

Tartu Teoloogia Akadeemia

Sandra Rump

HINGEHOID EESTI HOSPIITSIDES

Lõputöö

Töö juhendaja:

BA Aire Parts

Tartu, 2013

SUMMARY

Pastoral counseling in Estonian hospices.

The present paper deals with analyzing the availability of pastoral counseling in Estonian hospices in the light of the philosophy of hospice. The paper is written in Estonian.

The choice of the topic is motivated by the fact that there is a need for academic and systematic research into pastoral counseling in Estonian hospices. There has been very little work on this subject.

The purpose of the paper is to analyze the availability of pastoral counseling and pastoral counselors work management in hospices. To research which are each hospices practice and experiences. How the pastoral counselor is seen in the hospices.

To find out how the staff means pastoral counseling and hospice. The main purpose of the paper is to open up and introduce the pastoral counseling and hospice work, which brings the naturalness, humanity, dignity and solemnity to the theme of dying.

Accordingly that, the research questions are:

1. How the examinees understands pastoral counseling?
2. How the examinees understands hospice?
3. Is the pastoral counselor and feels itself as an equal member of the team?
4. If and how the hospice differs from the other apartments of hospital?
5. Has the staff prepared for the work with dying patients?

The paper consists of three chapters. The first one deals with the theoretical basis of the paper. The second chapter deals with the methodology and describes the selection and interviewing. The third chapter deals with the presentation of the data.

Work comes out of the following solutions:

1. The examinees understand pastoral counseling as a human contact, hearing, being there, active listening and helping.
2. The examinees understand hospice as a final step of palliative care, the last place for the dying, preparation of dying, sending him in his final stages of life. On the other hand it is philosophy, holistic approach to human.
3. The staff values pastoral counselor`s work and pastoral counselors feel themselves as an equal member of the team.
4. Hospices differ from the other apartments of hospital. Staff of the hospice is prepared for the work with dying patients. There are smaller wards, patient has more privacy. There`s no specific visiting hours in hospice.
5. The staff of hospice has get an preparation for work with dying patients.

The key words of this paper are: hospice, palliative care.

SISUKORD

SUMMARY	2
SISSEJUHATUS.....	6
1. TEOREETILISED ALUSED.....	10
1.1. Hospiitsi mõiste ja sisu	10
1.1.1. Hospiitsi ajaloost ning tänapäevaste hospiitside teke	12
1.1.2. Hospiitsifilosoofia põhimõtted.....	13
1.1.3. Olukord Eestis.....	15
1.2. Hingehoid hospiitsis	16
1.2.1. Patsiendi vajadused hospiitsis.....	16
1.2.2. Suri ja patsiendi kriisid	18
1.2.3. Hingehoidlik tugi surijale.....	19
2.UURIMUSE METOODIKA	21
2.1. Uurimisküsimuste sõnastamine	21
2.2. Valimi koostamine.....	21
2.3. Uurimismeetod ja andmete kogumine	22
2.4.Uurimuse käik ja andmete analüüs	23
3.UURIMUSE TULEMUSED.....	24
3.1. Intervjuud hingehoidjatega	24
3.1.1. Üldine taust	24
3.1.2. Hingehoidja töökoormus ja –kohustused.....	25
3.1.3.Hingehoidja töö hospiitsis.....	26
3.2. Intervjuud hospiitsi töö eest vastutavate spetsialistidega	28
3.2.1. Üldine taust	28
3.2.2. Hospiitsi üldine töökorraldus	30
3.2.3. Hingehoidja töö hospiitsis.....	31

3.3. Analüüsi tulemuste kokkuvõte	32
KOKKUVÕTE.....	35
KASUTATUD KIRJANDUS	37

SISSEJUHATUS

Käesolev lõputöö analüüsib hingehoiu kättesaadavust ja hingehoidja töö korraldust Eesti hospiitsides lähtuvalt hospiitsfilosoofia põhimõtetest.

Teemavaliku põhjus seisneb selles, et Eestis teatakse vähe hospiitsist, hospiitsfilosoofiast ning sinna juurde kuuluvast hingehoiust. Varasemalt on uuritud hingehoidu erinevatest aspektidest, nii vaimulikust (Maire Ivanova & Tõnu Lehtsaar. Hingehoid Eesti vaimulike pilgu läbi. Usuteaduslik ajakiri, 2009), kui koguduslikust (Maire Latvala. Koguduslik hingehoid Eesti nelja konfessiooni näitel. Tartu Ülikool 2012). Lisaks on ka Tartu Teoloogia Akadeemias varem uuritud hingehoidu erinevatest aspektidest. Näiteks on kirjutatud lõputööd hingehoidjatele vajalikust hingehoiust (Evi Eedla. Hingehoidja hingehoid. TTA 2011) ja teismeliste hingehoiust (Piia Veersalu. Hingehoid, üks võimalusi tööks teismelistega. TTA 2011). Hospiitsist ega hospiitsfilosoofiast ei ole Eestis veel ühtegi teadustööd kirjutatud. Seni pole kirjutatud ka ühtegi tööd, mis uuriks hingehoidu Eesti hospiitsides.

Käesoleva lõputöö eesmärgiks on uurida hingehoiu kättesaadavust ja hingehoidja töö korraldust Eesti hospiitsides lähtuvalt hospiitsfilosoofia põhimõtetest. Uurida, milline on iga hospiitsi praktika ja kogemused. Kuidas on hingehoid korraldatud ja kellena nähakse hingehoidjat hospiitsis.

Lisaks on veel eesmärk tutvustada Eestis tegutsevaid hospiitse. Uurida, kas ja milliseid erinevusi on hospiitsidel haigla teiste osakondadega. Selgitada välja hospiitsis töötava personali ettevalmistus tööks surijatega, teadmised hospiitsfilosoofiast.

Välja selgitada, kuidas mõistavad hingehoiu ja hospiitsi mõisteid hospiitsides töötavad hingehoidjad ning osakonna töö eest vastutavad spetsialistid. Teada saada kui palju teavad hospiitside töö eest vastutavad spetsialistid hospiitsfilosoofia põhimõtteid ja kuidas need väljenduvad töökorralduses.

Töö peamine eesmärk on avada ja tutvustada hingehoiu- ja hospiitsitöö põhimõtteid, mis toovad üldisesse surma-temaatika tabuks pidamisse vastukaaluna loomulikkuse, inimlikkuse, väärikuse ja pidulikkuse aspekti.

Sellest kõigest tulenevalt püstitan järgmised uurimisküsimused:

1. Kuidas mõistavad uuritavad hingehoidu?
2. Kuidas mõistavad uuritavad hospiitsi mõistet?
3. Kas hingehoidja on ning kas ise tunneb end võrdse meeskonnaliikmena?
4. Kas ja kuidas hospiits erineb teistest osakondadest?
5. Kas hospiitsis töötav personal on saanud väljaõpet tööks surijatega ning on kursis hospiitsfilosoofiaga?

Lõputöö eesmärgi saavutamiseks kasutan kvalitatiivset uurimisviisi, kuna see võimaldab mõista uurimuses osalejaid ja nende probleeme, kirjeldada protsessi ning kogeda vahetuid emotsioone. Valisin selle uurimisviisi, kuna selle juures on oluline kuidas ja millest inimesed mõtlevad, mis on inimkäitumise ja inimsuhete sisu, kuidas need toimivad ning mida nendega tehakse. Uurimuse objektiks ei ole ainult silmaga nähtav ja kõrvaga kuuldav, vaid ka sõnade ja tegude taga peituv. Võib jälgida inimese meeleolu, miimikat, avatust suhtlemisel ja muud säärast.

Andmete kogumiseks kasutan poolstruktureeritud intervjuud, kuna see meetod võimaldab uurimuse käigus inimesi põhjalikult küsitleda ja esitada täpsustavaid küsimusi, andes võimaluse põhjalikumalt arutleda. Intervjuude eesmärgiks on avada uuritavat teemat ja leida vastuseid uurimisküsimustele. Intervjuude läbiviimiseks olen ette valmistanud küsimused. Respondendid jagan kahte rühma, hingehoidjad ning hospiitsi töö eest vastustavad spetsialistid. Nende kahe rühma küsimused on suuremas mahus sarnased, vaid mõni küsimus erineb.

Kuna hingehoidu on erinevatest aspektidest juba korduvalt uuritud, siis ma ei pea vajalikuks oma töös sellest pikemalt kirjutada. Alustan kohe hospiitsi mõistest ning seejärel uurin juba hingehoidlikku tööd hospiitsis.

Lõputöö koosneb kolmest peatükist. Esimeses peatükis, teoreetilised alused, analüüsin hospiitsi ja seal teostatava hingehoidliku töö teoreetilisi aluseid. Peatüki jagan kaheks alapeatükiks. Esimene osa kirjeldab hospiitsi mõistet ja sisu, selle ajalugu, hospiitsfilosoofia põhimõtteid ning hetkeolukorda Eestis. Teine osa aga hingehoidlikku tööd hospiitsis. Millised

on hospiitsis viibiva patsiendi vajadused, milliseid kriise läbib patsient kui ta teab omaenda surelikkusest ning milline on ja peaks olema hingehoidlik tugi surijale patsiendile.

Lõputöö teises peatükis, uurimuse metoodika, sõnastan uurimisküsimused, tutvustan valimi koostamist. Selgitan uurimismeetodit ja andmete kogumist. Tutvustan uurimuse käiku ja andmete analüüsi. See peatükk on jagatud neljaks alapeatükiks. Esimene tutvustab uurimisküsimuste sõnastamise käiku, teine analüüsib valimi koostamist, kolmas tutvustab uurimismeetodit ja andmete kogumist lähemalt, neljas selgitab uurimuse käiku ja andmete analüüsi.

Lõputöö kolmas peatükk, uurimuse tulemused, analüüsib tehtud intervjuudest saadud tulemusi. Peatükk on jagatud kolmeks alapeatükiks. Esimene analüüsib intervjuusid hingehoidjatega, teine analüüsib intervjuusid hospiitsi töö eest vastutavate spetsialistidega, kolmas võtab analüüsi tulemused kokku ja selgitab neid.

Lõputöö allikatena kasutan nii Eesti kui välismaiste autorite hingehoiu ja hospiitsi valdkonna teoseid. Töö kirjutamist raskendas allikate nappus. Eestis on seda teemat vaid vähesel määral uuritud, seega oli raske leida materjali töö teoreetiliseks aluseks. Kuna eestikeelset kirjandust on vähe, pidin tõlkima ka välismaiseid allikaid. Lisaks kasutasin interneti allikaid.

Järgnevalt seletan lahti põhilisemad mõisted, mis töös ette tulevad.

Hospiits (*ingl hospice*) – tuleb ladinakeelsest sõnast *hospitum*, mis tähendab tõlkes *varjupaik* või *ole teretunud* (Slettahjell 2007; 109). Tänapäeval on hospiitsid kohtadeks, kus ravimatud haiged ja surijad saavad leevendavat ravi, hooldust ja pöetust (Slettahjell 2007; 109-110).

Hospiitsitöö lähtekohaks on holistlikule ehk terviklikule inimkäsitlusele toetuv hospiitsfilosoofia, mis jaatab elu ja suhtub surma kui vältimatusse ja normaalsesse protsessi (www.pallium.ee).

Palliatiivne ravi (*ingl palliativ care*) – sõna palliatiivne tuleneb inglisekeelsest sõnast *palliate*, mis tähendab *leevendama, kannatusi vähendama, ajutiselt kergendama*. Maailma Tervishoiu-organisatsioon WHO määratleb palliatiivset ravi kui parandamatute haigete ning surijate aktiivset üldravi, kus oluline on valu ja teiste sümptomite leevendamine ning psüühiliste, sotsiaalsete ja hingeliste probleemide lahendamine. (Medicina 1998)

Sõna *care* ei ole otseselt eesti keelde tõlgitav; Tervise Arengu Instituut (TAI) vähistrateegia projekti raames ja kolme Eesti hospitsi koostöös valminud „Hopiitteenuse kirjeldus“ (2010) pakub ühe tõlkevõimalusena välja sõna *sekkumine*, mis on avaram kui senini levinud tõlked *ravi* või *ravi ja (õendus)hooldus* (www.pallium.ee)

1. TEOREETILISED ALUSED

Selles peatükis analüüsin hosiitsi ja seal teostatavat hingehoidlikku tööd teoreetilisest aspektist. Peatüki jagan kaheks osaks. Esimene osa kirjeldab hosiitsi, selle ajalugu, hosiitsfilosoofia põhimõtteid ja hetkeolukorda Eestis. Teine osa aga hingehoidlikku tööd hosiitsis.

Lõputöö üldteoreetilise alusena kasutasin nii Eesti kui välismaiseid hingehoiu ja hosiitsi alaseid teoseid. Kuna hosiitsi teemat on Eestis vähe uuritud ning sellest on vähe kirjutatud, oli raske leida töösse sobivat materjali. Kasutasin nii eesti-, inglise- kui ka saksa keelseid allikaid.

1.1. Hosiitsi mõiste ja sisu

Hosiits on mõistena väga vana, ulatudes tagasi keskaega, mil hosiitsideks nimetati palveränduritele ja teistele teelolijatele loodud puhkepaiku. (www.pallium.ee)

Sõna hosiits (inglise keeles *hospice*, saksa keeles *hospiz*) tuleb ladinakeelsest sõnast *hospitium*, mis tähendab tõlkes *varjupaik* või ole *teretunud*. (Slettahjell 2007; 109)

Hosiitsid on kohad elamiseks surijatele haigetele ning kohast, ruumist, majast või palatist olulisem on töö sisu.

Eesti Haigekassa poolt tunnustatud Õendushoolduse osutamise nõuded määratleb hosiitsi kui iseseisva tervishoiuüksuse või haigla koosseisus töötava osakonna/palatiid, mis osutab surijatele haigetele palliatiivset ja terminaalravi/õendushooldust vastavalt hosiitsfilosoofia põhimõtetele institutsionaalse, päevase ja koduteenusena. (www.haigekassa.ee)

MTÜ Pallium, mille algatajateks on olnud Eestis töötavad hosiitsid ja palliatiivse ravi ja toetuse arendamisest huvitatud spetsialistid ning tervishoiuasutused, on seadnud oma eesmärgiks tutvustada ja arendada palliatiivse ravi, tervikliku hoolduse/toetuse ja hosiitteenuse kontseptsiooni ühiskonnas. Nende kodulehelt võib lugeda, et hosiitsid lähtuvad oma töös hosiitsfilosoofiast, mis on rajatud tugevale humanistlikule alusele, järgides üldtunnustatud väärtusi nagu inimõigused, inimväärikus, võrdväarsus,

võrdõiguslikkus, enesemääramisõigus ja vabadus otsustada. Hospiitsitöös on kesksel kohal terviklik inimkäsitlus. See tähendab, et inimest nähakse kui tervikut ja arvestatakse nii tema füüsiliste kui ka psüühiliste, sotsiaalsete ja spirituaalsete vajadustega. (www.pallium.ee)

Hospiitsitöö lähtekohaks on holistlikule ehk terviklikule inimkäsitlusele toetuv hospiitsfilosoofia, mis jaatab elu ja suhtub surma kui vältimatusse ja normaalsesse protsessi. (SA EELK Tallinna Diakooniahaigla 2010; 3)

Et pakkuda elust lahkuva inimese vaevustele ja muredele igakülgset leevendust, töötavad hospiitsides interdistsiplinaarse meeskonnana hospiitsfilosoofiaalase koolituse saanud arstid, õed, hooldusõed, hingehoidjad, sotsiaaltöötajad, tegevusterapeutid, psühholoogid, füsioterapeutid. Vajaduse tekkides kaasatakse lisaks spetsialiste väljastpoolt oma meeskonda. Olulisel kohal on valuravi ja muude vaevuste leevendamine ning hea, inimese vajadustest lähtuv hooldus. Patsiendile ja tema lähedastele on kättesaadav psühhosotsiaalne toetus ja hingeabi. (www.pallium.ee)

Hospiitsteenuse on mõeldud patsientidele, kelle haigusele ei ole enam tervendavat ravi ja kelle haigus on arenenud terminaalsete faasi. Hospiits on teenus, mis võimaldab terminaalfaasi jõudnud haigusega inimesel elada koos oma lähedastega maksimaalselt täisväärtuslikku elu kuni surmani ning tagab patsiendile väärika ja rahuliku surma. Hospiitteenuse keskmes on surev inimene ja tema lähedased. Elu lõpus leevendatakse surija vaevusi, lähtudes hospiitsfilosoofiast ja terviklikust inimkäsitlusest, osutades toetavaid teenuseid ka surija lähedastele. (SA EELK Tallinna Diakooniahaigla 2010; 8)

Eesmärgiks on hospiitsfilosoofilisel alusel osutatava palliatiivse sekkumise kõrge tase, tegevuse järjepidevus, võimalikult õdus ja kodune keskkond, toetatakse inimese suutlikkust tulla võimalikult kaua toime kodustes tingimustes ning soodustatakse patsiendi lähedaste osalemist sureva inimese elus. (SA EELK Tallinna Diakooniahaigla 2010; 8)

Palliatiivne ravi erineb teistest meditsiinierialadest selle poolest, et ei keskenduta ühele elundile ega teatud tüüpi haigustele või raviviisile. Palliatiivne ravi on defineeritud haige seisundi, prognoosi ja ravivajaduse alusel. (Suija & Suija 2008)

Maailma Tervishoiuorganisatsioon toob palliatiivse ravi kohta välja järgmised printsiibid: see leevendab valu ja muid häirivaid sümptomeid; jaatab elu ning suhtub surma kui normaalsesse protsessi; ei kiirenda surma tulekut ega lükka seda edasi; ühendab psühholoogilisi ja spirituaalseid aspekte patsiendi ravis; pakub toetussüsteemi, et aidata patsiendil elada surmani nii aktiivselt kui võimalik; pakub toetussüsteemi, et pere tuleks toime patsiendi haiguse ajal ning endi raske kaotusega; kasutab meeskondlikku lähenemist, et tegeleda patsiendi ning lähedaste vajadustega, sisaldades ka vajadusel leinanõustamist; parandab elukvaliteeti ning võib haiguse kulgu positiivselt mõjutada; kohandatakse haiguse varajases staadiumis koos teiste ravimeetoditega. (www.who.int)

1.1.1. Hospiitsi ajaloost ning tänapäevaste hospiitside teke

Ülemaailmse Palliatiivse Ravi Liidu (Worldwide Palliative Care Alliance) juhi S. Connori järgi on üldiselt teada, et esimesed hospiitsid asutati 11-ndal sajandil ristsõdijate poolt. Kuni selle ajani ei lubatud ravimatuid haigeid kohtadesse, kus tervendati. Nende kohalolekut peeti kahjulikuks teiste patsientide ravimisprotsessile. Esimesed hospiitsid asusid kohtades, kust rändurid möödusid. Teekäijate eest hoolitseti samuti kui haigete ja surijate eest. 1309. aastal asutati hospiitshaigla, kus hoolitseti teekäijate, haigete ja ravimatute eest. (Connor 1998; 4-5)

Keskaja hospiitstraditsioon vajas minevikku. See sündis uuesti 17. sajandil, kui St. Vincent de Paul asutas Pariisis ühingu the Sisters of Charity. Nad avasid mitmeid maju, et hoolitseda orbude, vaeste, haigete ja surijate eest. Iirimaa the Sisters of Charity ühing asutas Our Lady's hospiitsi, et hoolitseda surijate eest Dublinis. Aastal 1900 asutas Iiri ühing Londonisse nunnakloostri. Nad külastasid haigeid kodudes. Aastal 1902 asutasid nad St. Joseph's hospiitsi surevatele vaestele. Rohkem kui 50 aastat hiljem asus sinna tööle Cicely Saunders. Ta arendas valu leevendamise ja sureva patsiendi tervikvajaduste lähenemisviise. Tema filosoofia, kasutada meeskonda inimese raviks, on saanud hospiitsravi aluseks kogu maailmas. (Connor 1998; 5)

Cicely Saunders, kes algul töötas õena, siis sotsiaaltöötajana ning lõpuks arstina, sai selge visiooni, milline peaks ideaalis olema sureva inimese eest hoolitsemise keskus. See keskus sisaldas nii õppe- kui ka uurimisasutust. Aastal 1967 avas ta St. Christopher's hospiitsi Londoni lähedal Sidenhamis. Ülemaailmse hospiitsliikumise matriarhina on ta inspireerinud hooldajaid jätkama tema missiooni hoolitseda surijate eest. (Connor 1998; 5)

Cicely Saundersi eestvedamisel 1967-ndal aastal rajatud esimene tänapäevane St. Christopheri hospiits erines varasematest hospiitsidest eelkõige just intensiivse sümptomite jälgimise ja kontrolli poolest, mille nad välja töötasid ja mille põhimõtted arenesid ja kiirelt levima hakkasid. (Student & Napiwotzky 2011; 6)

USA-s kerkis hospiitsliikumise pioneerina esile Šveitsi päritolu arst ja psühhiaater Elisabeth Kübler-Ross, kellelt ilmus 1969-ndal aastal raamat „On Death and Dying“. See lõi aluse uutele seisukohtadele, kuidas suhtuda surma, suremisse ja leina, murdes katki neid ümbritsevad tabud. USA esimene tänapäevastel põhimõtetel rajanev hospiits avati 1973-ndal aastal New Havenis Connecticutis. Sellest ajast alates võib rääkida ülemaailmsest hospiitsliikumisest. (Student & Napiwotzky 2011; 7)

1.1.2. Hospitsfilosoofia põhimõtted

Cicely Saunders on öelnud: „*Sa lähed meile korda oma elu viimaste hetkeni. Ja me teeme kõik, mis me saame, et sind mitte ainult aidata rahulikult surra, vaid aidata sul elada kuni surmani.*“ Tema oli seisukohal, et õige aeg terminaalseks hoolduseks ehk elulõpu-hoolduseks või surmahoolduseks (ingl *terminal care*) on siis, kui haiguse aktiivravi ei anna enam tulemusi või ei ole sellel patsiendi tegelike vajadustega arvestades mõtet. (Slettahjell 2007; 111)

Elisabeth Kübler-Rossi Assosatsioon Šveitsis (*Die Arbeitsgemeinschaft Elisabeth Kübler-Ross*) rõhutab, et hosiits ei ole tänapäeval mitte ainult konkreetne institutsioon, vaid ka kui kontseptsioon, mis kirjeldab terviklikku surma- ja leinanõustamist/toetust. Hosiitse mõistetakse lähtuvalt viiest kvaliteedikriteeriumist:

1. teenuse keskmes on patsient ja tema pere
2. toetust pakutakse interdistsiplinaarse meeskonna koostöona
3. kaasatakse vabatahtlikud abilised
4. palliatiivne ravi */palliativ care/* (oluline valu leevendamine ja elukvaliteet) arstiabi */medical care/* (tervendamisele suunatud ravi) asemel; ehk lühidalt öeldes: elukvaliteet elukvantiteedi asemel
5. leinatöö: patsiendi lähedaste järelhooldus pärast patsiendi surma. (www.hospiz.org)

Ann-Elin W. Slettahjell toob välja hosiitsfilosoofia kaheksa olulist põhipunkti :

1. Terviklik inimkäsitlus, mis võtab tõsiselt füüsilisi, psüühilisi, sotsiaalseid ja vaimseid vajadusi
2. Ravikäsitlus, mis mõistab surma kui loomulikku protsessi ja arvestab sellega, et patsienti ei saa terveks ravida, kuid talle saab pakkuda head palliatiivset ravi
3. Terviklik hooldus, mis hõlmab nii patsienti kui tema perekonda
4. Avatud kommunikatsioon, mis lähtub aususest ja avatusest, jagab informatsiooni kõikidele osapooltele
5. Erialadevaheline koostöö, mis tähendab, et viimases eluetapis on kõik spetsialistid võrdselt olulised
6. Kontakti järjepidevus, mis tähendab viimases eluetapis isikliku õe/hooldaja olemasolu
7. Leinatöö, mis annab võimaluse osaleda leinagrupis ja vestlustes
8. Toetussüsteemid personalile. (Slettahjell 2007; 110-111)

Hooldusravi tegevusjuhend toob välja samuti kaheksa hosiitsfilosoofia põhimõtet, kuid kirjeldab neid põhjalikumalt. Terviklikku inimkäsitlust avardatakse märkama igat inimest kui kordumatut, teistest erinevat indiviidi, keda on vaja aktsepteerida just sellisena, nagu ta on.

Rõhutatakse kõikide inimeste võrdsust ja sellest tulenevat vajadust suhtuda austavalt kõikidesse. Tervikliku hoolduse selgitamiseks kirjutatakse lahti, mida panna tähele ja millega tegelda eraldi füüsilises, psühhosotsiaalses ja vaimses hoolduses. Erialadevahelist koostööd nähakse samuti interdistsiplinaarse meeskonna koostöona, kuid lisatakse, et ka patsient koos oma lähedastega kuulub sinna meeskonda. Kontakti järjepidevuse all mõistetakse kontakti patsiendi, personali ja patsiendi lähedaste vahel. Tugisüsteemina personalile nähakse töökoopaolset toetust, personali stressitunnuste märkamist, avatud õhkkonna loomist ja võimalust asjatundjate abile ning supervisoonile. (www.haigekassa.ee)

1.1.3. Olukord Eestis

Hospiitteenuse kirjelduse (2007; 3-4) järgi viibivad Eestis terminaalses seisundis haiged sageli kodudes, hooldekodudes, hooldusravi osakondades ja aktiivravi osakondades, kus nad ei saa oma vajadustele vastavat adekvaatset teenust. Terminaalsete haigete vajaduste rahuldamiseks on vaja sobivat keskkonda, adekvaatset palliativset sekkumist ning hospiitsfilosoofia põhimõtetest lähtuva, vastava väljaõppe saanud interdistsiplinaarse meeskonna tööd. Parim võimalus selleks on hospiitteenus. (www.pallium.ee)

Rahastatud on hospiitsvoodikohti hooldusravi hinnakirja alusel. 2008.aastal esitati Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsiooni (EGGA) poolt Haigekassale ettepanek hospiitsvoodipäeva hinna lisamiseks tervishoiuteenuste loetellu. Haigekassa ei aktsepteerinud ettepanekut ja 2009. aastal esitati ettepanek teistkordselt. (www.pallium.ee)

Ennast hospiitsina määratlevaid osakondi on Eestis kolm: EELK Tallinna Diakooniahaiglas, Tartu Ülikooli Kliinikumi Spordimeditsiini ja taastusravi kliinikus ning SA Ida-Tallinna Keskhaigla Hooldusravikliinikus.

Tartu Ülikooli kliinikumi andmetel on Eestis hospiitsravi põhimõtteid rakendatud alates 1997.aastast, mil alustasid tööd esimesed vähihaigete koduse toetusravi rühmad. Kodune toetusravi on turvaline võimalus neile patsientidele ja peredele, kes soovivad olla kodus ja saada kvaliteetset ravi oma pere ja lähedaste keskel. (www.kliinikum.ee)

Hospiitside areng Eestis algas 2002.aastal, kui avati esimene hospiitsosakond EELK Tallinna Diakooniahaiglas. Hospiitsosakonna töö algas koostöös Norra partneritega, kellelt saadi nii teoreetiline kui ka praktiline väljaõpe. Diakooniahaigla hospiitsis on 12 voodikohta.

(www.diakooniahaigla.ee)

Tartu Ülikooli Kliinikumi Spordimeditsiini ja taastusravi kliinik avas 2007.aasta sügisel, koostöös Tartu linnavalitsuse tervishoiuosakonnaga, 7 voodikohaga hospiitsi.

(www.kliinikum.ee)

Alates 2009.aasta veebruari lõpust alustas, samuti koostöös Norra spetsialistidega, tegevust Ida-Tallinna Keskhaigla Hooldusravikliiniku 10-kohaline hospiitsosakond. (www.pallium.ee)

1.2. Hingehoid hospiitsis

Selles alapeatükis analüüsin hospiitsis oleva patsiendi vajadusi. Tutvustan kriise, mida läbib inimene, kes teab, et tema elu on lõppemas. Uurin millist hingehoidlikku tuge surija patsient vajab ning milline roll on selles hingehoidjal. Selgitan lühidalt ka hingehoiu mõistet.

Hingehoid on suunatud inimese kui terviku ülesehitamisele. Hingehoid ei ole misjoni- ega kuulutustöö, vaid kannatavale inimesele toeks olemine tema enda vajadustest ja veendumustest lähtuvalt. Hingehoius keskendutakse inimesele kui subjektile. Ta on vastutav iseenda eest ja otsustav osaline interaktsioonis teise inimesega ning sotsiaalse keskkonnaga üldisemalt. Ligimesekeskne hingehoid tähendab, et hingehoidja annab abi, aga üksnes seega, et toetab aidatavat tema probleemide lahendamisel ja sügavaima identiteedi otsingutes tema omal viisil, tema tingimustel ja tema rütmis. Lähtuvalt piibellikust inimkäsitlusest hoolitsetakse kogu inimese eest, inimese kui terviku eest. (www.hingehoid.ee)

1.2.1. Patsiendi vajadused hospiitsis

Kübler-Rossi ja Kessleri järgi läbib inimene, kes saab teada, et ta põeb ravimatut haigust, mis lõpeb surmaga, viit faasi: mitte tunnistada tahtmine, viha, arutlused, depressioon, nõustumine

(www.grief.com). Hospiitsi sattunud patsient võib olla neist ükskõik millises faasis. Oleneb kui kaugele ta on asju mõelnud ning kui palju ta on tahtnud üldse edasi mõelda.

Norra luterliku kiriku diakon A.-E. Slettahjell juhib tähelepanu, et suremisega seotud reaktsioonid on inimestel erinevad ja ei ilmne mingi kindla mustri järgi. Suriija leinafaaside tundmine võiks olla pigem abiks, et mõista inimesi elu viimases etapis. Patsient võib liikuda faaside vahel ja mõnest ka üle minna, käia protsessi mitu korda läbi. Mõnel juhul jõuab patsient ka leppimiseni, kuid enamjaolt sureb ta olles mingis muus faasis. Ometi on aitajate töö suunata inimest rahu ja aktsepteerimise poole, teades, et kõik inimesed on huvitatud inimese väärtusest, identiteedist, elu mõttest, sisemisest väärikusest, turvalisusest, armastusest, andestusest, lootusest ja eesmärkidest, mille poole püüelda. (Slettahjell 2007; 115)

Haiguse põhjustatud kriis tuleb luba küsimata, lööb segi tuttavad skeemid, tekitab hirme, jagab aja kahte: enne ja pärast diagnoosi. Kriis algatab tihti ka ennetava leinatöö. See võib äratada süü- ja häbitunde ning mitmesuguseid küsimusi. (Aalto&Gothoni 2010; 26)

Hospiitsi jõudnud patsiendid on enamasti juba terminaaletapis. Inimene on sageli teadlik temaga toimuvast kuid ta meel võib olla siiski muutlik. Palliatiivset ravi tutvustavast raamatust võib lugeda, et surma lähenemisse suhtub inimene tihti mitmeti. Ühel hetkel võib ta olla realist ja teada, et elu lõpeb, teisel hetkel elab tulevikuunistustes. Elu jätkumise lootus pesitseb sügaval inimese hinges. (Medicina 1998; 125-126)

Patsiendid räägivad sageli väärtushinnangute purunemisest ja eluväärtuste muutumisest. Terminaalhoius tõstab eksistentsiaalne valu esile nn. elu põhiküsimused ja väärtushinnangud. Patsient esitab ka küsimusi, millele teadus ja kogemused vastata ei oska. Nende küsimustega otsib ta vastuseid maailmavaate, positsiooni, väärtuste, religiooni ja uskumise abil. (Medicina 1998; 161)

Ükskõik, mis faasis või mis olukorras hospiitsi patsient on, vajab ta lootust: vaatamata kõigele loodab ta terveks saada, loodab imele. See on kõrvalseisjatele raske, ometi ei tule soodustada võimatut lootust, vaid pakkuda ja võimaldada neid lootusi, mis on selles olukorras võimalikud. Sageli ei ole see lootus mitte lihtsalt kaeblemine, vaid lootust vajab surija lõpuks ka selleks, mis tuleb pärast surma. Patsient vajab spirituaalset/vaimset lootust. (Student & Napiwotzky 2011; 46)

1.2.2. Suri ja patsiendi kriisid

Teades eelolevast elulõpust läbib inimene erinevaid kriise. Kolm kriisi, mida kogeb surija, on hingeline, füüsiline ning vaimne kriis.

Teadasaamine lähenevast elu lõpust võib inimeses põhjustada hingelise kriisi. Tartu Ülikooli professori T. Lehtsaare järgi puudutab hingeline kriis inimese sisemaailma. See tähendab võimetust toime tulla oma tunnete, mõtete, soovide ja sisekonfliktidega. Hingeline kriis on alati seotud inimese psühholoogilise eripäraga. Samadele elusündmustele võivad erinevad inimesed reageerida sootuks erinevalt. (Lehtsaar 1994; 21)

Terminaalses etapis oleval inimesel on tavaliselt ka muutunud füüsis. See võib põhjustada füüsilise kriisi. Täiskasvanud inimesel on väljakujunenud minapilt ja suhtumine oma füüsisesse. Kiired kehalised muudatused põhjustavad muudatusi ka enesehinnangus. Tavaliselt elatakse seda üle kui sisemist pinget ja hingesegadust. Nõuab aega, et kohaneda oma uue füüsilise minaga ning luua sellele vastav uus minapilt. (Lehtsaar 1994; 22)

Kui inimene puutub kokku paratamatusega, on tavaline, et hakatakse kahtlema Jumalas. Haigus tekitab inimeses vaimse kriisi. T. Lehtsaare arvates puudutab vaimne kriis kõlbelisi, eksistentsiaalseid ja usulisi raskusi. Sagedasemad selles reas on küsimused elu mõttest, Jumala olemasolust, tõest, õigest ja väärast, patust ja lunastusest. (Lehtsaar 1994; 23)

Ilmalik-eksistentsialistliku filosoofia järgi soovib inimene leida oma kohta maailmas ja oma olemasolu mõtet. Samas ei suuda ta seda. Ta ei suuda tajuda maailma tervikuna ja oma kohta või mõtet selles. Nii peab inimene looma oma elule isikliku tähenduse. Samas usutakse, et surm on kogu inimeksistentsi lõpp. Seega hävitab surm ka selle isikliku tähenduse, mille inimene oma elule annab. Nii peab inimene elama silmitsi absurdiga - elama nii, nagu elul oleks mõte, samas teades, et surm selle hävitab. (Moor 2003; 98)

Surijal tekib ka mure oma lähedaste pärast. Hingehoiu õpikus on välja toodud, et paranematult haige patsiendi surmahirm on tihti konkreetne. Valu ja raviprotseduuridega seotud hirmud ja üksindustunne valdavad kergesti mõtteid. Ängistust võivad põhjustada ka oma eksistentsi, sotsiaalsete suhete ja sõltuvusega seonduvad küsimused ning hüljatuse ja abituse tunne. Ka ilmajäämine oma lähedastest inimestest, oma tervisest ja elust põhjustavad paljudes kurbust ja ängistust. (Aalto&Gothi 2010; 19)

Iseenda surmast teadasaamine on alati mingil määral dramaatiline. Moor toob välja, et iseenda surelikkuse omaksvõtt võib aga teatud tingimustel toimuda ka harmooniliselt. Siiski ei tähenda see ka siis surmaga seotud mure täielikku lõppemist- jääb mure teiste pärast, inimeste pärast, kes on lähedased ja kelle heaolu sõltub surmateadvustajast. (Moor 2003; 113)

1.2.3. Hingehoidlik tugi surijale

Hiina vanasõna ütleb, et hea rääkija ei ole nii palju väärt kui hea kuulaja. (Student & Napiwotzky 2011; 47)

Elu mõtte ja kogemuste tähenduse leidmisel vajavad patsiendid tihti hingehoidlikku tuge teiselt inimeselt - mitte, et antaks vastused, vaid et oldaks kuulajad, toetajad ja kõrval kõndijad. Kui patsiendile ei kõnelda otsesõnu tema paratamatusest haigusest, võib talle tunduda, et sellest kõnelemine ei ole lubatud. Eesmärgiks on, et patsient suudaks aktsepteerida oma haigust ja võimalikku surma. Protsessi ajal võib ta leida oma elu mõtte ja tähenduse, mille najal võib ta surra rahu. (Aalto&Gothoni 2010; 20)

Hingehoidlik abi seisneb sageli selles, et me aitame inimesel küsida järgmisi küsimusi, aitame tal leida selle probleemi, millega ta ise tegeleda saab ja lepitame teda asjadega, mis tema tahtest ei sõltu. Abi ei ole vastustes, vaid selles, et keegi jaksab kuulata küsimusi langemata masendusse või kitsikusse, mida küsija ise tunda võib. Abi on inimeses, kes kuulates esindab palveid kuulvat Jumalat. (Ugur 1999; 10)

Hingehoidlik vestlus surijaga tähendab tavaliselt kokkuvõtete tegemist, meenutamist. Terminaalhoolduses on hingehoidlikul vestlusel kolm eesmärki: meenutamine, lepitus ja valmistumine. Meenutamine tähendab eluperioodide läbikäimist ja sisaldab nii armsaid ja häid mälestusi kui ka valusaid ja pooleli jäänud asju. Meenutamine aitab ka samm-sammult loobuda asjadest, mis on tähtsad ja mis hoiavad elu küljes kinni. (Aalto&Gothoni 2010; 71)

Lepitus tähendab andekspalumise ja andeksandmise võimalust suhtes inimeste, aga ka Jumalaga. On võimalik kokku puutuda aastate taguste, meelt rõhuvate asjadega ja neist vabaneda. Valmistumine tähendab avameelset vestlust surmast ja sellega seotud ettekujutuste läbikäimist. Suriija võib arutleda, mis toimub pärast surma. Ta võib mõelda sellest kui vaimulikust, aga vahest ka kui praktilisest asjast. Jumala armu kinnitamine ja surija eest

palvetamine on hingehoidja ülesanded. Sellesse teemaringi võib kuuluda ka matuste kavandamine. (Aalto&Gothoni 2010; 71-72)

Tihti soovivad patsiendid kellegagi lihtsalt rääkida. Siin võib kasuks tulla dialoogiline nõustamisvestlus, mõlemapoone dialoog. McLeod toob välja, et sellel võib olla eriline tähendus, sest üldiselt ei astu spetsialistidest abistajad nagu õed, arstid ja õpetajad eriti mõlemapoolsesse dialoogi, vaid pigem kuulavad, diagnoosivad/hindavad ja ütlevad inimesele, mida teha. Mitmetes olukordades on selline ettekirjutusi tegev käsitlemine vajalik ja tõhus, kuid isiklike murede puhul ei ole see piisav. (McLeod 2007; 213)

2. UURIMUSE METOODIKA

Selles peatükis tutvustan uurimuse metoodikat. Sõnastan uurimisküsimused, tutvustan valimi koostamist. Selgitan uurimismeetodit ja andmete kogumist. Tutvustan uurimuse käiku ja andmete analüüsi.

2.1. Uurimisküsimuste sõnastamine

Eestis ei ole hingehoid ega hospiits just kuigi tuntud mõisted. Vahel mõistavad neid erinevalt ka selle valdkonnaga kokku puutuvad inimesed. Samuti ei ole Eestis laialdaselt levinud, et haigla personali koosseisu kuulub võrdse meeskonnaliikmena hingehoidja. Julgen arvata, et vähemalt hospiitsosakondades see nii on. Enamasti tundub, et hospiits kuulub mõne muu osakonnaga kokku ning ei ole selgelt piiritletud. Samuti arvan ma, et hospiitsis töötamine on ka personalile vaimselt kurnav. Et seda kergendada, peaks kogu hospiitsi meeskonnal olema ettevalmistus tööks surijatega.

Sellest tulenevalt püstitan järgmised uurimisküsimused:

1. Kuidas mõistavad uuritavad hingehoidu?
2. Kuidas mõistavad uuritavad hospiitsi mõistet?
3. Kas hingehoidja on ning kas ise tunneb end võrdse meeskonnaliikmena?
4. Kas ja kuidas hospiits erineb teistest osakondadest?
5. Kas hospiitsis töötav personal on saanud väljaõpet tööks surijatega ning on kursis hospiitsfilosoofiaga?

2.2. Valimi koostamine

Valimi koostamisel lähtusin sellest, et teadaolevalt tegutseb Eestis pikemaajaliselt kolm hospiitsi. Need asuvad AS Ida-Tallinna Keskhaigla Hooldusravikliinikus, SA EELK Tallinna Diakooniahaiglas ning Tartu Ülikooli Kliinikumi Spordimeditsiini ja taastusravi kliinikus. Lähtusin sellest, et valimi suurus oleks optimaalne. Kui intervjueerida kolmest hospiitist kahte inimest, saaks intervjueeritavate arvuks kuus. Nii ma ka tegin.

Üks isik, keda hospiitsidest intervjuerida, on kindlasti hingehoidja. Samas ei ole neis kõigis haiglates olemas hingehoidja ametinimetuse all töötavat spetsialisti. Seega lähtusin sellest, et hingehoidja alla võib kuuluda ka näiteks haigla kaplan, kes määratleb oma tööd ka hingehoiutööks. Valimit koostades ei jälginud isikute sugu, vanust ega muid näitajaid.

Teiseks isikuks, keda hospiitsidest intervjuerida, sobis minu arvates hästi inimene, kes on hospiitsi tööga kursis ning tunneb eeldatavalt ka hospiitsifilosoofiat. Jõudsin sinnani, et igat osakonda peab keegi juhtima ning selle tööd koordineerima. Arvasin, et pädevaks inimeseks minu küsimustele vastama on hospiitsi töö eest vastutav spetsialist. Jällegi ei arvestanud valimit koostades isikute sugu, vanust ega muid näitajaid.

2.3. Uurimismeetod ja andmete kogumine

Uurimuse läbiviimiseks kasutasin kvalitatiivset uurimisviisi, kuna see võimaldab mõista uurimuses osalejaid ja nende probleeme, kirjeldada protsessi ning kogeda vahetuid emotsioone. Kadi Ilves kirjutab oma töös, et kvalitatiivselt mõeldes ei räägita numbritest ega hinnata midagi arvuliselt. Pole oluline, kui palju midagi on või kui paljud inimesed üht või teistmoodi ütlevad või mõtlevad, vaid millest ja kuidas nad mõtlevad ehk mis on inimekäitumise, inimesuhete sisu, kuidas need toimivad ja mida nendega tehakse. Seejuures ei ole uurimise objektiks ainult silmaga nähtav ja kõrvaga kuuldav, vaid ka sõnade ja tegevuse taga peituv, aimatav, vihjamisi edasi antav – kavatsus, liikumapanev jõud, suhtumine, niiõelda mängusolev panus jms. (Ilves 2009)

Andmete kogumiseks kasutasin poolstruktureeritud intervjuud, kuna see meetod võimaldab uurimuse käigus esitada täiendavaid küsimusi (Laherand 2008; 192-195). Intervjuude eesmärgiks oli avada uuritavat teemat ja leida vastuseid uurimisküsimustele. Intervjuude läbiviimiseks olin ette valmistanud küsimused. Respondendid jagasin kahte rühma, hingehoidjad ning hospiitsi töö eest vastustavad spetsialistid. Nende kahe rühma küsimused olid suuremas mahus sarnased, vaid mõni küsimus erines.

2.4. Uurimuse käik ja andmete analüüs

Intervjuud viisin läbi vahemikus märtsist aprillini aastal 2013. Et uurimust läbi viia, võtsin ühendust kolme haiglaga. Kahes oldi kohe rõõmuga nõus uurimuses osalema, kolmandas pidin haigla juhtkonnale esitama uurimuse kohta käivaid dokumente ning seejärel otsustas komisjon uurimuse läbiviimiseks loa anda. Seejärel võtsin juba personaalselt ühendust intervjuueeritavatega. Nemad olid kõik väga avatud ja vastutulelikud, sai kokku lepitud mõlemale osapoolele sobilik aeg intervjuu läbiviimiseks. Intervjuude läbiviimiseks olin ise nõus intervjuueeritavate töökohta minema, kuna nii sain ka kõigi kolme hospiitsiga tutvuda. Ühe intervjuu viisin läbi skype teel.

Intervjuud kujunesid vabas vormis vestlusteks. Esitasin intervjuueeritavatele kirja pandud küsimusi. Kui jäi vastusest midagi segaseks, esitasin täiendavaid küsimusi. Püüdsin olla vestluse passiivsem pool, et intervjuueeritav saaks vabalt aega võtta ja oma mõtteid väljendada. Intervjuude keskmiseks pikkuseks kujunes 30 minutit. Sellele järgnes veel osakonnaga tutvumine.

Intervjuud lindistasin diktofoniga ning hiljem transkribeerisin need. Transkribeerimisel juhindusin Laheranna poolt välja toodud õpetusest. Andmeid analüüsisin teoreetilise kodeerimise teel. Teoreetiline kodeerimine on andmeanalüüsi protseduur, mille eesmärk on luua põhitud teooriat. Tõlgendusprotsessis võib eristada erinevaid tekstiga töötamise protseduure. Need on avatud kodeerimine, telgkodeerimine ja valikuline kodeerimine. Need on tekstimaterjali käsitlemise erinevad viisid, mille vahel uurija võib vajadusel edasi-tagasi liikuda ja mida võib analüüsi käigus kombineerida. Tõlgendusprotsess algab avatud kodeerimisega, aga mida enam analüüsiprotsess lõpule läheneb, seda enam tõuseb esiplaanile valikuline kodeerimine. (Laherand 2008; 279-288)

3.UURIMUSE TULEMUSED

Selles peatükis analüüsin tehtud intervjuudest saadud tulemusi. Kuna intervjuerisin kaht erinevat tüüpi spetsialiste, siis jagasin peatüki kolmeks. Esimesena toon välja tulemused, mida andsid intervjuud hingehoidjatega. Teiseks toon välja tulemused, mida andsid intervjuud hosiitsi töö eest vastutavate spetsialistidega. Ning kolmandaks analüüsin saadud tulemusi ning teen kokkuvõtteid.

3.1. Intervjuud hingehoidjatega

Kokku vestlesin kolme spetsialistiga, kes tegelevad hosiitsides hingehoiutööga. Kuna neid on vähe ja äratundmise võimalus on suur, siis otsustasin jätta intervjueritavad anonüümseteks. Respondendid tähistan järgmiste tähistega. N₁; N₂ ja N₃.

Jagasin selle alapeatüki kolmeks osaks. Esimeses osas analüüsin intervjueritavate tausta. Sinna alla käib nende hariduslik taust ja ettevalmistus tööks hosiitsis. Samas ka nende endi arvamus hingehoiust ja hosiitsist. Teises osas analüüsin intervjueritavate töökoormust ja –kohustusi üldiselt. Kolmandas osas analüüsin hingehoidjate tööd just hosiitsis.

3.1.1. Üldine taust

Interjuusid hingehoidjatega alustasin küsimusega, et milline on nende ametinimetuse kõne all olevas asutuses. Tuli välja, et kahel vastanutest on ametinimetuseks ametlikult hingehoidja ning ühel on selleks kaplan. Kuid selleks, et edaspidiselt ei oleks võimalik kedagi ära tunda, nimetan neid kõiki ühiselt hingehoidjateks.

Hingehoidjana on varem töötanud üks vastanutest. Respondentide tööstaaž sellel alal on erinev. Vastanutest kõige lühema ajaga on töötanud üks hingehoidja, 2 ja pool aastat, teine on selles ametis olnud peaaegu viis aastat ning kolmandal saab varsti selles ametis juba 10 aastat täis.

Uurides hingehoidjate hariduskäigu kohta, siis tuli välja, et vastanutest vaid ühel on erialane kõrgharidus. Ülejäänud kahel on teoloogiline kõrgharidus ning selle käigus on siis mingil määral olnud kokkupuuteid hingehoiuga. Üks neist on siiski teoloogiaõpingutega paralleelselt läbinud ka Usuteaduse Instituudis hingehoiukoolituse.

Küsidest hingehoidjatel, kuidas nemad kokkuvõtvalt defineerivad hingehoidu, sain ma erinevaid vastuseid. Üks neist arvas, et selle jaoks oleks vaja õpiku tarkusi, teine tõi välja tsitaadi, arvates, et see võtab just hingehoiu sisu hästi kokku. Respondent N₃ vastas aga, et *hingehoid on inimlik kontakt, mis tekitab abivajajais vaimse ja hingelise heaolu ja selguse tunde.*

Järgnevalt esitasin hingehoidjatele sarnase küsimuse, kuid nüüd juba hopiitsi mõiste kohta. Sellele küsimusele vastati suhteliselt sarnaselt. Arvati, et see on surijatele viimne koht elamiseks, surija ettevalmistamine ja tema saatmine viimsel eluetapil. Üks vastanutest tõi veel välja ka hospiitsi filosoofilise poole. Üks respondentidest arvas, et hospiits on koht, kus inimest võetakse tervikuna. Samas ka kogu personal töötab meeskonnana.

3.1.2. Hingehoidja töökoormus ja –kohustused

Intervjuude käigus tuli välja, et kõik kolm hingehoidjat töötavad peale hospiitsi ka haigla teistes osakondades. Jutu käigus sain aru, et kõigi jaoks on hospiits ikkagi kõige tähtsam, seda osakonda külastatakse igal tööpäeval ning hospiitsi patsientidele kulub põhiohk tähelepanust. Intervjueeritavate töökoormuse kohta uurides tuli välja, et vaid üks neist töötab täiskohaga. Üks vastajatest töötab peaaegu täiskohaga, ehk siis 0,75 töökoormusega ning viibib haiglas neli päeva nädalas. Üks respondentidest külastab haiglat kahel päeval nädalas, mõned tunnid päevas. Üheselt võis aru saada, et tööd oleks tegelikult rohkemgi kui üks inimene täiskohaga jõuaks.

Küsid intervjuueeritavate käest nende peamiste tökohustuste kohta, siis toodi üheselt välja, et kõige tähtsam on hingehoidlik vestlus patsiendiga. Seejärel juba vestlused lähedaste ja personaliga. Samas ollakse haiglas vahel ka lihtsalt hea seltsiline. Kui patsient ei ole võimeline enam rääkima, siis hingehoidja istub ta kõrval, silitab kätt, palvetab, laulab. Lisaks tõid respondendid välja veel selle, et nad viivad haiglas regulaarselt läbi ka jumalateenistusi.

Kahel vastanutest on olemas korrektne ametijuhend, kolmas ei osanud selle kohta täpselt vastata. Kolmest respondendist kaks teevad igapäevaselt haigla dokumentatsiooni märkmeid oma töö kohta. Ühel hingehoidjatest tuleb iga-aastaselt esitada aruanne aasta jooksul tehtud tööst. Üks hingehoidjatest tõi välja, et ta ei tee mingeid märkeid oma tööst, ega pea ka kellelegi aru andma, kuid aegajalt toimuvad neil haiglas terve osakonnaga arutelud. Seal dokumenteeritakse kõike ning siis lähevad ka tema tähelepanekud kirja.

3.1.3.Hingehoidja töö hospiitsis

Hospiitsi põhiliseks erinevuseks võrreldes teiste osakondadega toodi üheselt välja, et hospiitsis on patsiendid, kellel on lõpetatud aktiivravi, jäänud on veel vaid leevendav ravi. Üks respondentidest tõi välja, et põhiline erinevus hingehoidliku töö poolest on see, et kui hospiitsi toodud patsient on täieliku teadmise juures oma seisundist, siis tulevad arutlusele eksistentsiaalsed ning religioossed küsimused. Kõik vastanutest kinnitavad, et hospiitsi personal on saanud ettevalmistuse tööks surijatega ning on läbinud hospiitsi alaseid koolitusi.

Vastanutest kaks tunnevad, et haigla poolt ei ole neile selgeid ootusi ning kogu töö on rohkem selline isepäi tegutsemine. Samas üks respondentidest arvab, et haiglapoolsed ootused hingehoidjale on suured ja tihti laialivalguvad. Kohati väljuvad need hingehoidja töö raamidest ja võiks isegi öelda, et hõlmavad rohkem psühholoogi ja superviisori tööd.

Küsisin hingehoidjatelt millised on peamised hospiitsi patsientide mured/rõõmud/soovid, millega nemad kokku puutuvad. Kõigepealt tõid vastajad välja selle, et see oleneb inimesest, oleneb ka sellest, kui kaugele keegi on neid asju enda jaoks läbi mõelnud. Seejärel toodi välja, et kui patsient on teadlik sellest, mis saab edasi, siis esitatakse juba küsimusi religiooni ja teispoolsusega seoses. Arvati, et patsientidel on hirm surma ja teadmatuse ees.

Üks respondentidest tõi välja väga huvitava mõtte, et patsientidel on häbi surmahirmu pärast, häbi sellest rääkida. Ta on täheldanud, et sel häbitundel on suurenev tendents. Veel arutleti selle üle, et patsientidel on viimse hetkeni soov terveks saada, loodetakse võimatut. Samuti on patsientidel inimlik soov rääkida palju ja kõigest.

Lähedaste kohta toodi välja, et tihti ei taheta leppida sellega, et neile lähedane inimene on nii raskes seisus ja enam ei saa midagi teha. Lähedased on lootusrikkad. Hingehoidjate arvates on nende ülesandeks, et lähedased saaksid eitusest üle ning suhtleksid patsiendiga avatult.

Vestlustest tuleb välja, et lähedased soovivad, et neile kallis inimene ei peaks kannatama, et ta lahkuks väärikalt. Mure on lähedastel sageli veel tegemata asjade pärast.

Kuna hingehoidjad tegelevad ka personaliga, siis küsisin neilt ka personali peamiste murede/rõõmude/soovide kohta. Kõigepealt arvati, et see on individuaalne ja oleneb inimesest. Üldisemalt toodi välja, et personalil on lihtsad ja igapäevased soovid. Et patsient sööb, joob, saab neelata, ei oksenda, ei tunne valusid. Personali üheks suureks sooviks on, et patsienti poleks jäetud üksinda, et keegi käiks teda külastamas. Lisaks soovitakse seda, et patsiendi surm oleks võimalikult kerge ja rahulik. Personali murena toodi välja see, et kui mõni patsient viibib osakonnas pikemat aega, siis kiinduvad temasse ka töötajad. Ning patsiendi surma puhul on tegemist juba rohkem isikliku leinaga.

Veel küsisin, et millised on hosiitsis töötamise mured ja rõõmud hingehoidjana. Kas on midagi, mis töö raskendab ja samas ka midagi, mis kergendab?. Võiks öelda, et vastused olid kõik erinevad. Respondent N₁ ütles, et tema jaoks on raske kui patsient väga eitab ja jääbki lõpuni eitusaasi: *endal on nagu kuidagi kurb kui inimene sureb ja ta ei olnud selleks valmis*. Rõõmudega on tema arvates täpselt vastupidi. Vastaja nimetab hosiitsi rõõmuks seda, kui inimene on leidnud enda jaoks mingi lahenduse, kergenduse, kui tema suhted Jumalaga saavad korda või on korras.

Teine vastaja ütleb, et tema arvates on see ilus ja huvitav töö. Tema arvates on hingehoidja jaoks raskemad kohad töötamiseks need, kus teatatakse inimesele diagnoos. Respondent N₂ tõi välja ühe väga huvitava tähelepaneku. Tema arvates peaks igas haiglas patsientidega tegelema hingehoidja või kaplan ning need erinevate asutuste inimesed peaksid omavahel suhtlema. Kui näiteks patsient viiakse raviasutusest hosiitsi, siis temaga kaasa tuleb ka kiri,

kuhu on teinud eelmise haigla hingehoidja või kaplan märkmeid, et kui kaugemale nad on oma vestlustega jõudnud.

Kolmas vastaja arvab, et kuna hingehoidja on osa personalist, siis mured ja rõõmud on osaliselt samad. Tema arvates raskendab tööd mõistmatus, kui hingehoidu võetakse nagu igasugust tööd. Hoiak, et „*mis see siis ära ei ole*“. Veel toob ta välja, et hingehoidjate töö on kindlasti alamakstud töö. Kolmanda respondendi arvates kergendab tööd see, kui on piisavalt aega patsienti kuulata.

Minu viimaseks küsimuseks hingehoidjatele oli, et kas te tunnete end muu personali kõrval võrdväärse meeskonnaliikmena. Sellele küsimusele sain kõigilt respondentidelt väga enesekindla jaatava vastuse.

3.2. Intervjuud hospiitsi töö eest vastutavate spetsialistidega

Teiseks vestlesin ma kolme erineva hospiitsi töö eest vastutava spetsialistiga. Anonüümsuse mõttes tähistan respondendid järgnevalt: N₄, N₅ ja N₆.

Käesoleva alapeatüki jagasin kolmeks osaks. Esimeses osas keskendun üldistele taustküsimustele. Sinna alla kuuluvad vastaja tööstaaž hospiitsis, hospiitsosakonna ajalugu, intervjueeritava isiklik kokkupuude hingehoiuga, hospiitsi alane ettevalmistus ning uurin, kuidas mõistavad hospiitsi töö eest vastutavad inimesed hospiitsi ja hingehoidu. Teises osas analüüsin hospiitsi üldist töökorraldust ning kolmandas hingehoidja tööd hospiitsis.

3.2.1. Üldine taust

Esimesena huvitas mind see, et kas intervjueeritavad juhivad ainult hospiitsosakonna tööd või ka mõnda muud osakonda. Respondentidest kaks olid õendusravi osakonna juhatajad, mille alla kuulub siis veel ka hospiits. Üks vastanutest koordineerib ainult hospiitsosakonna tööd ning saab vaid hospiitsile keskenduda.

Intervjuude käigus tuli välja, et kõik kolm vastajat on osalenud ka hospiitsi käivitamisel. Uurisin, millised olid hospiitsi käivitamise mured ja rõõmud. Üks vastanutest tõi välja, et algul oli raske haigla juhtkonnale selgeks teha, miks sellist osakonda on üldse vaja. Samas tõi respondentid välja ka selle, et personali poolt oli väga palju tuge. Õed ja hooldajad olid just need, kes olid selle poolt, aitasid kaasa, käisid koolitustel.

Küsisin intervjuueeritavalt, milline on nende endi kokkupuude hingehoiuga. Üks respondentidest vastas, et ta ei ole saanud hingehoiu alast koolitust, kuid ta on isiklikult kasutanud hingehoiuteenust. Teised kaks on hingehoiuga kokku puutunud enda õpingute käigus. Üks neist on veel osalenud mõnel hingehoiu alasel koolitusel.

Kõik kolm intervjuueeritavat leiavad, et hospiitsi-alast koolitust on nad väga palju saanud. Kahel hospiitsil on partnerid Norras, algusaastail käidigi seal ennast koolitamas. Samas ühel hospiitsil on partnerid Hollandis, nii et nemad on käinud seal õppimas. Praeguse olukorra kohta ütlevad kõik kolm, et personal saab ikka mõne aja tagant hospiitsifilosoofia koolitust.

Küsisin intervjuueeritavalt, et kuidas nemad kokkuvõtvalt defineeriks hingehoidu. Kaks vastanutest arvasid, et hingehoid on ärakuulamine, olemasolemine, aktiivne kuulamine ja aitamine. Arvati veel, et hingehoidja töö on ka rituaalide läbiviimine. Respondent N₆ andis lühikese definitsiooni: *Hingehoid on inimese abistamine vastavalt tema vajadustele ja nõudmistele.*

Sama küsisin neilt ka hospiitsi mõiste kohta. Arvati, et see on palliatiivse ravi lõpuetapp, kus tervendav ravi ei ole enam võimalik, jääb vaid toetus ja leevendav ravi. Üks vastanutest arvas, et see on väärikas elu surmani. Respondent N₅ tõi välja, et see on ühelt poolt asutus, reaalne koht, kus on väljaõppe saanud personal ja tegeletakse nende inimestega, kes on jõudnud oma elu lõpule. Aga teiselt poolt on see filosoofia, terviklik inimkäsitlus. Püütakse luua võimalikult kodune õhkkond, lubatakse lähedastel palju juures olla. Arvestatakse patsiendi kõikide vajadustega.

3.2.2. Hospiitsi üldine töökorraldus

Mind huvitas, kas hospiits on haiglates eraldi üksus või kuulub see kokku mõne muu osakonnaga. Kahes kohas kuulub hospiits kokku õendusravi osakonnaga. Samas on hospiits ülejäänud osakonnast eraldatud. Ühes neist on hospiitsi jaoks ka eraldi personal. Kolmandas kohas on hospiits täiesti eraldi üksus. Selles hospiitsis on ka eraldi oma personal. N₅ toob välja, et personali palkamisel hospiitsi on kohe arvestatud ka inimeste iseloomuomadustega. Ta arvab, et selleks, et töötada hospiitsis, peavad inimesel olema ka teatud iseloomuomadused.

Uuris in intervjuueeritavatelt, kuidas hospiits erineb teistest osakondadest. Kõigi jutust tuli välja, et hospiitsis ei ole kindlaid külastusaegu, sinna võib tulla ka hilisõhtul ning vajadusel jääda ka ööseks. Kaks respondenti tõid välja, et kui tavaliselt hooldusravis on patsientideks valdavalt ikka vanurid, siis hospiitsis on ka nooremaid. N₄ tõi välja mitmeid erinevusi. Tema sõnul on kõik nende hospiitsi palatid ühekohalised, televiisoriga. Teises osakonnas on palatites videovalve, hospiitsi palatites seda ei ole, inimestele jääb rohkem privaatsust. Kolmest palatist saab minna otse rõdule. Kui on mõni patsient, kes on harjunud suitsetama, siis seda talle ei keelata. Palatites on lisaks patsiendi voodile veel tugitool, mis käib voodiks, on olemas välivoodeid. Lähedasi julgustatakse rohkem jääma ööseks, olema protseduuride juures, näiteks tulema pesemise ajaks. N₅ rääkis, et kodusema õhkkonna loomiseks personal vahel küpsetab midagi osakonna puhketoas ning seda siis pakutakse ka patsientidele. Seda tehakse just selle mõttega, et tekitada koduseid lõhnu ning sooja kodust tunnet.

Tundsin huvi selle vastu, kas hospiitsides on mõeldud ka mingil määral leinatööle. Kaks intervjuueeritavat vastasid kohe, et see on see asi, millele on palju mõeldud ja mida võiks olla rohkem. Arvati, et jooksvalt tegeletakse leinatööga sellest aspektist, et valmistatakse selleks: vesteldakse patsiendiga, lähedastega. Lepitakse lähedastega juba varakult kokku, kuhu hiljem lahkunu toimetatakse. N₅ tõi välja, et kord aastas, kui tähistatakse hospiitsipäeva, siis kutsutakse ka selle aasta jooksul lahkunud patsientide lähedasi sinna. Seal peetakse mälestusteenistus ning tuuakse nimeliselt välja kõik aasta jooksul lahkunud. Samas kord kuus saab personal kokku ning peetakse samamoodi väikene teenistus lahkunute mälestuseks. Loetakse patsiendi nimi ning seejärel saab personal tema kohta öelda, mida nad mäletavad.

Veel ütles N₅, et neil on olemas mõte hakata korraldama avatud leinagruppe ning praegu jääb see vaid ressursside puudumise taha.

Kuna varem olime rääkinud hospiitsi käivitamise muredest ja rõõmudest, siis nüüd soovisin ma teada, et millised on hospiitsis töötamise mured ja rõõmud praegusel hetkel. Võiks öelda, et sellele küsimusele vastasid kõik intervjuueeritavad erinevalt. N₄ tõi välja, et emotsionaalselt on endal ja ka muul personalil raske. Vahel tuleb ette, et hospiitsis sureb mõni noor inimene, siis on raske tema vanematele midagi lohutuseks öelda. Ta tõi veel välja ka selle, et kui mõni patsient viibib osakonnas pikemat aega, siis saab ta omaks ning lein on personalile juba isiklikum. N₅ ütleb, et tema suurimaks mureks on ruumipuudus. Ta sooviks osakonda terrassi või suuremat rõdu, kuhu saaks patsiente ka voodiga viia. Veel soovib ta suuremat puhkeruumi, kus tõesti midagi küpsetada ja rohkem koos olla, luua hubasust. N₆ tõi murena välja selle, et haigekassa ei rahasta eraldi hospiitsteenust. Rõõmuna tõid nii N₄ kui N₆ välja lähedaste tänu. Kui tulevad lähedased ja tänavad, et patsiendil lasti kuni surmani väärikalt elada.

3.2.3. Hingehoidja töö hospiitsis

Ma soovisin teada, kui kaua on erinevates haiglates hingehoidja ametikoht olnud. Kahes kohas oli see olemas juba enne hospiitsosakonda. Kolmandas kohas loodi hingehoidja koht umbes aasta pärast hospiitsi käivitamist. N₄ ütles, et see oli tema enda initsiatiiv. Tema sõnul oli algul väga raske haigla juhtkonnale selgeks teha, miks sellist inimest üldse on vaja. Selleks läks aega peaaegu aasta.

Kahes haiglas on hingehoidjal olemas ka ametijuhend. N₆ tahaks seal muuta seda, et hingehoidja ei peaks oma tööst nii palju aru andma ja igapäevaselt dokumenteerima, mida ta on päeva jooksul teinud. Respondendi arvates ei ole sel mõtet, sest vestluse sisu ei saa hingehoidja nagunii kirja panna, siis ta teebki sellise väikese märke, et käis patsiendi juures. Tema arvates on juhtkonnal hingehoidja vastu vähe usaldust. N₆: *See on minu meelest selline töö, mida ei saa paberile panna.*

Mind huvitas ka intervjuueeritavate arvamus hingehoiu vajadusest hosiipsis. Kõik vastajad arvasid, et hingehoiutöö on hosiipsis ääretult vajalik. N₆ arvas, et see on vajalik juba kasvõi personali jaoks. Kuid kuna ühes hosiipsis ei ole hingehoidja ametikohta, aegajalt käib seal kaplan, siis sealne osakonna juhataja leiab, et sellega saab mingil määral hakkama ka personal, kindlasti ka kaplan, kuid nad siiski igatsevad ka pidevalt kohal olevat spetsialisti. N₅: *Mingil tasemel me suudame seda ise teha, aga ikka võiks meie majas olla rohkem näha sellist hingehoiu tööd tegevat professionaali.*

Intervjuude käigus tuli välja, et hingehoidja töökorraldus on igal pool sama. Ta peab hingehoidlikke vestlusi nii patsientide, lähedaste kui ka personaliga, viib läbi teenistusi, talitusi. Tuli välja, et ühes kohas korraldab hingehoidja ka kontserte ja muid sääraseid üritusi.

3.3. Analüüsi tulemuste kokkuvõte

Intervjuude käigus selgus, et kolmest hosiipsist kahes on olemas spetsialist, kes kannab hingehoidja ametinimetust. Seega võib öelda, et valdaval enamusel Eestis tegutsevatest hosiipsidest on olemas selline spetsialist nagu hingehoidja, keda väärtustatakse ning peetakse võrdväärseks meeskonnaliikmeks.

Kui rääkida hingehoiu kättesaadavusest Eesti hosiipsides, siis ühes haiglas on hingehoidja olemas viiel, teises neljal ja kolmandas kohas kahel päeval nädalas. Kahes hosiipsis kolmest on hingehoidja ametikohal teoloogilise haridusega inimene. Vaid üks neist kolmest on omandanud erialase kõrghariduse just hingehoius.

Kui küsida kelleltki ette hoiatamata: „Mis on hingehoid?“, on sellele raske vastata. Sellele on raske leida kokkuvõtlikku ja lihtsat seletust. Ka intervjuueeritavaid hingehoidjaid pani see küsimus algul mõtlema. Samas oskasid sellele küsimusele koheselt vastata hosiipsi töö eest vastutavad spetsialistid.

Küsimusele „Mis on hosiips?“, vastasid kõik intervjuueeritavad sarnaselt. Arvati, et see on surijatele viimne koht elamiseks, väärikas elu surmani. Toodi välja, et ühelt poolt on hosiips reaalne koht, kus on väljaõppe saanud personal, kes tegeleb inimestega, kes on jõudnud oma

elu lõpule. Aga teiselt poolt on see filosoofia, terviklik inimkäsitlus. Koht, kus püütakse luua võimalikult kodune õhkkond ning arvestatakse patsiendi kõikide vajadustega.

Vaid üks hospiitsidest on omaette osakond, teised kaks hospiitsi on siiski muust osakonnast eraldatud, asuvad ühes tiivaotsas. Intervjueeritavate vastustest võib välja lugeda, et kõige rohkem erineb hospiits muust osakonnast patsientide seisundi poolest. Üldiselt on hospiitsides väiksemad palatid. Patsienti võetakse kui tervikut, arvestatakse kõikide tema vajadustega, üritatakse luua kodust õhkkonda. Hospiitsides ei ole kindlalt reguleeritud külastusaegu, kui on vaja, võib tulla ka hilisõhtul ja vajadusel jääda ka ööseks. Igas hospiitsis on väljaõppe saanud personal. Nad on saanud koolitusi hospiitsfilosoofiast, patsiendikesksusest.

Kõigi kolme hingehoidja töö hospiitsides on sarnane. Kõige tähtsamaks peetakse hingehoidlikke vestlusi patsientidega, veel tegeletakse lähedaste ja personaliga. Lisaks viiakse läbi erinevaid talitusi, regulaarselt jumalateenistusi. Üks hingehoidjatest korraldab ka haiglas kontserte, üritusi. Kolmest intervjueeritavast kaks peavad oma tööd dokumenteerima.

Rääkides hospiitsis töötamise muredest ja rõõmudest, tõid nii hingehoidjad kui hospiitsi töö eest vastutavad spetsialistid välja, et kui mõni patsient viibib osakonnas kaua, siis on ka personalil tema lahkumisega raskusi. Lähedased soovivad, et patsient ei peaks tundma valu ja saaks rahulikult ning väärikalt lahkuda. Samasugused soovid toodi välja ka personali poolt. Ühel vastanutest on mure ruumipuuduse pärast. Kui oleks rohkem ruumi, saaks patsientidele ja lähedastele veel paremaid tingimusi pakkuda. Igatsetakse terrassi ja suuremat puhketuba, kus ühiselt ja hubaselt aega veeta. Rõõmuna toodi üheselt välja lähedaste tänu. Kui lähedased tänavad personali selle eest, et nad suutsid patsiendil lasta väärikalt surra.

Hingehoidjad tõid välja, et hospiitsis töötamist võib raskendada see, kui patsient väga eitab oma seisundit ja jääbki lõpuni eitusfaasi, on kurvastav kui inimene sureb nii, et ta ei olnud selleks valmis. Veel ka suhtumine, et hingehoidu võetakse nagu igasugust muud tööd, hoiak, et „*mis see siis ära ei ole*“. Hospiitsis töötamise rõõmudena toodi välja see, et kui inimene on leidnud enda jaoks lahenduse, kergenduse, kui tema suhted Jumalaga on korras. Tööd kergendab kui on piisavalt aega patsienti kuulata, tema jaoks olemas olla.

Intervjuudest selgus üheselt, et kõik hingehoidjad tunnevad end võrdväärsete meeskonnaliikmetena. Ka hosiitsi töö eest vastutavad spetsialistid väärtustasid hingehoidjate tööd väga kõrgelt.

Uudsete lahendustena pakuti välja, et igas haiglas võiks olla kaplan või hingehoidja ning erinevate haiglate spetsialistid jagaksid omavahel infot. Näiteks kui patsient liigub ühest haiglast teise, annab eelneva haigla kaplan või hingehoidja patsiendiga kaasa info, kuhu on vestlused jõudnud. Ühes kõne all olevatest hosiitsidest kavatakse tulevikus hakata korraldama avatud leinagruppe.

KOKKUVÕTE

Käesolev lõputöö analüüsis hingehoiu kättesaadavust ja hingehoidja töö korraldust Eesti hospiitsides lähtuvalt hospiitsfilosoofia põhimõtetest.

Teemavaliku põhjus seisnes selles, et Eestis teatakse vähe hospiitsist, hospiitsfilosoofiast ning sinna juurde kuuluvast hingehoiust. Otsustasin anda oma panuse hospiitsfilosoofia tutvustamisele Eestis.

Lõputöö eesmärgiks oli uurida hingehoiu kättesaadavust ja hingehoidja töö korraldust Eesti hospiitsides lähtuvalt hospiitsfilosoofia põhimõtetest. Uurida, milline on iga hospiitsi praktika ja kogemused. Kuidas on hingehoid korraldatud ja kellena nähakse hingehoidjat hospiitsis.

Lõputöö jõudis järgmiste tulemusteni:

1. Uuritavad mõistavad hingehoidu kui inimlikku kontakti, ärakuulamist, olemasolemist, aktiivset kuulamist ning aitamist.
2. Uuritavad mõistavad hospiitsi kui palliatiivse ravi lõpuetappi, viimse kohana surijatele, surija ettevalmistamise ja tema saatmisena viimsel eluetapil. Samas arvati, et teiselt pool on see filosoofia, terviklik inimkäsitlus.
3. Hingehoidjat väärtustatakse muu personali poolt ning hingehoidjad ise tunnevad ennast võrdväärse meeskonnaliikmena.
4. Hospiitsid erinevad muudest osakondadest. Hospiitsis töötab selleks ettevalmistuse saanud personal. Palatid on väiksemad kui teistes osakondades, patsiendile tagatakse rohkem privaatsust. Kohati on ka interjööri erinevusi muu osakonnaga. Hospiitsides ei ole kindlaid külastusaegu.
5. Hospiitsides töötav personal on saanud ettevalmistuse tööks surijatega ning omavad teadmisi hospiitsfilosoofiast.

Töö analüüsis hingehoiu kättesaadavust ning nende töökorraldust Eesti hospiitsides. Uurimusest tuli välja, et üks hingehoidja on kättesaadav viis päeva, teine neli päeva ja kolmas kaks päeva nädalas. Kõikide hingehoidjate töökorraldus hospiitsides on sarnane. Kõige tähtsamaks peetakse hingehoidlikke vestlusi patsientidega, seejärel vestlusi lähedaste ja

personaliga. Veel viivad hingehoidjad haiglates läbi erinevaid talitusi ning regulaarseid jumalateenistusi.

Töö eesmärgiks oli veel teada saada kui palju teavad hospiitside töö eest vastutavad spetsialistid hospiitsfilosoofia põhimõtteid ja kuidas need väljenduvad töökorralduses. Kõik kolm hospiitsi töö eest vastutavat spetsialisti on saanud erinevaid koolitusi hospiitsfilosoofiast juba enne hospiitsi avamist. See väljendub ka töökorralduses, sest kogu hospiitsi personal on ka läbinud hospiitsfilosoofia ja patsiendikesksuse koolitusi. Hospiitsides võetakse patsienti tervikuna, arvestatakse kõikide tema vajadustega.

Töö peamine eesmärk oli avada ja tutvustada hingehoiu- ja hospiitsitöö põhimõtteid. Töös on analüüsitud hospiitsfilosoofia põhimõtteid, tutvustatud surija patsiendi vajadusi ning hingehoidlikku tuge neile selles. Seega arvan, et töö on oma eesmäärke täitnud.

KASUTATUD KIRJANDUS

Aalto, K & Gothoni, R. Inimese kõrval. Hingehoiu õpik. Tallinn: EELK Usuteaduste Instituut. 2010

Connor, S.R. Hospice:Practice, Pitfalls and Promise. Washington: Taylor&Francis. 1998.
http://books.google.ee/books?id=oWBo2Yh0kWoC&printsec=frontcover&dq=hospice&hl=et&sa=X&ei=Ktx7Ua-aNcaZ0QXGtoHQAO&redir_esc=y#v=onepage&q=hospice&f=false
17.04.2013

<http://www.hospiz.org/hospizbe.htm> 16.04.2013

<http://www.pallium.ee/et/hospiits> 15.04.2013

Ilves, K. 2009. Kvalitatiivse uurimisviisi ajalooline taust ja teoreetilised alused.
http://dspace.utlib.ee/dspace/bitstream/handle/10062/14275/Kvalitatiivse_uurimismetoodika_spetsiifika.pdf;jsessionid=28DD9A090E1EBA410027963E05B1C840?sequence=1
23.04.2013

Kübler-Ross, E. & Kessler, D. The Five Stages of Grief. <http://grief.com/the-five-stages-of-grief/> 15.04.2013

Laherand, M-L. Kvalitatiivne uurimisviis. Tallinn: OÜ Infotrükk. 2008

Lehtsaar, T. Hingepilk. Kriisilukordade pastoraalpsühholoogia. Tallinn: Logos. 1994

McLeod, J. Nõustamisoskus. Tallinn: Väike Vanker. 2007

Medicina. Palliatiivne ravi. Tallinn: Medicina. 1998

Moor, A. Dialoog surmaga – seosed uskumuste, suhutmistega ja moraali vahel. Tartu: Elmatar. 2003

Palliative care. <http://www.who.int/cancer/palliative/en/> 17.04.2013

SA EELK Tallinna Diakooniahaigla. Hospiitteenuse kirjeldus. Projekt. 2010.
<http://www.pallium.ee/media/HospiitteenusekirjeldusTAI.pdf> 16.04.2013

Slettahjell, Ann-Elin W. Käsiraamat hooldusõdedele. Tartu: Greif. 2007

Student, J-C. & Napiwotzky, A. Pflegepraxis. Palliative care: wahrnehmen - verstehen – schützen. 2. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. 2011

Suija, Kaiu & Suija, Kadri. Palliatiivne ravi: printsiibid ja eesmärgid. Eesti Arst 2008. 87(3):205-209

Ugur, K. Ringist ringi. Tartu:EELK ajaleht Eesti Kirik. 1999

Õendushoolduse osutamise nõuded. 2007.

<http://www.haigekassa.ee/raviasutusele/ravijuhendid/andmebaas/tunnustatud/> 16.04.2013

<http://www.hingehoid.ee/> 24.04.2013