

Tartu Ülikool  
Arstiteaduskond  
Õendusteaduse osakond

Ireen Bruus

**PATSIENDIKESKSUS EAKATE HOOLDUSRAVIS – PATSIENTIDE  
VAATEKOHAD**

Magistritöö õendusteaduses

Tartu 2009

## KOKKUVÕTE

### **Patsiendikesksus eakate hooldusravis – patsientide vaatekohad**

Uurimistöö eesmärk oli kirjeldada patsiendikesksust eakate hooldusravis eakate patsientide vaatekohast Eesti erinevates haiglates ning selgitada seoseid patsientide taustamuutujate ja patsiendikesksuse skoori vahel. Tegemist on empiirilise, kvantitatiivse ja kirjeldava uurimusega. Andmete kogumiseks kasutati de Witte jt 2006. aastal koostatud ühedimensioonilist küsimustikku ning Little'i jt 2001. aastal koostatud küsimustikust viit väidet. Küsimustik tõlgiti ja kohandati autori kirjalikul loal. Valimi moodustasid 14-s Eesti regionaal-, kesk- ja üldhaigla hooldusravi osakonnas viibivat 121 eakat patsienti. Andmed koguti 01.10.2008–30.11.2008 struktureeritud intervjuu abil. Küsimustikule vastamise määr oli 91,7%. Kogutud andmed töödeldi andmetötluspaketi SPSS 14,0 (*Statistical Package for Social Sciences*) ja Microsoft Exceli programmi abil. Andmete analüüsimisel kasutati kirjeldava statistika meetodeid, keskmiste võrdlemist ning korrelatsioonanalüüsi.

Uurimistöö tulemustele tuginedes võib järeldada, et eakate vaatekohast on hooldusravi keskmisest patsiendikesksem. Hinnangud patsiendikesksust iseloomustavatele väidetele olid erinevad. Kõige positiivsemaks pidasid patsiendid võimalusi teha iseseisvalt toiminguid, mida nad on suutelised ise tegema. Kõige negatiivsemaks seda, et nendega ei ole arutletud selle üle, kes neid hooldab.

Käesoleva uurimistöö tulemustest selgus, et enamik eakatest olid nõus, et personal arvestab nende isiklike soove, kuulab neid, mõistab nende emotsionaalseid vajadusi ning arvestab seda, mida patsient personalile ütleb. Pooled eakatest leidsid, et neil ei ole võimalusi korraldada enesehooldust ega otsustada koos personaliga, millist hooldust, kui sageli ja kuidas nad seda saavad. Samuti arvasid pooled patsientidest, et personal ei nõusta, kuidas tulevikus terviseprobleeme ennetada ega huvitu, kuidas probleemid mõjutavad patsiendi perekonda, isiklikku elu ja igapäevatoiminguid. Mida rohkem vajasisid eakad hooldusravi patsiendid abi igapäevatoimingutes, seda madalam oli patsiendikesksuse skoor ehk seda vähem patsiendikeskseks pidasid nad hooldusravi. Ülejäänud taustamuutujate ja patsiendikesksuse skoori vahel seoseid ei ilmnenu.

Märksõnad: patsiendikesksus, eakas, hooldusravi, patsientide vaatekohad

## **SUMMARY**

### **Patient-centredness in the long-term care of elderly people – patients' perspective**

The aim of the study is to describe patient-centredness in the long-term care of elderly people in different hospitals of Estonia from patients' perspective and to enlighten the interaction between the background variables of the patients' and the score of patient-centredness. The empirical, quantitative and descriptive methods have been used.

The one-dimensional questionnaire of Luc de Witte and others from 2006 and five statements of the study of Paul Little and others from 2001 were used for gathering data. The author provided written consent to translate and adapt his questionnaire. The study sample was composed of 121 elderly patients in the long-term care departments of 14 regional, central and general hospitals in Estonia. Data were collected 01.10.2008 – 30.11.2008 by means of structured interviews. The percentage of questionnaires returned was 91,7. Subsequently the data processing was carried out with the help of the programs SPSS 14,0 (Statistical Package for Social Sciences) and Microsoft Excel. The methods of descriptive statistics, the comparison of means and correlational analysis were used for analyzing data.

The results of the study show that the elderly rate the patient-centredness of the long-term care above average. The evaluation of various statements about patient-centredness differed. The elderly considered most positive the possibility to perform independently all those daily activities they were able to. They found most negative that nobody asked their opinion about which person will take care of them.

On the grounds of the results the majority of patients agreed that the staff members take their wishes into account, listen to them, understand their emotional needs and take into consideration what the patient is telling them. Half of the elderly complained that they have no possibility to arrange their self care and no possibility to decide together with the staff, what specific assistance they need, how often and in what way. Half of the patients also tended to be critical about staff's scarce counseling on how to prevent future health problems and their lack of interest in the effect of these problems on the patient's family, private life and activities of daily living. The more assistance the long-term care patients needed, the lower was the score of the patient-centredness i.e. the less patient-centred they found their care. There were no significant interaction between other background variables and the score of patient-centredness.

Keywords: patient-centredness, elderly, long-term care, patients' perspective.

## SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	2
SUMMARY .....	3
1. SISSEJUHATUS.....	6
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE .....	8
2.1. Patsiendikesksuse olemus .....	8
2.2. Patsiendikesksuse käsitlus eakate hooldusravis ja õenduses.....	9
2.3. Autonoomia patsiendikeskses eakate hooldusravis ja õenduses .....	12
2.4. Väärtused patsiendikeskses eakate hooldusravis ja õenduses.....	14
3. METOODIKA.....	18
3.1. Uuritavad.....	18
3.2. Andmete kogumine .....	18
3.3. Andmete analüüs.....	20
4. TULEMUSED.....	22
4.1. Eakate patsientide taustamuutujad .....	22
4.2. Eakate patsientide hinnangud patsiendikesksusele hooldusravis.....	23
4.3. Seosed taustamuutujate ja patsiendikesksuse skoori vahel .....	26
5. ARUTELU .....	28
6. JÄRELDUSED.....	35
KASUTATUD KIRJANDUS .....	36
LISAD .....	43
Lisa 1. Eestikeelne, venekeelne ja ingliskeelne küsimustik.....	43
Lisa 2. Tartu Ülikooli Inimuuringute Eetika Komitee luba .....	50
Lisa 3. Informeeritud nõusolek (eestikeelne ja venekeelne).....	51
Lisa 4. De Witte jt (2006) ja Bosmani jt (2007) uurimistööde tulemuste aritmeetilised keskmised .....	54
Lisa 5. Patsiendikesksust iseloomustavatele väidetele antud hinnangute arvarakteristikud ....	55
Lisa 6. Patseintide jagunemine patsiendikesksust iseloomustavatele väidetele antud hinnangu alusel.....	56

## 1. SISSEJUHATUS

Eakate osakaalul Eestis on kasvutendents ja seetõttu suureneb vajadus eakate hooldusravi järele. Sarnaselt teiste Euroopa riikidega on Eesti rahvastik vananev – üle 65-aastaste osakaal rahvastikus oli 2003. aastal ligi 16% ning prognooside kohaselt tõuseb see 2020. aastaks 25%-ni elanikkonnast. (Riikliku tegevuse strateegiline raamistik...2007–2013, Õendushoolduse osutamise nõuded 2007.) Eakatel esinevad toimetulekuraskused ja mitmed haigused, mistõttu nad muutuvad abist sõltuvaks ning teiste vanusegruppidega võrreldes toob see kaasa saagenud hooldusravivajaduse (Minichiello ja Coulson 2005, Westin ja Danielson 2007). Kasvava eakate populatsiooni vajadused on õdedele tervishoius suur väljakutse (Coyle ja Williams 2001, McCabe 2004), kuna õed ja hooldajad osutavad neile tervishoiuteenust kõige rohkem (Minichiello ja Coulson 2005).

Kvaliteedi parandamine tervishoiuasutustes on üks Maailma Tervishoiuorganisatsiooni (*World Health Organisation – WHO*) eesmäärke. Kõik Euroopa Liidu liikmesriigid peaksid arendama süsteeme ja abinõusid, et kindlustada pidev kvaliteedi parandamine tervishoiuasutustes. (WHO.) Patsiendikesksus on kvaliteetse ravi, õendusabi ja hooldusravi alus. (Mead ja Bower 2000, Coyle ja Williams 2001, Õendusala arengukava 2002–2015, McCabe 2004, McCormack 2004, Duggan jt 2006, Tsimtsiou jt 2007, Glasson jt 2007). Patsiendikesksus kui patsientide ootuste, ideede ja vaatekohtadega arvestamine tõstab patsientide rahulolu ravi ja hooldusega, mõjub positiivselt paranemisele ning vähendab patsientide ja nende lähedaste stressi (Suhonen jt 2001, Johansson jt 2002, Hornstern jt 2005, *International Alliance of Patients' Organization – IAPO* 2007, Lewin jt 2007). Patsiendikesksus on ühtlasi ka õenduse kvaliteedi indikaator (Kunaviktikul jt 2005). Vaatamata patsiendikeskse ravi ja hoolduse arendamisele, arvestatakse patsientide arvates liiga vähe nende arvamustega (Bosman jt 2007). Õendusala arengukavas on õendusabi üks põhimõtte patsiendikesksus, mida iseloomustab patsiendi individuaalsete vajaduste ja õiguste arvestamine õendusabi osutamisel (Õendusala arengukava 2002–2015). McCormack (2004) tõdeb, et läbi õenduse ajaloo ei ole suurtes haiglates patsiente sageli koheldud kui indiviide, vaid on lähtunud rohkem organisatsiooni, mitte patsientide huvidest.

Maailmas on tehtud mitmeid uurimistöid, mis kajastavad ravi või hoolduse patsiendikesksust eakate vaatepunktist lähtuvalt (Eales jt 2001, McCormack 2004, Ishikawa jt 2005, Bosman jt 2007, Themessl-Huber jt 2007, Bayliss jt 2008). Eestis ei ole patsiendikesksust eakate hooldusravis siiani uuritud, seega puudub varasem teave eakate patsientide arvamuste kohta hooldusravi patsiendikesksusest.

Käesoleva uurimistöö **eesmärk** on kirjeldada patsiendikesksust eakate hooldusravis patsientide vaatekohast Eesti erinevates haiglates ning selgitada seoseid patsientide taustamuutujate ja patsiendikesksuse skoori vahel. Uurimistöö moodustab ühe osa rahvusvahelisest projektist ETF7597 „Patsiendi-/kliendikesksus täiskasvanute intensiivravis ja eakate hooldusravis”.

Uurimistöö tulemusena saadud teadmisi saab kasutada tõenduspõhise hooldusravi ja õendusabi osutamisel. Saadud teabega saab arvestada pakutava õendusabi ja hooldusravi kvaliteedi parandamisel ja hooldusravi patsiendikeskseks muutmisel. Uurimistöö tulemusi kasutatakse eespool nimetatud projekti raames, et luua eakate hooldusravi toetava patsiendikeskse tervishoiuteenuse osutamise mudel.

## 2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

### 2.1. Patsiendikesksuse olemus

Patsiendikesksus on tervishoius saanud järjest olulisemaks teemaks (de Witte jt 2006). Paljudes Lääne-Euroopa riikides kasvab nõudlus patsiendikeskse lähenemisviisi järele (Dewing 2004, Rijckmans jt 2007). Patsiendi osalusele otsuste tegemisel on tähelepanu pööratud kaks aastakümnet. Selle tähtsus on kasvanud välja poliitilistest ideedest, eetilistest põhimõtetest ja uurimistöödest tervishoius (*International Council of Nurses – ICN 2003*).

Ühtset ja universaalset definitsiooni patsiendikesksuse kohta kirjanduses ei ole. Patsiendikesksuse kirjeldamisel kasutavad autorid erinevaid, kuid sisult sarnaseid mõisteid: **patsiendikesksus** (*patient-centredness*) (Mead ja Bower 2000, Õendusala arengukava 2002–2015, Ishikawa jt 2005, IAPO 2007), **kliendikesksus** (*client-centredness*) (Eales jt 2001, Schoot jt 2005a ja b, Brown jt 2006, de Witte jt 2006, Bosman jt 2007), **indiviidikesksus** (*person-centredness*) (Coyle ja Williams 2001, McCormack 2001, McCormack 2003a ja b, McCormack 2004, Dewing 2004, Edvardson jt 2008) ja **suhtekesksus** (*relationship-centredness*) (Nolan jt 2004). Käesolevas töös kasutatakse kirjanduse ülevaates eelpool nimetatud mõisteid. Uurimistöö tulemuste esitamisel kasutatakse mõistet **patsiendikesksus**.

Patsiendikesksust on esimesena käsitlenud Edith Balint 1969. aastal. Ta tutvustas vastukaaluks haigusele orienteeritud meditsiinile patsiendikeskset mõtlemisviisi, mille järgi igasse patsienti peab suhtuma kui ainulaadsesse inimesse. (Balint 1969.) Erinevad autorid on üksmeelel selles, et patsiendikeskne ravi ja hooldus arvestab patsiendi **ainulaadseid väärtusi, vajadusi ja eelistusi ning autonoomiat ja sõltumatust** (Mead ja Bower 2000, Bensing 2000, Bethell 2000, Coyle ja Williams 2001, McCormack 2001, Michie jt 2003, McCormack 2004, Schoot jt 2005b, Beach jt 2006, de Witte jt 2006, IAPO 2007, Lewin jt 2007). Ravi ja hooldust puudutavate otsuste tegemine põhineb patsiendi ja tervishoiutöötaja **partnerlusel**, mille aluseks on **vastastikused läbirääkimised** (Bensing 2000, Bethell 2000, Coyle ja Williams 2001, Little jt 2001a ja b, Mead jt 2002, Bauman jt 2003, McCormack 2003a, McCormack 2004, Beach jt 2006, de Witte jt 2006, IAPO 2007, Lewin jt 2007). Patsiendikeskse ravi ja hoolduse oluline osa on ka **tervise edendamine** (Little jt 2001a ja b, Bauman jt 2003, IAPO 2007).

De Valck jt (2001), Beach jt (2006) ja Kjeldmand jt (2006) tõdevad, et patsiendikeskse ravi ja hoolduse osutamiseks peavad personalil olema vastavad teadmised ja oskused. Lewin jt (2007)



ning Mead ja Bower (2000, 2002) leiavad, et patsiendikesksust iseloomustab võimu ja vastutuse jagamine patsiendiga. Patsiendikesksust iseloomustab veel patsiendile vajaliku õpetuse ja toetuse pakkumine (Bethell 2000, Michie jt 2003); kaasamine tervishoiupoliitikasse; turvalisele, kvaliteetsele ja professionaalsele tervishoiuteenusele juurdepääsu tagamine (hõlmab ravi ja tervise edendamist), olenemata patsiendi seisundist ja sotsiaalsest staatusest (IAPO 2007). Mitmed autorid rõhutavad, et patsiendikeskse ravi ja hoolduse juures on oluline patsiendi terviklik käsitlus (Eales jt 2001, Stewart 2001, Leplege jt 2007) ning suhtumine patsienti kui enda seisundi kõige suuremasse eksperti (Leplege jt 2007).

Little jt (2001a, b) esitavad patsientide vaatepunktist viis olulist komponenti, millega mõõta patsiendikesksust. Need on suhtlemine ja partnerlus, personaalsed suhted, tervise edendamine, positiivne lähenemine diagnoosidele ja prognoosidele ning professionaalne huvi selle vastu, kuidas patsiendi probleemid mõjutavad tema elu. Uurimuses selgus, et patsiendid soovivad patsiendikeskset lähenemist ning kui neile seda ei osutata, siis on nad rahulolematud, abitumad ja murelikumad. Patsiendid, kes pidasid patsiendikesksust ülioluliseks, olid kas sotsiaalmajanduslikult vähem kaitstud või tundsid ennast haigemate ja murelikena. (Little jt 2001b.) De Witte jt (2006) ning Bosmani jt (2007) uurimustes selgus, et abielus kliendid pidasid koduõendust kliendikesksemaks võrreldes vallaliste, lahutatud ja lehestunud klientidega.

## **2.2. Patsiendikesksuse käsitlus eakate hooldusravis ja õenduses**

McCormack (2004) rõhutab, et indiviidikeskset õendust saab määratleda nelja mõistega:

- suhtes olemine (inimesel on suhted teiste inimestega),
- sotsiaalses maailmas olemine (inimene on sotsiaalne olevus),
- ümbritsev keskkond ja ruum (indiviid on keskkonnas, mille kaudu väljendub tema isiksus),
- inimene kui isiksus (inimest hinnatakse vääriliselt, austatakse ja usaldatakse sellisena nagu ta on).

Eakate **hooldusravi** mudel on muutunud eelnevast personali-juhitud mudelist enam kliendikeskseks. Kliendikeskne mudel eakate hooldusravis rõhutab klientide osalemist otsuste tegemisel ning nende väärtustest ja eelistustest lugupidamist. (Eales jt 2001, Themessl-Huber jt 2007.)

Hooldusravi eesmärk on saavutada/säilitada patsiendile parim võimalik elukvaliteet/toimetulek. Hooldusravi sihtgruppi kuuluvad patsiendid, kes vajavad õendusabi, kuna ei saa kroonilisest

haigusest tingitud funktsionaalsete häirete ja puuete tõttu endaga iseseisvalt hakkama. Enamasti on tegu üle 65-aastaste inimestega (Eesti Haigekassa).

Eakate hoolduse kontekstis võttis Kitwood (1997) kasutusele **indiviidikesksuse** mõiste, mis hõlmab erinevaid komponente. Indiviidikesksuse puhul eakate õendusabis suhtutakse patsienti kui isiksusse, kes vaatamata oma haigustele saab elada ja suhetes olla. Hoolduses arvestatakse tema minevikku. Eakale patsiendile pakutakse hoolduse käigus valikuid ja austatakse neid. Siinjuures keskendutakse sellele, mida patsient praegu suudab, mitte sellele, mida ta minevikus suutis. (tsit. Edvardsson jt 2008 järgi.)

Ford ja McCormack (2000b) rõhutavad, et eakate hooldusravi peab muutuma järjest indiviidikesksemaks. Tihtipeale ei arvestata õendusabis eakate vajadustega ning neil puuduvad valikuvõimalused. Samas peab eakatele õendusabi osutav õde jätma neile valikuvabaduse ja otsustamisvõimaluse ning lubama avaldada arvamust. (Ford ja McCormack 2000a, McCormack 2003a, b.) Tokyo Ülikooli geriaatrikliiniku ambulatoorses osakonnas korraldatud uurimuses (n=155 eakat) selgus, et vastuvõetud, mis olid pikemad ja kus patsientidel võimaldati olla verbaalselt aktiivsemad, olid eakate patsientide arvates patsiendikesksemad (Ishikawa jt 2005). Patsiendikeskne suhtlemine on õenduse üks põhielemente, mis aitab kaasa positiivsete suhete arendamisele patsiendi ja õe vahel ning tagab kvaliteetse õendusabi (McCabe 2004). McCormack (2003b) ning Leplege jt (2007) rõhutavad, et indiviid peab olema otsuste tegemise protsessi keskpunktis.

Eakad peaksid koos **perekonnaga** olema kaasatud ravi ja hooldust puudutavate otsuste tegemisse, kus arvestatakse eaka eelistusi. Oluline on saavutada koostöö ravi või hoolduse osutaja ja patsiendi vahel. Personal peaks suhtlema eakaga objektiivselt, sundimatult ja empaatiliselt ning informeerima teda erinevatest ravi ja hoolduse tulemustest. Eakad, kes osalevad otsuste tegemises, tervenevad tavaliselt kiiremini kui passiivsed eakad. (Feasley 1996: 29–30.)

Nolan jt (2004) väidavad, et eakate hoolduses ja ravis peab rääkima **suhtekesksest** ravist ja hooldusest (*relationship-centred care*), kuhu kaasatakse eakas, tema pereliikmed ning ravi ja hoolduse osutajad. See tähendab, et kõik asjaosalised peaksid suhtekeskse kvaliteetse eakate ravis ja hoolduses kogema järgmist:

- turvatunnet suhtlemises;
- kuuluvust ravi ja hoolduse meeskonda;

- järjepidevust, mis hõlmab ravi ja hoolduse kooskõla patsiendi taustsüsteemiga (nt. elulugu, perekonna arvamused) ning seda, et patsiendiga tegeleb üks ja sama inimene;
- ühist eesmärki;
- saavutamistunnet, kus kõik osapooled teevad edusamme oma eesmärkide saavutamisel;
- olulisusetunnet, kus kõik osapooled tunneksid oma olulisust eaka ravis ja hoolduses.

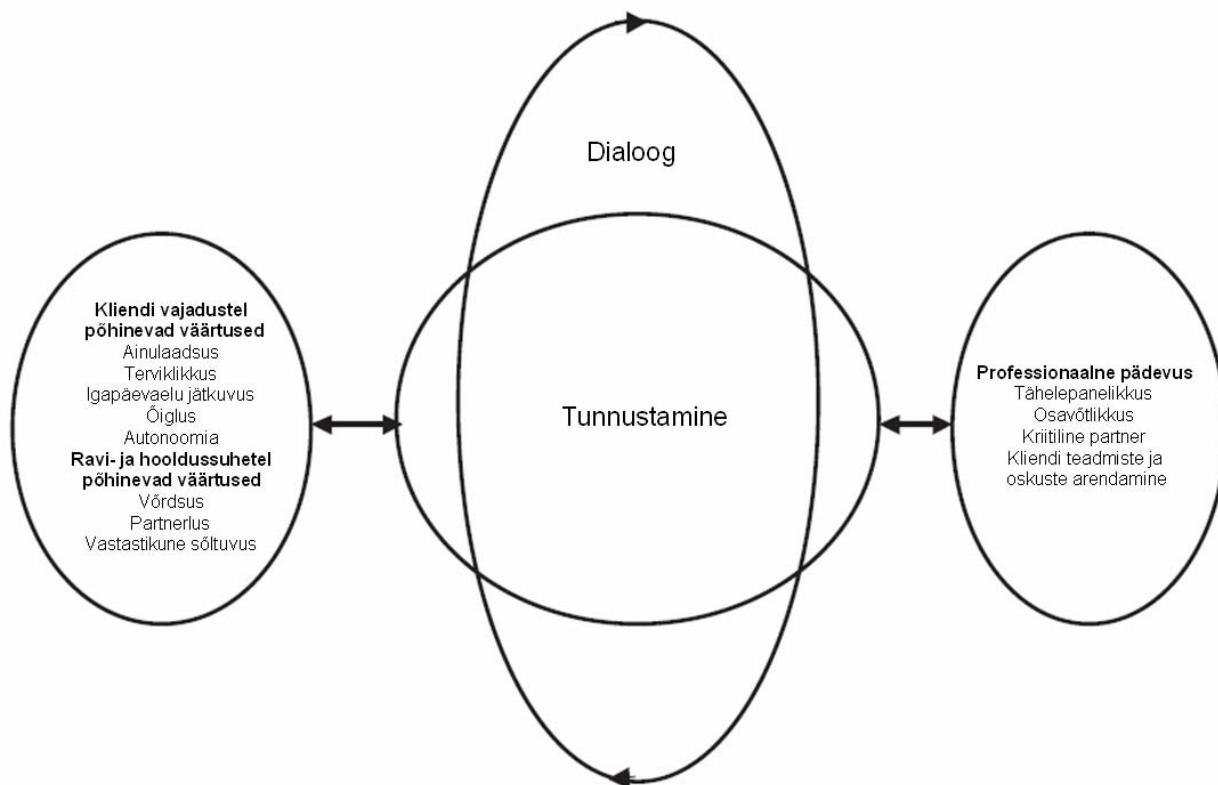
Patsiendikeskne hooldusravi on patsiendi vajaduste, soovide ja eelistuste arvestamine, mis hõlmab ka patsiendi seisukohtade tunnustamist. See tähendab patsiendi kaasamist otsuste tegemisse ja aruteludesse, mille käigus selgitatakse välja tema arvamused ja sobivad tegevused.

Patsiendikeskse hooldusravi osad on:

- patsiendi ja tema perekonna osalemine ravi ja hoolduse planeerimisel ja osutamisel;
- individualiseeritud ravi ja hoolduse planeerimine ning osutamine;
- patsiendi väärtuste, kultuuritausta, traditsioonide, kogemuste ja eelistuste arvesse võtmine kvaliteetse ravi ja hoolduse defineerimisel;
- patsiendi enesehoolduse võimaluste tunnustamine ning toetamine. (Wunderlich ja Kohler 2001: 28.)

Schoot jt (2005a, b) tõid uurimistöös esile krooniliste haigete **põhiootused**, mis on kliendikeskse ravi ja hoolduse alus. Põhiootused olid **väärtuste** lugupidav **tunnustamine** õdede poolt ning **autonoomia** kogemine ravis ja hoolduses. Kliendid rõhutasid tunnustamise olulisust dialoogis õega. Uuritavate poolt nimetatud väärtused põhinesid nende vajadustel ning ravi- ja hooldussuhetel. Kliendi vajadustel põhinevad väärtused olid **õiglus, igapäevaelu jätkuvus, autonoomia, ainulaadsus ja terviklikkus**. Klientide poolt nimetatud ravi- ja hooldussuhetel põhinevad väärtused olid **võrdsus, partnerlus ja vastastikune sõltuvus**.

Klientide vaatekohast peaks nende isiklike väärtuste tunnustamise korral õdede teadmistes, oskustes, suhtumises ja tegudes väljenduma tähelepanelikkus ja osavõtlikkus. Õed peaksid olema klientidele kui kriitilised partnerid ning arendama klientide teadmisi ja oskusi, et nad võiksid tõhusalt osaleda oma ravi ja hooldust puudutavate otsuste tegemises. (Schoot jt 2005a.) (Joonis 1.)



*Joonis 1. Schooti jt (2005a: 172) loodud põhihoolduste kontseptuaalne mudel.*

### 2.3. Autonoomia patsiendikeskses eakate hooldusravis ja õenduses

Indiviidikeskne hooldusravi tähendab eakate patsientide **autonoomia** säilitamist ajal, mil patsient on nõrgestatud või abitus seisundis, keskendudes pigem eaka võimekusele kui sõltuvusele (McCormack 2001). Kliendikeskse ravi ja hoolduse alus on klientide autonoomia edendamine. Koduõenduse patsiendid leidsid, et nende autonoomia tunnustamine õdede poolt on kliendikeskse ravi ja hoolduse olulisem osa. (Schoot jt 2005b.) Autonoomia eakate õendusabis tähendab sõltumatust ja enesemääramisõigust ning vabadust mõistuspäraste otsuste tegemisel (Ford ja McCormack 2000b, Agich 2003, Scott jt 2003, Post 2004). Autonoomia tähendab patsiendi unikaalsuse tunnustamist ehk iga inimese otsuste tegemine sõltub tema väärtustest ja traditsioonidest, usust ja elufilosoofiast (Beauchamp ja Childress 2001, Mezey ja Berkman 2001). Siinkohal on vajalik mõistuspäraste otsuste tegemiseks eaka igakülgne informeerimine tema tervislikust seisundist, riskidest, protseduuridest ja prognoosist (Beauchamp ja Childress 2001, Mezey ja Berkman 2001, Scott jt 2003). Barkay ja Tabaki (2002) ning Prooti jt (2000) uurimustulemustes selgus, et kui personal toetas eakate autonoomiat, siis olid eakad rahulolevamad ja tänu sellele osalesid rohkem erinevates tegevustes. De Witte jt (2006) ja Bosmani jt (2007) uurimustes väitsid krooniliselt haiged koduõenduse kliendid, et neil võimaldatakse teha toiminguid iseseisvalt.

Ford ja McCormack (2000b), McCormack (2001), Mezey ja Berkman (2001) väidavad, et autonoomia kui individualism ei ole eaka ravis ja hoolduses kõige tulemuslikum. Autonoomiat tuleb käsitleda kui eaka patsiendi ja õe vahelist **vastastikku seotud suhet**, kus otsuseid tehakse eaka ja õe läbirääkimise põhjal, mille aluseks on eaka väärtuste baas. Autonoomia edendamine suurendab eakate osalemist otsuste tegemisel (Mezey ja Berkman 2001: 83). Scotti jt (2003) poolt erinevates Euroopa riikide tervishoiuasutustes läbiviidud uurimuses selgus, et Hispaania eakad patsiendid tundsid kõige rohkem, et õed võimaldasid neil teha otsuseid. Kõige vähem sedastasid seda aga Saksamaa eakad patsiendid. Suhoneni jt (2000) uurimuses, mille eesmärgiks oli kirjeldada haiglas viibivate patsientide vaateid individualiseeritud ravist ja hooldusest selgus, et patsientide arvates aitasid õed kaasa nende osalemisele otsuste tegemisel.

Hooldusravi ja autonoomia on paradoksaalne ühendus, kuna eakatel hooldusravi patsientidel on sellised haigused ja vigastused, mis tingivad regulaarse ravi ja hoolduse vajaduse ning seavad ohtu nende sõltumatus ja mõistuspärasel valikul (Agich 2003: 9). Mezey ja Berkman (2001) ning (Agich 2003) hinnangul tuleb bioetika seisukohalt arvesse võtta hooldusravi patsientide õigust autonoomiale kui sõltumatus ja vabadele valikutele. Mezey ja Berkman (2001: 82) väidavad, et eakad on ise tihti tagasihoidlikud ning teiselt poolt ei usu tervishoiutöötajad eaka otsustusvõimesse. Keskendudes autonoomsele otsuste- ja valikute tegemisele, selgub, et patsiendid ei ole tõesti alati võimelised oma tervisliku seisundi tõttu tegema oma ravi ja hooldust puudutavaid autonoomseid otsuseid, aga enamasti on nad võimelised tegema autonoomseid valikuid (nt, mida nad süüa tahavad, helistamine oma lähedastele) (Beauchamp ja Childress 2001: 58).

Schooti jt (2005a) uurimistöö tulemuste järgi soovisid krooniliselt haiged koduõenduse patsiendid, et neil oleks vabadust elada oma elu kooskõlas minevikuga. Kliendid soovisid enesemääramise ja valikute tegemise võimalust. Nad tahtsid otsustada, kas tahavad ravi ja hooldust ning valida selle iseloomu. Samuti soovisid nad võtta vastutuse oma valikute ja otsuste ees. Vaatamata sellele, et kliendid tahtsid suunata enda ravi ja hooldust (kui sageli, kuidas ja millist ravi ning hooldust), soovisid nad dialoogi õdedega. Samas olid nad seisukohal, et neile enestele peab jääma viimane sõnaõigus neid puudutavates otsustes.

Mezey ja Berkman (2001: 83) rõhutavad, et patsient ei saa olla täielikult autonoomne. Ta peab lugu pidama ka tervishoiutöötajast ega saa nõuda, et tervishoiutöötaja osutaks patsiendile sobimatut ravi ja hooldust.

Kliendikeskse ravi ja hoolduse osutamine tähendab lugupidamist kliendi teadlikust soovist võtta endale ravis ja hoolduses passiivne roll. Õde peab selgeks tegema, mil viisil ja missugusel määral klient ravis ja hoolduses osaleda tahab. (Schoot jt 2005b.) Little'i jt (2001a) uurimuses ilmnas aga, et vanemad inimesed ei soovi alati täiesti patsiendikeskset lähenemist enda ravis ja hoolduses. Näiteks ei soovinud nad enda informeerimist ning kaasamist otsuste tegemisse, kuna usaldavad arste ja õdesid.

Paljudel eakatel puudub haiglas või hooldekodus valikuvabadus (Ford ja McCormack 2000b). Tervishoiutöötajad peaksid olema eakatega suheldes empaatilised ning julgustama ja toetama eakate autonoomiat, vabadust ja privaatsust otsuste ning valikute tegemisel. Autonoomiast lugupidamine mõjub hästi eakate tervisele ja soodustab heaolu, säilitab nende enesest lugupidamise ning võib vähendada hirme, mis on seotud kontrollivõime kaotamisega. (Beauchamp ja Childress 2001, Mezey ja Berkman 2001, Barkay ja Tabak 2002, Mead jt 2002, Michie jt 2003, Post 2004.) Themessl-Huberi jt (2007) uurimuses, kus uuriti mitmeid kordi haiglas esmaabi saanud Inglismaa „habraste“ ehk üle 75-aastaste eakate (*frail older*) kogemusi ja ootusi tervishoiuteenusele, selgus, et nende arvates ei toetata nende sõltumatust.

#### **2.4. Väärtused patsiendikeskses eakate hooldusravis ja õenduses**

Autonoomia kõrval on teine patsiendikeskse ravi ja hoolduse olulisem osa eakate arvates nende **väärtuste tunnustamine** õdede poolt (Clarke jt 2003, Nolan jt 2004, Schoot jt 2005a). Sellega seoses kirjeldatakse järgnevalt **ainulaadsust, terviklikkust, igapäevaelu jätkuvust, võrdsust, partnerlust, vastastikkust sõltuvust, terviseedendamist ja personali huvi patsiendi probleemide mõjust nende elule.**

Schooti jt (2005a) uurimuses tähendas **ainulaadsus** patsientide jaoks seda, et õed mõistavad ja pööravad tähelepanu nende individuaalsusele, eluloole, uskumustele ning kultuurilisele taustale. Kliendikesksus eakate hooldusravis tähendab eakate individuaalsuse ja eneseteadvuse toetamist (Eales jt 2001). Baylissi jt (2008) uurimistöö tulemustes selgus, et 65–84-aastaste krooniliste haigustega eakate patsientide arvates arvestab ideaalne patsiendikeskne ja individualiseeritud hooldus nende probleemide ainulaadsust, prioriteetide muutmist ja mitmedimensiooniliste otsuste tegemist. Mitmes uurimuses soovisid patsiendid, et hooldus ja ravi oleks individualiseeritud ja nendega kooskõlastatud ning et personal kuulaks ja mõistaks neid ning arvestaks nende individuaalsete vajadustega (Schoot jt 2005b, Bayliss jt 2008).

De Witte jt (2006) ja Bosmani jt (2007) uurimistöodes pidasid kliendid koduõenduse kliendikesksust hinnates väga positiivseks õdede empaatiat nende vajaduste ja soovide suhtes. Kliendid väitsid, et õed arvestavad nende isiklikke soove ning neil on piisavalt võimalusi õelda, millist hooldust nad vajavad. Samuti väitsid nad, et õed tõesti kuulavad neid ja arvestavad sellega, mida patsiendid ütlevad. Samas Themessl-Huberi jt (2007) uurimuses selgus, et „habraste“ eakate (*frail elderly*) arvates ei arvestata esmaabi osutamisel nende individuaalsete vajaduste ja soovidega.

Patsiendikeskset eakate ravi ja hooldust iseloomustab patsiendi eluloo arvestamine ja perekonna arvamuste kaasamine (Rosén jt 2001, Eales jt 2001, Nolan jt 2004, Bayliss jt 2008). Kui arvestada hooldusravis eakate elulugu, tugevnevad õe ja patsientide ning õe ja sugulaste vahelised suhted (Clarke jt 2003). Suhoneni jt (2000) uurimuses selgus, et eakad patsiendid olid rahul isikliku elu arvestamisega nende ravis ja hoolduses.

Patsiendikeskne ravi ja hooldus on **terviklik** lähenemine patsiendile (Eales jt 2001, Stewart 2001, Lepage jt 2007) vastavalt inimeste vajadustele nende ravimisel ja hooldamisel. (Eales jt 2001). Schooti jt (2005a) uurimuses tähendas terviklikkus klientide jaoks seda, et õed tajuvad neid kui terviklikke inimesi ning osana perekonnavõrgust. Ravi ja hooldus peaksid toetama nende elu ja funktsioneerimist, näiteks peaksid õed tähelepanu pöörama kliendi emotsioonidele ja esinevatele probleemidele. Themessl-Huberi jt (2007) uurimuses selgus, et eakate arvates ei toeta personal nende täisväärtuslikku elu. Little'i jt (2001a) uurimuses tahtsid 80% patsientidest, et õed ja arstid mõistaksid nende emotsionaalseid vajadusi.

**Igapäevaelu jätkuvus** tähendab patsientidele seda, et ravi ja hooldust osutatakse viisil, mis laseb neil jätkata oma igapäevaelu (Schoot jt 2005a). Mitmes uurimuses selgus, et eakad soovivad kooskõlastada ravi ja hoolduse osutamise aega ja sagedust ning arutatada, missugust ravi ja hooldust nad soovivad (Schoot jt 2005a, Themessl-Huber jt 2007). Eakate vaatekohast oli oluline abi saadavus ajal, mil nad seda soovisid (Eales jt 2001). Koduõenduse kliendikesksust hinnates nimetasid kliendid võrreldes teiste kliendikesksuse küsimustega negatiivsemaks seda, kui nad ei saa oma hooldust ise korraldada ega ajastada. Samas hinnati aga positiivseks võimalust otsustada millist hooldust ja kuidas nad seda saavad. (de Witte jt 2006, Bosman jt 2007.) Ealesi jt (2001) uurimuses selgus, et kui eakad said hooldushaiglas jätkuvalt tegeleda oma igapäevaste harjumustega, siis olid nad rahulolevad ning hindasid hooldusravi kliendikeskseks.

Leplege jt (2007) väidavad, et patsienti tuleb suhtuda kui oma seisundi kõige pädevamasse eksperti. Schooti jt (2005a) uurimuses soovisid kliendid olla ravi ja hoolduse osutajatega **võrdses** seisus. Nad soovisid, et nende kogemustel põhinevaid teadmisi nähtaks sama väärtuslike ja vajalikena kui õdede teadmisi. De Witte jt (2006) ja Bosmani jt (2007) uurimistöös leidsid koduõenduse kliendid, et personal võimaldab rakendada hoolduses nende enese asjatundlikkust ja kogemusi.

Indiviidikesksus tähendab eaka ja õe vahelist **partnerlust**, mille aluseks on eaka patsiendi **väärtused** (McCormack 2001). Patsiendikesksus ei tähenda seda, et alati tehakse nii, nagu patsient tahab (Schoot jt 2005a). Õe ja kliendi vaheline partnerlus õendusabis võimendab klienti ning suurendab tema sõltumatust oma tervise ja eluga seotud valikute tegemisel (Brown jt 2006). Schooti jt (2005a) uurimuses oli klientide vaatekohast vajalik mõlemapoolne (nii õe kui ka kliendi) partnerlus. Eakate vaatekohast peaksid mõlemad osapooled võtma vastutuse, jagama oma ootusi, koostama ühiselt ravi- ja hooldusplaani ning sõlmima kokkulepped dialoogi kaudu (Schoot jt 2005a ja b, Baylissi jt 2008). Ishikawa jt (2005) uurimuses tajusid eakad ambulatoorseid vastuvõtte rohkem patsiendikesksena, kui neid kaasati dialoogi. Partnerlus ja suhtlemine on seotud patsientide rahuloluga: näiteks Little'i jt (2001a) uurimuses selgus, et patsiendid olid rahulolevamad kui neid julgustati küsimusi esitama. De Witte jt (2006) ja Bosmani jt (2007) uurimistöös selgus, et patsiendid olid võrreldes teiste kliendikesksuse küsimustega vähem rahul sellega, kui personal ütles mõnikord liiga kiiresti „see ei ole võimalik“. Vastuoluliste väärtushinnangute ilmnedes peaks õde koos kliendiga arutlema nende sobivuse üle, mitte aga neid kohe välistama (Schoot jt 2005b).

Mitmes uurimuses ilmnes eakate patsientide soov, et ravi ja hooldust osutaks neile sobiv ja üks kindel õde (Rosén jt 2001, Eales jt 2001, Nolan jt 2004, Schoot jt 2005a, Bayliss jt 2008). Koduõenduse kliendikesksust hinnates ei olnud kliendid võrreldes teiste kliendikesksuse küsimustega rahul sellega, et nendega ei peetud piisavalt nõu, kes neid hooldab (de Witte jt 2006, Bosman jt 2007).

**Vastastikune sõltuvus** tähendas koduõenduse klientidele õe ja kliendi vastastikust mõistmist, usaldust ja tuge; inimese erisustest lugupidamist (kultuurilised ja usulised väärtused); mõlemapoolset huvi, pühendumust, ausust ja nõrkuste tunnistamist (Schoot jt 2005a). Baylissi jt (2008) uurimuses selgus, et eakad patsiendid ootavad personalilt hoolivat suhtumist.



Patsiendikeskse ravi ja hoolduse oluline komponent on ka **tervise edendamine** (Little jt 2001a ja b, Bauman jt 2003, IAPO 2007). Little'i jt (2001b) uurimus näitas, et kui personal ei andnud patsientidele nõu, kuidas tulevikus terviseprobleeme ennetada, siis olid patsiendid abitumad.

Little'i jt (2001a, b) uurimuses selgus, et ravi ja hooldus on patsientide vaatekohast patsiendikeskne, kui **personal tunneb huvi, kuidas patsiendi probleemid mõjutavad tema elu**. Kui personal ei tundnud huvi, kuidas patsientide probleemid mõjutavad nende perekonda, isiklikku elu ja igapäevatoiminguid, siis olid nad abitumad (Little jt 2001b). Coyle'i ja Williamsi (2001) uurimistöös ei olnud patsiendid rahul personali tundlikkusega selles suhtes, kuidas patsientide haigus ja ravi mõjutas nende elu.

Kokkuvõtteks saab tõdeda, et patsiendikesksus on patsiendi vaatekohtade tunnustamine otsuste tegemisel ning erinevate võimaluste pakkumine ravis ja hoolduses (Eales jt 2001, Wunderlich ja Kohler 2001). Klientide väärtuste tunnustamine kindlustab klientidele enesest lugupidamise ja **autonoomia** ning suurendab klientide **osalust** ravis ja hoolduses (Schoot jt 2005a).

### 3. METOODIKA

#### 3.1. Uuritavad

Populatsiooni moodustasid Eesti haiglate hooldusravi osakondade **eakad** patsiendid. 2007. aastal viibis statsionaarselt hooldusravis kokku 10361 patsienti (Eesti Sotsiaalministeerium 02.04.2008). Valimisse kaasati regionaal-, kesk- ja üldhaiglad, kus on vähemalt 8 hooldusravikohta. Eestis on 15 regionaal-, kesk- ja üldhaiglat, kus hooldusravi osakondades viibis intervjuerimise aegadel kokku 566 patsienti. 2007. aastal viibis samades haiglates kokku 5378 statsionaarset hooldusravipatsienti (Eesti Sotsiaalministeerium 02.04.2008). Valimisse ei kaasatud SA Hiiumaa haigla hooldusravi osakonna eakaid patsiente, kuna seal on 4 hooldusravikohta.

Esialgul oli kavas uurimistöösse kaasata 200 eakat patsienti, kuid tervislik seisund võimaldas osaleda 121 patsiendil. Käesolevas töös oli tegu käepärase valimiga. Valimisse kuulusid patsiendid, kes olid vajalikul ajahetkel kättesaadavad (Burns ja Grove 2005: 350). Lõpliku valimi moodustasid 14 Eesti regionaal-, kesk- ja üldhaigla hooldusravi osakondades viibivat 121 eakat patsienti. Uurimistöös osales kokku 111 patsienti, kuna 10 patsienti keeldus osalusest. Küsimustikule vastamise määr oli 91,7%. Noorim eakas patsient oli 65-aastane ja vanim 93-aastane.

Uuritavate valiku kriteeriumid:

- viibis statsionaarselt hooldusravi osakonnas,
- osales vabatahtlikkuse alusel,
- vanus 65 aastat või enam,
- tervislik seisund võimaldas uurimuses osaleda (tervislikku seisundit hindas hooldusravi osakonna õde, vanemõde või osakonnajuhataja).

#### 3.2. Andmete kogumine

Uurimistöö on kvantitatiivne, empiiriline ja kirjeldav. Andmete kogumiseks kasutati põhiküsimustikuna de Witte jt (2006) 15 väitest koosnevat ühedimensioonilist küsimustikku „*Client-centred care questionnaire*“ (küsimustikus väited 1–15). Küsimustik arendati välja Schooti jt (2005a, b) kvalitatiivses uurimistöös selgunud klientide põhiotuste (autonoomia ja

erinevate väärtused) põhjal. Iga de Witte jt (2006) küsimustiku kliendikesksusele osutav üksik väide iseloomustab mitut põhiootustest tulenevat väärtust ja/või autonoomiat. Erinevad osad on küll selgesti tajutavad, aga neid ei ole eraldatud (de Witte jt 2006). Seetõttu on ka käesolevas uurimistöös tulemused esitatud ühedimensiooniliselt ning iga väidet käsitletakse tulemuste esitamisel ja teiste uurimistöödega võrdlemisel eraldi. De Witte jt (2006) küsimustikule lisati juurde Little'i jt 2001. aastal koostatud küsimustikust viis väidet, mis iseloomustasid alljärgnevat patsiendikesksuse komponente: **tervise edendamine; personali huvi selle vastu, kuidas patsiendi probleemide mõjutavad tema elu; partnerlus; terviklikkus** (küsimustikus väited 16–20) (Little jt 2001a, b). De Witte jt (2006) küsimustikku kasutati põhiküsimustikuna, sest seda on varem edukalt kasutatud patsiendikesksuse kirjeldamisel patsientide vaatekohast koduõenduse puhul, kus enamik patsiente on suhteliselt kõrges vanuses (de Witte jt 2006, Bosman jt 2007). De Witte jt (2006) soovivad küsimustikku, et mõõta eakate patsientide vaatekohast patsiendikesksust erinevates tervishoiuasutustes.

Hirsijärvi jt (2005: 172) soovivad, et kui tahetakse kirjeldada, mida inimesed tunnevad, kogevad, mõtleavad või usuvad, võib kasutada intervjuud, ankeetküsitlust või hinnanguskaalat. Käesolevas töös koguti andmed struktureeritud intervjuu abil. Intervjuu abivahendina kasutati ankeeti, kus küsimuste ja väidete vorm ning järjekord on kindlaks määratud (Hirsijärvi jt 2005: 195). Vajadus kasutada struktureeritud intervjuud ilmnes 02.07.2008 korraldatud pilootuuringu käigus, kuna selgus, et hooldusravipatsiendid ei olnud enamasti võimelised ise vastuseid kirjalikult üles märkima (Burns ja Grove 2005: 397–398).

Uuritavad hindasid oma nõusolekut patsiendikesksust iseloomustavate väidetega viieastmelisel Likert-skaalal 1-st (üldse mitte nõus) 5-ni (täiesti nõus). Hinnang 3 tähendas neutraalset vastust. Küsimustiku tõlgiti ja võeti kasutusele autori kirjalikul loal. Küsimustik tõlgiti inglise keelest eesti ja vene keelde (lisa 1), seejärel uuesti eesti ja vene keelest inglise keelde ning tõlkebüroos teostati tõlke õigsuse kontroll. 02.07.2008 tehti kümne eaka hooldusravipatsiendiga pilootuuring, mille käigus selgitati välja küsimustiku puudused ning täiendati ja parandati eakatele arusaamatuks jäänud või segadust tekitanud väiteid. Uurimistöö tegemiseks oli Tartu Ülikooli Inimuuringute Eetika Komitee luba 24.09.2007. a – protokoll nr 163/T-5 (lisa 2) ja uurimistöös osalevate haiglate kirjalikud nõusolekud. Ankeedi kõrget usaldusväärsust ja head kooskõla küsimuste vahel näitab Cronbach  $\alpha=0,85$ . Kvantitatiivset uurimismeetodit kasutati seetõttu, et patsiendikesksuse mõiste kohta uut teavet ei otsitud, vaid sooviti kirjeldada patsiendikesksuse

olukorda hooldusravis viibivate eakate patsientide kogemuse kaudu ning võrrelda olukorda varasema teabega.

Andmed koguti 01.10.2008 – 30.11.2008. Struktureeritud intervjuud viidi läbi 111 eaka hooldusravipatsiendiga. Intervjueerimiseks sobilikud patsiendid valis välja osakonna õde, vanemõde või osakonnajuhataja. 55 eakat intervjueeris käesoleva uurimistöö autor ning ülejäänud 56-ga tegi intervjuu autoriga samas projektis (ETF7597) osalev vastava ettevalmistusega üliõpilane. Patsiente küsitleti privaatses ruumis, kuid vahel ka palatis, kuna mõne patsiendi füüsiline tervis ei võimaldanud palatist lahkuda. Mezey ja Berkman (2001: 84) soovitavad eakate küsitlemisel arvestada, et eakas on hommikuti erksam ning arusaamisvõimelisem kui õhtusel ajal, seetõttu intervjueeriti patsiente üldjuhul hommikusel ajal. Uuriija tutvustas enne konkreetset küsitlust patsiendile uurimistöö eesmärgi, sisu ja vajalikkust. Uuritavale selgitati, et osalemine on vabatahtlik ja anonüümne ning sellest võib loobuda igal ajal, mil uuritav seda soovib. Uuriija vastas kõigile uuritava esitatud küsimustele. Uurimuse tegemiseks võeti intervjueeritavalt kirjalik informeeritud nõusolek (lisa 3). Struktureeritud intervjuu käigus esitas uuriija väited selgelt ning kui miski jäi patsiendile arusaamatuks, kordas väidet. Intervjuud kestsid keskmiselt 21,3 minutit (SD 2,0), minimaalselt kestis intervjuu 18 ja maksimaalselt 26 minutit.

### **3.3. Andmete analüüs**

Kogutud andmed töödeldi andmetöötluspaketi SPSS 14,0 (*Statistical Package for Social Sciences*) ja Microsoft Exceli programmi abil. Andmete analüüsil kasutati kirjeldava statistika meetodeid, keskmiste võrdlemist ning korrelatsioonanalüüsi. Olulisuse nivoo oli kasutusel 0,05.

Vastajate taustamuutujate ja ankeediväidete vastuste jaotuse kirjeldamisel kasutati sagedus- jaotustabeleid. Tulemuste kirjeldamisel koondati viieastmelise Likert-skaala hinnangud kolmeks: nõus („täiesti nõus“ ja „pigem nõus“), mitte nõus („pigem mitte nõus“ ja „üldse mitte nõus“) ja „ei oska öelda“ ehk neutraalne. Tulemused on esitatud täis- ja suhtearvudes, mida illustreerivad tabelid ja tulpdiagramm. Tulemuste paremaks võrdlemiseks de Witte jt (2006) ning Bosmani (2007) jt uurimistöödega (lisa 4), leiti ka käesolevas uurimistöös hinnangute arvkarakteristikud (aritmeetiline keskmine, standardhälve, mediaan, mood, variatsioonirea ulatus) (lisa 5). Väidete

7 ja 13 hinnangud on andmete analüüsil arvkarakteristikute leidmisel ümberpööratud, kuna hinnang 1 on kõige positiivsem ja hinnang 5 kõige negatiivsem vastus.

Sarnaselt põhiküsimustiku autorite de Witte jt (2006) ning Bosmani jt (2007) uurimistöödega selgitati käesolevas uurimuses välja seosed taustamuutujate ja patsiendikesksuse skoori ehk patsiendikesksusele antud hinnangu ehk vastuste kogusumma vahel. Skoori ehk kogusumma leidmiseks liideti iga vastaja korral tema üksikvastuste väärtused. Selliselt leitud skoori minimaalne teoreetiline väärtus on 20 ja maksimaalne teoreetiline väärtus 100. Mida suurem skoor ehk kogusumma, seda patsiendikesksemaks võib hinnata hooldusravi. Gruppide keskmiste skooride võrdlemiseks kasutati kas Mann-Whitney testi (kahe grupi võrdlus – sugu, laste või lastelaste olemasolu, aeg haiglas, vanusegrupid: 65–74 ning 75 ja vanemad ) või Kruskal-Wallise testi (rohkem kui kaks gruppi – perekonnaseis, abi vajadus igapäevatoimingute tegemisel, haridus). Patsiendikesksuse skoori ning sobivate taustamuutujate korral leiti korrelatsioonikordajad.

## 4. TULEMUSED

### 4.1. Eakate patsientide taustamuutujad

Uuritavate keskmine vanus oli 78,7 aastat (SD 7,36), noorim oli 65- ja vanim 93-aastane. 65 – 74-aastaseid patsiente oli 32 (28,8%) ja 75–93-aastaseid 79 (71,2%). Uuritavatest 37 (33,3%) olid mehed ja 74 (66,7%) naised. Enamik uuritavatest (44; 39,7%) olid algharidusega, keskharidusega patsiente oli 31 (27,9%). Üle poole uuritavatest (62; 55,9%) olid lesed, veerand patsientidest (28; 25,2%) oli abielus või vabaabielus. Enamikul (92; 82,9%) olid lapsed või lapselapsed. Kõige rohkem (82; 73,9%) oli uuritavate seas neid, kes olid raviasutuses viibinud vähem kui ühe kuu. Igapäevatoimingutes vajasisid patsientidest vähest abi 42 (37,8%) ja mõningast abi 32 (28,8%). Üsna palju või pidevat abi vajasisid 26 (23,4%). (Tabel 1.)

*Tabel 1. Uuritavate jagunemine taustamuutujate järgi.*

<b>Patsientide taustamuutujad</b>	<b>Vastanute arv ja % , (n= 111)</b>	
<b>Vanus</b>		
1. Keskmine vanus aastates	78,7 (vanusevahemik 65-93)	
2. 65-74-aastane	32	28,8%
3. 75-93-aastane	79	71,2%
<b>Sugu</b>		
1. Naine	74	66,7%
2. Mees	37	33,3%
<b>Perekonnaseis</b>		
1. Lesk	62	55,9%
2. Abielus/vabaabielus	28	25,2%
3. Lahutatud	13	11,7%
4. Vallaline	8	7,2%
<b>Laste ja laste olemasolu</b>		
1. On lapsed või lapselapsed	92	82,9%
2. Ei ole lapsi ega lapselapsi	19	17,1%
<b>Haridustase</b>		
1. Algharidus	44	39,7%
2. Keskharidus	31	27,9%
3. Keskeriharidus	13	11,7%
4. Põhiharidus	11	9,9%
5. Kõrgharidus	10	9%
6. Kutseharidus	2	1,8%
<b>Hooldusravi osakonnas viibitud aeg</b>		
1. Vähem kui üks kuu	82	73,9%
2. Üks kuni kuus kuud	25	22,5%
3. Seitse kuud kuni üks aasta	4	3,6%
<b>Abi vajadus igapäevatoimingute tegemisel</b>		
1. Vajab väga vähe abi	42	37,8%
2. Vajab mõningast abi	32	28,8%
3. Vajab üsna palju abi	19	17,1%
4. Ei vaja abi	11	9,9%
5. Vajab pidevalt abi	7	6,3%

## 4.2. Eakate patsientide hinnangud patsiendikesksusele hooldusravis

Tulemuste kirjeldamisel koondati viieastmelise Likert-skaala hinnangud kolmeks: nõus („täiesti nõus ja „pigem nõus“), mitte nõus („pigem mitte nõus“ ja „üldse mitte nõus“) ja „ei oska öelda“ ehk neutraalne. Kirjeldamisel on välja toodud olulisemad tulemused (joonis 2) ning lisas 6 on täiendavalt esitatud patsiendikesksust iseloomustavatele väidetele antud hinnangud.

Enamik (102; 91,9%) patsientidest leidis, et personal arvestab nende isiklike soovidega, 106 (95,5%) uuritavat nõustusid sellega, et personal kuulab neid ning 104 (93,7%), et personal arvestab seda, mida patsient personalile ütleb. Peaaegu kahel kolmandikul (71; 63,9%) patsientidest oli piisavalt võimalusi öelda, millist hooldust nad vajavad ning neutraalseks jäid selles osas vaid 15 (13,5%) uuritavat.

75 (67,5%) eakat leidis, et personal austab nende otsuseid isegi siis, kui nende arvamus erineb personali omast. Neutraalseks jäid siinjuures 32 (28,8%) uuritavat. Peaaegu kolmveerand (83; 74,7%) uuritavatest arvas, et personal teab täpselt, mida võib ja mida ei või öelda ning veidi üle veerandi (28; 25,2%) jäid selles osas neutraalseks. Ligikaudu kolmveerand (81; 72,9%) patsientidest ei olnud nõus väitega „minu arvates on personal mõnikord liiga kiire ütleva, et mõni asi ei ole võimalik“, kusjuures neutraalseks jäid selles küsimuses 17 (15,3%) uuritavat.

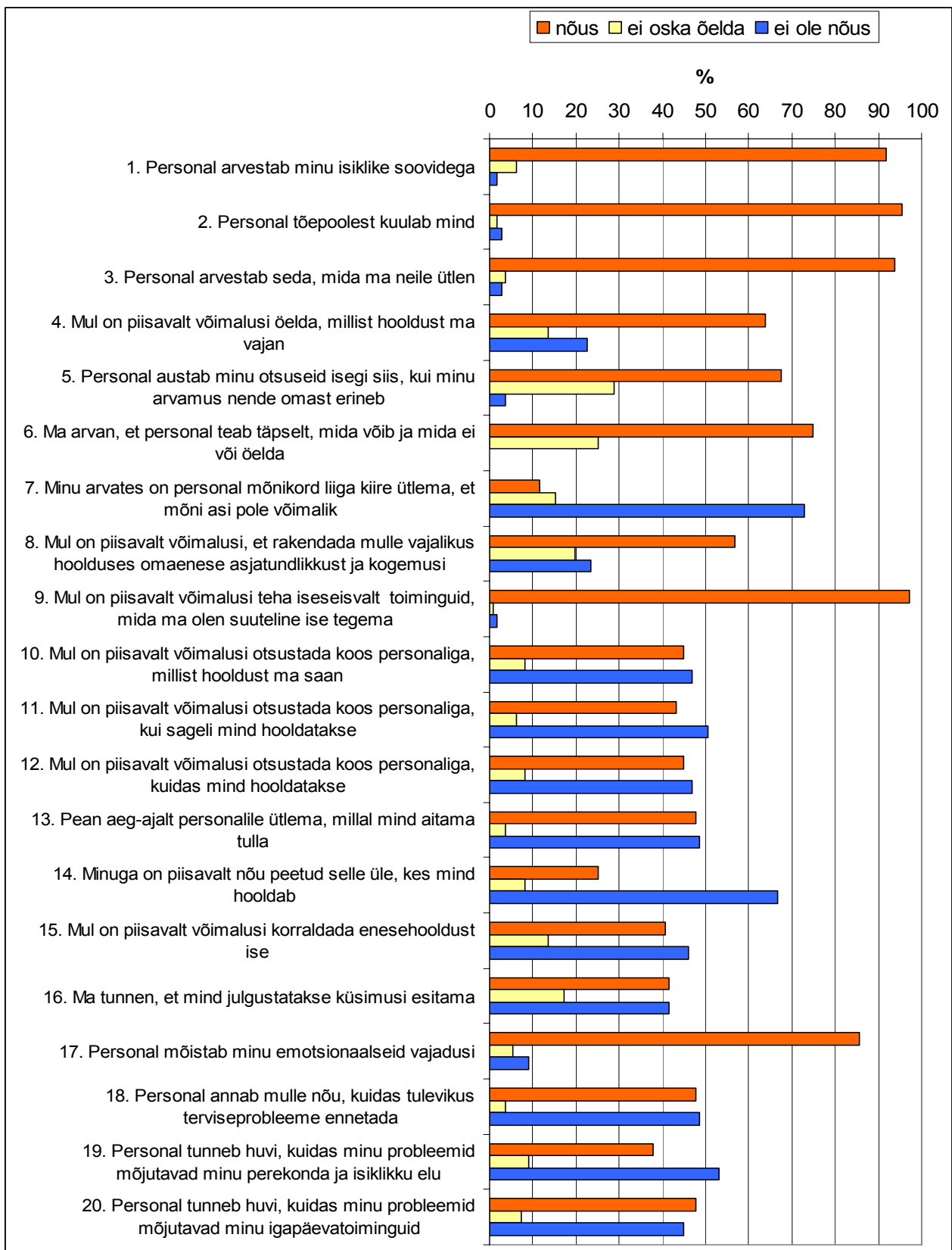
Veidi rohkem kui pooltel (63; 56,7%) patsientidel oli piisavalt võimalusi rakendada hoolduses omaenese asjatundlikkust ja kogemusi ning 22 (19,8%) patsienti jäid selles osas neutraalseks. Kõige rohkem (108; 97,3%) leidsid patsiendid, et neil on piisavalt võimalusi teha iseseisvalt toiminguid, mida nad on suutelised ise tegema.

Peaaegu pooltel (52; 46,8%) uuritavatest ei olnud piisavalt võimalusi otsustada koos personaliga, millist hooldust nad saavad ja kuidas neid hooldatakse ning neutraalseks jäid nendes küsimustes vaid 9 (8,1%) uuritavat. Pooltel (56; 50,4%) eakatest ei olnud piisavalt võimalusi otsustada koos personaliga, kui sageli neid hooldatakse ning neutraalseks jäid kõnealuses küsimuses vaid 7 (6,3%) patsienti. Ligikaudu pooled (53; 47,7%) uuritavatest pidid aeg-ajalt personalile ütleva, millal neid aitama tulla, neutraalseks jäid siinjuures ainult 4 (3,6%). Kaks kolmandiku (74; 66,7%) eakatest leidis, et nendega ei ole piisavalt nõu peetud selle üle, kes neid hooldab, sealjuures neutraalseks jäid 9 (8,1%). Ligikaudu pooltel (51; 45,9%) uuritavatest ei olnud piisavalt võimalusi korraldada enesehooldust ise ning neutraalseks jäid selles osas 15 (13,5%) eakat. Peaaegu pooled (46; 41,4%) patsientidest ei tundnud, et neid julgustatakse küsimusi

esitama ning neutraalseks jäid siinjuures 19 (17,1%) uuritavat.

Suur osa (95; 85,6%) eakatest leidis, et personal mõistab nende emotsionaalseid vajadusi. Peaaegu pooled (54; 48,6%) patsientidest leidsid, et personal ei anna neile nõu kuidas tulevikus terviseprobleeme ennetada ning neutraalseks jäid vaid 4 (3,6%) uuritavat. Üle poolte (59; 53,1%) patsientidest arvas, et personal ei huvitu, kuidas nende probleemid mõjutavad nende perekonda ja isiklikku elu, neutraalseks jäid siinjuures 10 (9,0%) eakat. Ligikaudu pooled (50; 45%) patsientidest olid seisukohal, et personal ei huvitu kuidas probleemid mõjutavad nende igapäevatoiminguid ja neutraalseks jäid selles osas 8 (7,2%) uuritavat. (Joonis 2.)





**Joonis 2. Patsientide (n=111) hinnang patsiendikesksust iseloomustavatele väidetele**

Patsiendikesksuse skoor ehk patsiendikesksusele antud keskmine hinnang ehk vastuste kogusumma oli teoreetilisest keskmisest väärtusest (60) kõrgem. Patsiendikesksuse skoori minimaalne teoreetiline väärtus on 20, tegelik miinimum oli sellest kõrgem, mis tähendab, et uuritavatest keegi ei andnud kõikidele väidetele hinnangut 1. Vastanutest mitte keegi pole kõikidele väidetele andnud hinnangut 5, mis tähendab, et skoori maksimumhinnang jääb alla maksimaalsest teoreetilisest väärtusest, milleks on 100. (Tabel 2.)

**Tabel 2. Patsiendikesksuse skoori keskmine, mediaan, standardhälve, miinimum ja maksimum**

	Keskmine	Mediaan	Standardhälve	Miinimum	Maksimum
<b>Patsiendikesksuse skoor</b>	70,39	70,00	12,96	46	97

#### 4.3. Seosed taustamuutujate ja patsiendikesksuse skoori vahel

Uurimistöös otsiti seoseid taustamuutujate ja patsiendikesksuse skoori vahel. Taustamuutujad olid patsiendi vanus, sugu, perekonnaseis, laste või lastelaste olemasolu, haridustase, hooldusravi osakonnas viibimise aeg ja abi vajadus igapäevatoimingute tegemisel. Olulisustõenäolisuse väärtuse piiriks oli  $p < 0,05$ . Gruppide võrdlemisel vaadeldi hariduse tunnuses koos kutse- ja keskeriharidust, sest kutseharidusega oli vaid kaks vastajat. Samuti koondati haiglas viibimise aja tunnuses kokku üks kuu kuni kuus kuud ja seitse kuud kuni üks aasta haiglas viibinud patsiendid. Vastanute vanust arvestades jagati eakad kahte gruppi: 65–74-aastased ning 75-aastased ja vanemad.

Gruppide võrdluses ilmnas statistiliselt oluline erinevus vaid sõltuvalt abi vajadusest igapäevatoimingutes (Kruskal-Wallis test:  $\chi^2 = 13,8$ ,  $df = 4$ ,  $p = 0,008$ ). Ülejäänud juhtudel pidi tulemused gruppides sarnaseks lugema. Korrelatsioonanalüüsis selgus, et skooritunnuse seosed taustamuutujatega olid valdavalt nõrgad ja statistiliselt mitteolulised. Statistiliselt oluliseks sai lugeda seose abi vajadusega igapäevatoimingute tegemisel: ilmnas, et mida rohkem vajasid eakad abi igapäevatoimingute tegemisel, seda madalam oli skoor (tabel 3) ehk seda vähem patsiendikesksusemaks pidasid nad hooldusravi ( $r = -0,306$ ;  $p = 0,001$ ).

**Tabel 3. Patsiendikesksuse skoori keskmised, standardhälve, miinimumid ja maksimumid abi vajaduse erinevates gruppides**

	<b>Skoor</b>			
	<b>Keskmine</b>	<b>Standardhälve</b>	<b>Miinimum</b>	<b>Maksimum</b>
<b>Abi vajadus igapäevatoimingute tegemisel</b>				
1. Ei vaja abi	81,2	9,2	68	97
2. Vajan vähe abi	72,0	12,6	46	96
3. Vajan mõningast abi	68,9	13,6	48	94
4. Vajan üsna palju abi	63,8	12,4	47	94
5. Vajan pidevalt abi	68,0	7,8	61	80

## 5. ARUTELU

Eestis ei ole patsiendikesksust eakate hooldusravis patsientide vaatekohast varem uuritud. Selle põhjus võib olla vähene teadlikkus patsiendikesksest lähenemisest ja selle olulisusest tervishoius ning ka sobivate mõõdikute puudumine. Käesoleva uurimistöö tulemused aitavad kirjeldada patsiendikesksuse olukorda eakate hooldusravis patsientide vaatekohast. Uurimistöö autori arvates aitavad käesoleva töö tulemused hooldusravi patsiendikesksemaks muuta ning seeläbi hooldusravi kvaliteeti parandada. Patsiendikeskne lähenemine avaldab positiivset mõju eakate tervisele, parandab nende rahulolu hooldusraviga ning on hooldusravi kvaliteedi aluseks.

Uurimistöös kasutatavat de Witte jt 2006. aastal koostatud põhiküsimustikku on varem testitud de Witte jt (2006) ning Bosmani jt (2007) uurimistöodes Hollandis. Selle eesmärk on mõõta patsiendikesksust koduõenduse patsientide vaatekohast. Küsimustiku autor de Witte jt (2006) on rõhutanud, et mõõdik sobib patsiendikesksuse hindamiseks eakate vaatepunktist erinevates tervishoiuasutustes. Mõõdiku eelnevatel kasutuskordadel näitas sisemise kooskõla analüüs viieteistkümne väite tugevat sisemist kooskõla – Cronbach  $\alpha=0,94$  (de Witte jt 2006) ning Cronbach  $\alpha=0,905$  (Bosman jt 2007). Küsimustikule lisati Little'i jt 2001. aastal koostatud küsimustikust viis väidet, mis iseloomustasid patsiendikesksust. Lisatud väited (Little jt 2001a, b) iseloomustasid patsiendikesksuse komponente, mida de Witte jt (2006) väidetes ei olnud.

Käesoleva uurimistöö usaldusväärsuse tagamiseks teostati küsimustikuga 02.07.2008 kümne eaka hooldusravipatsiendiga pilootuuring. Patsientidele esitati küsimused ka ankeedi sõnastuse arusaadavuse, üleliigsete ja puuduolevate küsimuste kohta ning paluti väljendada mõtteid, mis küsimustikule vastates tekkisid. Pilootuuringus selgus, et mõnda väidet oli eakatele raske mõista. Nende väidete sõnastust korrigeeriti. Patsiendid tõdesid, et olemasolevate küsimustega saab hea ülevaate patsiendikesksusest hooldusravis. Pilootuuringus selgus ka, et struktureeritud intervjuu on uurimuse läbiviimiseks õige andmete kogumise meetod, sest enamik eakatest ei olnud tervisliku seisundi tõttu võimelised vastuseid kirjalikult üles märkima. Uuriija vastutas vastuste õige ülesmärkimise eest.

Käesoleva küsimustiku kohandamiseks ja tõlkimiseks kasutas uurimistöö autor ekspertide abi, kelleks olid õendusteaduse osakonna õppejõud. Küsimustik tõlgiti inglise keelest eesti keelde ja vene keelde ning seejärel uuesti eesti keelest ja vene keelest inglise keelde, seejärel kontrolliti tõlkebüroos tõlke õigsust. Uurimuse läbiviimisel palusid uuritavad intervjuuerimisel tihti korrata viiendat ja kaheksandat väidet, kuid kordamise järel said nad neist aru. Ilmselt olid väidete sisu

eakate jaoks veidi keeruline ning vajas rohkem süvenemist. Käesolevas uurimistöös näitab ankeedi kõrget usaldusväarsust ja head kooskõla küsimuste vahel kogu küsimustiku reliaablust hindav Cronbach  $\alpha=0,85$ .

Uurimistöös kasutati andmete analüüsimisel põhiküsimustiku autorite de Witte jt (2006) poolt pakutud ühedimensioonilist käsitlust, et saavutada käesoleva ja Hollandis tehtud uurimistööde tulemuste võrreldavust. Kuna Eesti andmetelt hinnatud faktoranalüüsi mudel oli ühe faktori korral siiski madala kirjeldusvõimega (35%), siis on põhjust uskuda, et Eesti kontekstis võib olla sobivam väidete liitmine ühe asemel mitmesse blokki, mis mõõdaksid ja iseloomustaksid patsiendikesksust eri aspektidest. Käesoleva uurimuse erinevus de Witte jt (2006) uurimusest, kus kirjeldusvõime oli 58%, võib tuleneda näiteks Eesti ja Hollandi erinevast ravi ja hoolduse korraldusest, tervishoiuteenuse liigist ning kultuuritaustast. Seetõttu võiks küsimustiku edaspidisel kasutamisel uurimistöodes Eestis teostada sobiva faktormudeli hindamise.

Uurimistöö tulemuste usaldusväarsust tõstab küsimustiku vastamismäär, mis oli 91,7% (n=111). Seda mõjutab asjaolu, et uurimus tehti struktureeritud intervjuu abil, mis on eakatele ilmselt mugavam vastamisviis. Esialgu oli kavas kaasata 200 eakat patsienti, kuid tervislik seisund võimaldas osaleda 121 patsiendil. Tuginedes sotsiaalministeeriumi andmetele, on uurimusse kaasatud haiglates hooldusravil umbes pooled kõikidest Eesti hooldusravi patsientidest. Siit saab järeldada, et ülejäänud haiglatest oleks sellel ajahetkel saanud uurimusse kaasata veel umbes sama palju eakaid patsiente. Suurema osa eakate patsientide tervislik seisund ei oleks seda aga ilmselt võimaldanud. Osalenud haiglad katavad kõiki Eesti regioone, mis tähendab, et uurimus hõlmab Eesti erinevate piirkondade eakaid hooldusravipatsiente.

Uurimistöö tegemiseks saadi Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee luba 24.09.2007.a – protokoll nr 163/T-5 ja osalevate haiglate nõusolekud. Uuriija tutvustas enne küsitlust patsientidele uurimistöö eesmärgi, sisu ja vajalikkust. Uuritavale selgitati, et osalemine on vabatahtlik ja anonüümne ning sellest võib loobuda igal ajal, mil uuritav seda soovib. Uuriija vastas kõigile uuritava esitatud küsimustele. Uurimuse tegemiseks võeti intervjuueeritavalt kirjalik informeeritud nõusolek. Kõik haiglad ei võimaldanud ruumi privaatseks intervjuuks ning vahel ei võimaldanud eaka tervislik seisund palatist lahkuda. Uuriija üritas sel juhul uuritavaga võimalikult vaikselt rääkida. Lisaks häirisid privaatset intervjuud mõnel korral ka hooldusravi personal, kes tuli samal ajal palatisse. Uuriija katkestas siis intervjuu ning jätkas, kui personal oli lahkunud.

Üldiselt võib väita, et eakate arvates on hooldusravi keskmisest patsiendikesksem. Kõige positiivsemaks hindasid nad võimalust teha iseseisvalt toiminguid, milleks nad ise suutelised on. Kõige negatiivsemaks aga seda, et nendega ei ole nõu peetud selle üle, kes neid hooldab.

Käesoleva uurimistöö tulemuste võrdlemiseks de Witte jt (2006) ning Bosmani jt (2007) tulemustega, tuuakse välja tulemuste aritmeetilised keskmised. Käesoleva uurimistöö puhul tähistab aritmeetilisi keskmisi **I**, de Witte'i jt (2006) uurimistöö puhul **D** ning Bosmani jt (2007) uurimistöö puhul **B**.

Tulemustes selgus, et enamik (97,3%) patsiente saavad teha toiminguid, mida nad on suutelised tegema iseseisvalt (I – 4,78). De Witte jt (2006) ning Bosmani jt (2007) uurimistöödes hindasid koduõenduse patsiendid seda võimalust samuti üsna kõrgelt (D – 4,3 ja B – 4,14). Autori arvates näitab see Eesti haiglate hooldusravi personali teadlikkust sellest, et kui eakaid julgustatakse, õpetatakse ja toetatakse iseseisvate toimingute tegemisel, siis aitab see parandada või säilitada patsientide toimetulekut ja tervist; ning personal ei vali enese jaoks kergemat vastupanuteed, kus patsiendi eest tehakse kõik ära.

Mitmes uurimuses selgus, et eakad soovivad, et õed ja hooldajad arvestaksid nende ainulaadsust ja kuulaksid neid (Eales 2001, Schoot jt 2005a ja b, Bayliss jt 2008). Little'i jt (2001a) ning Schooti jt (2005a) uurimuses selgus, et patsientide arvates peaks ravi ja hooldus toetama nende terviklikkust – õed peaksid pöörama tähelepanu patsiendi emotsionaalsetele vajadustele ja mõistma neid. Enamik Eesti hooldusraviosakondade eakatest patsientidest leidis, et personal arvestab nende isiklike soove ja patsiendi ütlusi, mõistab nende emotsionaalseid vajadusi ning kuulab neid. Samamoodi arvasid Hollandi koduõenduse patsiendid de Witte jt (2006) ja Bosmani jt (2007) uurimistöödes (arvestab soove: I – 4,59; D – 4,3; B – 4,16, kuulab patsienti: I – 4,66; D – 4,3; B – 4,2 ja arvestab, mida patsient ütleb: I – 4,55; D – 4,2; B – 4,11). Siit võib järeldada, et Eesti hooldusravi õed ja hooldajad on arvestavad ja tähelepanelikud eakate soovide ja vajaduste suhtes. Vastupidiselt Eesti ja Hollandi eakatele, leidsid aga Inglismaa „haprad“ (75-aastased ja vanemad) eakad Themessl-Huberi jt (2007) uurimuses, et esmaabi osutamisel ei arvestata nende individuaalseid vajadusi ja soove. Erinevus võib tuleneda sõltuvalt eakate rahvuslikust kultuuritaustast, tervishoiuteenuse liigist ja vanusegrupist. Samas ei ilmnenu käesolevas uurimistöös vanusest sõltuvaid erinevusi patsiendikesksuse hinnangule.

Käesolevas uurimistöös selgus, et Eesti hooldusraviosakondades väljendasid eakad patsiendid võrreldes Hollandi koduõenduse patsientidega suuremat rahulolu küsimuses, mis puudutab

personali kiirustamist mõnede asjade võimatuks tunnistamisel. Suur osa Eesti eakatest ei olnud nõus väitega „minu arvates on personal mõnikord liiga kiire ütleva, et mõni asi pole võimalik“ (I – 4,08; D – 3,5 ja B – 3,66). Põhjus võib olla Eesti eakate tagasihoidlikkuses oma soove väljendada ja vähesem nõudlikkus võrreldes Hollandi patsientidega. Samas tundsid peaaegu pooled hooldusravil viibinud eakatest, et neid ei julgustata küsimusi esitama. Little'i jt (2001a) uurimuses selgus, et küsimuste esitamise julgustamine kui partnerluse ja suhtluse osa on seotud patsientide rahuloluga. Siit võib järeldada, et paljude patsientidega teevad õed ja hooldajad koostööd, arutlevad probleemide ja küsimuste üle ning üritavad leida sobivaid lahendusi, kuid ei pööra sealjuures piisavalt tähelepanu patsiendi julgustamisele esitama rohkem küsimusi.

Mitmed uurimistulemused kinnitavad eakate patsientide soovi, et ravi ja hooldust osutaks neile sobiv ja üks kindel õde (Rosén jt 2001, Eales jt 2001, Nolan jt 2004, Schoot jt 2005a, Bayliss jt 2008). Käesolevas uurimistöös selgus, et kahe kolmandiku eakatega ei ole nõu peetud selle üle, kes neid hooldab. Võrreldes Eesti patsiente Hollandi koduõenduse patsientidega, olid Eesti eakad kõnealusel küsimuses vähem rahul (I – 2,14; D – 3,4; B – 3,59). Võib järeldada, et Eesti hooldusravi osakondades ei ole sellele probleemile tähelepanu pööratud. Samas on probleemi autori arvates vajalike ressursside puudumise tõttu Eestis üsna keeruline lahendada. Uurimistöö autor soovib võimaluste piires organiseerida osakonna töökorraldust nii, et patsiendid saaksid ühe valvepersonali töötajatest valida endale „oma“ hooldaja ja/või õe. Kui patsiendil on „oma“ hooldusravimeeskond, siis tekib tal usaldus õendus- ja hooldusabi osutavate inimeste vastu ning see omakorda võimaldab personalil saada kohest teavet patsientide probleemide ja murede kohta. Selline lähenemine aitaks tõhusamalt lahendada probleeme ja parandada eaka heaolu.

Coyle'i ja Williamsi (2001) uurimistöö tulemustes ilmnes patsientide rahulolematuse asjaoluga, et personalil puudub huvi selle vastu, kuidas haigus ja ravi mõjutavad patsientide elu. Käesoleva uurimistöö tulemuste järgi arvasid ligikaudu pooled patsientidest, et personal ei huvitu, kuidas probleemid mõjutavad nende perekonda, isiklikku elu ja igapäevatoiminguid. Little'i jt (2001b) uurimistöö tulemused näitasid, et sellise suhtumise tõttu olid patsiendid abitud. Käesoleva töö autor arvab, et Eesti hooldusravi osakondades võib personal olla ülekoormatud ja seetõttu ei jää aega vestelda kõikide eakatega eespool nimetatud temadel. Lisaks võib õdedel ja hooldajatel puududa teadlikkus sellise vestluse olulisusest eakatele. Siinjuures võiks abi olla personali koolitamisest.

Peaaegu pooled patsientidest leidsid käesolevas uurimistöös, et personal ei nõusta neid, kuidas tulevikus terviseprobleeme ennetada. Little'i jt (2001b) uurimuses selgus, et kui personal seda ei

tee, siis on patsiendid abitud. Põhjus võib olla selles, et õdede ja hooldajate arvates on eakate tervislik seisund selline, kus ennetamine ei paranda enam patsientide tervist. Samas võib probleemi tingida ajapuudus, tahtmatus või oskamatus patsienti nõustada. Autori arvates võib eakatel ilmuda ka selliseid terviseprobleeme, mida saaks personalipoolse nõustamise kaudu ennetada näiteks ea- ja võimetekohase füüsilise koormusega, õige toitumise, hügieeninõuete täitmisega või muu sellisega. Probleemi lahendamiseks tuleks tähelepanu pöörata personali informeerimisele ja koolitamisele.

Mitme autori (Schoot jt 2005a, Themessl-Huber jt 2007) uurimustes selgus, et eakad patsiendid soovivad õega dialoogi ravi ja hoolduse korraldamise osas (millist hooldust, kui sageli ja kuidas ravida ja hooldada). Käesolevas uurimistöös leidsid ligikaudu pooled patsientides, et neil ei ole võimalust hooldusravis enesehooldust korraldada. Kui võrrelda käesoleva töö tulemusi de Witte jt (2006) ning Bosmani jt (2007) uurimistöö tulemustega, olid Eesti eakad selles küsimuses kõige negatiivsemalt häälestatud (I – 2,83; D – 3,2; B – 3,45). Ligikaudu pooltel patsientidest ei ole Eesti hooldusravi osakondades võimalust koos personaliga otsustada, millist hooldust, kui sageli ja kuidas nad seda saavad. Võrreldes tulemusi de Witte jt (2006) ning Bosmani jt (2007) uurimusega, ilmneb, et Eesti eakad hindavad oma võimalusi teha koos personaliga hooldusravi puudutavaid otsuseid kehvemaks (millist hooldust: I – 2,9; D – 3,9; B – 3,91, kui sageli hooldada: I – 2,83; D – 3,8; B – 3,76 ja kuidas hooldada: I – 2,87; D – 4,0; B – 3,94). Siit võib järeldada, et Eestis osutatakse hooldusravi tihti kindlate reeglite ja normide järgi ning patsiendi kaasamisele ei pöörata tähelepanu. Õed ja hooldajad ei pruugi olla teadlikud patsiendi kaasamise võimalusest kui hooldusravi loomulikust ja olulisest osast. Lisaks võib personal kahelda eaka otsustusvõimes. Käesoleva uurimistöö autori arvates tuleks õendus- ja hoolduspersonali ning ka hooldusravi juhtide tähelepanu suunata eaka kaasamisele otsuste tegemisse. See edendab patsientide autonoomiat ja võimaldab neil jätkata oma igapäevaelu, mille tulemusena on patsiendid rahulolevamad (Proot jt 2000, Eales jt 2001, Barkay ja Tabak 2002, Schoot jt 2005a,b).

Uurimistöös otsiti seoseid taustamuutujate ja patsiendikeskuse skoori vahel. Mida rohkem vajasid eakad hooldusravipatsiendid abi igapäevatoimingutes, seda madalama oli patsiendikeskuse skoor ehk seda vähem patsiendikesksemaks pidasid nad hooldusravi ( $r = -0,306$ ;  $p = 0,001$ ). Siit võib järeldada, et mida sõltuvamad ja haigemad on eakad, seda vähem arvestab personal nende individuaalseid ootusi ja arvamusi; seda vähem oluliseks peab personal patsiendi tervise edendamist; ning seda vähem tunneb personal huvi eaka isikliku elu vastu. Autori arvates võib põhjuseks olla personali arvamus, et sellises seisundis eakad on



abitumad ning nende eest tuleb teha kõik valikud ja otsused. Samuti võivad haigemate patsientide soovid olla personalile keerulisemad täita ning seetõttu kasutavad nad hooldusravi osutades kiiremaid ja lihtsamaid meetodeid. Lisaks ei pruugi rohkem abi vajavad patsiendid julgeda enda seisukohti väljendada, vaid lepivad vaikides nende eest tehtud otsustega. Erinevalt Hollandi koduõenduse patsientidest ei sõltunud Eesti eakate hooldusravipatsientide arvamus patsienikesksuse kohta perekonnaseisust (de Witte jt 2006, Bosman jt 2007). Põhjus võib olla eakate rahvuslik kuuluvus ning see, mil viisil neid ravitakse ja hooldatakse. Näiteks võib abikaasa olemasolu ja pidev juuresolek koduõenduse puhul mõjutada patsiendi ootusi ja nende täitumist. Ka ülejäänud taustamuutujate ja patsiendikesksuse skoori vahel ei ilmnenud seoseid. Seega ei saa siinse analüüsi põhjal väita, et näiteks meeste arvates on eakate hooldusravi patsiendikeskem kui naiste arvates; et abielus patsientide arvates on eakate hooldusravi patsiendikeskem.

Mitmes uurimuses on selgunud, et eakate patsientide arvates iseloomustab patsiendikeskset ravi ja hooldust perekonna ja lähedaste kaasamine (Rosén jt 2001, Eales jt 2001, Nolan jt 2004, Schoot jt 2005a, Bayliss jt 2008). Käesolevas uurimistöös ei ole aga hooldusravi patsiendikesksust perekonna seisukohast uuritud. Uurimistöö autori arvates tuleks hooldusravis arvestada perekonna seisukohtadega, sest pereliikmed kui patsiendile kõige lähedasemad inimesed tajuvad patsiendi soove ja teavad neid ning näevad hooldusravi patsiendikesksuse olukorda. Uurida oleks vaja nii hooldusravi patsiendikesksuse tähendust eakate lähedastele, kui ka patsiendikesksuse olukorda lähedaste seisukohast. Ühe teemana võiks edaspidi uurida dementseid hooldusravipatsiente. Isiklikule kogemusele tuginedes saab töö autor väita, et nende individuaalsus ja sõltumatus võib olla tervisliku seisundi tõttu rohkem piiratud, kuna personal arvestab dementsete soove ja ootusi vähem. Sobiv andmete kogumise meetod oleks siinjuures näiteks vaatlus.

Uurimistöö tulemustele tuginedes saab arendada õdede ja hooldajate teadmisi patsiendikesksest hooldusravist. Patsiendikesksele lähenemisele hooldusravis võiks tähelepanu pöörata õdede ja hooldajate väljaõppes. Personalikoolituse eeldus on hooldusravi osakonna ülemõe, vanemõe ja osakonnajuhataja teadvustamine kitsaskohtadest, sest juhtkonna suhtumisest, ressursside organiseerimisest ja võimaldamisest sõltuvad personali võimalused osutada patsiendikeskset hooldusravi. Juhtkonna teadvustamiseks ja personali oskuste ja teadmiste arendamiseks võiks korraldada seminare ja koolitusi. Ilmselt sõltub patsiendikesksuse rakendamine ka õe või hooldaja isikuomadustest. Koolituste mõju hooldusravi patsiendikesksusele võiks hinnata korduva uurimusega teatud aja möödudes.

Käesolevas töös kasutatud küsimustik sobib uurimistöö autori arvates hooldusravi patsiendikesksuse uurimiseks eakate hooldusravis, kuid sellele võiks lisada küsimused patsientide soovide ja ootuste kohta. Peale selle võiks uurida, mil määral patsiendid patsiendikeskset hooldusravi soovivad, sest näiteks Little'i jt (2001a) uurimuses ilmnes, et vanemad inimesed ei soovi alati absoluutselt patsiendikeskset ravi ja hooldust. Veel võiks küsimustikku lisada punktid patsiendi informeerimise kohta, sest patsiendi kaasamine otsuste tegemisse kui patsiendikeskse hooldusravi osa eeldab mitme autori väitel (Beauchamp ja Childress 2001, Mezey ja Berkman 2001, Scott jt 2003) eaka igakülgset informeerimist tema tervislikust seisundist, riskidest, protseduuridest ja prognoosist.

Uurimistöö autor arvab, et patsiendikeskse hooldusravi osutamisel on vajalik kaasata ka eaka perekond. Eesti eakad on tihti tagasihoidlikud oma ootusi ja soove väljendama, seetõttu aitaks perekonna kaasamine selgusele jõuda, mida patsient vajab. Käesoleva uurimistöö tulemustele ja isiklikule kogemusele tuginedes arvab autor, et patsiendikeskse hooldusravi osutamisele tuleks rohkem tähelepanu pöörata. Eriti tuleks tähelepanu pöörata sellistele patsiendikesksuse osadele nagu tervise edendamine, eaka kaasamine tema hooldusravi korraldamisse ja otsuste tegemisse ning huvi ülesnäitamine patsiendi isikliku elu, perekonna ja igapäevatoimingute vastu. Senisest rohkem tuleks arvestada nende eakatega, kelle abi vajadus igapäevatoimingutes on suurem. Neile osutatav hooldusravi ei tohiks olla vähem patsiendikeskne. Autori arvates saavutatakse sellise lähenemisviisiga patsientide rahulolu ning parem tervis.

## 6. JÄRELDUSED

Käesoleva uurimistö tulemustele tuginedes võib teha järgnevad järeldused:

- Hinnangud patsiendikesksust iseloomustavatele väidetele olid erinevad. Mõnele väitele andsid uuritavad äärmiselt kõrge hinnangu ja mõnele äärmiselt madala. Üldiselt on hooldusravi eakate vaatepunktist keskmisest patsiendikesksem.
- Kõige positiivsemaks pidasid patsiendid võimalusi teha iseseisvalt toiminguid, mida nad on suutelised ise tegema. Kõige negatiivsemaks seda, et nendega ei ole arutletud selle üle, kes neid hooldab.
- Enamik eakatest oli nõus, et personal arvestab nende isiklike soovidega, kuulab neid, mõistab nende emotsionaalseid vajadusi ning arvestab seda, mida patsient personalile ütleb.
- Uuritavatest pooled tõdesid, et neil ei ole võimalusi korraldada enesehooldust ega otsustada koos personaliga, millist hooldust, kui sageli ja kuidas nad seda saavad. Ligikaudu sama palju patsiente arvas, et personal ei nõusta, kuidas tulevikus terviseprobleeme ennetada ega huvitu, kuidas probleemid mõjutavad patsiendi perekonda, isiklikku elu ja igapäevatoiminguid.
- Abi vajadusel igapäevatoimingutes on seos patsiendikesksuse skooriga - mida rohkem vajasid eakad hooldusravipatsiendid abi igapäevatoimingutes, seda madalam oli patsiendikesksuse skoor ehk seda vähem patsiendikeskseks pidasid nad hooldusravi.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Agich, G. J. (2003). Dependence and autonomy in old age: an ethical framework for long-term care. Second and revised edition. Cambridge University Press, Cambridge.

Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *The Journal of Royal College of General Practitioners*, 17(82): 269-276.

Barkay, A., Tabak, N. (2002). Elderly resident's participation and autonomy within geriatric ward in a public institution. *International Journal of Nursing Practice*, 8, 198-209.

Bauman, A. E., Fardy, H. J., Harris, P. G. (2003). Getting it right: why bother with patient-centred care? *Medical Journal of Australia*, 179(5): 253-256.

Bayliss, E. A., Edwards, A. E., Steiner, J. F., Main, D. S. (2008). Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. *Family Practice*, 25, 287-293.

Beach, M. C., Saha, S., Cooper, L. A. (2006). The role and relationship of cultural competence and patient-centeredness in health care quality. The Commonwealth Fund. New York.

Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (2001). Principles of biomedical ethics. Fifth edition. Oxford University Press, New York.

Bensing, J. (2000). Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*, 39, 17-25.

Bethell, C. (2000). Patient-centered Care Measures for the National Health Care Quality Report. The Foundation for Accountability. Portland.

Bosman, R., Bours, G. J. J.W., Engels, J., de Witte, L. P. (2007). Client-centred care perceived by clients of two Dutch homecare agencies: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 518-525.

Brown, D., McWilliam, C., Ward-Griffin, C. (2006). Client-centred empowering partnering in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2): 160-168.

Burns, N., Grove, S., K. (2005). *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique and utilization.* 5th Edition. Elseiver, Missouri.

Clarke, A., Hanson, E. J., Ross, H. (2003). Seeing the person behind the patient: enhancing care of older people using a biographical approach. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 697-706.

Coyle, J., Williams, B. (2001). Valuing people as individuals: development of an instrument through a survey of person-centredness in secondary care. *Journal of Advanced Nursing*, 36(3): 450-459.

Dewing, J. (2004). Concerns relating to the application of frameworks to promote person-centredness in nursing with older people. *International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing*, 13(3a): 39-44.

Duggan, P. S., Geller, G., Cooper, L. A., Beach, M. C. (2006). The moral nature of patient-centeredness: Is it „just the right thing to do“? *Patient Education and Counseling*, 62, 271-276.

Eales, J., Keating, N., Damsma, A. (2001). Seniors' experiences of client-centred residential care. *Ageing and Society*, 21, 279-296.

Eesti Haigekassa. Taastus ja hooldusravi.

<http://www.haigekassa.ee/kindlustatule/tervishoid/taastus/> (23.08.2008).

Edvardson, D., Sandman, P. O., Rasmussen, B. (2008). Swedish language person-centred climate questionnaire – patient version: construction and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 63(3): 302-309.

Feasley, J. C. (1996). *Health Outcomes for older people: questions for the coming decade.* National Academy Press, Washington, D.C.

Ford, P., McCormack, B. (2000a). Future directions for gerontology: a nursing perspective. *Nurse Education Today*, 20, 389-394.

Ford, P., McCormack, B. (2000b). Keeping the person in the centre of nursing. *Nursing Standard*, 46, 40-44.

Glasson, J., Chang, E., Chenoweth, L., Hancock, K., Hall, T., Hill-Murray, F., Collier, L. (2006). Evaluation of a model of nursing care for older patients using participatory action research in an acute medical ward. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 588-598.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara P. (2005). Uuri ja kirjuta. Medicina, Tallinn.

Hornstern, A., Lundman, B., Selstam, E. K., Sandstrom, H. (2005). Patient satisfaction with diabetes care. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6): 609-617.

ICN (2003). Patient talk! The ICN Informed Patient Project (2003). International Council of Nurses. <http://www.patienttalk.info/psinfopatients03.htm> (15.06.2008).

IAPO (2007). What is patient-centred healthcare? International Alliance of Patients' Organization. <http://www.patientsorganizations.org> (15.10.2008).

Ishikawa, H., Hashimoto, H., Roter, D. L., Yamazaki, Y., Takayama, T., Yano, E. (2005). Patient contribution to the Medical Dialogue and perceived patient-centeredness. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 906-910.

Johansson, P., Oleni, M., Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 337-344.

Kjeldmand, D., Holmström, I., Rosenqvist, U. (2006). How patient-centred am I? A new method to measure physicians' patient-centredness. *Patient Education and Counseling*, 62, 31-37.

Kunaviktikul, W., Anders, R., Chontawan, R., Nuntasupawat, R., Srisuphan, W., Pumarporn, O., Hanuchareonkul, S., Hirunnuj, S. (2005). Development of indicators to assess the quality of nursing care in Thailand. *Nursing and Health Sciences*, 7, 273-280.

Lepège, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefève, C., Pachoud, B., Ville, I. (2007). Person-centredness: conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 29(20-21): 1555-1565.

Lewin, S.A., Skea, Z.C., Entwistle, V., Zwarenstein, M., Dick, J. (2007). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Review). The Cochrane Collaboration. Wiley, United Kingdom.

Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K., Payne, S. (2001a). Observational Study of effect of patient-centredness and positive approach on outcomes of general practice consultation. *British Medical Journal*, 323, 908-911.

Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K., Payne, S. (2001b). Preferences of patients for patient-centred approach to consultation in primary care: observational study. *British Medical Journal*, 322, 468-475.

McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 41-49.

McCormack, B. (2001). Autonomy and the relationship between nurses and older people. *Ageing and Society*, 21, 417-446

McCormack, B. (2003a). A Conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practise*, 9, 202-209.

McCormack, B. (2003b). Researching nursing practice: does person-centredness matter? *Nursing Philosophy*, 4, 179-188.

McCormack, B. (2004). Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing*, 13(3a): 31-38.

Mead, N., Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51, 1087-1110.

Mead, N., Bower, P., Hann, M. (2002). The impact of general practitioner's patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Social Science and Medicine*, 55, 283-299.

Mead, N., Bower, P. (2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 48, 51-61.

Mezey, M. D., Berkman, B. J. (2001). The Encyclopedia of elder care: the comprehensive resource on geriatric and social care. Springer Publishing Company, New York.

Michie, S., Miles, J., Weinman, J. (2003). Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter? *Patient Education and Counseling*, 51, 197-206.

Minichiello, V., Coulson, I. (2005). Contemporary Issues In Gerontology. Routledge, United Kingdom.

Nolan, M.R., Davies, S., Brown, J., Keady, J., Nolan, J. (2004). Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. *International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing* 13, 3a, 45-53.

Post, S.G. (2004). Encyclopedia of bioethics, 3rd edition. Thomson and Gale, New York.

Proot, I. M., Crebolder, H. F. J. M., Abu-Saad, H. H., Macor, T. H. G. M., Meulen, R. H. J. (2000). Stroke patient's needs and experiences regarding autonomy at discharge from nursing home. *Patient Education and Counseling*, 41, 275-283.

Riikliku tegevuse strateegiline raamistik elukeskkonna, teadmistepõhise majanduse ja inimressursi arendamiseks Eestis aastatel 2007-2013: Hetkeolukorra kirjeldus ja analüüs (2005). EV Rahandusministeerium. [www.eurofondid.org.ee/files/NSRF-draft.doc](http://www.eurofondid.org.ee/files/NSRF-draft.doc)

Rosén, P., Anell, A., Hjortsberg, C. (2001). Patient views on choice and participation in primary health care. *Health Policy*, 55, 121-128.

Schoot, T., Proot, I., ter Meulen., R., de Witte, L. (2005a). Recognition of client values as a basis for tailored care: the view of Dutch expert patients and family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 19, 169-176.

Schoot, T., Proot, I., ter Meulen., R., de Witte, L. (2005b). Actual interaction and client-centredness in home care. *Clinical Nursing Research*, 14, 370-393.



Scott, P. A., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Arndt, M., Schopp, A., Suhonen, R., Kaljonen, A. (2003). Perceptions of autonomy in the care of elderly people in five european countries. *Nursing Ethics*, 10(1): 28-38.

Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care: the patient should be the judge of patient centred care. *British Medical Journal*, 322, 444-445.

Suhonen, R., Välimäki, M., Katajisto, J. (2000). Individualized care in a Finnish healthcare organization. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 218-227.

Themessl-Huber, M., Hubbard, G., Munro, P. (2007). Frail older people's experiences and use of health and social care services. *Journal of Nursing Management*, 15, 222-229.

Tsimtsiou, Z., Kerasidou, O., Efstathiou, N., Papaharitou, S., Hatzimouratidis, K., Hatsighristou, D. (2007). Medical Students' attitudes toward patient- centred care: a longitudinal survey. *Medical Education*, 41, 146-153.

de Valck, C., Bensing, J., Bruynooghe, R., Batenburg, V. (2001). Cure-orientation versus care orientation attitudes in medicine. *Patient Education and Counselling*, 45, 119-126.

Westin, L., Danielson, E. (2007). Encounters in Swedish nursing homes: a hermeneutic study of residents' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 60(2): 172-180.

WHO. Institutional accreditation as an instrument of continuous quality improvement. [http://www.euro.who.int/RHN/Projects/20040513\\_5](http://www.euro.who.int/RHN/Projects/20040513_5) (20.06.2008).

de Witte, L., Schoot, T., Proot, I. (2006). Development of the client-centred care questionnaire. *Journal of Advanced Nursing*, 56(1): 62-68.

Wunderlich, G. S., Kohler, P. O. (2001). Improving the quality of long-term care. National Academy Press, Washington, D.C.

Õendusala arengukava 2002-2015. Eesti tervishoiuprojekt. Sotsiaalministeerium.

Õendushoolduse osutamise nõuded. (2007). Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon (EGGA), Eesti Haigekassa, Hooldusravi Osutajate Ühendus, Eesti Õdede Liit.  
[www.haigekassa.ee/files/est\\_raviasutusele\\_ravijuhendid\\_andmebaas\\_tunnustatud/tegevusjuh.doc](http://www.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/tegevusjuh.doc)

## LISAD

### Lisa 1. Eestikeelne, venekeelne ja ingliskeelne küsimustik

#### Eestikeelne küsimustik

##### Taustamuutujad

1. Teie vanus \_\_\_\_\_
2. Teie sugu
  - 1) naine
  - 2) mees
3. Teie perekonnaseis
  - 1) abielus/vabaabielus
  - 2) vallaline
  - 3) lahutatud
  - 4) lesk
4. Laste ja lastelaste olemasolu
  - 1) on lapsed või lapselapsed
  - 2) ei ole lapsi ega lapselapsi
5. Teie haridustase
  - 1) algharidus
  - 2) põhiharidus
  - 3) keskharidus
  - 4) keskeriharidus
  - 5) kutseharidus
  - 6) kõrgharidus
6. Kui kaua olete viibinud hooldusraviosakonnas
  - 1) vähem kui üks kuu
  - 2) üks kuni kuus kuud
  - 3) seitse kuud kuni üks aasta
  - 4) rohkem kui üks aasta
7. Kui palju Te vajate abi igapäevatoimingute tegemisel
  - 1) ei vaja abi
  - 2) vajan väga vähe abi (näiteks toetumisel, kõndimisel)
  - 3) vajan mõningast abi (näiteks pesemisel, tualetis käimisel, riietumisel)
  - 4) vajan üsna palju abi (voodist istuma tõusmisel, liikumisel, riietumisel, pesemisel, tualetis käimisel)
  - 5) vajan pidevalt abi (söömisel, liikumisel, voodis keeramisel, voodist istuma tõusmisel, riietumisel, pesemisel, tualetis käimisel).

## Patsiendikesksuse küsimustik eakatele patsientidele

Lugupeetud patsient! Järgnevalt on esitatud 20 väidet, mis iseloomustavad patsiendikesksust eakate hooldusravis. Palun hinnake iga väite puhul skaalal 1–5, mil määral Te sellega nõustute või ei nõustu. Vastusevariandid on järgmised:

**1 = Üldse mitte nõus**

**2 = Pigem mitte nõus**

**3 = Ei oska öelda**

**4 = Pigem nõus**

**5 = Täiesti nõus**

1. Personal arvestab minu isiklike soovidega	1	2	3	4	5
2. Personal tööpoolest kuulab mind	1	2	3	4	5
3. Personal arvestab seda, mida ma neile ütlen	1	2	3	4	5
4. Mul on piisavalt võimalusi öelda, millist hooldust ma vajan	1	2	3	4	5
5. Personal austab minu otsuseid isegi siis, kui minu arvamus nende omast erineb	1	2	3	4	5
6. Ma arvan, et personal teab täpselt, mida võib ja mida ei või öelda	1	2	3	4	5
7. Minu arvates on personal mõnikord liiga kiire ütleva, et mõni asi pole võimalik	1	2	3	4	5
8. Mul on piisavalt võimalusi, et rakendada mulle vajalikus hoolduses omaenese asjatundlikkust ja kogemusi	1	2	3	4	5
9. Mul on piisavalt võimalusi teha iseseisvalt toiminguid, mida ma olen suuteline ise tegema	1	2	3	4	5
10. Mul on piisavalt võimalusi otsustada koos personaliga, millist hooldust ma saan	1	2	3	4	5
11. Mul on piisavalt võimalusi otsustada koos personaliga, kui sageli mind hooldatakse	1	2	3	4	5
12. Mul on piisavalt võimalusi otsustada koos personaliga, kuidas mind hooldatakse	1	2	3	4	5
13. Pean aeg-ajalt personalile ütleva, millal mind aitama tulla	1	2	3	4	5
14. Minuga on piisavalt nõu peetud selle üle, kes mind hooldab	1	2	3	4	5
15. Mul on piisavalt võimalusi korraldada enesehooldust ise	1	2	3	4	5
16. Ma tunnen, et mind julgustatakse küsimusi esitama	1	2	3	4	5
17. Personal mõistab minu emotsionaalseid vajadusi	1	2	3	4	5
18. Personal annab mulle nõu, kuidas tulevikus terviseprobleeme ennetada	1	2	3	4	5
19. Personal tunneb huvi, kuidas minu probleemid mõjutavad minu perekonda ja isiklikku elu	1	2	3	4	5
20. Personal tunneb huvi, kuidas minu probleemid mõjutavad minu igapäevatoiminguid	1	2	3	4	5

## Venekeelne küsimustik

### Социально-демографические данные

1. Ваш возраст \_\_\_\_\_ лет
2. Ваш пол
  - 1) мужской
  - 2) женский
3. Семейное положение
  - 1) состою в браке или в гражданском браке
  - 2) холост/не замужем
  - 3) разведён/-а
  - 4) вдова/вдовец
4. Наличие детей и внуков
  - 1) есть дети или внуки
  - 2) нет ни детей, ни внуков
5. Образование
  - 1) начальное
  - 2) основное
  - 3) среднее
  - 4) среднеспециальное
  - 5) профессиональное/специальное образование
  - 6) высшее
6. Как долго вы находитесь в учреждении по уходу
  - 1) меньше месяца
  - 2) от одного до шести месяцев
  - 3) от семи месяцев до года
  - 4) более 1 года
7. Насколько Вам необходима помощь в повседневной жизни
  - а. не нуждаюсь совсем
  - б. нуждаюсь изредка (потребность в опоре, поддержка при ходьбе)
  - в. нуждаюсь периодически (при умывании, посещении туалета, одевании )
  - г. нуждаюсь часто (при поднятии с кровати, передвижении, одевании, умывании, посещении туалета)
  - д. нуждаюсь постоянно (при еде, передвижении, переворачивании в кровати, поднятии с кровати, одевании, умывании, посещении туалета).

## Анкета для пожилых пациентов

Уважаемый пациент! Данная анкета состоит из 20 утверждений, которые характерны уходу, наравленному на пациента, в отделении по уходу за пожилыми пациентами. Выберите, пожалуйста, подходящее для Вас утверждение в соответствии с предложенными ниже вариантами:

**1=Вы абсолютно не согласны с утверждением**

**2=Вы скорее не согласны с утверждением**

**3=Вы не уверены, согласны ли Вы с утверждением или нет**

**4=Вы скорее согласны с утверждением, чем не согласны**

**5=Вы абсолютно согласны с утверждением.**

1. Персонал считается с моими пожеланиями	1	2	3	4	5
2. Персонал действительно прислушивается к тому, что я говорю	1	2	3	4	5
3. Персонал считается с моим мнением	1	2	3	4	5
4. У меня достаточно возможностей высказать своё мнение относительно того, какой уход мне нужен	1	2	3	4	5
5. Персонал уважает мои решения даже тогда, когда они отличаются от их решений	1	2	3	4	5
6. Я считаю, что персонал знает точно, что можно говорить и что нет	1	2	3	4	5
7. Я считаю, что персонал иногда слишком быстро выносит решение о невозможности чего-либо	1	2	3	4	5
8. У меня достаточно возможностей для использования своих навыков и опыта в осуществлении подходящего мне ухода	1	2	3	4	5
9. У меня достаточно возможностей выполнять самостоятельно те действия, которые я в состоянии делать сам/-а	1	2	3	4	5
10. У меня достаточно возможностей обсудить с персоналом то, какой уход мне будет предоставлен	1	2	3	4	5
11. У меня достаточно возможностей обсудить с персоналом то, как часто мне будет предоставлен уход	1	2	3	4	5
12. У меня достаточно возможностей обсудить с персоналом то, как/каким образом мне будет предоставлен уход	1	2	3	4	5
13. Я вынужден/-а периодически говорить персоналу о том, когда мне нужна помощь	1	2	3	4	5
14. На мой взгляд со мной достаточно обсудили то, кто будет за мной ухаживать	1	2	3	4	5
15. У меня достаточно возможностей самому/самой организовывать предоставляемый мне уход	1	2	3	4	5
16. Я чувствую, что меня приободряют/мотивируют задавать интересующие меня вопросы	1	2	3	4	5
17. Персонал понимает мои эмоциональные нужды	1	2	3	4	5

18. Персонал советует мне, как предотвратить проблемы со здоровьем в будущем	1	2	3	4	5
19. Персонал интересуется тем, как мои проблемы влияют на моих близких и на мою личную жизнь	1	2	3	4	5
20. Персонал интересуется тем, как мои проблемы влияют на мою повседневную жизнь	1	2	3	4	5

2006 The de Wittes Group, Inc (1–15) and 2001 The Littles Group, Inc (16–20)

## **Ingliskeelne küsimustik**

### **Client-Centered Care Questionnaire**

#### **Socio-demographic characteristics**

1. Age \_\_\_\_ years
2. Gender
  1. Female
  2. Male
3. Marital Status
  1. Married/partnership
  2. Single
  3. Divorce
  4. Widowed
4. Education level
  1. No education
  2. Low education level
  3. Average education level
  4. High education level
5. Staying in the hospital/institution
  1. Less than one month
  2. One month to six months
  3. Six months to one year
  4. More than one year
6. Need of help
  1. No need
  2. Only a little (like in shower, walking)
  3. Some help (like in washing, toileting, dressing)
  4. Quite much help (like in waking up, moving in the bed)
  5. Much help (like eating, moving in the bed).



## Client-centered care attention of carers

Ring the alternative, which best correspond to your experience and view. The alternatives are: 1

1 = tottally disagree

2 = disagree

3 = unceratin

4 = agree

5 = tottally agree

1. I can tell that the carers take my personal wishes into account.	1	2	3	4	5
2. I can tell that the carers really listen to me	1	2	3	4	5
3. I can tell that the carers take into account what I tell them.	1	2	3	4	5
4. I get enough opportunities to say what kind of care I need.	1	2	3	4	5
5. I can tell that the carers respect my decision even though I disagree with them.	1	2	3	4	5
6. In my opinion, the carers know exactly what they can and cannot say.	1	2	3	4	5
7. In my opinion, the carers are sometimes too quick to say that something is not possible.	1	2	3	4	5
8. I am given enough opportunity to use my own expertise and experience with respect to the care I need.	1	2	3	4	5
9. I am given enough opportunity to do what I am capable of doing myself.	1	2	3	4	5
10. I am given enough opportunity to help decide on the kind of care I receive.	1	2	3	4	5
11. I am given enough opportunity to help decide how often I receive care.	1	2	3	4	5
12. I am given enough opportunity to help decide how the care is given.	1	2	3	4	5
13. I have to say in the times when carers come to help me.	1	2	3	4	5
14. In my opinion, I am sufficiently consulted on who provides the care.	1	2	3	4	5
15. I am given enough opportunity to arrange and organize the care provided myself.	1	2	3	4	5
16. I feel encouraged to ask questions.	1	2	3	4	5
17. The carers understand my emotional needs.	1	2	3	4	5
18. The carers advise me how to prevent future health problems.	1	2	3	4	5
19. The carers are interested in the effect of my problem on my family and personal life.	1	2	3	4	5
20. The carers are interested in the effect of my problems on my everyday activities.	1	2	3	4	5

## Lisa 2. Tartu Ülikooli Inimuringute Eetika Komitee luba

# Tartu Ülikooli inimuringute eetika komitee

## Ethics Review Committee (ERC) on Human Research of the University of Tartu

---

Protokolli number: 163/T-5 24.09.2007

Vastutav uurija (asutus):

Pirkko Elina Routasalo (TÜ õendusteaduse osakond, Nooruse 9, 50411 Tartu)

Uurimistöö nimetus:

Patsiendi-/kliendikeskus täiskasvanute intensiivravis ja eakate hooldusravis

Komitee koosseis:

	Asutus, amet	Osalemine otsuse tegemisel
Andres Soosaar	TÜ arstiteaduskond, dotsent	+
Arvo Tikk	TÜ arstiteaduskond, emeritprofessor	+
Eve-Merike Sooväli	Tartu Tervishoiu Kõrgkool, lektor	+
Riina Kallikorm	TÜ arstiteaduskond, dotsent	+
Oivi Uibo	TÜ arstiteaduskond, dotsent	+
Kaia Kastepõld-Tõrs	TÜ sotsiaalteaduskond, lektor	+
Vallo Olle	TÜ õigusteaduskond, dotsent	+
Maire Link	TÜ arstiteaduskond, doktorant	+
Elin Org	TÜ bioloogia-geograafiateaduskond, teadur	+
Aime Keis	TÜ Eesti Geenivaramu, projektijuht	+

Komitee otsus: Antud nõusolek uurimistööks.

Komitee esimees: dotsent Andres Soosaar



---

University of Tartu  
Department of Research and Institutional Development  
Ülikooli 18  
50090, Tartu, Estonia

Phone: (+372) 7 376 192  
Fax: (+372) 7 375 508

### **Lisa 3. Informeeritud nõusolek (eestikeelne ja venekeelne)**

#### **Eestikeelne informeeritud nõusolek**

Lp Patsient

Palun Teid osaleda uurimistöös „Patsiendikesksus eakate hooldusravis“, mis on osa rahvusvahelisest projektist ETF7597 „Patsiendi-/kliendikesksus täiskasvanute intensiivravis ja eakate hooldusravis“. Uurimistöö eesmärk on kirjeldada eakate patsientide kogemusi patsiendikesksest hooldusest Eesti hooldusravi osakondades. Intervjuus palutakse Teil vastata uurija poolt esitatud 20 väitele, mis on seotud Teie kui patsiendi kogemusega patsiendikesksest hooldusest. Uurimistöö tulemused annavad ülevaate, mida eakad patsiendid arvavad patsiendikesksest hooldusest hooldusravi osakondades üle Eesti. Uurimistöö tulemused aitavad kaasa pakutava õendusabi kvaliteedi parandamisel ja õendusabi patsiendikesksemaks muutmisel. Seetõttu on iga uuritava panus uurimistöösse väga väärtuslik.

- Uurimus tehakse 14 Eesti haiglate hooldusravi osakondades.
- Uurimistöös osalemine on vabatahtlik.
- Uurimistöös tehakse uuritavatega üks struktureeritud intervjuu. Ühe intervjuu kestus on keskmiselt 15 minutit (10 kuni 25 min).
- Uurimistöö tulemused avaldatakse üldistatud kujul. Teile tagatakse anonüümsus ja konfidentsiaalsus, Teie nimed on teada vaid uurijatele ning neid ei avalikustata. Soovi korral võite alati uurimuses osalemise katkestada.

Uurimistöö käigus tekkivatele küsimustele vastuste saamiseks palun pöörduda uurija poole:

Ireen Bruus, terviseteaduste magistrant

Tartu Ülikool, arstiteaduskond, õendusteaduse osakond

Aadress: Nooruse 9, 50411 Tartu

Telefon: 55 697 522

E-post: ireenbr@ut.ee

Mina \_\_\_\_\_ olen nõus osalema eespool kirjeldatud  
(uuritava ees- ja perekonnanimi)  
uurimistöös.

\_\_\_\_\_

uuritava allkiri

\_\_\_\_\_

uurija allkiri

\_\_\_\_\_

kuupäev

## Venekeelne informeeritud nõusolek

### Осведомлённое согласие

Ув. Пациент

Прошу Вас принять участие в исследовательской работе „Направленность на пациента в отделении по уходу за пожилыми”, которое является частью международного проекта ETF7597 „Направленность на пациента/клиента в отделениях интенсивной терапии и по уходу за пожилыми”. Цель исследования - описать опыт пожилых пациентов связанный с уходом направленным на пациента в отделениях по уходу на территории Эстонии. Во время интервью я попрошу Вас ответить на 20 утверждений, которые связаны с Вашим опытом в роли пациента, об уходе направленном на пациента. Результаты исследования позволят выявить мнение пожилых пациентов в Эстонии об уходе направленном на пациента, а также помогут улучшить качество сестринского ухода и изменить сестринский уход в таком образом, чтобы это больше соответствовало потребностям пациентов. Поэтому вклад каждого пациента в исследовательскую работу очень дорог.

- Исследовательская работа проводится в 14 больницах Эстонии, в отделениях по уходу.
- Участие в исследовательской работе добровольно.
- Во время исследовательской работы с каждым пациентом будет проведено 1 интервью. Продолжительность одного интервью в среднем 15 минут (от 10 до 25 минут).
- Результаты исследования будут обобщены и не связаны лично с Вами. Конфиденциальность и анонимность гарантируется, Ваше имя останется известно только исследователю и оно не будет разглашено. При желании Вы всегда можете прервать своё участие в исследовательской работе.

В случае возникновения вопросов, прошу обращаться к исследователю:

Иреен Бруус, магистрант наук о здоровье

Тартуский Университет, кафедра врачебных наук, отделение наук о сестринском деле

Адрес: Ноорусе 9, 50411 Тарту

Телефон: 55 697 522

Электронный адрес: ireenbr@.ut.ee

Я \_\_\_\_\_ согласен/согласна участвовать в выше  
(имя, фамилия исследуемого)  
упомянутой исследовательской работе.

\_\_\_\_\_  
Подпись исследователя

\_\_\_\_\_  
Подпись исследуемого

\_\_\_\_\_  
Дата

**Lisa 4. De Witte jt (2006) ja Bosmani jt (2007) uurimistööde tulemuste aritmeetilised keskmised**

*Tabel 4. De Witte' i jt (2006) uurimuse „Development of the client-centred care questionnaire“ ja Bosmani jt (2007) uurimuse „Client-centred care perceived by clients of two Dutch homecare agencies: a questionnaire survey“ tulemuste aritmeetilised keskmised*

<b>Patsiendikesksust iseloomustav väide</b>	<b>DeWitte jt (2006) (n=107) aritmeetiline keskmine</b>	<b>Bosmani (2007) jt (n=323) aritmeetiline keskmine</b>
1. Personal arvestab minu isiklike soovidega	4,3	4,16
2. Personal tööpoolest kuulab mind	4,3	4,2
3. Personal arvestab seda, mida ma neile ütlen	4,2	4,11
4. Mul on piisavalt võimalusi öelda, millist hooldust ma vajan	4,2	4,16
5. Personal austab minu otsuseid isegi siis, kui minu arvamus nende omast erineb	4,1	3,96
6. Ma arvan, et personal teab täpselt, mida võib ja mida ei või öelda	-	4,15
7. Minu arvates on personal mõnikord liiga kiire ütleva, et mõni asi ei ole võimalik	3,5	3,66
8. Mul on piisavalt võimalusi, et rakendada mulle vajalikus hoolduses omaenese asjatundlikkust ja kogemusi	3,96	4,1
9. Mul on piisavalt võimalusi teha iseseisvalt toiminguid, mida ma olen suuteline ise tegema	4,3	4,14
10. Mul on piisavalt võimalust otsustada koos personaliga, millist hooldust ma saan	3,9	3,91
11. Mul on piisavalt võimalusi otsustada koos personaliga, kui sageli mind hooldatakse	3,8	3,76
12. Mul on piisavalt võimalust otsustada koos personaliga, kuidas mind hooldatakse	4,0	3,94
13. Pean aeg-ajalt personalile ütleva, millal mind aitama tulla	3,6	3,71
14. Minuga on piisavalt nõu peetud selle üle, kes mind hooldab	3,4	3,59
15. Mul on piisavalt võimalusi korraldada enesehooldust ise	3,2	3,45

## Lisa 5. Patsiendikeskust iseloomustavatele väidetele antud hinnangute arvkarakteristikud

*Tabel 5. Patsiendikeskust iseloomustavatele väidetele antud hinnangute aritmeetilised keskmised, standardhälve, mediaan, mood ja variatsioonirea ulatus*

Patsiendikeskust iseloomustav väide	Aritmeeti- line keskmine	Standard- hälve	Mediaan	Mood	Variatsiooni- rea ulatus
1. Personal arvestab minu isiklike soovidega	4,59	0,73	5	5	1 - 4
2. Personal tööpoolest kuulab mind	4,66	0,65	5	5	2 - 5
3. Personal arvestab seda, mida ma neile ütlen	4,55	0,69	5	5	2 - 5
4. Mul on piisavalt võimalusi öelda, millist hooldust ma vajan	3,64	1,23	4	4	1 - 5
5. Personal austab minu otsuseid isegi siis, kui minu arvamus nende omast erineb	3,98	0,91	4	5	1 - 5
6. Ma arvan, et personal teab täpselt, mida võib ja mida ei või öelda	4,18	0,81	4	5	3 - 5
7. Minu arvates on personal mõnikord liiga kiire ütleva, et mõni asi ei ole võimalik	4,08	1,12	4	5	1 - 5
8. Mul on piisavalt võimalusi, et rakendada mulle vajalikus hoolduses omaenese asjatundlikkust ja kogemusi	3,45	1,20	4	4	1 - 5
9. Mul on piisavalt võimalusi teha iseseisvalt toiminguid, mida ma olen suuteline ise tegema	4,78	0,54	5	5	2 - 5
10. Mul on piisavalt võimalust otsustada koos personaliga, millist hooldust ma saan	2,9	1,51	3	1 ja 5	1 - 5
11. Mul on piisavalt võimalusi otsustada koos personaliga, kui sageli mind hooldatakse	2,83	1,48	2	4	1 - 5
12. Mul on piisavalt võimalust otsustada koos personaliga, kuidas mind hooldatakse	2,87	1,49	3	4	1 - 5
13. Pean aeg-ajalt personalile ütleva, millal mind aitama tulla	3,14	1,66	3	5	1 - 5
14. Minuga on piisavalt nõu peetud selle üle, kes mind hooldab	2,14	1,44	1	1	1 - 5
15. Mul on piisavalt võimalusi korraldada enesehooldust ise	2,83	1,40	3	4	1 - 5
16. Ma tunnen, et mind julgustatakse küsimusi esitama	2,95	1,42	3	4	1 - 5
17. Personal mõistab minu emotsionaalseid vajadusi	4,28	1,01	5	5	1 - 5
18. Personal annab mulle nõu, kuidas tulevikus terviseprobleeme ennetada	2,88	1,64	3	1	1 - 5
19. Personal tunneb huvi, kuidas minu probleemid mõjutavad minu perekonda ja isiklikku elu	2,67	1,56	2	1	1 - 5
20. Personal tunneb huvi, kuidas minu probleemid mõjutavad minu igapäevatoiminguid	2,97	1,62	3	1	1 - 5
20 väite kogusumma ehk skoor	70,39	12,96	70,0	-	46 - 97

**Lisa 6. Patseintide jagunemine patsiendikesksust iseloomustavatele väidetele antud hinnangu alusel**

**Tabel 6. Patseintide jagunemine patsiendikesksust iseloomustavatele väidetele antud hinnangu alusel (vüeastmelisel Likert-skaalal)**

Patsiendikesksust iseloomustav väide	Üldse mitte nõus		Pigem mitte nõus		Ei oska öelda		Pigem nõus		Täiesti nõus	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Personal arvestab minu isiklike soovidega	1	0,9	1	0,9	7	6,3	24	21,6	78	70,3
2. Personal tõepoolest kuulab mind	0	0	3	2,7	2	1,8	25	22,5	81	73,0
3. Personal arvestab seda, mida ma neile ütlen	0	0	3	2,7	4	3,6	33	29,7	71	64,0
4. Mul on piisavalt võimalusi öelda, millist hooldust ma vajan	7	6,3	18	16,2	15	13,5	39	35,1	32	28,8
5. Personal austab minu otsuseid isegi siis, kui minu arvamus nende omast erineb	1	0,9	3	2,7	32	28,8	36	32,4	39	35,1
6. Ma arvan, et personal teab täpselt, mida võib ja mida ei või öelda	0	0	0	0	28	25,2	35	31,5	48	43,2
7. Minu arvates on personal mõnikord liiga kiire ütleva, et mõni asi ei ole võimalik	55	49,5	26	23,4	17	15,3	10	9,0	3	2,7
8. Mul on piisavalt võimalusi, et rakendada mulle vajalikus hoolduses omaenese asjatundlikkust ja kogemusi	9	8,1	17	15,3	22	19,8	41	36,9	22	19,8
9. Mul on piisavalt võimalusi teha iseseisvalt toiminguid, mida ma olen suuteline ise tegema	0	0	2	1,8	1	0,9	16	14,4	92	82,9
10. Mul on piisavalt võimalusi otsustada koos personaliga, millist hooldust ma saan	29	26,1	23	20,7	9	8,1	29	26,1	21	18,9
11. Mul on piisavalt võimalusi otsustada koos personaliga, kui sageli mind hooldatakse	29	26,1	27	24,3	7	6,3	30	27,0	18	16,2
12. Mul on piisavalt võimalusi otsustada koos personaliga, kuidas mind hooldatakse	30	27,0	22	19,8	9	8,1	32	28,8	18	16,2
13. Pean aeg-ajalt personalile ütleva, millal mind aitama tulla	41	36,9	13	11,7	4	3,6	27	24,3	26	23,4
14. Minuga on piisavalt nõu peetud selle üle, kes mind hooldab	60	54,1	14	12,6	9	8,1	18	16,2	10	9,0
15. Mul on piisavalt võimalusi korraldada enesehooldust ise	27	24,3	24	21,6	15	13,5	31	27,9	14	12,6
16. Ma tunnen, et mind julgustatakse küsimusi esitama	25	22,5	21	18,9	19	17,1	27	24,3	19	17,1
17. Personal mõistab minu emotsionaalseid vajadusi	3	2,7	7	6,3	6	5,4	35	31,5	60	54,1
18. Personal annab mulle nõu, kuidas tulevikus tervisprobleeme ennetada	38	34,2	16	14,4	4	3,6	27	24,3	26	23,4
19. Personal tunneb huvi, kuidas minu probleemid mõjutavad minu perekonda ja isiklikku elu	40	36,0	19	17,1	10	9,0	22	19,8	20	18,0
20. Personal tunneb huvi, kuidas minu probleemid mõjutavad minu igapäevatoiminguid	34	30,6	16	14,4	8	7,2	25	22,5	28	25,2