarne, tähendades, et patsiendi ravisse on kaasatud mitmete erialade spetsialiste. Palliativravits töötavad õed peaksid oskama ära tunda, mida patsiendid vajavad ning ühtlasi oskama kaasata vajadusel teiste erialade spetsialiste tagamaks parima toetusgrupi patsiendile (Kelley ja Morrison, 2015: 747). Arengumaade haiglates esitatakse patsientide poolt nt. palju kaebusi haiglapersonali ja patsiendi vahelise ebatõhusa kommunikatsiooni tõttu. Kaebusi personali suhtes põhjustab see, et ei edastata piisavalt teavet patsiendi seisundi kohta, ei väärtustata patsiendi muresid ning nende muresid kuulatakse vähe. Ühendkuningriigis on tehtud suhtlemise täienduskoolitus interdistsiplinaarse vähiravi üheks osaks, mille põhimõtteid järgivad ja rakendavad ka paljud teised riigid (Coad jt, 2018: 1).

Elulõpuhooldus seostub humanistliku teooriaga, mille järgi austatakse inimest kui tervikut ning mille kohaselt individuaalne lähenemine on oluline (Radbruch jt, 2010). Elulõpuhoolduse eesmärk on inimese väärikuse säilitamine, samuti tuleb tagada väärikas hooldus, kus nii patsienti kui personali väärtustatakse (Radbruch jt, 2010). Suhe peab olema aus ja empaatiline. (Doyle ja Woodruff, 2013).

Suhtlus ning ühiste otsuste tegemine on patsiendikeskses hoolduses ülioluline. Tõhus suhtlus aitab patsiendi vajadusi hinnata, mis on palliativravi meditsiinipraktikas kesksel kohal. Elulõpuhooldus hõlmab mitmeid hooldusviise, mille eesmärk on leevendada kaugele arenenud haigusega patsientide vaevusi ja tõsta sel moel nende elukvaliteeti. Õed peavad oskama tunnetada patsiendi peamisi vaevusi ka siis, kui patsiendid ise ei suuda või ei oska ennast väljendada. Selline hooldusravi moodustub psühhosotsiaalsest ja vaimsest toetusest. Personal on patsiendiga kõige tihedamalt kontaktis. (Radbruch jt, 2010).

Samas pole ilmunud kuigi palju uurimusi palliativset ravi pakkuvate õdede teadmistest, hoiakutest ja selle kohta, kuidas nad patsiente toetavad. Andmebaaside otsingus leiti 1 doktoriväitekiri, mis lahkas vastsündinute surmaga seotud õendusõpet (Pye, 2016).

Tõhusat ning professionaalset suhtlust töötaja ja patsiendi vahel peetakse oluliseks tervikliku patsiendikeskse abi osutamisel, kuna selle kaudu saab patsiendi (eriti onkoloogilise patsiendi) vajadused empaatiliselt ära tunda. Õed peaksid oskama kasutada oma empaatiavõimet, et tagada patsiendile väärikas ravi (Franca jt, 2013: 781). Paljudes uuringutes on rõhku pandud arstide suhtlemisoskusele, kuna just nende ülesanne on patsienti teavitada haiguse olemusest

ning prognoosist. Vähem on uuritud õdede rolli pärast halva uudise edastamist (Mendes, 2021). Õed kui personal, kes jääb peale arsti edastatud prognoosi teadasaamist patsiendi kõrvale, toimivad selles olukorras peamiste spetsialistidena patsiendi toetamisel ja nõustamisel. Õed on selles kliinilises etapis esmased ja püsivad tervishoiuteenuse osutajad. Tõhus suhtlemisoskus on kvaliteetse abi osutamisel kriitilise tähtsusega (Malloy jt, 2010: 166–167). Töökeskkonna tõttu võib personalil esineda läbipõlemist, mida võib pidada töötaja pikaajalisest tööstressist tingitud individuaalseks reaktsiooniks. Neid reaktsioone iseloomustab emotsionaalne kurnatus, ükskõikne ja küüniline suhtumine töösse ning teistesse inimestesse, samuti isiklike saavutuste langus (Westermann jt, 2012: 2). Personali töökoormus ning pidev patsientide nõustamine ning toetamine võib mõjutada nende füüsilist, emotsionaalset, psühholoogilist tervist. Elulõpuhooldusel töötamisel tulenev negatiivne mõju töötajatele on sageli seotud emotsionaalsete probleemidega. See jällegi omakorda mõjutab suhtlust patsiendi ja töötaja vahel (Torp jt, 2008: 76). Kelley ja Morrison jõuavad oma aastal 2015 avaldatud uurimuses järelduseni, et suhtlemisoskust saab õppida ja arendada. Elulõpuhoolduse põhiteadmiste avardamist ning täiendkoolitusi läheb tarvis, et oleks võimalik tagada patsiendikesksem hooldus ning ravi.

Suur osa uurimustest rõhutab eri osapoolte vahelise suhtluse tähtsust eriti keeruliste teemade puhul nagu terminaalset haigused ja suremine (Kessler 2007, Radbruch jt, 2009; Wittenberg jt, 2020; Toh jt, 2021).

Uurimisprobleem: Õdede vähesed teadmised sellest, kuidas suhelda elulõpuhooldusel viibiva patsiendi või tema lähedastega ning oskamatu suhtlus õe ja patsiendi vahel võib põhjustada patsiendi rahulolematust, ravi katkestamist või patsiendi depressiooni. (Roodbeen jt, 2020: 2–3). Sellest tulenevalt on tõusnud vajadus suhtlemiskoolituse järele neile õdedele, kes töötavad elu lõpufaasis olevate patsientidega. (Doyle ja Woodruff, 2013).

Arendusprojekti eesmärk: Töötada välja suhtlemiskoolitus õdedele, kes töötavad elulõpuhooldusel viibivate patsientidega.

Arendusprojekti uurimisülesanded on järgmised:

1. Kirjeldada ja analüüsida õdede teadmisi ja oskusi suhtlemisel elulõpuhooldusel viibiva patsiendiga.

2. Kirjeldada ja analüüsida õdede teadmisi ja oskusi suhtlemisel elulõpuhooldusel viibiva patsiendi lähedasega.
3. Koostada koolituskava õdedele, kes töötavad tervishoiuasutustes elulõpuhooldusel viibivate patsientidega.

Arendusprojekti **kesksed mõisted**:

Elulõpuhooldus – elulõpuhooldus on terviklik ja integreeritud ravi inimesele, kellel on krooniline või terminaalne haigus (Sillaste, 2019). Peamine eesmärk on raskest haigusest hoolimata haigele võimalikult kvaliteetse/elamisväärse elu võimaldamine (Suija ja Suija, 2008: 205). Elulõpuhooldus ei ole samastatav palliatiivraviga (Parikh jt, 2013: 2347-2351). Palliatiivravi (*palliative care*) eesmärk on võimalikult aegsasti identifitseerida, hinnata ja ravida haigusest ning selle ravist tulenevaid valu ja teisi füüsilisi sümptomeid (Myrcik jt, 2021).

Koolitus (*training*) – Koolituse eesmärk on õpetada ning edastada teaduspõhist informatsiooni konkreetsete oskuste kohta kindlale huvigrupile (Alas, 2005).

Patsient (*patient*) – Füüsiline isik, kes on avaldanud soovi saada või kes saab tervishoiuteenust (RT I, 09.12.2013).

Õde (*nurse*) – Tervishoiutöötaja, kelle ülesandeks on hoolitseda patsiendi eest professionaalset õendusabi osutades, aidata kaasa tervenemisele, taastumisele või väarikale surmale (Stedman's Medical ..., 2012: 1174).

Patsiendi lähedane (*family member, relative*) – sugulus- vm. tihedates suhetes olev või kallid, armas inimene. Vajab samuti psühhosotsiaalset toetust ja tuge, eriti leinaprotsessis (Peplau, 1997; Kessler, 2007).

Suhtlemine (*communication*) - on mõtestatud märkide vahetamine inimeste vahel, mille tulemuseks on sõnum (Melsas, 2008: 3). **Suhtlemine õendusabis** (*communication in nurse-patient relationship*) on õe/patsiendivaheline teabevahetus, mis hõlmab ka tundeid ja puudutusi (Sheldon jt, 2006: 141). **Terapeutiline suhtlemine** (*therapeutic communication*) – õe patsiendi vaheline vastastikune protsess, mis algab aktiivse kuulamisega, ühendades verbaalseid ja mitteverbaalseid komponente, et salvestada sõnum integreeritud tähenduslikuks tervikuks (Arnold jt, 2011: 175).

1. TEOREETILINE TAUST

Elulõpuhooldust käsitlevad teooriad on osa palliatiivse ja hosiipiitravi teoreetilise raamistikust (Rome jt, 2011: 349). Üldiselt võib eristada neli ala, milles surevad inimesed vajavad abi: füüsiline leevendus, vaimsed ja emotsionaalsed vajadused, spirituaalsuse ja/või religioossuse küsimused ning praktilised ülesanded. Elulõpuhooldus ei piirdu üksnes nende hetkedega, kui hingamine seiskub ja süda lakkab löömast. Vanemad inimesed elavad tihti ühe või mitme kroonilise haigusega ja vajavad suurel määral hooldust päevi, nädalaid, isegi kuid enne surma (End of Life ..., 2017: 5). Elulõpuhooldus lähtub humanistlikust teooriast, mille järgi inimest tuleb austada kui tervikut ning mille kohaselt individuaalne lähenemine on oluline (Radbruch jt, 2010). Palliatiivravi eesmärk on leevendada patsientide ja nende lähedaste kannatusi patsientide kogetud füüsiliste, psühhosotsiaalsete ja vaimsete sümptomite igakülgse hindamise ja ravi abil. Surma lähenedes võivad patsiendi sümptomid vajada agressiivsemat palliatsiooni. Leevendusmeetmete intensiivistudes peaks ka sureva patsiendi perele antav tugi olema suurem. Pärast patsiendi surma keskendub palliatiivravi peamiselt leinale ja pere toetamisele (Rome jt, 2011: 287).

Moodsa hosiipiit- ja palliatiivravi rajajaks loetakse Cicily Saundersit, kes rajas Londonis parandamatute haigete jaoks spetsiaalse St. Christopher hosiipiiti (Radbruch jt, 2010). Euroopa palliatiivse ravi ja hoolduse standardid, normid ja värskeimad suunised ilmusid Euroopa palliatiivse ravi assotsiatsiooni juhtkonna poolt aastal 2010 (Radbruch jt, 2010). Ühtlasi haakub elulõpuhooldus ja palliatiivne ravi humanistlike teooriatega, mis käsitlevad inimest holistiliselt, st kui tervikut ning mille filosoofiad lähtuvad nõudest, inimest tervikuna austada (Kübler-Ross, 1969; Payne, 2014: 6). Iga inimene on ainulaadne ning tema isiklik kujunemine ajas erinev. Samuti põhinevad humanistlikud teooriad arusaamal, et kõik inimesed on võrdsed (Payne, 2014: 8).

Õdedele suunatud suhtluskoolitust kavandades tasub seetõttu vaadelda patsienti kui mitmekülgset indiviidi, kellel on mitmesugused suhted eri inimestega, samuti vaevused ja hoiakud. Sotsiaalteadlane Malcolm Payne rõhutab oma teostes ülalmainitud humanistlikku lähenemisviisi. Inimesed teevad tema hinnangul oma elu puudutavaid otsuseid iseseisvalt ning käituvad vabalt, neid ei mõjuta selles kõrgemad jõud – jumal, religioon või ebausk (Payne, 2014: 7). Humanistlik lähenemise fookus on suunatud iga inimese personaalsele arengule ning võimaldab Payne arvates seetõttu liikumisruumi (Payne, 2014: 8). Kuna iga inimene on erinev,

ei saa kõiki inimesi kohelda ühtmoodi. Inimese enda käes on kontroll oma elu üle, mida ta saab oma käitumisega muuta (Payne, 2014: 10).

Inimeste ja olukordade mõistmiseks tuleb Payne hinnangul olla paindlik, oluline on arvestada inimese identiteedi ning sotsiaalsete suhetega, st nende suhetega, kuhu inimene peab end kuuluvaks (Payne, 2014: 9), samuti tajuda ja võtta arvesse, et igal suhtel on teatud omapära. Palliatiivravil olev inimene moodustab oma haigusega terviku, ning ta kuulub võrgustikku, kus tal on suhted lähedastega, suhted meditsiinilise personaliga ning suhted saatusekaaslastega. Samas võib haigus mõjuda inimestele/patsientidele erinevalt, seega tuleb olla paindlik ning läheneda igale inimesele individuaalselt. Humanistliku teooria järgi on paindlikkus ning individuaalne lähenemine määrava tähtsusega (Payne, 2014: 4).

Suhtluskoolituse teoreetilisse raamistikku tuleb lugeda ka humanistlikel teooriatel ja holistilisel inimesekäsitusel põhinevaid hospiitsfilosoofilisi ning vaimse tervise aspekte arvestavaid lähtekohti, seega ühtlasi inimestevahelisi (interpersonaalseid) suhteid. Hildegard Peplau, esimesi õendusteoreetikuid ja inimestevahelise suhtlemismudeli looja, selgitab, kuidas patsientide ja õdede vaheline koostöö ühendada, et leida vaimne tasakaal (Peplau, 1991; Radbruch jt, 2010: 3; Hagerty jt, 2017: 162). Peplau mudelis, mida saab samuti käsitada kui vaimse tervise õendusele suunatud õendusteooriat, on tervis samastatav iseseisvusega ja haigus sõltuvusega (Pael, 2006: 18). Peplau hinnangul on õe eesmärk patsiendiga töötades aidata patsiendil mõista, mis toimub tema seisundis ja suhetes teistega (Peplau, 1997: 24) ning rääkida, teineteist vastastikku mõjutades, elulõpuhooldusesse kuuluvatest teemadest nagu lein (Rome jt, 2011: 349).

1.1. Suhtlemise olulisus elulõpuhoolduses

Üks elulõpuhoolduse ja suhtlemisega seonduvatest teemadest on lein, seda nii lahkuva patsiendi kui tema lähedaste seisukohast vaadatuna. Kübler-Rossi ja Kessler'i (2000) järgi puudutab kaotus paljusid – perekonda, sõpru, töökaaslast, ometi tuleb arvestada leina kui igapäevase jaoks isiklikku ja individuaalset kogemust. Suur osa nii vanematest kui uuematest inglise keeles avaldatud teadusartiklites on jõutud samadele järeldustele, sh COVID-19 pandeemiaga seonduvates situatsioonides (nt Montgomery jt, 2017, Bloomer jt, 2021, Hanna jt, 2021, Hofmeyer, 2021, Mayland jt, 2021).

Ühe tuntuima leinateooriana peetakse juba aastal 1969 avaldatud *On Death and Dying* ja mitmete hilisemate teoste täiendversioonidena ilmunud Elisabeth Kübler-Ross'i lähenemist, mille järgi on leinas viis faasi. Kübler-Rossi mudel identifitseerib leinaprotsessi viis etappi: a) šokk ja eitamine, b) viha, c) kauplemine, d) depressioon ja e) leppimine, mille läbivad ravimatult haiged patsiendid ja nende lähedased. Need samad 5 leinafaasi elavad üle inimesed peale lähedase kaotust, olgu selleks siis surm või mõni muu põhjus. Leina faaside teadvustamine aitab Kübler-Rossi mudeli järgi inimesel enda ja teiste leinajate emotsioonidega paremini toime tulla ja olukorda mõista. Need on eitamine, viha, kauplemine, depressioon ning ja leppimine (Kübler-Ross, 2009).

Leinafaase elavad läbi nii lähedased kui ka surija ise. Leinaprotsess pole lineaarne: see tähendab, et leinas inimene või surija võivad jätta faasi vahele, võib toimuda ka tagasilangus (Kübler-Ross, 2009). Protsess on väga individuaalne ning sama pere liikmed elavad leina läbi erinevalt.

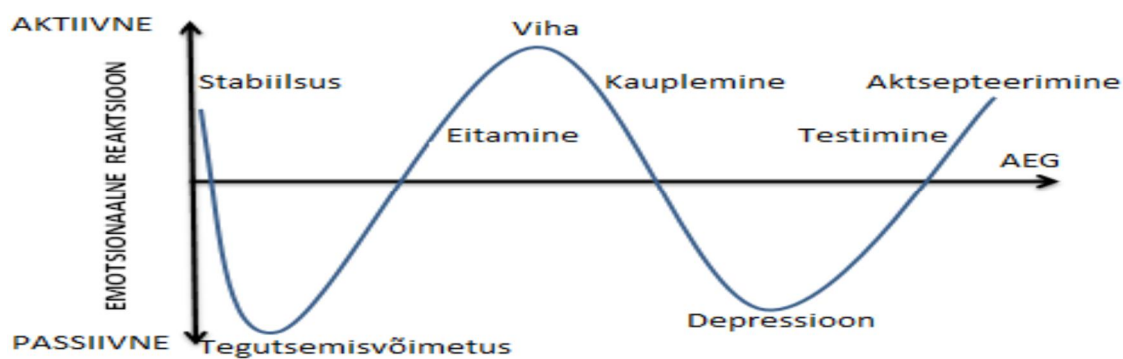
David Kessler, leinaasjatundja ja Elisabeth Kübler-Ross'i teedrajava väärtusega raamatu *On Grief and Grieving* (täiendtrükk 2009) kaasautor Kessler avastab oma värskemas teoses *Finding Meaning: the Sixth Stage of Grief* (2019) veel kuuenda faasi: tähenduse. Kui aastal 1969 Elisabeth Kübler-Ross määratles esmalt suremise faasid oma ala transformeerivas raamatus, siis kümneid aastaid hiljem kirjutas ta koos Kessleriga klassiku *On Grief and Grieving*, kus käsitletakse leinafaasid samaväärse pragmaatilisuse ja kaastundega. Kessleri viimati ilmunud teos, mis põhineb lisaks isiklikel valusatel kogemustel ja teadmistel, tutvustab leina määrava tähtsusega 6. faasi: tähenduse leidmist või mõtte leidmise. Kessleri järgi inimesed kalduvad kogema kaotust/surma kui „sulgumist, lõpetust või lukustumist“. Samas kaotuse tähenduse või mõtte leidmine võib muuta leina rahumeelseks ja lootusrikkaks kogemuseks. Kessleri 2019 avaldatud teos õpetab mäletama lahkunuid pigem armastuse kui valuga, näitab, kuidas liikuda edasi, kannatustest välja, austades endale kalleid inimesi.

Kübler-Ross lähtub oma raamatus *On Death and Dying* (1969) surijast ning kirjeldab seda, kuidas surija elab läbi eelpool välja toodud viit leinafaasi. Selle käsitluse järgi eitamise faasis eitab surija kategooriliselt saadud teadet või kahtleb saadud teates ning võib soovida saada teist arvamust. Viha faas võib surija puhul väljenduda ebaõiglustundena, selles faasis ei suudeta leppida asjaoluga, et aeg hakkab otsa saama (Kübler-Ross, 1969). Kauplemise faasis lubab

suriija, et jälgib korralikult raviplaani ning püüab olla parem inimene, pöördutakse ka Jumala poole. Kübler-Rossi (1969) järgi on depressioon ka suriija jaoks loomulik faas ning selles tuleb teda toetada, see on samm aktsepteerimisele lähemale. Depressiooni tekkimise põhjusteks võivad olla haiguse süvenevad sümptomid, inimene jääb kõhnemaks ja nõrgemaks ega suuda enam naeratada (Kübler-Ross, 2009). Samuti võib pikalt haiglas olev inimene kaotada nii oma töö, elukoha väljaspool haiglat ning elukaaslase või abikaasa (Kübler-Ross, 2009). See tähendab, et inimesel on rahaliselt raske ning ka tugisüsteemist võib lahkuda mõni oluline inimene, kelle jaoks võib parandamatult haige inimese toetamine käia üle jõu. Aktsepteerimine on suriija jaoks viimane faas, kus lepitakse oma olukorraga ning valmistatakse suremiseks (Kübler-Ross, 1969). Läbi oma kannatuste ja läbielamiste lisas Kübler-Ross ka kuuenda staadiumi, mille nimetas Jumala peale vihaseks olemise staadiumiks (Kessler, 2004).

Kõik viis faasi elavad läbi ka lähedase kaotanud inimesed: perekond, sõbrad, töökaaslased jt. Eituse faasis teadvustab inimene endale, et ta lähedane on surnud, kuid ei suuda seda siiski uskuda. Näiteks võib inimene hoida alles surnud lähedase telefoninumbri oma telefoni kontaktide hulgas. Lähedased võivad surnut ette kujutada tuttavates kohtades, kus koos viibiti, näiteks poes, kohvikus, kodus. Viha faasis on inimene vihane kas surnu peale või iseenda peale, et ta ei suutnud oma lähedase surma ära hoida (Bolden, 2007). Nii-öelda kauplemise faas tähendab, et lähedase kaotanud inimene räägib, kuidas ta oleks äkki saanud ära hoida olukorda, mis põhjustas lähedase surma (Bolden, 2007). Neljandaks faasiks on depressioon, mis alustab paranemise protsessi ning tähendab, et inimene on osaliselt hakanud lähedase surma aktsepteerima (Bolden, 2007). Viimane faas on aktsepteerimine, kus inimene hakkab vaikselt igapäeva elu tegevustega tegelema ning lepib juhtunuga (Bolden, 2007).

Joonisel 1 on esitatud leinafaasid. Igas faasis vajab inimene informatsiooni ja suhteid, emotsionaalset tuge ning juhendamist. Edukas informatsiooni-vahetus põhineb osapoolte omavahelisel kommunikatsioonil. Üks osapool peab olema valmis informatsiooni jagama ning teine vastu võtma. Emotsionaalse toe olemasolu on rasketel eluhetkedel loomulik osa ning inimesel on vajadus sellistel hetkedel jagada oma lugu. Et leinaga toime tulla vajab inimene pidevat juhendamist läbi kogu protsessi. Emotsionaalne aktiivsus on kõrgem viha, kauplemise ja aktsepteerimise faasides. See tähendab, et inimene tegeleb probleemiga ning mõtleb sellele. Emotsionaalne reaktsioon on madal eitamise ja depressiooni faasides, kus inimene ei soovi probleemiga tegeleda ning on passiivne.



Joonis 1. Leinafaasid Kübler-Rossi käsitluses (1969).

1.2. Hospiitsfilosoofia suhtluskoolituse alusena

Slettahjell (2007) on raamatus, mis on tõlgitud pealkirjaga „Käsiraamat hooldusõdedele“ välja toonud põhipunktid, millest hospiitsfilosoofia lähtub. Järgnev on kokkuvõtte teoses esitatud mõistetest:

- **Terviklik inimesekäsitlus** võtab arvesse inimese füüsilisi, psüühilisi, sotsiaalseid ja vaimseid vajadusi. See on sarnane humanistliku teooriaga (vt peatükk 1.1), mille järgi tuleb inimest käsitleda tervikuna. (Slettahjell 2007).
- **Ravikäsitlus.** Kuigi patsienti ei ole võimalik terveks ravida, tuleb talle pakkuda parimat palliatiivset ravi. Surma tuleb võtta, kui loomulikku protsessi. See on enamasti lähedastele kõige raskem. Raske on leppida asjaoluga, et lähedane inimene ei saa enam terveks ning haiguse prognoos on halb. (Slettahjell 2007).
- **Terviklik hooldus.** Patsiendile ja tema perekonnale tuleb tagada terviklik hooldus. See tähendab, et toetatud peavad olema nii patsient kui ka tema lähedased. Lähedaste suurimaks ülesandeks on patsiendi toetamine kogu selle raske perioodi jooksul. Lähedaste toetamine tagab selle, et patsiendi kõrval oleks võimalikult palju inimesi, kes suudaksid teda toetada vajalikul määral ning seal juures ise mitte läbi põleda. (Slettahjell 2007).
- **Avatud suhtlemine.** Oluliseks osaks on avatud suhtlemine. Kõik osapooled peavad saama informatsiooni ning olema üksteise vastu ausad. Nendeks osapoolteks on patsient, tema lähedased, hospiitsi personal ning teised isikud, kes osalevad hospiitsi tegevuses ning patsiendi toetamises. Avatud suhtlemise tulemusel on kõik osapooled võrdselt informeeritud. Ausus aga tagab osapoolte omavahelise usalduse. Kui inimesed üksteist mõistavad, on suhtlemine kergem ja vabam. (Slettahjell 2007).

- **Erialade vaheline koostöö** tähendab, et erinevad spetsialistid arvestavad üksteisega ja on meeskonnas võrdsed. Näiteks hingehoidja, arst ja sotsiaaltöötaja on kõik patsiendi ravis olulised. (Slettahjell 2007).
- **Kontakti järjepidevus.** Hospiitsfilosoofia ühe põhipunktina on välja toodud kontakti järjepidevus, mis tähendab, et patsiendil võiks olla terve protsessi vältel isiklik hooldusõde. See tekitab turvatunde ja usalduse. Inimene tunneb, et tal on keegi, kes täielikult teab tema lugu ning seda ei pea mitu korda uuesti rääkima. (Slettahjell 2007).
- **Tugisüsteem personalile.** Lisaks patsiendile ja lähedastele vajab selles osas abi ka kogu personal. Hospiitsfilosoofia toob välja olulise punkti, mida palliatiivse ravi filosoofia ei puuduta ning see on tugisüsteem personalile. See on väga oluline osa, kuna tuleb vältida töötajate läbipõlemist ning kuna surm ja suremine on raske teema, siis on personali toetamine hospiitsis väga oluline. Personal saab omavahel jagada raskemaid lugusid ja olla üksteisele toeks. (Slettahjell 2007).

1.3. Sotsiaal-konstruktivistlik õpiteooria suhtluskoolituse alusena

Arendusprojekti osana koostatakse elulõpuhoolduse teemadega haakuv õdedele suunatud suhtlemiskoolitus. Koolitus teostub täiendõppena. Koolituses toetatakse ülikoolide õpetamispraktikates juurdunud täiskasvanuõppe kontseptsioonidele ja sotsiaal-konstruktivistlikule õpiteooriale (ingl *'social constructivist learning theory'*, lüh *CLT*), mille järgi õppimist nähakse õpetamispraktikate ja õppijate kogemuste, eri suhete, koostöö ja suhtlemise koosmõjutus(t)ena, kus õppijad ise oma aktiivse osalemisega konstrueerivad või loovad põhiteadmisi uuringute ja avastuste kaudu (Jõgi jt, 2013: 119-137; Akpan jt, 2020: 49). Teadmised konstrueeritakse inimtegevuse ja kogemuste kaudu (Noorväli jt 2014: 59). Konstruktivistliku lähenemise kohaselt on oluline, kuidas õppijad mõtestavad oma kogemusi. Puutudes kokku uue kogemusega, koondavad õppijad sellele oma mõtlemise ning assimileerivad sellega oma varasemad kogemused. Seeläbi struktureerivad õppijad oma mõtted ümber, et luua uus mõte. Õppimine on õppija enda tegevuse tulemus (Noorväli jt, 2014: 59).

Sotsiaal-konstruktivistlik õpiteooria arvestab õppijate ja õpetajate kogemustega, rõhutab õppijakeskset perspektiivi ja lähtub sellest, et õppimisel on nii kognitiivne kui ka sotsiaalne

ja isiklik mõõde (Jõgi jt, 2013: 119). Kogemus tähistab selle mõtestamist, tähenduse andmist ja tõlgendamist, mida ja kuidas midagi tajutakse (Jarvis, 2004, tsit Jõgi jt 2013: 121). Millegi kogemise viis sõltub sellest, millistest aspektidest ollakse teadlikud ja mida annab nende aspektide abil kirjeldada. Inimesed tegutsevad nende tähenduste järgi, mida nad oma kogemustele annavad ning neid tähendusi luuakse ja taasluuakse pidevalt sotsiaalses kontekstis kui suheldakse, ning 'tähendus' kujuneb mis tahes ajahetkel igale indiviidile ainulaadsena (Jõgi jt, 2013: 122). Õppimise sotsiaalset mõõdet mõjutavad sotsiaalne keskkond, kultuuriline taust, varasemad elukogemused, eluteadmised ning muutused isiklikus ja sotsiaalses elus (Jõgi jt, 2013: 122).

Sotsiaal-konstruktivistliku lähenemise abil püütakse arendusprojekti osana korraldatav koolitus kujundada individuaalselt transformatiivseks ja mõtestada seda sotsiaalse ja vastastikustel suhetel põhineva protsessina. Ühtlasi nõustutakse Jõgi jt artikli seisukohtadega, mille järgi õppimine paraneb neis keskkondades, kus õppijad kogevad toetavaid suhteid ning kus nad tunnetavad teatavat omasust ja kontrolli õppeprotsessi üle. Samuti arvestatakse õppimist kui konstrukti olemasolevatest arusaamadest, mõistmise raamistikest ja varasematest kogemustest (Jõgi jt, 2013: 121).

2. METOODIKA

Arendusprojekti teoreetiline osa on koostatud kirjanduse ülevaatenä. Andmeid otsiti elektroonilistest andmebaasidest, nagu EBSCOhost, PubMed, ja ESTER, kasutati ka otsingumootoreid Google ning Google Scholar. Kirjandusallikate ning uuringute otsimisel ei seatud konkreetseid ajapiiranguid, sest paljud suhtluskoolitust puudutavad hospitiisfilosoofia põhimõtted ja nõuanded formuleeriti aastakümneid tagasi. Töös on kasutatud näiteks Elisabeth-Kübler Rossi teost *On Death and Dying* aastast 1969, kuna selles kirjeldatakse esimest korda leinaprotsessi viit etappi, samas sellele järgnenud täiendatud trükid või lisatud allikad põhinevad kõige esimesel raamatul. Võtmesõnade abil, mis puudutasid õdedele pakutavat suhtlusoskuste arendamist (ingl kombinatsioonis *end-of-life + communication skills training + nurse*) leiti andmebaasidest 106 infoallikat, millest töös on kasutatud 51. Nendest 47 on teadusartiklid. Enamik õdedele suunatud elulõpuhoolduse kommunikatsiooni uurimustest, millele siinses arendusprojekti tugineti, olid avaldatud pärast 2009. aastat.

Koolituskava koostamiseks tuli esmalt välja selgitada, millist teadmist/oskust sihtgrupp, st elulõpuhooldusel viibivate patsientidega töötavad õed, soovisid kõige rohkem omandada või arendada. Koolitusvajaduse väljaselgitamiseks viidi läbi küsitlus elulõpuhooldusel viibivate patsientidega töötavate õdede seas. Hiljem paluti küsimustele vastata ka eksperdil. Andmekogumismeetodina kasutati vastavalt selleks puhuks välja töötatud ankeetküsitlust (vt Lisa 1). Küsitluse vormi eelistati nii ajalistel kaalutlustel (aega säästev viis konkreetset teavet saada) kui põhjusel, et see võimaldab kaasata suuremat hulka sihtgrupist võrreldes teiste andmete kogumismeetoditega nagu intervjuu. Ühtlasi oli küsitlus fokuseeritud töö eesmärgile (Jones jt, 2013) ehk konkreetsete elulõpuhoolduse probleemidele õdede vaatevinklist.

Küsitluse läbiviimiseks taotleti eelnevalt luba Põhja-Eesti Regionaalhaigla (edaspidi PERH) koolituskeskuselt, mis saadi 14.10.2021. Küsimustiku koostasid teaduskirjandusepõhjal arendusprojekti autorid. Uurimistöös osalemine oli õdedele vabatahtlik ja anonüümne. Osalema paluti vaid neid, kes nõustusid vastama küsimustele. Taustaandmetest paluti märkida vaid inimese üldine töökogemus õena ja kui mitme aasta pikkune on tema staaž elulõpuhooldusel olevate patsientidega. Muid isikuandmeid ei küsitud. Täidetud paberankeedid hävitatakse peale uurimistöökaitsemist.

Ankeetküsitlus jagati PERHi Taastus- ja Palliatiivravi Kliinikus, II järelravi osakonnas töötavatele õdedele. Küsimustikule vastas 15 õde ning üks ekspert. Küsitlus oli valikvastustega. Kuna osakonnas töötab ka arendusprojekti üks autoritest, siis huvide konflikti vältimiseks ei küsitud täiendavaid küsimusi küsitlusele vastaja kohta, mis oleks aidanud tuvastada vastaja isikut. Käesolevas arendusprojekti ei diskrimineerita kedagi tulenevalt nende vanusest, rassist, religioonist, keelest, nahavärvusest, rahvusest ega sotsiaalsest päritolust, mis tugineb rahvusvahelisele õdede eetikakoodeksile (The ICN ..., 2012: 1).

Koolituse ettevalmistamisel lähtuti teaduskirjanduse analüüsi tulemustest, ankeetküsitluse tulemustest ning sotsiaal-konstruktivistlikust õpiteooriast. Koolituse meetoodilised valikud lähtuvad samuti nii õdede soovidest kui sotsiaal-konstruktivistlikust õpiteooriast, mis arvestab õppijate ja õpetajate kogemustega, rõhutab õppijakeskset perspektiivi ja lähtub sellest, et õppimisel on nii kognitiivne kui ka sotsiaalne ja isiklik mõõde. Nii rakendati koolitusel interaktiivsete ülesannetega loengute kõrval juhtumianalüüsi, mis andsid osalejatele võimaluse enda isikliku elukogemuse analüüsimiseks ja teooriatega seostamiseks.

2.1. Küsitluse tulemused

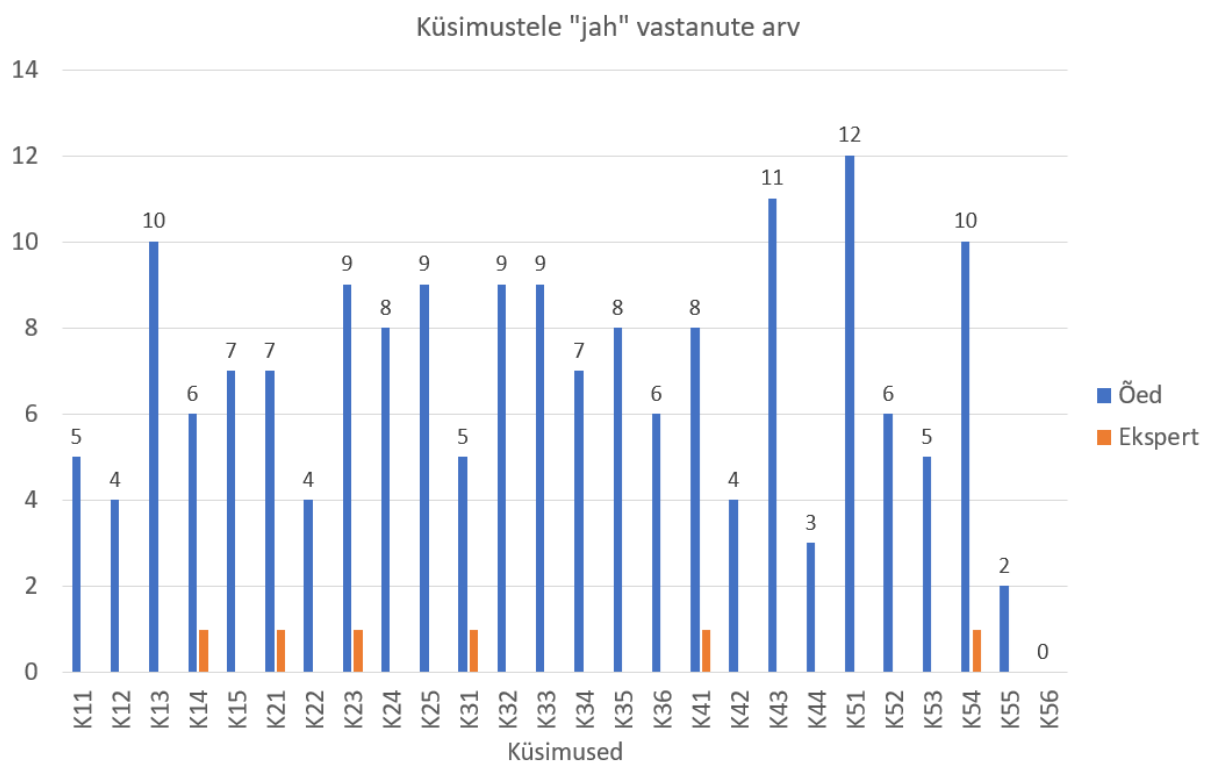
Küsimustik sisaldas viit küsimust ja nende vastusevariante. Lisatud oli ühtlasi ka avatud küsimus „Milliseid teemasid soovite koolitusel veel kuulata/ milliseid teadmisi omandada?“ Saadud tulemused kanti tabelitöötlusprogrammi Microsoft Excel 2013. Analüüsiks kodeeriti vastused küsimuse ja vastusevariandi järjekorranumbri järgi (K11, K12, K13 /.../ K21, K22, K23 jne, milles K = küsimus, st nt K11 = esimese küsimuse 1. vastusevariant).

Õdede vastustest selgus, et kõige rohkem sooviti koolitust patsiendi nõustamisest meeleolu languse korral (K13), kuidas toetada lähedasi leinas (K23), kuidas vähendada lähedaste ebakindlust (K25), kuidas julgustada patsienti abi küsima (K32), kuidas aru saada, mil moel tajub patsient oma olukorda (K33) ning välja selgitada lähedaste abivajadus (K43).

Lisaks õdedele paluti olulisimad teemad ära märkida ka eksperdina kaasatud PERHi Taastus- ja Palliatiivravi Kliiniku II järelravi osakonna hingehoidja Katri Aaslav-Tepandil. Eksperdi arvates tuleks kindlasti korraldada koolitusi elulõpuhooldusele mineva patsiendi nõustamisest (K13), kuidas toetada lähedasi halva prognoosi korral (K21) ja kuidas toetada lähedasi leinas

(K23). Patsiendiga suhtlemisel rõhutas Aaslav-Tepandi järjepideva hoolduse tähtsust, ühtlasi vajadust tagada ka hingeline (K31) abi, samuti pidas Aaslav-Tepandi oluliseks oskusi lähedasi nõustada (K41).

Vastusevariant K23 – kuidas toetada lähedasi leinas – osutus olulisimaks teemaks nii õdede kui eksperdi arvates (joonis 1). Järelikult see on kõige vajalikum oskus, mida peetakse tähtsaks ning selle suhtes tajutakse koolitusvajaduse olemasolu. Sellest lähtuvalt otsustati pilootkoolitus koostada teemal „Kuidas toetada lähedasi leinas“. Muidu suletud küsimustena formuleeritud variantidele oli võimalus avatud vastusena lisada muid huvipakkuvaid teemasid. Sel puhul üks küsitletav märkis üles vajaduse omandada oskusi, kuidas a) tulla toime psühholoogiliste probleemidega, mis tekivad personalil, kes on pikki aastaid töötanud surevate patsientidega ning b) oskusi desorienteeritud patsiendiga suhtlemisel ja kognitiivse häirega patsiendiga suhtlemisel. Teised vastajad ei kasutanud võimalust lisada teemasid avatud vastusena.



Joonis 1. Õdede ja eksperdi hinnang koolituse teemade ja meetodite vajadusele.

Küsitluse 5. küsimus puudutas koolitus- või õppemeetodit. Eelistatuima koolitusmeetodina märgiti loengut, samuti taheti analüüsida elulõpuhoolduse suhtlemisega seotud konkreetseid juhtumeid. Teisi ankeedis välja pakutud koolitusmeetodeid nagu näiteks rühmatööd ja iseseisvad kirjalikud tööd, õenduspersonal küsitluses ei märkinud. Kuna koolituses pidas ka ekspert vajalikuks juhtumite analüüse (K54), võeti seda koolituskava koostamisel arvesse.

3. ARENDUSPROJEKT

3.1. Ajaline raamistus

Arendusprojekti tegevuste planeerimiseks koostati ajaline raamistus. Alguses määratleti idee, lähtuvalt arendusprojekti autorite igapäevatoos üles kerkinud temaatikast ja teaduskirjandusest. Hinnati hetkeolukorda osakonnas ning tehti kindlaks koolitusvajadus. Järgmiseks valiti arendusprojekti juhendaja, kellega koostöö jätkub. Projekti kaasati ka ekspert.

Täpsem arendusprojekti ajakava ja tegevused on esitatud tabelina (Tabel 1).

Tabel 1. Arendusprojekti ajakava.

Tegevus	Aeg
Arendusprojekti idee määratlemine. Arendusprojekti planeerimine, kohtumised juhendajaga. Ettevalmistused arendusprojekti läbiviimiseks.	Märts 2021
Konsultatsioon juhendajaga, projekti kirjutamine. Kirjandusallikate otsimine ja läbitöötamine, arendusprojekti teoreetilise osa kirjutamine.	Märts, aprill, juuni 2021
Küsimustiku koostamine koolitusvajaduse selgitamiseks.	August- September 2021
Arendusprojekti kava esitamine, nõusoleku saamine arendusprojekti teostuseks.	September-Oktoober 2021
Küsitluse korraldamine PERH-is. Tagasiside küsimustiku tulemuste analüüs.	18.-31. oktoober. 2021.a
Tulemuste analüüs, koolituskava koostamine, koolitusmaterjalide koostamine	November – Detsember 2021

Arendusprojekti teostamine toimus vastavalt ajakavale; kogutud teave kirjandusest ning

õdede vastuste tulemused näitasid teema aktuaalsust ning vajalikkust.

3.2. Meeskonna moodustamine, kommunikatsioon ja ressursid

Arendusprojekti teostuseks tuli moodustada meeskond, et teemat mitmekülgset käsitleda ja samas piiratud ajaressursse optimeerida. Lisaks arvestati sotsiaal-konstruktivistliku õppimis- ja õpetamisteooriate põhimõtetega, millele toetumine näitab teadmiste avardamist teistega suheldes, koostööd tehes ja eri kogemusi ühendades (Finch 2021). Inim- ja ajaressursid osutusid projekti ja koolituskava koostamisel kõige olulisemaks. Projekti autorite ning erialaspetsialistide aeg tuli ühildada nii projekti plaanimiseks, kirjutamiseks, ettevalmistamiseks kui ka paljudeks kohtumisteks.

Projekti juhid töötasid arendusprojektiga oma magistriõppe raames, kuid võtsid selleks aega ka oma tööajast (arendusprojekti tutvustamine osakonnas). Meeskonna liikmed (Merle Talvik, arendusprojekti juhendaja, Katri Aaslav-Tepandi, II järelravi osakonna hingehoidja ja arendusprojekti kaasjuhendaja, psühhoterapeut Eda Mölder (Eluliin), ning arendusprojekti autorid panustasid oma tööaega erinevas mahus. Muud olulised ressursid olid meeskonnaliikmete teadmised ja kogemused, mis võimaldasid arendusprojekti kaudu loodava koolituskava tarbeks tõenduspõhise teabe analüüsimist ning kohendamist.

3.3. Pilootkoolitus: lähedaste toetamine leinas

Kinnitamaks koolituse vajalikkust ning selleks, et edaspidiseid koolitusi täpsemalt planeerida, otsustati teha pilootkoolitus. Koolituskava tutvustamiseks viidi läbi pilootkoolitus teemal, mis kõnetas küsimustikele vastanud õdesid kõige rohkem: lähedaste toetamine leinas. Enne koolituse läbiviimist teavitati sellest ka PERHi Koolituskeskust. Järgnevalt lepiti kokku koolituse toimumise aeg osakonna õendusjuhi ning kliiniku juhatajaga. Koolitusel osales II järelravi osakonna 8 õde.

Pilootkoolitus viidi läbi 08. 12. 2021. a. Taastus- ja Palliatiivravi Kliiniku II järelravi osakonnas kaasava seminarina. Koolituse pikkus oli kaks akadeemilist tundi. Kasutati avatud ruumi meetodit (open space technology :Owen, 2008) “avatud” plokkide tekitamiseks, mis andsid

osalejatele võimaluse kaasa rääkida, küsida ning jagada isiklike kogemusi ja mõtteid. Koolituse viisid läbi arendusprojekti autorid.

Nagu analüüsist selgus, osutus leina teema lähedaste kontekstis PERHi II järelravi osakonna õenduspersonali ja hingehoidja eelistatuimaks koolitussisuks. Õdede suhtlus lähedastega seostub teaduskirjanduse põhjal mitmete teiste, sh interdistsiplinaarsete ja/või interprofessionaalsete aspektidega (Clayton jt, 2019; Cannity jt, 2020). Neid tahke arvesse võttes paraneb ka suhtluse efektiivsus ja lähedaste elukvaliteet (Banerjee jt, 2017; Benoot jt, 2020; Barra, 2021).

Pilootkoolituse sisu arendati välja peamiselt hosiitsfilosoofiale tuginedes. Hosiitsfilosoofia on rajatud tugevale humanistlikule alusele, järgides üldtunnustatud väärtusi nagu inimõigused, inimväärikus, võrdväarsus, võrdõiguslikkus, enesemääramisõigus ja vabadus otsustada. Hosiitsfilosoofia järgi vajavad tähelepanu ja hoolitust kogu pere ning lähedased, kelle üks liige on lahkumas. See tähendab, et inimest nähakse tervikuna, arvestatakse nii tema füüsiliste kui ka psüühiliste, sotsiaalsete ja spirituaalsete vajadustega. Inimesel tuleb lasta väärikalt surra, pakkudes igakülgset tuge nii lahkujale, kui ka tema lähedastele. (Slettahjell, 2007).

Lein on normaalne reaktsioon surmale, millel on lugematu arv kultuurilisi erisusi kogu maailmas. Kui inimesed ei suuda tavapärase leinaga edasi minna, võib tagajärjeks olla keeruline lein. (Goodwyn, 2015). Lein on igas kultuuris ühtselt mõistetav sündmus, kuid igas kultuuris on leina protsessis erinevad tavad ning kombes. Lein on periood, mil aeg „seisab“, et meenutada möödunud suhet lahkunuga ja kujutada ette uut tulevikku ilma temata. Spetsialistide kaasamine leinaga toimetulekul on oluline. Leinatoetus aitab leevendada selliste seisundite teket nagu püsiv kompleksne leinahäire, jätkuv kõikehõlmav kurbus ja igatsus, mis oluliselt segab leinajat elus edasi liikumast. Leinatoetuse eesmärk on pakkuda lohutust kurbuse ja probleemide ajal, kannatuse ja eesmärgi tunnetamist, tugevat toetust emotsionaalsete ja käitumisprobleemide vastu, suurendades lootust ja optimismi vaatamata muutumatutele asjaoludele, kaitsvat ja tervendavat toimet, eesmärk on vähendada hirmu, mis tekitab stressi ja ärevust leinajatele. (Kuld, 2020)

Lähedaste toetamisel leinas tuleb pöörata tähelepanu:

- Patsientide ja nende lähedaste isiklikele uskumustele ja väärtushinnangutele, sh kultuurilistele ja religioossetele tõekspidamistele (Robley ja Denton, 2006);

- Kuidas on harjutud tunnetega ümber käima ja kuidas leevendatakse nii füüsilist kui vaimset valu. Aidata leppida surmaga, nõustada kuidas teha rahu lahkunu ja leinaja vahel;
- Pereliikmete ja õenduspersonali vahelisele usaldussuhtele: pereliikmed rõhutavad jätkuva, avatud ja tähelepaneliku vestluse tähtsust, kus on võimalik esitada küsimusi ja väljendada oma tundeid ning vajadusi (Gilad jt, 2021);
- Kas ja mil viisil pereliikmed oleksid eelnevalt sureva patsiendi hooldusesse kaasatud;
- Privaatse koha loomisele, kus leina vaikselt omaette välja elada;
- Kuidas õed vahendavad pereliikmetele teavet seoses sureva patsiendiga ja toetavad lähedasi pärast patsiendi surma (Attia jt, 2013);
- Võimalikele keelebarjääridele (Toh jt, 2020).

Pilootkoolituse sisu koostamiseks kasutati Kübler-Rossi (Kübler-Ross, 2009) ja hosiitsfilosoofia teooriaid (Slettahjell, 2007). Loengumaterjalide vahele seoti lühikesed kaasavad ülesanded, mis aitasid kuulajaid aktiivsena hoida. Seminarilaadses arutelus võeti diskussiooni aluseks reaalsed elulised situatsioonid.

Suhtlustreeningu abil saab tõhustada praktikas õe ja patsiendi suhet, maandada nii õe kui patsiendi pingeid, vähendada patsiendi ja tema lähedaste ärevust ning samuti saavad õed õppida teadvustama oma tundeid ja oskusi stressiolukordades toime tulla. Seepärast peeti koolitusel mitmeid pause ja julgustati eneserefleksiooni teket, enesehindamist vaikuseminutite ja hingamisharjutustega. Osa harjutustest kohandati Oxfordi ülikooli õdede suhtluskoolituste materjalidest (Practice exercises, 2016).

Pilootkoolitusele oli planeeritud aega 2 x 45 minutit, ühe pausiga. Koolitus algas kell 14.00 ning koos diskussiooniga lõppes 17.15. Õdesid kõnetasid väga leina faasid, eriti kuues faas, Jumalaga kauplemise faas, kus õed tahtsid jagada lugusid oma kogemustest. Koolitus lõppes hingamisharjutuse ja vaikse mõtiskluse ringiga, et osalejad saaksid emotsionaalselt raskest teemast välja tulla ja kas tööpäeva jätkata või tagasi koju minna.

Peale pilootkoolitust koguti osalejatelt tagasisidet. Tagasisidelehtedel osutus populaarseks viimane, avatud küsimus (millistest teemaga seotud aspektidest oleksite rohkem soovinud teada saada), millele vastas neli õde. Vastused olid järgmised: a) rohkem infot hosiitsfilosoofiast, Jumalaga kauplemise faasist oli kurb, kuid vajalik kuulamine; b) kui õde

on oma jõu ammendanud, siis kust tema oma jõu saab; c) kuidas toetada just õde kokkupuutel patsiendi surmaga; d) koolitus oli väga informatiivne, sooviks kindlasti samadel teemadel koolitusi. Küsimustele, kas koolitus aitas oma tööd tõhustada; kas koolitus aitas suhtlust patsiendiga parandada ning kas koolitusel saadud info oli kasulik, vastasid kõik 8 osalejat jaatavalt.

Koolitusel osalejate tagasiside on oluline, et välja selgitada koolituskava tugevad ja nõrgad küljed ning koolituse mõju koolitatavatele, analüüsida hariduslikku ja metodoloogilist lähenemist ning otsustada, kas koolitus oli koolitatavatele üldiselt sobiv ning kas koolitamiseks tehtavad pingutused ja kulutused tasuvad end ära. Tagasiside näitas, et pilootkoolitus oli nii vajalik kui ka sihtrühmale sobiv, kuid teemade ring vajab kindlasti veel täpsustamist ja koolituse sisu täiustamist. Koolitajad ning arendusprojekti autorid saavad kasutada tagasisidet tulevaste koolituste kavandamise tõhustamiseks. Koolitajad saavad tagasiside abil välja selgitada vead ja leida üles valdkonnad, mis vajavad parendamist ja uuendamist. Koolituskava ja näidisteema slaidid leiab lisadest 2 ja 3 ning tagasiside küsimused on lisas 4.

3.4. Riskijuhtimine

Riski vältimiseks koostati ajaplaan, kus autorid seadsid endale aja planeerimisega seotud eesmärgid. Täiskoormusega töötamine ja samal ajal magistriõppes õppimine oli arendusprojekti autoritele keerukas väljakutse.

Riskid, mis on seotud arendusprojektiga:

- a) Koolituskava mõõdetavuse ja korrektse vormi tagamine. Koolitus peab vastama täpsele ja piiritletud teema käsitlusele, samas laiendama teadmisi ja kogemusi ning kaasama koolitusel osalejad mõtestama ideid, mida saaks oma töö tõhustamiseks rakendada. Tagasiside lehtede koostamine ja koolituse hindamine ei pruugi võimaldada üldistusi teha.
- b) Osalejate vähene osalemine koolitusel. Autorid peavad riskiks Covid-19 pandeemiast põhjustatud ajaressursi piirangut, kuna koolituseks aja leidmine õdede suure töökoormuse tõttu on raskendatud. Huvi püütakse tagada konkreetsete juhtumianalüüsides ja viisidega, mis soodustavad teabe omandamist ja rakendamist.
- c) Koolituse kvaliteet ei vasta täielikult õdede ootustele. Selle riski maandamiseks toimub tagasisidestamine ja kvaliteedi kontroll.

Riskide kaardistamiseks on autorid koostanud lihtsustatud SWOT analüüsi. SWOT-analüüs hindab organisatsiooni keskkonna sisemisi tugevusi ja nõrkusi ning väliseid võimalusi ja ohte. Koolituskava võimalused ja puudused on esitatud SWOT-analüüsi kujul (Tabel 2).

Tabel 2. SWOT-meetodil põhinev analüüs.

<p>Tugevused:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Õdede isiklik motivatsioon - Vajadustel põhinev koolitusmaterjal - Koolitus on praktiline, kus saab näiteid tuua töökogemusest, töötajate isiklikest situatsioonidest 	<p>Nõrkused:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arendusprojekti lühiajalisus ei võimalda koolituse mõju hinnata - Koolituseks aja leidmine õdede suure töökoormuse tõttu
<p>Võimalused:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Koolitused motiveerivad õdesid teadlikult töös kasutama tõhusat, ennastsäästvat suhtlemisviisi - Koolitatud personal aitaks kaasa paremale suhtlusele patsiendi ja tema ravimeeskonna ning lähedaste vahel - Vähenevad võimalikud konfliktolukorrad mis võivad tekkida oskamatust suhtlemisest 	<p>Ohud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Õdede vähene huvi koolitusel osalemisel - Õendustöötajate vähene motivatsioon koolitustel kaasa mõelda - Covid-kriisi süvenemine

Riskide maandamiseks on autorid teadvustanud ja arvesse võtnud SWOT analüüsis (tabel 2) välja toodud riskitegurid.

4. DISKUSSIOON JA JÄRELDUSED

Arendusprojekti eesmärgiks oli suhtlemisalase koolituse väljatöötamine elulõpuhooldusel töötavatele õdedele. Arendusprojekt tugineb hospitsifilosoofiale ning koolituse väljatöötamise vajadus tulenes autorite isilikest kogemustest ning teaduskirjandusest. Koolituse ettevalmistamisel lähtuti teaduskirjanduse analüüsi tulemustest, ankeetküsitluse tulemustest ning sotsiaal-konstruktivistlikust õpiteooriast. Läbiviidud uurimusest selgus, et õdesid kõnetas enim teema lähedaste toetamine leinas. Mida toetas ka eksperdi arvamus. Järelikult see on kõige vajalikum oskus, mida peetakse tähtsaks ning selle suhtes tajutakse koolitusvajaduse olemasolu.

Projekti tulemiks on suhtlemisalase koolituse kava ning 8. detsembril 2021 läbi viidud pilootkoolituse kogemus ja selle analüüs. Projekti tulemusel valminud koolituse täielikku rakendatavust ja jätkusuutlikkust ei ole võimalik autoritel hinnata, sest reaalsel koolitust pole täismahus läbi viidud. Pilootkoolituse tagasiside küsitluse tulemused näitasid, et õppeprotsessi kvaliteediga jäädi üldiselt rahule. Koolitusel osalejad väärtustasid häid kommunikatsiooni oskusi ja kogeti nõustamisprotsessi keerukust. Koolitusel osalejad olid arvamusel, et koolitus aitab teooriat ühendada praktikaga, annab ülevaate, kogemuse ja aimduse, kuidas toetada patsiendi lähedasi leinas.

Arendusprojekti eesmärgid said täidetud. Valmis teemakohane teoreetiline taust, mis on täielikus kooskõlas uurimistöö teema, probleemi ja eesmärgiga. Arendusprojekti autorid analüüsisid erinevaid tõenduspõhiseid kirjandusallikaid ning valisid 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. Arendusprojekti raames läbi viidud ankeetküsimustiku vastustest selgus, et elulõpuhooldusel viibivate patsientidega töötavatel õdedel on huvi suhtluskoolituse vastu. Tuginedes arendusprojekti teoreetilisele raamistikule, valmis tõenduspõhise kirjanduse baasil koolituskava, mis pandi kokku teemadest, mis kõnetasid õdesid enim.

Ühtlasi toetuti elulõpuhooldust siiani mõjutavale, aastal 1969 avaldatud Elisabeth Kübler-Rossi (1926-2004) põhjapanevale teosele „*On Death and Dying*“ (ilmunud eesti keeles aastal 2019 pealkirjaga „Leinast ja leinamisest: leinale tähenduse andmine“). Teoses formuleeriti

leinastaadiumid, mida kogevad nii surijad kui nende lähedased ja millega tuleb suhtlemisel alati arvestada. Lisaks arvestati ja integreeriti koolituskavva Kübler-Rossi mudelit täiendanud David Kessleri seisukohad, leinale mõtte ja tähenduse andmisest (Kessler 2019). Kessleri järeldused ja juhised hõlmavad samuti leinakogemust tänases pandeemia olukorras. Kessler märgib, et inimesed ei koge leina ühtmoodi, vaid võib eristada eri tüüpi leinakogemusi: inimesed võivad ennatlikult kujutada halvimat, eriti puutudes kokku ootamatustega, leinatakse normaalsuse kadumist, suhete ja sidemete puudust, samuti majanduslikku ebakindlust. Selle antidoodiks pakub Kessler tegelikele, igapäevastele ülesannetele keskendumist. Ühtlasi mainitakse võimaliku kollektiivse leina teket, millega tuldaks paremini toime leinafaaside mõistmisega ning teistele kaasa tundes (Kessler 2019: 230-248).

2020. aastal pakkus Kessler mudeli 5 leinafaasi COVID-19 raamistikuks pandeemia oludes ehk viiruse kui tundmatu maailmaga kohanemiseks ja toimimiseks: algne eitusfaas, mille järgi viirus suurt mõju ei avalda võib kujuneda vihaks, mida põhjustab koju jäämine ja tegevuspiirangud (Kessler 2019). Olukorras esineb ühtlasi kauplemist: kui ma kaheks nädalaks sotsiaalset distantsi hoian, võin ootamatu olukorraga nõustuda. Sellises situatsioonis püüab inimene leinapõhjust vältida, leinatakse eelnevat, normaalselt toimunud ühiskonda. Võib tekkida aga ühtlasi masendus: teadmatus, millal miski lõpeb. Ja lõpuks on aktsepteerimine, kus mõistetakse, et midagi sellist nagu alalised piirangud, võibki juhtuda. Aktsepteerimisfaasis tajub inimene vajadust välja mõelda, kuidas edasi minna. Aktsepteerimises peitub jõud, saavutatakse kontroll olukorra üle mõtetega nagu: oskan käsi pesta, oskan hoida ohutut distantsi, saan õppida virtuaalselt töötama. (Berinato 2020).

Covid-19 viiruspandeemiast tingitud liigsuremuse tõttu seisab tavalisest rohkem inimesi surmaga silmitsi, kas patsiendi või lähedasena (Hanna jt 2021: 843-851). Äsja Ühendkuningriikides ilmunud veebiküsitluse tulemusel kogesid 94,1% oma lähedase surma kogenud küsitletutest pandeemiast tingitult posttraumaatilisi stressihäireid ja traumaatilise kogemuse kaudu vaimset kasvu hinnati väga madalaks (Carson jt 2021: 1-18). Selliste küsitluste valguses võib tõdeda, kuivõrd viirus on seotud vaimse tervise teemadega, pannes üha rohkem inimesi olukorda, kus nad puutuvad kokku surmaga või tundmatu olukorraga. Tuleviku-uurijad võiksid teha koolituse teemal, kuidas õed säilitavad enda vaimse tervise surmaga kokkupuutel.

KASUTATUD ALLIKAD

Abedi, G., Kontai, S.A.S., Marvi, A., Mazidi, S., Abedini, E., Chaleshtary, A.A. (2018), SWOT Analysis of Health Reform Plan on Healthcare Sector from the Stakeholder Perspective. *J Mazandaran Univ Med Sci*, 28(166): 199-212
<http://jmmums.mazums.ac.ir/article-1-9745-en.html>

Achora, S., Labrague, L. J. (2019). An Integrative Review on Knowledge and Attitudes of Nurses Toward Palliative Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 21(1), 29–37.
<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000481>

Akpan, V.I., Igwe, U.A., Blessing, I., Mpamah, I., Onyinyechi Okoro, C. (2020). Social constructivism: implications on teaching and learning. *British Journal of Education* Vol.8, Issue 8, 49-56.
<https://www.eajournals.org/wp-content/uploads/Social-Constructivism.pdf> (2.12.2021).

Alas, R. Strateegiline juhtimine. *Külim*, 2005.(87), 1-220.

Attia, A. K., Abd-Elaziz, W. W., Kandeel, N. A. (2013). Critical Care Nurses' Perception of Barriers and Supportive Behaviors in End-of-Life Care. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 30(3), 297–304.
<https://doi.org/10.1177/1049909112450067>

Beddard-Huber, E., Strachan, P., Brown, S., Kennedy, V., Marles, M.M., Park, S., Roberts, D. (2021). Supporting Interprofessional Engagement in Serious Illness Conversations, *Journal of Hospice & Palliative Nursing*: February 2021 - Volume 23 - Issue 1, 38-45.
DOI: [10.1097/NJH.0000000000000712](https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000712)

Balaban R. B. (2000). A physician's guide to talking about end-of-life care. *Journal of general internal medicine*, 15(3), 195–200.
<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.07228.x>

Banerjee, S.C., Manna, R., Coyle, N., Penn, S., Gallegos, T.E., Zaider, T., Krueger, C.A., Bialer, P.A., Bylund, C.L., Parker, P.A. (2017). The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology nurses. *Translational Behavioral Medicine* 7, 615–623.
<https://doi.org/10.1007/s13142-017-0473-5>

Barra, M. (2021). Nobody Wants to Talk About Dying: Facilitating End-of-Life Discussions. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 52(6), 287–293.
<https://doi.org/10.3928/00220124-20210514-08>

Berinato, S. (2020), That Discomfort You're Feeling Is Grief. *Psychology*, March 23.
<https://hbr.org/2020/03/that-discomfort-youre-feeling-is-grief>

Bolden, L., A. (2017). A Review on Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through Five Stages of Loss. *Counseling and Values*, 51(3), 235-237.

Benoot, C., Enzlin, P., Peremans, L., Bilsen, J. (2020). A Qualitative Study About How Nurses in Belgium Offer Relationship Support to Couples in Palliative Care. *Journal of Family Nursing*, 26(1), 38-51.

DOI:10.1177/1074840719866838

Boyd, D., Merkh, K., Rutledge, D.N., Randall, V., (2011). Nurses' Perceptions and Experiences With End-of-Life Communication and Care. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 38, No. 3, May, 229-239. DOI: 10.1188/11.ONF.E229-E239

Buller, H., Virani, R., Malloy, P., & Paice, J. (2019). End-of-Life Nursing and Education Consortium Communication Curriculum for Nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* : JHPN : The Official Journal of the Hospice and Palliative Nurses Association, 21(2), E5–E12.

<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000540>

Cannity, K.M., Banerjee, S.C., Hichenberg, S., Leon-Nastasi, A.D., Howell, F., Coyle, N., Zaider, T.I., & Parker, P.A. (2020). Acceptability and efficacy of a communication skills training for nursing students: Building empathy and discussing complex situations. *Nurse Education in Practice*. 2021;50:N.PAG.

DOI:10.1016/j.nepr.2020.102928

Carson, J., Gunda, A., Qasim, K., Allen, R., Bradley, M., Prescott, J. (2021). Losing a Loved One During the Covid-19 Pandemic: An On-Line Survey Looking at the Effects on Traumatic Stress, Coping and Post-Traumatic Growth. *Omega: Journal of Death & Dying*, 1. <https://doi.org/10.1177/00302228211049683>

Catt, S., Matthews, L., May, S., Payne, H., Mason, M., Jenkins, V. (2019). Patients' and partners' views of care and treatment provided for metastatic castrate-resistant prostate cancer in the UK. *European Journal of Cancer Care*, 28(6), N.PAG.

<https://doi.org/10.1111/ecc.13140>

Clayton, M. F., Iacob, E., Reblin, M., & Ellington, L. (2019). Hospice nurse identification of comfortable and difficult discussion topics: Associations among self-perceived communication effectiveness, nursing stress, life events, and burnout. *Patient Education & Counseling*, 102(10), 1793–1801.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.06.013>

Coad, J., Smith, J., Pontin, D., Gibson, F. (2018). Consult, negotiate and involve: evaluation of an advanced communication skills program for healthcare professionals. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 35(4), 1-23.

doi.org/10.1177/1043454218765136

Das, M. K., Arora, N. K., Chellani, H. K., Debata, P. K., Meena, K. R., Rasaily, R., Kaur, G., Malik, P., Joshi, S., Kumari, M. (2021). Perceptions of the parents of deceased children and of healthcare providers about end-of-life communication and breaking bad news at a tertiary care public hospital in India: A qualitative exploratory study. *PLoS ONE*, 16(3), 1–16.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248661>

Dressler, G., Garrett, S. B., Hunt, L. J., Thompson, N., Mahoney, K., Sudore, R. L., Ritchie, C. S., Harrison, K. L. (2021). "It's Case by Case, and It's a Struggle": A Qualitative Study of Hospice Practices, Perspectives, and Ethical Dilemmas When Caring for Hospice Enrollees with Full-Code Status or Intensive Treatment Preferences. *Journal of Palliative Medicine*, 24(4), 496–504.

<https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0215>

Dosser, I., Kennedy, C. (2014). Improving family carers' experiences of support at the end of life by enhancing communication: an action research study. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(12), 608–616. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.12.608>

Doyle, D., Woodruff, R. (2013). The IAHP Manual of Palliative Care. <https://hospicecare.com/uploads/2013/9/The%20IAHPC%20Manual%20of%20Palliative%20Care%203e.pdf> (10.06.2021).

Ellington, L., Cloyes, K., Berry, P., Thomas, N. T., Reblin, M., Clayton, M. F. (2013). Complexities for Hospice Nurses in Supporting Family Caregivers: Opinions from U.S. Thought Leaders. *Journal of Palliative Medicine*, 16(9), 1013–1019. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0116>

End of Life: Helping with Comfort and Care. (2017). National Institute on Aging Office of Communications and Public Liaison Bethesda, MD 20892-2292. https://order.nia.nih.gov/sites/default/files/2017-07/End_of_Life_508.pdf

Finch, K.S. (2021). Development and validation of an instrument to measure social constructivism in a virtual classroom. *International Journal of Teaching, Education and Learning*, PUPIL: *International Journal of Teaching, Education and Learning*, Volume 5, Issue 1, (23-39).
DOI: <https://doi.org/10.20319/pijtel.2021.51.2339>

França, J.R.F., Costa, S.F.G., Lopes, M.E.L., Nóbrega, M.M.L., França, I.S.X. (2013). The importance of communication in pediatric oncology palliative care: focus on Humanistic Nursing Theory. *Latino-Am. Enfermagem*, 21(3),780–786.
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000300018>

Gilad, D., Goldblatt, H., Zeilig, G. (2020). End-of-life conversation from both sides of the bed: voices of family and staff. *Disability & Rehabilitation*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1849426>

Goodwyn, E. (2015). The end of all tears: A dynamic interdisciplinary analysis of mourning and complicated grief with suggested applications for clinicians. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 17, 222–239. <https://doi.org/10.1080/19349637.2015.1047919>

Gutiérrez-Puertas, L., Márquez-Hernández, V., Gutiérrez-Puertas, V., Granados-Gámez, G., Aguilera-Manrique G. (2020). Educational Interventions for Nursing Students to Develop Communication Skills with Patients: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. Mar 26; 17(7): 2241. DOI: 10.3390/ijerph17072241.

Griffiths, J., Ewing, G., Rogers, M. (2013). Early support visits by district nurses to cancer patients at home: A multi-perspective qualitative study. *Palliative Medicine*, 27(4), 349–357. <https://doi.org/10.1177/0269216312451949>

Global Atlas of Palliative Care at the End of Life (2014). https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf

Hanna, J. R., Rapa, E., Dalton, L. J., Hughes, R., McGlinchey, T., Bennett, K. M., Donnellan, W. J., Mason, S. R., Mayland, C. R. (2021). A qualitative study of bereaved relatives' end of life experiences during the COVID-19 pandemic. *Palliative Medicine*, 35(5), 843–851.
<https://doi.org/10.1177/02692163211004210>

Hagerty, T. A., Samuels, W., Norcini-Pala, A., Gigliotti, E. (2017). Peplau's Theory of Interpersonal Relations: An Alternate Factor Structure for Patient Experience Data?. *Nursing science quarterly*, 30(2), 160–167.
<https://doi.org/10.1177/0894318417693286>

Hanna, J. R., Rapa, E., Dalton, L. J., Hughes, R., McGlinchey, T., Bennett, K. M., Donnellan, W. J., Mason, S. R., Mayland, C. R. (2021). A qualitative study of bereaved relatives' end of life experiences during the COVID-19 pandemic. *Palliative Medicine*, 35(5), 843–851.
<https://doi.org/10.1177/02692163211004210>

Hofmeyer, A., Taylor, R. (2021). Strategies and resources for nurse leaders to use to lead with empathy and prudence so they understand and address sources of anxiety among nurses practising in the era of COVID-19. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 30(1/2), 298–305.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15520>

Jones, T. L., Baxter, M. A., Khanduja, V. (2013). A quick guide to survey research. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 95(1), 5–7.
<https://doi.org/10.1308/003588413X13511609956372>

Jõgi, L., Karu, K., Krabi, K. (2013). Experiencing learning at university: making the best of lifelong learning? *Kogumikus: E. Saar, R. Mõttus (toim.-d). Higher education at a crossroad: the case of Estonia*, 119-136. Tallinn.

Keall, R., Clayton, J. M., Butow, P. (2014). How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 23(21–22), 3197–3205.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12566>

Kelley, A.S., Morrison, R.S. (2015). Palliative Care for the Seriously Ill. *The New England Journal of Medicine*, 20(3), 747-755. doi: 10.1056/NEJMra1404684

Kessler, D. (2007). *The Needs of the Dying: A Guide for Bringing Hope, Comfort, and Love to Life's Final Chapter*, 10th anniversary ed. HarperCollins: New York.

Kessler, D. (2019). *Finding Meaning: The Sixth Stage of Grief*. Los Angeles: Scribner.

Kuld, J.M. (2020). Generating a Vocabulary of Mourning: Supporting Families Through the Process of Grief. *The Family Journal*, Volume 28, Issue 3, July, 236-240.
<https://doi.org/10.1177/1066480720929693>

Kübler-Ross, E., Kessler, D. (2000). *Life Lessons: Two Experts on Death and Dying Teach Us About the Mysteries of Life and Living*. New York: Scribner.

Kübler-Ross, E. (2009). *On Death and Dying*. Abington: Routledge.

Peplau, H.E. *Interpersonal relations in nursing*. New York: Putnam; 1952/1991. [Google Scholar]

Peplau, H.E. Interpersonal relations: A theoretical framework for application in nursing practice. *Nursing Science Quarterly*. 1992; 5: 13–18. [PubMed] [Google Scholar]

Peplau, H.E. Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*. 1997; 10: 162–167. [PubMed] [Google Scholar] Payne, M. (2011). *Humanistic Social Work: Core Principles in Practice*. Chicago: Lyceum Books.

Payne, M. (2014). *Modern Social Work Theory*. New York ja Hampshire: Palgrave Macmillan.

Pedersen, C., Tariman, J. D. (2018). Beliefs and Attitudes of American Nurses on Physician Assisted Suicide: An Integrative Literature Review. *Journal of Nursing Practice Applications & Reviews of Research*, 8(1), 24–38. <https://doi.org/10.13178/jnparr.2018.0801.0805>

Pye, S. E. (2016). Making a Difference: Evidence Based Palliative Care Education for Neonatal Nurses [ProQuest LLC]. In ProQuest LLC.

Practice exercises. (2016). Webb: Nursing : Communication Skills in Practice. Oxford University Press.

<https://global.oup.com/uk/orc/nursing/webb/01student/practice/>(2.12.2021)

Pye, S. E. (2016). Making a Difference: Evidence Based Palliative Care Education for Neonatal Nurses [ProQuest LLC]. In ProQuest LLC.

Radbruch, L., Payne, S., Bercovitch, M., Caraceni, A., De Vlieger, D., Firth, P., Hegedus, K., Nabal, M., Rhebergen, A., Schmidlin, E., Sjøgren, P., Tishelman, C., Wood, C., De Conno, F. (2010). White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe: Part 1-2. *European Journal of palliative care*, 2010; 17(1). <https://eapcresearchcongress2020.eu/wp-content/uploads/2020/11/White-Paper-on-standards-and-norms-for-hospice-and-palliative-care-in-Europe.pdf> (08.06.2021).

Reblin, M., Baucom, B. R. W., Clayton, M. F., Utz, R., Caserta, M., Lund, D., Mooney, K., Ellington, L. (2019). Communication of emotion in home hospice cancer care: Implications for spouse caregiver depression into bereavement. *Psycho-Oncology*, 28(5), 1102–1109. <https://doi.org/10.1002/pon.5064>

Robley, L., Denton, S. (2006). Evaluation of an EOL critical care nurse liaison program. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 8(5), 288-293.

Roodbeen, R., Vreke, A., Boland, G., Rademakers, J., Muijsenbergh, M., Noordman, J. (2020). Communication and shared decision-making with patients with limited health literacy; helpful strategies, barriers and suggestions for improvement reported by hospital based palliative care providers. *PLoS ONE*, 15(6): 1–20. DOI: 10.1371/journal.pone.0234926. eCollection 2020.

Rome, R. B., Luminais, H. H., Bourgeois, D. A., Blais, C. M. (2011). The role of palliative care at the end of life. *The Ochsner journal*, 11(4), 348–352.

Sillaste, P. (2019). Mis on palliatiivne ravi?
https://arstideliit.ee/wp-content/uploads/2019/04/Pille_Sillaste_Vilja9.pdf (15.06.2021).

Scholz, B., Goncharov, L., Emmerich, N., Lu, V. N., Chapman, M., Clark, S. J., Wilson, T., Slade, D., Mitchell, I. (2020). Clinicians' accounts of communication with patients in end-of-life care contexts: A systematic review. *Patient Education & Counseling*, 103(10), 1913–1921. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.06.033>

Slettahjell, A.-E. (2007). Käsiraamat hooldusõdedele. Tõlkinud Piret Purdelo-Tomingas. Tartu: Greif

Stedman's Medical Dictionary for the Health Professions and Nursing. 7. illustreeritud trükk. (2012). Philadelphia, Baltimore, NY: Wolters Kluwer/Lippincott, Williams & Wilkins.

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. RT I, 21.04.2021, 16 (redigeeritud väljaanne RT I 2001, 50, 284).

The ICN Code of Ethics for Nurses. (2012). International Council of Nurses.
https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf (27.09.2021).

Toh, S. W., Hollen, V. T., Ang, E., Lee, Y. M., Devi, M. K. (2021). Nurses' communication difficulties when providing end-of-life care in the oncology setting: a cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*, 29(5), 2787–2794.
<https://doi.org/10.1007/s00520-020-05787-1>

Torp, S., Hanson, E., Hauge, S., Ulstein, I., Magnusson, L. (2008). A pilot study of how information and communication technology may contribute to health promotion among elderly spousal carers in Norway. *Health and Social Care in the Community*, 16(1), 75–85. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00725.x>

Westermann, C., Kozak, A., Harling, M., Nienhaus, A. (2012). Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2014 Jan; 51(1): 63-71. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.12.001. Epub 2012 Dec 27. PMID: 23273537.

Wittenberg, E., Goldsmith, J., Ferrell, B., Buller, H., Mendoza, Y., Ragan, S. L. (2020). Palliative Care Communication: Outcomes from COMFORT™ 8480; a train-the-trainer course for providers. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(1), E1–E6.
<https://doi.org/10.1188/20.CJON.E1-E6>

Õunapuu, L. (2014). Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes. Tartu ülikool.

Ühised sammud terviseni. Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2021-2030. Tallinn 2020.
https://www.ena.ee/images/ELANIKONNALE/Eesti_õenduse_ammaemanduse_arengustrateegia_2021_2030.pdf

Ankeetküsitlus õdedele suhtluskoolituse kavandamiseks

Küsimustik koolituse vajalikkuse hindamiseks

Seoses meie projekti „Suhtlemisalase koolitusprogrammi väljatöötamine elulõpuhoolduses töötavatele õdedele“ koostamise ja elluviimisega, palume Teil vastata järgnevatele küsimusele, tõmmates ring ümber sobivale vastusele. Oodatud on lisaks kommentaarid ja ettepanekud.

Töökogemus õena: aastat

sellest elulõpuhooldusel olevate patsientidega: aastat

<p>Milliseid teadmisi vajate, et patsiendiga suhelda leina/surma teemal?</p>	<p>Teadmisi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. halva prognoosi selgitamisest; 2. ravi ja haigusekulu selgitamisest; 3. patsiendi nõustamisest meeolelu languse puhul; 4. elulõpuhooldusele mineva patsiendi nõustamisest; 5. teiste spetsialistide kaasamise kohta.
<p>Milliseid teadmisi soovite patsiendi lähedaste nõustamise kohta?</p>	<p>Teadmisi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kuidas toetada halva prognoosi korral; 2. kuidas selgitada parima toetava ravi võimalusi; 3. kuidas toetada leinas; 4. kuhu suunata täiendava abivajaduse puhul; 5. kuidas vähendada lähedaste ebakindlust.
<p>Milliseid oskusi vajate suhtlemisel elulõpuhooldusel oleva patsiendiga?</p>	<p>Oskusi, kuidas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tagada järjepidev hooldus; 2. julgustada patsienti abi küsima; 3. aru saada, mil moel patsient tajub oma olukorda;

	<p>4. aru saada patsiendi murest kõnevõime puudusel;</p> <p>5. tagada pidev infovahetus patsiendi ja ravimeeskonna vahel;</p> <p>6. ära tunda ja määratleda patsiendi füüsilisi ja psühhosotsiaalseid probleeme</p>
<p>Milliseid oskusi vajate suhtlemisel elulõpuhooldusel oleva patsiendi lähedastega?</p>	<p>Oskusi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. lähedaste nõustamisel; 2. abi küsimise julgustamisel; 3. abivajaduse väljaselgitamisel; 4. abi pakkumisel
<p>Millisel meetodil soovite koolitust?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. loeng; 2. diskussioonid; 3. rühmatööd; 4. juhtumite analüüsid; 5. iseseisvad kirjalikud tööd; 6. muu (mis?) <p>.....</p>

Milliseid teemasid soovite koolitusel veel kuulata/omandada (nt keel, kultuurilised iseärasused jne)?

.....

.....

Täname koostöö eest!

Kersti Urbala ja Karina Pagil

Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli terviseteaduse magistrandid

Koolituskava

Sihtgrupp: Elulõpuhoolduses viibivate patsientide ja nende lähedastega töötavad õed.

Eesmärk: Välja selgitada patsiendi ja perekeskse õendusabi võtmes tõhusad kommunikatsioonistrateegiad ja minimeerida võimalikud kommunikatsioonibarjäärid elulõpuhooldusel viibivate patsientide ja nende lähedastega suhtlemisel. Laiendada õdede teadmisi ja oskusi lähedaste leinaprotsesside toetamisel ja emotsionaalsete pingete maandamisel, lähedaste juhendamisel kui patsient on suremas ning lahkunu seisundi ja surmaga seotud teemade nõustamisel. Koolitus avab nii patsientide kui lähedaste toimetuleku ja muutustega kohanemise aspekte.

Koolituse läbinu teab: Kuidas nõustada, toetada ja lohutada elulõpuhooldusel olevat patsienti ja tema lähedasi nende leinas.

Kasutatavad meetodid: kaasav loeng, juhtumite analüüs.

Hindamine: Eneserefleksioon (eneseanalüüsi testid), praktiliste ülesannete sooritamine.

KOOLITUSE KAVA

1. PÄEV (6 akadeemilist tundi)

PATSIENT JA SURM: PATSIENDI TOETAMINE

1.1 Elulõpuhooldusele mineva patsiendi nõustamine (koolitaja Katri Aaslav-Tepandi)

1.2 Patsiendi toetamine halva prognoosi korral (koolitaja Katri Aaslav-Tepandi)

Paus

1.3 Patsiendi olukorra tajumine ja selle mõistmine (koolitaja Eda Mölder)

1.4 Patsiendi nõustamine meeleolu languse korral (koolitaja Eda Mölder)

Paus

1.5 Patsiendi julgustamine abi küsima (koolitaja Katri Aaslav-Tepandi)

1.6 Patsiendile järjepideva tervikliku toe tagamine (koolitaja Katri Aaslav-Tepandi)

2. PÄEV (6 akadeemilist tundi)

LÄHEDASED, SURM JA LEIN: LÄHEDASTE TOETAMINE

2.1 Lähedaste nõustamine surija hooldusel (koolitaja Karina Pagil)

2.2 Lähedaste toetamine leinas (koolitaja Katri Aaslav-Tepandi)

Paus

2.3 Lähedaste kindlustunde ja teadlikkuse suurendamine (koolitaja Kersti Urbala)

2.4 Lähedaste abivõimalustest teavitamine (koolitaja Karina Pagil)

Paus

REFLEKSIOON JA TAGASISIDE (2-3 koolitajat).

Näidisteema:

LÄHEDASTE TOETAMINE LEINAS

Pilootkoolitus LÄHEDASE TOETAMINE LEINAS

Karina Pagil
Kersti Urbala
2021

Sissejuhatus

- Elulõpuhooldus on suunatud eluohustava haigusega patsiendile nende elukvaliteedi parandamiseks.
- Tihtipeale ei suuda patsiendid orienteeruda enam ajas ning kohas ega adekvaatselt hinnata oma haiguse olemust ning sellega toime tulla. Seetõttu on õdede oskus ning teadmised patsiendi ning tema lähedastega suhtlemisel väga olulised
- Viimases Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegias 2021-2030 (Ühised sammud 2020: 4) märgitakse tuleviku suunaks patsiendi- ja pereseksed tervishoiuteenused. Selline lähenemine eeldab meditsiinipersonali valmisolekut suhelda ning toetada mitte ainult patsiente, vaid ka nende lähedasi.

SISSEJUHATUS

- Elulõpuhoolduses etendavad õed suhtlemisel tähtsat rolli, liiati kuna õdede poole pöörduakse esimesena, abi ning nõu küsima. Samas pole suhtlemine õenduspraktikas kuigi lihtne ning loomulikult avalduvat oskust omandatakse pigem vaid kogemuste kaudu.
- Nagu ka muud õe ameti oskused nõuab ka suhtlemine pidevat koolitamist ning harjutamist
- Elulõpuhooldus on tihedalt seotud palliatiivse raviga (toetus- ja taastusraviga). Viimase all mõistetakse terviklikku ravi inimestele, kes põevad kroonilist või terminaalset haigust, ning abi ja toetust patsiendi lähedastele.

LÄHEDASE TOETAMINE LEINAS

Elulõpuhooldus seostub humanistliku teooriaga, mille järgi austatakse inimest, kui tervikut ning mille kohaselt individuaalne lähenemine on oluline

Töökeskonna tõttu võib personalil esineda läbipõlemist, mida võib pidada individuaalseks reaktsiooniks. Neid reaktsioone iseloomustab emotsionaalne kurnatus, ükskõikne ja küüniline suhtumine töösse ning teistesse inimestesse, samuti isiklike saavutuste langus

LÄHEDASE TOETAMINE LEINAS

Üks elulõpuhoolduse ja suhtlemisega seonduvatest teemadest on lein, seda nii lahkuva patsiendi kui tema lähedaste seisukohast vaadatuna.

Lein ja lähedase kaotus puudutab paljusid – perekonda, sõpru, töökaaslast, ometi tuleb arvestada leina kui igapäevase isikliku ja individuaalset kogemust.

Kübler-Rossi mudel identifitseerib leinaprotsessi viis etappi: a) šokk ja eitamine, b) viha, c) kauplemine, d) depressioon ja e) leppimine, mille läbivad ravimatult haiged patsiendid ja nende lähedased.

LEINA 5 FAASI

Eituse faasis teadvustab inimene endale, et ta lähedane on surnud, kuid ei suuda seda siiski uskuda - Lähedased võivad surnut ette kujutada tuttavates kohtades, kus koos viibiti, näiteks poes, kohvikus, kodus

Viha faasis on inimene vihane kas surnu peale või iseenda peale, et ta ei suutnud oma lähedase surma ära hoida

Nii-öelda kauplemise faas tähendab, et lähedase kaotanud inimene räägib, kuidas ta oleks äkki saanud ära hoida olukorda, mis põhjustas lähedase surma

Neljandaks faasiks on depressioon, mis alustab paranemise protsessi ning tähendab, et inimene on osaliselt hakanud lähedase surma aktsepteerima

Viimane faas on aktsepteerimine, kus inimene hakkab vaikselt igapäeva elu tegevustega tegelema ning lepib juhtunuga

LÄHEDASE TOETAMINE LEINAS

- Leinafaase elavad läbi nii lähedased kui ka surija ise. Leinaprotsess pole lineaarne: see tähendab, et leinas inimene või surija võivad jätta faasi vahele, võib toimuda ka tagasilangus
- Protsess on väga individuaalne ning sama pere liikmed elavad leina läbi erinevalt.
- Kõiki viit leinafaasi elavad läbi ka lähedase kaotanud inimesed: perekond, sõbrad, töökaaslased jt.

LÄHEDASE TOETAMINE LEINAS

Igas faasis vajab inimene informatsiooni ja suhteid, emotsionaalset tuge ning juhendamist.

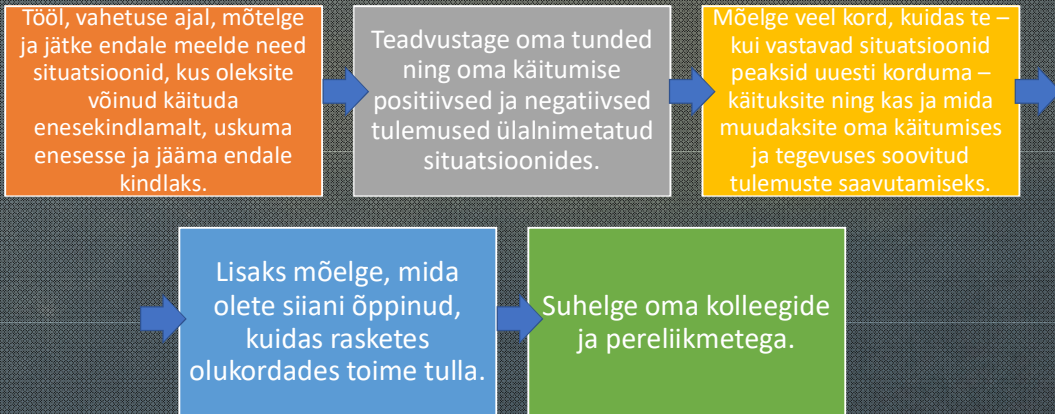
Edukas informatsiooni-vahetus põhineb osapoolte omavahelisel kommunikatsioonil.

Üks osapool peab olema valmis informatsiooni jagama ning teine vastu võtma.

Emotsionaalse toe olemasolu on rasketel eluhetkedel loomulik osa ning inimesel on vajadus sellistel hetkedel jagada oma lugu.

Et leinaga toime tulla vajab inimene pidevat juhendamist läbi kogu protsessi.

Kaasavaid ülesandeid: Enese maksmapanek ja iseteadvus



Kaasavaid ülesandeid: Eneseareng mitteverbaalses kommunikatsioonis

- Kujutage ette videot mõnest patsiendi ja õe vahelisest suhtlusest: videol on hääl vaigistatud. Mõelge järgmisele: kui kerge on aru saada, mida ja millest inimene räägib? Kui lihtne on mõista, millest ta mõtleb? Kui lihtne ja kuidas te ise tõlgendate, mida isik tunneb?
- Vestelge oma kolleegiga ja vaadeldge oma kehakeelt. Püüdke muuta oma mitteverbaalset kommunikatsiooni: käituge nii, et kehakeel ja sõnad ei vasta teineteisele üldse ja mõelge: millist mõju avaldas kehakeel ja selle muutmine vestlusele? Kas osaleja reaktsioon muutus? Milliseid tundeid teie ja osaleja kogesite selles suhtlussituatsioonis.

Tagasiside küsimused pilootkoolituse kohta

8.12.2021 PERH , Taastus-ja Palliatiivravi Kliinik, II järelravi osakond

Tagasiside pilootkoolitusele

Lähedase toetamine leinas

1. Kas koolitus aitas teil oma tööd tõhustada?

JAH EI

2. Kas koolitus aitas teil suhtlust patsiendiga parandada?

JAH EI

2. Kas koolitusel saadud info oli kasulik?

JAH EI

4. Millistest temaga seotud aspektidest oleksite rohkem soovinud teada saada?