

Tartu Ülikool
arstiteaduskond
õendusteadusosakond

ErikaKruup

**KODUÕENDUSE KVALITEET JA SELLE TAGAMISE VÕIMALUSED
EESTIS KODUÕDEDE ARVAMUSTE JA PATSIENTIDE RAHULOLU JA
OOTUSTE PÕHJAL**

Magistritöö

Tartu 2006

SISUKORD

KOKKUVÕTE	3
SUMMARY	4
1. SISSEJUHATUS	5
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE	6
2.1. Koduõendus	7
2.1.1. Koduõendusteenus	7
2.1.2. Koduõde	8
2.1.3. Koduõenduse patsient	9
2.1.4. Patsiendi tervisehoolduse korraldamise meetodid	10
2.2. Koduõenduse kvaliteet	12
2.2.1. Koduõenduse kvaliteedi standardid ja indikaatorid	12
2.2.2. Koduõenduse kvaliteedi tagamine	13
3. UURIMISTÖÖ EESMÄRK JA UURIMISKÜSIMUSED	17
4. UURIMISTÖÖ MATERJAL JA MEETODID	17
4.1. Valimi moodustamine	17
4.2. Kvalitatiivsete andmete kogumine ja andmete analüüs	19
4.3. Kvantitatiivsete andmete kogumine ja analüüs	20
5. TULEMUSED	22
5.1. Uuritavate kirjeldus	22
5.1.1. Koduõed	22
5.1.2. Koduõenduse patsiendid	22
5.2. Koduõdede hinnang koduõendusteenuse kvaliteedile ja patsientide ootustele	23
5.2.1. Koduõendusteenuse kvaliteedi komponendid	23
5.2.2. Koduõendusteenuse kvaliteedi tagamine	25
5.2.3. Patsientide ootused koduõde omaduste suhtes	29
5.2.4. Patsientide ootused koduõendusteenuse suhtes	31
5.3. Koduõenduse patsientide ootused ja hinnang koduõendusteenuse kvaliteedile	33
5.3.1. Patsientide tervisehinnang ja toimetulek	33
5.3.2. Koduõendusteenuse kasutamine ja rahulolu koduõdega	35
5.3.3. Rahulolu koduõendusteenusega	37
5.3.4. Patsientide hinnangute põhjendused	40
6. ARUTELU	46
6.1. Kvalitatiivse uurimuse valiidsus ja usaldusväärsus	47
6.2. Kvantitatiivse uurimuse valiidsus ja usaldusväärsus	49
6.3. Eetikaprobleemide ennetamine uurimuses	51
6.4. Uurimustulemuste seotus eelnevate uurimustega	51
6.4.1. Koduõdede arvamus koduõendusteenuse kvaliteedist	51
6.4.2. Koduõde omadused patsientide ja õdede hinnangul	54
6.4.3. Patsientide rahulolu koduõendusteenusega	55
6.5. Uurimistöö tähtsus õendusteadusele	56
7. JÄRELDUSED	58
8. KIRJANDUSALLIKAD	61
9. TÄNUAVALDUSED	66
10. LISA 1: PATSIENDI KÜSIMUSTIK	67

KOKKUVÕTE

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks oli uurida koduõenduse kvaliteeti Eestis koduõdede arvamuste ja patsientide ootuste põhjal. Magistritöö on triangulaarne empiiriline uurimus, mille puhul on kasutatud nii kvalitatiivset kui kvantitatiivset uurimusmeetodit. Uurimuse andmebaas on kogutud kvalitatiivse uurimuse osas fookusgrupi intervjuude ja kvantitatiivses osas ankeetküsitluse meetodina.

Uuritavad on kvalitatiivses uurimuses koduõded (n=32) ja kvantitatiivse osa puhul koduõenduse patsiendid (n=200). Koduõdedega viidi läbi seitse fookusgrupi intervjuud. Koduõenduse patsientide küsitlemiseks kasutati struktureeritud küsimustikke, milles neile esitatud küsimustele oli vastustena esitatud väidete loetelud. Küsitletavad väljendasid antud väidetega oma nõusolekut või mittenõustumist viieastmelisel Likert-skaalal. Küsimustike lõpus olid avatud küsimused, mida sarnaselt intervjuudes kogutud andmetele analüüsiti induktiivse sisuanalüüsi meetodil. Kvantitatiivsete andmete analüüsimisel kasutati sagedusjaotus- ja korrelatsioonanalüüsi.

Uurimistöö tulemusena selgusid õdede arvamused kvaliteedist, selle tagamise võimalustest ja patsiendi ootused koduõendusteenusele ja kvaliteedile. Koduõdede arvates on kvaliteet seotud rahulolu, tulemuse, ressursi, kompetentsi, koostöö ja arengu mõistega. Koduõenduses kvaliteetse teenuse komponentideks peavad õded õendusprotsessi, planeerimist, juhtimist, hindamist ja tulemust. Patsientide ootustena koduõdede omadustele arvasid õded olevat; kompetentsi, suhtlemist, pingetaluvust, iseseisvust, positiivsust ja usaldusväarsust.

Koduõendusteenust hindasid väga heaks 70, 6% ja heaks 27, 9% küsitatud patsientidest. Patsiendi rahulolu koduõendusteenusega seostus järgmiste asjaoludega: õega terviseprobleemide arutlemise võimalus, enesetunde paranemine pärast koduõe visiiti, õpetamine, kuidas toime tulla, kui õde ei ole, õe kompetentsus, õe usaldamine, ühe ja sama õe tulek visiidile.

Uurimusest ilmnes, et patsiendi jaoks oli kõige olulisem õendustegevuste vajaduse selgitamine koduõe poolt. Patsientide rahulolu koduõega väljendus rahulolus õe omaduste, oskuste ja õe tunnustamisega. Koduõe isikuomadustena hindasid patsiendid õe kompetentsust, korrektsust, suhtlemist, heatahtlikkust, empaatiat ja haritust, mis ühtis suures osas õdede arvamusega patsientide ootuste kohta. Patsientide ootused koduõendusteenuse suhtes olid seotud paranemise ning tasuta ja paindliku teenuse saamise sooviga, samuti soovisid patsiendid rohkem visiite ja paremaid töötingimusi koduõdedele.

SUMMARY

The aim of this study was to explore the quality of home nursing by comparing home nurses' opinions and patients' satisfaction and expectations. The empirical investigations in this master study were triangulated using qualitative and quantitative research methods. Qualitative data were collected by focus group interviews and quantitative data with questionnaires.

Respondents in qualitative research were home nurses (n=32) and in the quantitative research were home nursing patients (n=200). During the qualitative investigation seven focus group interviews were implemented in different part of Estonia and in the quantitative part of study 200 questionnaires were filled in by home nurse patients from the same areas. Patients were asked to give answers using a Likert scale with 5 possible responses to the stated propositions. At the end of the questionnaires there are some open-ended questions for patients. Quantitative data were analyzed by statistic data processing methods: frequency and correlation analysis.

The research findings provided nurses' opinions about quality, assurance possibilities and the patients' satisfaction and expectations about the quality of home nursing care. From the nurses opinions, quality was associated with concepts like satisfaction, outcome, recourse, competency, collaboration and development. Nurses considered that important components for the quality of home nursing quality were nursing process, planning, management, evaluation and outcome. From the survey of nurses opinion, nurses thought that patients' expectations would be, that nurses are competent, maintain good relationships, are able to work under pressure, are autonomus, positive and maintain confidentiality.

Home nursing care was evaluated as excellent by 70, 6% and good by 27,9% of the respondents. Factors of considerable importance for patients were: the possibilities to discuss their own health problems with the nurse, improved health perception after the nurse's visit, training given by the nurses on how they could manage their own care without the nurse, nurse competence, trusting the nurse, and having the same nurse at every visit. One implication which appeared from the patients' satisfaction reports was evaluation, that for them is most considerable the necessity for nurses to clarify the nursing process. The patients' satisfaction with nurses became obvious in satisfaction with the nurses' qualifications, skills and with the patients' appreciation of nurses. In the nurses' qualifications patients appraised: competence, orderliness, relationship, goodness, empathy and being knowledgeable. The patients' expectations of the home nursing service are: to become healthy, to be sustainable and free for the patients, flexibility, more visits in week and improving nurses' job conditions.

1. SISSEJUHATUS

Viimase aastakümne jooksul on maailmas üha enam kõne all tervishoiu kvaliteedi probleemid. Tervishoiu kvaliteedi tagamine on muutunud aktuaalseks nii tervishoiujuhtide, tervishoiuteenuse pakkujate, teenuse eest vastutajate kui selle tarbijate (patsientide) jaoks. Patsiendi ja ühiskonna teadlikkuse suurenemisega suureneb ka nõudmine kvaliteetse teenuse järele, mis kohustab selle pakkujaid edendama patsiendi ootustele vastavat teenust. Tulemuste hindamiseks puuduvad aga sageli standardid ja vajalikud teadmised (Lepnurm jt 1997).

Koduõendus on jätkuvalt arenev tervishoiuvaldkond. Koduõendusteenuse nõudlus on kasvanud seoses vanemaealiste inimeste arvu suurenemisega elanikkonna hulgas. Teenuse laialdast kasutamist toetab kaasaegsete meditsiiniseadmete kasutamise võimalus kodustes tingimustes, samuti vajadus kasutada tervishoiuteenuse osutaja käsutuses olevaid ressursse võimalikult efektiivselt. (Efraimsson 2001.) Koduse hooldustegevuse olulise ressursi moodustab õenduspersonal. Hooldusteenuse kvaliteedi tagamine ja hooldusteenust pakkuva organisatsiooni võimekus on otseselt seotud õenduspersonali erialase kompetentsusega ning õendusele esitatavad nõudmised suurendavad nõudlust asjatundlike ja pädevate õdede järele (Ellenbecker 2004).

Õdede poolt juhitud koduõendus on seoses koduõenduse teenistuste arenguga saavutamas üha enam autonoomiat. See annab võimaluse edendada ja tugevdada koduõdede iseseisvust ja vastutust. „*Koduõde puutub iga päev otseselt kokku ühiskonna vajadustega tervisehoolduse valdkonnas, mis kohustab tagama teenuse kvaliteeti*”, väidab Roby Rice, kes on ise paljude koduõenduslaste raamatute, õpikute ja uurimistööde autor ning omab valdkonnas 15-aastast töökogemust (Rice 2001). Nende õdede hinnangul, kes on spetsialiseerunud koduõendusele, on koduõde töös võrreldes teiste õenduserialadega rohkem paindlikkust, interaktsiooni võimalust patsiendiga, enam iseseisvust, vähem stressi ja rohkem rahulolu oma tööga. Nimetatud asjaolusid peetakse ka olulisemateks motivatsioonitegureiks koduõde töös (Davidzhiar jt 1994).

Koduõenduses on senini vähe käsitletud interaktsiooni ja klient-hooldaja-õde olemust ning interaktsiooni ja otsustamisprotsesside omavahelist koosmõju selles (Dalton 2005). Kingi eesmärkide saavutamise teooria kohaselt on õendustegevuse fookuses inimese eest hoolitsemine. Transaktsioon on eesmärgile suunatud inimtegevus, milles King võtab aluseks interaktsioonid ehk õde ja patsiendi vastastikuse mõjutamise. Vastastikune mõjutamine seisneb õde ja patsiendi vahelises suhtlemises ning koostöös, milles eesmärkide seadmine ja tegevuste planeerimine toimub koos patsiendiga. Kingi hinnangul on õde tervishoiusüsteemis aktiivne osaleja nii otsustamise protsessides kui muutuste juurutamisel, mille eesmärgiks on hooldusteenuse kvaliteedi parandamine (King 1981).

2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

Uurimustöö teoreetilised lähtekohad tulenevad kirjanduse analüüsist, mille leidmiseks on kasutatud Tartu Ülikooli raamatukogus elektroonilisi EBSCO andmebaase: Academic Search Premier, CLINAHL, Health Source: Nursing/Academic Edition; MEDLINE. Otsingusõnadena kasutati järgmisi märksõnu: *nursing quality, home (health) nursing care, quality management, quality assurance, patients satisfaction, standard*.

Uurimuses kasutatakse varasemaid teemakohaseid õendusuurimusi järgmistest erialastest ajakirjadest: *Journal of Advanced Nursing, Journal of Nursing Care Quality, Home Health Care Manage Practice, Journal of Community Health Care, Journal of Clinical Nurse, Urological Nurse; Journal of Rehabilitation Nursing; Journal of Public Health Care, Journal of Case Management, Journal of Nursing Administration, Journal of American Medicine Assissation, Hoitotiede, Eesti Arst*, Lisaks kasutatakse Eesti Õdede Liidu poolt läbi viidud koduõdede auditi materjale (2005) ja Koduõenduse tegevusjuhendit (2004). Eesti Hooldusvõrgu arengukava ja muid erialaseid kirjandusallikaid.

Töös on kasutatud järgmisi mõisteid:

Koduõendus (*Home nursing care*) - kvalifitseeritud õendushooldus, mida osutatakse ägeda haiguse paranemisperioodis oleva kroonilist haigust põdeva või piiratud funktsionaalse võimekusega patsiendi raviks (arsti ettekirjutusel) ja/või efektiivseks toimetulekuks kodustes tingimustes (Koduõde tegevusjuhend 2004).

Õendusprotsess (*Nursing process*) - õendusprotsess on probleemide lahendamise ja otsuste tegemise teoreetiline süsteem. Õendusprotsessi on nimetatud ka efektiivsete otsuste tegemise mudeliks, milles tõstatub debatt kuluefektiivsuse ja kliinilise vajaduse vahel. (Pesut ja Herman 1998, tsit. Bessie 2003).

Kvaliteedi tagamine (*Quality assurance*)-

Kvaliteedi tagamine on kindlatele alustele basseruv, mõõdetav ja hinnatav praktika, milles lähtutakse teaduspõhise käsitlemise ja mõõtmise kontseptsioonidest ning mille tulemusel on saavutatud kasu läbi kvaliteedi tagamise meetodite kasutamise (Koch 1992).

Õendusjuhtimine (*Nursing management*)- on juhtimine, mis lähtub eesmärgist, mitte ainult reeglitest, süsteemist ja tööülesannetest, toetub ühistele väärtushinnangutele ning üksmeelele, stimuleerib initsiatiivi haarama ja suunab tegevusele sisaldades hulgaliselt: iseseisvust, vastutust ja kohusetunnet ühise eesmärgi saavutamisel (Dencker 2003).

Standard (*Standard*)-

- Professionaalsel tasemel kokku lepitud asjakohane, soovitud ja kooskõlastatud pädevusnorm, mis on järgitav, mõõdetav, allutatud seadusandlusele ning suunatud kogukonnale (ANA 1981).
- Standardid on eeldatava edukuse alused tervishoius praktilise tegevuse juhistena. Standardeid võib kasutada kui eemärkide vahemõõdikuid, mis peavad olema objektiivsed, mõõdetavad ja saavutatavad, nad on vahend kvaliteedi saavutamiseks (Bessie 2003).

2.1. Koduõendus

2.1.1. Koduõendusteenus

Koduõendus on hooldusravi osa, mille eesmärk on aidata abivajajal säilitada tervislikku seisundit ja toimetulekut parimal võimalikul viisil. Meeskonnatöö on väga tähtis koduõenduse osa, kuna patsiendi juures käivad sageli visiidil mitmete erialade esindajad. Suhtlemisel baseeruv koostöö loob eeldused meeskonnatöökaks, kus igaüks teab oma rolli ja annab endast parima (Pace 1998).

Eestis on koduõendus määratletud kvalifitseeritud õendushooldusena, mida osutatakse arsti ettekirjutusel ägeda haiguse paranemisperioodis oleva, kroonilist haigust põdeva või piiratud funktsionaalse võimekusega patsiendi raviks ja/või efektiivseks toimetulekuks kodustes tingimustes (Koduõenduse tegevusjuhend 2004). Eesti hooldusvõrgu arengukava kohaselt on kodune õendushooldusteenus eesti tervishoius arenevaks teenuseliigiks, mistõttu on vajalik teada nii koduõenduste kui teenuse pakkujate ja patsientide kui teenuse vastuvõtjate arvamust selle kohta, milline on kvaliteetne õendushooldusteenus ja millised on kvaliteedi tagamise võimalused täna kodusele õendushooldusteenusele (Eesti Hooldusvõrgu Arengukava 2001).

Kõige sagedasemad koduõendusteenuse kasutajad Eestis on 65-85 aastased inimesed, kusjuures kilentide vanuseline koosseis võib linnas ja maal olla erinev. Terviseprobleemide järgi võib koduõendusteenust vajavaid kliente rühmitada järgmiselt: südame-veresoonkonna haigused, neuroloogilised seisundid, haavandid ja nahaprobleemid, kognitiivsed ja käitumishäired (psüühikahäiretega patsiendid), tugiaparaadi degeneratiivsed muutused, geriaatrilised probleemid, krooniline obstruktiivne kopsuhaigus, valud, mitteaktiivravi vajavad spetsiifilised haigused ja vigastused (infusioonravi, hapnikravi, dialüüsravi, diabeet,

epitsüstostoomi, trahheostoomi ja kolostoomi hooldus ning terminaalsetisundis olevad isikud ja nende probleemid). (Koduõenduse tegevusjuhend 2004.)

Kvaliteetse koduõendusteenuse osutamisel on oluline roll nii õendusprotsessil kui selle juhtimisel. Õendusprotsess on süstemaatiline tegevus, mille käigus määratletakse õe ja patsiendi koostöös patsiendi õendushooldusevajadused, toimub seisundi hindamine, tegevuse planeerimine ning patsiendi rahulolu ja õendushoolduse tulemuste hindamine (Al-Kandari 1998). Õendusjuhtimine lähtub eesmärgist, mitte ainult reeglitest, süsteemist ja tööülesannetest, toetub ühistele väärtushinnangutele ning üksmeelele, stimuleerib initsiatiivi haarama ja suunab tegevusele. Õendusjuhtimine sisaldab hulgaliselt: iseseisvust, vastutust ja kohusetunnet ühise eesmärgi saavutamisel (Dencker 2003).

2.1.2. Koduõde

Koduõde on õde, kes on saanud spetsiaalse väljaõppe õendusteenuse osutamiseks kodus (Koduõenduse juhend 2005). Professionaalse õenduse iseloomulikuks tunnuseks on see, et selles antav õendusabi viiakse patsiendini läbi professionaalse õenduspraktika (Leininger 1984, Watson 1988). Õdede vastutus on eelkõige pakkuda õendushooldust inimesele, kes seda vajab. Õendushoolduse pakkumisel edendab õde inimese tervist teda ümbritsevas keskkonnas, määrates vajadused respektides inimest tema hetkeseisundis (Quinn 1989).

Koduõel on vajalik keskenduda õendushoolduse osutamisel sellele, et protsessis kasutatav õendusmudel oleks kaasaegne, osavõtlik, taastava toimega ja reaalselt kasutatav. Watson ja Leininger (1979) on identifitseerinud holistlikust kontseptsioonist lähtuvad õendushoolduse karakteristikud:

1. humanistlik ja omakasupüüdmatu väärtuste süsteem;
2. usaldusväärne – abi põhimõttele keskenduv;
3. abistav – usaldav suhtlemine õendushoolduses;
4. positiivsete ja negatiivsete tunnete väljendus;
5. õendustegevuse probleemipõhine ülesehitus;
6. osapoolte vaheline õppimine ja õpetamine;
7. toetav, kaitsev ja/või vaimset, füüsilist või sotsiaalset ja hingelist keskkonda parandav;
8. inimese vajadusi toetav ja arendav;
9. eksistentsiaalne-fenomeoloogiline –hingeline mõjuvõim (Watson 1979).

Õendus on üks parimaid väljundeid praktilise hoolduse pakkumisel ja juhtimisel. Koduõdede rolliks on toetada oma oskustega patsientide enesehooldust ja elulist toimetulekut oma kodus. Eeskätt väljendub õe roll selles, et tutvustada patsiendile ja tema pereliikmetele hooldusmeetodeid ja –vahendeid ning õpetada nende kasutamist, et seeläbi suurendada iseseisva toimetuleku võimet (Porter 1996).

Käesoleva ajani on üpris palju uuritud haiglates töötavate õdede tööga rahulolu ja läbipõlemist, kuid koduõendusteenistustes töötavaid õdesid ja nende probleeme käsitlevaid uurimusi on üsna vähe. Koduõdede töö iseärasuste selgitamine võimaldab saada koduõenduse kohta vajalikku tõendus põhise informatsiooni ja seeläbi edendada koduõenduse teenistuste töö kvaliteeti (Ellenbecker 2004).

2.1.3. Koduõenduse patsient

Koduõendust vajavate klientide põhilise sihtgrupi moodustavad patsiendid, kes ei vaja enam aktiivravi ja on koju suunatud haiglast või muust institutsioonist või kelle kodune õendusabi võimaldab institutsionaliseerimist. Koduõendusteenust on võimalik osutada:

- kliendile, kes lahkub haiglast ning kes ei vaja aktiivset ravi;
- kliendile, kellel kodune õendusabi võimaldab ennetada haiglaravile sattumist;
- hooldekodus viibivale kliendile;
- terminaalseisundis olevale kliendile;
- kroonilist haigust põdevale liikumispuudega kliendile;
- piiratud funktsionaalse võimekusega kliendile;
- kliendile, kelle õendushoolduajadus on suurem kui seda jõuab teostada pereõde (Koduõe tegevusjuhend 2004).

Igal patsiendil on õigus olla partneriks protsessis, kus ta osaleb iseenda õendustegevuse planeerimisel ja omab asjakohast informatsiooni, toetust ja julgustamist õelt. Õde peab võimaldama patsiendil olla informeeritud tema võimalustest selles protsessis osaleda (Rice 2001).

Patsient ootab õelt abi ja toetust, mida pakub individuaalne holistlik lähenemine patsiendile abi andmisel. Holistlik lähenemisviis vaatlleb inimesi kui indiviide, kes omavad vastutusvõimet ja kelle erinevus üksikuna on enam väljendunud kui koos võetuna. Smuts

(1926) väidab õendustegevuste läbiviimisel vajadust keskenduda inimesele kui tervikule ja luua tegevuse käigus kooskõlastatud tasakaal inimese olemuse ja ümbritseva keskkonna vahel. (Watson 1979.)

Selline lähenemisviis on patsiendile eluliselt tähtis, kuna see tagab sobivate meetodite ja vahendite kasutamise õendushoolduse läbiviimisel, mille eesmärgiks on tervise parandamine või taastamine. Koduõenduse patsientide puhul on seda võimalik saavutada väga hea suhtlemise ja omavahelise koostöö tulemusena, milles iga meeskonna liige aktiivselt osaleb, võttes endale vastutuse ja kontrolli selle üle, et patsiendi tervis paraneks. (Benner ja Wrubel 1989.)

2.1.4. Patsiendi tervisehoolduse korraldamise meetodid

Koduõendus on esmatasandi õendusteenus, mida osutatakse patsiendi kodus. Patsientide õendushoolduse organiseerimiseks ja teenuse arendamiseks on kirjeldatud viit meetodit: üldine patsientide õendushooldus, funktsionaalne õendustegevus, meeskonna ja modulaarne õendus, esmatasandiõendus ning juhtumi korraldus.

Üldise patsientide õendushoolduse korraldaja on õde või õenduspersonal koos oma patsientidega. Meetod oli kasutusel juba 19. sajandil ning selle meetodi puhul toimus patsiendi individuaalne teenindamine tema kodus. Õed olid oma tegevuses suurel määral iseseisvad ja oma tegevuse eest vastutavad, lisaks õendustegevusele kuulusid õdede ülesannete hulka ka toidu valmistamine, kodu korrashoid ja muud patsiendi ja perekonna vajadustega seotud tegevused. (Nelson 2000.)

Funktsionaalse õendustegevuse puhul olid õe kohustusteks vererõhu mõõtmine, ravimite jagamine, pesu vahetamine ning patsientide pesemine. Õendustegevused jaotusid vastavalt vajadusele, tulenevalt nende spetsiifikast viisid erinevaid tegevusi läbi kas registreeritud õed, protseduuriõed, põetajad või abitöötajad. Kuna töös ei ole piisavalt iseseisvust, õendustegevus toimub ainult osaliselt ning puuduvad erialased väljakutsed õe rollis, esines funktsionaalse meetodi puhul madal rahulolu oma tööga. Meetod oli mugav tööandjale, kellel huvitatus tegelikest õendushoolduse tulemustest ei ole eriti suur. (Nelson 2000.)

Meeskonna- ja modulaarne õendus pärineb aastast 1950. Meetodi olemus seisneb selles, et õendusabi osutav personal töötab professionaalse õe juhendamisel. Meeskonda juhtiv õendusjuht on teadlik patsientide vajadustest ja juhendab nendele individuaalsete õendusplaanide koostamist. Meeskonna juhi ülesanded sõltuvad patsientide vajadustest ning isiklikust töökoormusest, tema tööülesannete hulka võivad kuuluda näiteks õendushoolduse läbiviimine, aga ka patsientidele osutatava õendusabi juhendamine ja koordineerimine.

Esmatasandi õenduse mõiste võeti kasutusele 1970. aastal. Esamatasandi õe tegevus seisneb individuaalsete õendusplaanide koostamises ja nende plaanide realiseerimises patsiendi kodus. See õenduse meetod sobib kasutamiseks nii haiglas, koduõenduses, õenduskodudes kui ka teistes tervishoiuasutustes. See on kombinatsioon selgepiirilise interdistsiplinaarse meeskonna omavahelisest suhtlemisest ja väikese grupi õdede poolt juhitud õendusabist, milles lähtutakse holistlikust inimkäsitlusest. Tegevus on patsiendikeskne ning osutatava õendushoolduseteenuse kvaliteet on kõrge.

Juhtumi korraldus on üks kaasaegsemaid töömeetodeid õenduses, kuna see on seostatud patsiendi vajadustega. Juhtumi korraldus on koostööprotsess, mille käigus toimub hindamine, planeerimine, tegevuste teostamine, koordineerimine, tegevuse monitoorimine ja tulemuste hindamine. Juhtumi korralduses lähtutakse individuaalsusest ja tervisest tulenevate vajaduste rahuldamisest suhtlemise kaudu, kasutades selleks kvaliteetse tulemuse saamiseks otstarbekalt olemasolevaid ressursse (Glettler ja Leen 1996). Juhtumi korraldus keskendub individuaalselt kliendile, mitte klientide rühmale. Juhtumi korraldaja käsitleb igat juhtumit eraldi ning püüab leida inimesele ravi- ja hoolduseteenuse tagamiseks kõige sobivama ja ka majanduslikult efektiivsema võimaluse. (Finkleman 2001.)

2.2.Koduõenduse kvaliteet

Kvaliteediks nimetatakse määra, milleni olemuslike karakteristikute kogum täidab nõudeid. Nõue on vajadus või ootus, mis on üldiselt eeldatud või kohustuslik. (EVS-EN ISO 9000:2001.) Kvaliteedi tagamine õenduses on kindlatele alustele baseeruv, mõõdetav ja hinnatav praktika, milles lähtutakse teaduspõhise käsitluse ja mõõtmise kontseptsioonidest ning mille tulemusel on saavutatud kasu läbi kvaliteedi tagamise meetodite kasutamise (Koch 1992).

Kvaliteetne õendushooldus on asjakohase hoolduse pakkumine patsiendile õendusprotsessi käigus haiglas, patsiendi kodus või muus asutuses. Õendusprotsess on süstemaatiline tegevus, kus õe ja patsiendi vahetus interaktsiooni tulemusena määratletakse patsiendi õendushoolduse vajadused, toimub seisundi hindamine, tegevuse planeerimine, ning patsiendi rahulolu ja õendushoolduse tulemuste hindamine (Al-Kandari 1998).

Kvaliteedi saavutamisel nii õenduses kui tervishoius üldiselt on määrav nii struktuuri, protsessi kui ka tulemuse kvaliteet. Struktuuri kvaliteet on seotud organisatsiooniga – keskkond, kus tegevus toimub, vahendid, personal, koolitusvõimalused ja juhtimine. Protsess kirjeldab tegevusi, mida patsiendiga või patsiendi jaoks tehakse. Tulemusena mõistetakse hooldustegevuse tulemust ja selle tähendust patsiendi, teenuseosutaja ning kogukonna jaoks. (Kemp1999.)

2.2.1. Koduõenduse kvaliteedi standardid ja indikaatorid

Standardiks nimetatakse professionaalsel tasemel kokku lepitud asjakohast, soovitud ja kooskõlastatud pädevusnormi, mis on järgitav, mõõdetav, allutatud seadusandlusele ning suunatud kogukonnale (Kemp 1999). Standardid on tervishoius eeldatava edukuse alused ja praktilise tegevuse juhised. Standardeid võib kasutada kui eemärkide vahemõõdikuid, mis peavad olema objektiivsed, mõõdetavad ja saavutatavad ning nad on vahendiks soovitud kvaliteedi saavutamisel. (Bessie 2003.)

Õendustegevuse tulemus on määratletud standarditena, mis võimaldavad muuta kvaliteeti mõõdetavaks. Peamine põhjus standardite koostamiseks ongi vajadus üheselt mõistetavate ja aktsepteeritavate mõõdikute järele, mis võimaldaksid mõõta õendushoolduse kvaliteeti ning

seada vajadusel parandada. Standarditepõhise õenduse ülesandeks on säilitada õendustegevuse eripära ja arendada õenduspraktikat. (ANA 1991.)

Õendushoolduse standardid kirjeldavad õendushooldustegevuse tasemete kirjeldusi, demonstreerides õendusprotsessi koos kõigi tema osadega: patsiendi seisundi hindamine, diagnoos, tulemus, planeerimine, sooritamine ja õendustegevuse tulemuste hindamine (ANA 1991).

Tõenduspõhisus on oluline kõigis tervishoiu valdkondades, sealhulgas ka koduõenduses. Standardite väljatöötamisel tuleb lähtuda teadusuuringute ja ekspertuuringute tulemustest. Standardite juurutamine praktikasse aitab saavutada ja hoida koduõenduse kvaliteedi soovitud taset (Triplett 2004). Samuti on standardid rakendatavad eriala arendamisel, nende alusel kehtestatakse tegevusjuhised, mida arendatakse pidevalt ja muudetakse käepärasemaks eesmärgiga õendustegevuse kaudu säilitada ja edendada oma patsientide tervist (Dean-Baar 1997).

Kvaliteedi indikaatoriks õenduses on erialase soorituse standard, mis kirjeldab kvaliteetse õendushoolduse tagamiseks olulisi õele kohaseid käitumis- ja tegevusnõudeid. Nendeks nõueteks on soorituse hindamine, haridus, kollegiaalsus, eetika, koostöö, teaduslik tegevus, ressursikasutus. Iga õendusstandard sisaldab nende komponentide mõõtmiseks ja hindamiseks vajalikke kriteeriume. ANA (*American Nursing Association*) (1991 b) poolt esitatud standardid õendushooldusele on järgmised: hindamine, diagnoos, tulemuse määratlemine (eesmärgi püstitamine), planeerimine, teostamine, hindamine. Õdede soorituse standard käsitleb õendushoolduse kvaliteeti, soorituse hindamist, haridust, kollegiaalsust, eetikat, koostööd, teadustegevust ning ressursikasutust. (ANA 1991.)

2.2.2. Koduõenduse kvaliteedi tagamine

Kvaliteedi kontroll algab sellest, et määratletakse selged kriteeriumid ja standardid kvaliteedi hindamiseks. Õed peavad teostama olemasolevate mõõdikute abil hindamisi, võrreldes saadud tulemusi pidevalt olemasolevate standardite ja tegevusjuhenditega (Bessie 2003). Kvaliteedi hindamise täpsus oleneb hindamisülesannete määratlemise täpsusest, hinnangu sõltumatusel, standardite ja kriteeriumide tõenduspõhisusest ning mõõtmistulemuste pidevast võrdlemisest esitatud kriteeriumide ja standarditega (Dowding 2003).

Olenemata sellest, millises tervishoiu valdkonnas kvaliteedi mõõtmine toimub, on see kompleksne tegevus, milleks kogutakse nii kvalitatiivseid kui kvantitatiivseid andmeid. Kvaliteedi mõõtmine, hindamine ja tagamine on protsess, mis põhineb kriteeriumide või kindlapiiriliste standardite olemasolul, hindamiseks vajalike andmete kogumisel ning kriteeriumidele mitte vastavuse korral on ette võetud koolitav või parandav tegevus.

Varasematest uurimustest on teada, et õendusteenuse kvaliteet on seotud sellega, kuidas ja mil määral on täidetud patsientide füüsilised, psühhosotsiaalsed ja raviga kaasnevad ootused teenuse suhtes. Kvaliteetse õendustegevuse puhul suureneb patsientide ravi tulemuslikkus ja paraneb patsientide elukvaliteet pärast ravi läbimist. Ravi ja hoolduse tulemuslikkusele aitavad oluliselt kaasa positiivne suhtlemiskogemus patsientide ja õdede vahel, õdede kutseks sobivad isikuomadused, nende erialased teadmised ning pädevus ja meeskonnatöö tervishoiuasutuses viibimise perioodil. (Williams 1999.)

Hooldusteenuse head kvaliteeti iseloomustavad järgmised omadused (Brown 2001):

- patsiendikesksus;
- teaduspõhisus;
- tulemustele orienteeritus;
- tõenduspõhisel praktilisel baseeruv kvaliteedi parandamine;
- individuaalne lähenemine, järelvalve ja ressursikasutuse süsteemi tagamine

Nii õdedel kui ka patsientidel on oma osa koduõendusega seotud probleemide selgitamisel, kuid mõningad probleemid võivad õdede ja patsientide jaoks olla erinevad. Õendustegevuse süstemaatiline hindamine on oluline eelkõige patsientide praeguste ja tulevaste vajaduste selgitamiseks. (Florin 2004.)

Õendushoolduse kvaliteedi tagamiseks on nii õdede kui patsientide hinnangul oluline, et pöörataks rohkem tähelepanu õendusprotsessile kui õendushoolduse universaalsele instrumendile, vajalik on patsiendi seisundi hindamine ja õendusplaani vormi arendamine. Käivitamist vajaksid spetsiaalsed programmid õdede kutseoskuste täiendamiseks ja oluliseks peeti ka ühiskonna teadlikkuse suurendamist õdede õigustest, rollist ja vastutusest. Hoolduse kvaliteedi parandamiseks soovitati välja töötada uued hindamisjuhised. (Al-Kandari 1998.)

Patsiendi ootuste realiseerumise tagatiseks on keskendumine patsiendikesksele hooldusele ning patsiendi ja teenuse pakkuja vahelisele suhtlemisele. Valmisolek patsiendi ootustele vastamiseks eeldab õelt nii teadmisi patsiendi ja tema ootuste kohta kui ka soovi mõista patsiendi probleeme. Paraku aga selgub varasematest õendusuurimustest, milles käsitletakse õdede ja patsientide arvamusi hoolduse kohta eri situatsioonidest ja aspektidest lähtuvalt, et õed hindavad teenuse kvaliteeti madalaks. (Lynn 1999.)

Eestis teostatud uuringute tulemused näitavad, et kõige tähtsamaks õe omaduseks peavad nii patsiendid kui õed inimlikkust ja usaldatavust kirjeldavaid omadusi. Varasema uurimistöö tulemusena on moodustatud õe omadusi ja tegevust kirjeldav mõistete süsteem, mida saab ka edaspidi kasutada õe töö sisu analüüsimisel. (Aro 1996.) Teises uurimuses on analüüsitud õdede iseseisvust ja otsustamise võimalusi õendusabis ning patsientide soovi teha otsuseid koos õega. Selgus, et enamasti on patsientide jaoks oluline, et otsuste tegemisel, kuidas patsiendi eest hoolitseda, arvestaksid õed nende arvamusega. (Sooväli 1997.)

Eestis läbi viidud õenduslastes uurimistöodes ei ole senini käsitletud koduõendusteenuse kvaliteeti. 2004. aastal töötati Eesti Õdede Liidu poolt välja koduõenduse tegevusjuhend. 2005. aastal teostas Eesti Õdede Liit koostöös Eesti Haigekassaga koduõenduse auditi. Auditi käigus sooviti saada ülevaade koduõendusteenust pakkuvate tervishoiuasutuste õendusdokumentatsiooni täitmisest. Kokku analüüsiti 302 õenduslugu neljateistkümnest erinevates koduõendusteenust osutavatest asutustest. Auditi tulemusena toodi välja koduõendusteenuse dokumentatsioonis esinevad puudused ja esitati soovitusi koduõdedele õenduslugude kvaliteetsemaks täitmiseks.

Auditi hinnangus koduõendusteenuse raames pandud õendusdiagnoosidele ja teostatud õendustegevustele ei täheldatud õendustegevusi, mida koduõde kliendi kodus osutada ei võiks. Esines juhtumeid, kus õde andis kliendile antidepressante ja määras seeneravi, kuid eeldati, et sel juhul oli tegemist dokumenteerimise puudulikkusega. Üldiselt oli osutatud õendusabi järjepidev ja vastas kliendi tervisevajadustele. Ettepanekutena esitati koduõendusteenust kajastavate dokumendivormide ja kohustuslike kannete osas soovitus koostada ja kinnitada õendusloo vorm ja täitmise juhend. Esitati ettepanekud kuluefektiivsuse parandamiseks arendada ja seadusandlikult reguleerida koostööd teiste meeskonnaliikmetega (sotsiaaltöötajaga, -hooldajaga, perearsti, eriarsti jt).

Ettepanekute osas teenuse kvaliteedi ja järjepidavuse tagamiseks soovitati juurutada teenust osutavates firmades asutusesisest koduõendusteenuste dokumenteerimise auditit, et läbi auditeerimise protsessi parandada õdede dokumenteerimise oskust. Koostöö parandamiseks soovitati luua meeskonnatöö kaart, kus oleks meeskonnaliikmete kontaktandmed ja toimuv meeskonna ja koostöö fikseeritakse dokumentides. Ettepanekuna fikseeriti soovitus perearstidel fikseerida teenuse alustamisel patsiendiga orienteeruv teenuse kestvus.

(Koduõenduse audit 2005.)

3. UURIMISTÖÖ EESMÄRK JA UURIMISKÜSIMUSED

Uurimistö eesmärgiks on kirjeldada koduõenduse kvaliteeti ja analüüsida selle tagamise võimalusi Eestis patsientide rahulolu ja ootuste ning koduõdede arvamuse kaudu.

Lähtudes uurimistö eesmärgist püstitatakse järgmised uurimisülesanded:

1. Kirjeldada koduõenduse kvaliteeti erialase kirjanduse ja varasemate õendusalauste uurimuste põhjal.
2. Selgitada fookusgrupi intervjuude kaudu välja koduõdede arvamus kvaliteetse koduõenduse ja selle tagamise võimaluste kohta Eestis.
3. Selgitada ankeetküsitluse abil välja patsientide rahulolu ja ootused kvaliteetsele koduõendusele.
4. Võrrelda patsientide ootusi ja koduõdede arvamusi kvaliteetse koduõenduse osas.
5. Võrrelda uurimisel saadud tulemusi ja leida neis seoseid varasemate õendusuurimuste tulemustega.
6. Anda soovitusi koduõdedele kvaliteetse koduõenduse tagamise juhendi koostamiseks ja kvaliteetse koduõenduse standardi väljatöötamiseks.

4. UURIMISTÖÖ MATERJAL JA MEETODID

4.1. Valimi moodustamine

Käesolev magistritöö on triangulaarne empiiriline uurimus, milles kasutati nii kvalitatiivseid kui kvantitatiivseid uurimismeetodeid. Uuritavate valimi moodustasid koduõded ja koduõenduse patsiendid. Kvalitatiivset uurimismeetodit kasutati koduõdede arvamuse uurimiseks, koduõendusteenust saavate patsientide hinnangut uuriti kvantitatiivse meetodi abil.

Uurimuses osalevate koduõdede andmed on saadud Tervishoiuameti poolt väljastatud tegevuslubade registrist. Avalikult kättesaadava andmebaasi alusel on identifitseeritud kõik käesoleval ajal Eestis praktiseerivad koduõded (n=150), mis moodustab koduõdede üldkogumi Eestis. Tulenevalt üldkogumist on moodustatud uurimuse läbiviimiseks valim, kelleks on 32 koduõde Tallinnast (n=8), Tartust (n=3), Pärnust (n=4), Lääne-Virumaalt (n=3), Võrust (n=2), Narvast (n=7) ja Kohtla-Järvelt (n=5). Valim moodustab üldkogumist 21%, mis tagab uurimuse tulemuste usaldusvääruse. Valimi koostamisel on lähtutud eri Eesti piirkondade

kaasatusest nii regionaalsuse, rahvastiku tiheduse kui multikulturaalsuse aspektist. Uurimuses osalevate õdede vanusele ja nende õena töötamisel ajale piiranguid ei esitatud. Uuringus osalemise aluseks oli õdede nõusolek ja soov uurimuses osaleda.

Koduõed olid valitud erinevatest Eesti piirkondadest, et anda uurimusele enam usaldusväärset arvestust, et oleks kaasatud õed nii maa kui linna piirkonnast. Intervjuud viidi läbi nii eesti kui vene keeles, olenevalt õdede keeleoskusest ja emakeelest. Kõikidelt uuringus osalenud õdedelt oli eelnevalt saadud kirjalik nõusolek uurimuses osalemiseks, neid oli teavitatud intervjuu eesmärgist ja nendega oli lepitud kokku intervjuu läbiviimise aeg ja koht. Saamaks ülevaadet koduõendusteenust saavate patsientide arvust, esitati Eesti Haigekassale teabenõue. Saadud informatsiooni alusel saadi teada 2004-2005. aastal koduõendusteenuse ravijuhtude arv (visiitide arv ühes kuus) ja rahalised eraldised koduõendusteenusele Eestis. Teades visiidi hinda, on võimalik arvutada koduõenduse visiitide arv, kuid pole võimalik teada saada patsientide arvu, sest ühele patsiendile võidakse mitme kuu või mitme aasta jooksul korduvalt teenust osutada. Et saada teada ligikaudset koduõendusteenust saavate patsientide arvu, küsitleti telefoni teel 1/3 koduõendusteenust osutavaid asutusi. Saadud patsientide arv korrutati kolmega ja seega saadi keskmiseks koduõendusteenust saavate patsientide arvuks aastas keskmiselt 1800 patsienti. Valimisse võeti 204 patsienti, kes moodustasid üldkogumist 12%. Patsientide arv ankeetide esitamiseks uuritavatele patsientidele saadi koduõendusteenust osutavate asutuste kaudu.

Patsientide valimi moodustamisel on lähtutud sellest, et nad oleksid uurimuses osalevate õdede teeninduspiirkonnast. Patsientide vanust, rahvust, sugu ega tervislikku seisundit ja teisi kriteeriume uuringus osalemiseks ei määratletud. Oluliseks peeti patsiendi vabatahtlikkust, nõusolekut ja võimelisust vastata adekvaatselt ankeedis esitatud küsimustele. Juhul kui patsient ei suutnud ise kirjutada, aga sai aru küsimustest ja oli võimeline vastama, võis tema vastused üles märkida keegi omastest või pere liikmetest.

4.2. Kvalitatiivsete andmete kogumine ja andmete analüüs

Käesolev urimistöö viidi läbi kahes osas, kasutades selleks erinevaid andmete kogumise ja analüüsi meetodeid vastavalt sellele, kas tegemist oli kvalitatiivse või kvantitatiivse meetodiga.

Uurimuse esimese osa aineastiku moodustasid 32 koduõega läbiviidavat 7 fookusgrupi intervjuud. Õdesid intervjueriti kokkulepitud ajal ja kohas, intervjuerimisel kasutati poolstruktureeritud küsimustikku. Intervjuu viidi läbi võimalikult pingevabas keskkonnas selleks, et vältida võimalikke intervjuuga kaasnevaid vigu. Intervjuerimise teel saadud andmestik koguti salvestatuna lindistamise teel. Intervjuud viidi läbi 2006. aastal kolme kuu jooksul (septembrist novembrini).

Intervjuu käigus selgitati õdede arvamus koduõenduse kvaliteedi, selle tagamise võimaluste kohta õendusteenuse osutamisel ja õdede arvamus patsientide ootuste kohta koduõele ja koduõendusteenusele. Koduõdede küsimustiku koostamise aluseks on olnud põhinõuded intervjuu küsimustike koostamiseks, kus Donalek (2004) soovitab lähtuda küsimustiku koostamisel seostest meetodi ja küsimuse vahel.

Sellest tulenevalt on arvestatud ka Donabediani (2003) poolt kvaliteedi tagamiseks oluliseks peetud komponente – struktuuri, protsessi ja tulemust. Lisaks hinnatakse olemasolevaid seemisi eeldusi, tegelikke võimalusi ning olemasolevaid ja võimalikke piire nende reguleerimisel ning koordineerimisel. Kvaliteedi tagamise võtmeks on: klient/patsient, teenuse pakkuja (õde, juht), kõrge kvaliteet teenuse pakkumisel, erinevate võimaluste kaasamine teenuse pakkumisel, adekvaatne ja regulaarne pakutava teenuse hindamine, erinevate meetodite olemasolu ja patsientide/klientide tagasiside. (Keating 2006). Seetõttu on kvalitatiivse meetodi abil kogutud andmetest kasutatud käesolevas töös ainult seda osa, mis seostub koduõdede endi hinnanguga teenuse kvaliteedi kohta ning mida võiksid patsiendid koduõdede arvates neilt oodata.

Kvalitatiivses uurimuses kogutud andmed analüüsiti kvalitatiivse sisuanalüüsi meetodil. Selleks selgitati esmalt nähtust iseloomustavad tunnused ja intervjueritavate arusaamad igas intervjuus eraldi. Seejärel moodustati kategooriad, mis esitasid intervjueritavate ühised arvamused ja hoiakud uuritava nähtuse kohta (Strauss ja Corbin 1999).

Sisuanalüüs võib olla kas induktiivne või deduktiivne. Induktiivne sisuanalüüs on üldistamine üksikult üldisele ja deduktiivne sisuanalüüs üldiselt üksikule. (Kyngas ja Vanhanen 1999). Sisuanalüüsi protsessis lihtsustatakse andmebaasi selekteerimise teel, millest esitatakse uurimisülesannetest lähtuvad väljendused, need grupeeritakse vastavalt nende sisule, seejärel liidetakse sisu poolest sarnased grupid, nimetatakse ülakategooriad ning neid ühendavad kategooriad, mille abil moodustuvad üldmõisted ja uuritava nähtuse kirjeldus (Aro 2002). Käesolevas uuringus kasutati induktiivset sisuanalüüsi.

4.3. Kvantitatiivsete andmete kogumine ja analüüs

Uurimistöö teises osas sooviti saada vastust küsimusele: milline on patsientide hinnang ja ootused kvaliteetse koduõenduse ja teenuse pakkujate suhtes. Selleks küsitleti 200. patsienti samadest koduõenduse teeninduspiirkondadest, kus teostasid koduviisi uuringusse kaasatud koduõed. Patsientide uurimuses kasutati nii eesti- kui venekeelset struktureeritud küsimustikku (lisa 1).

Patsientide küsitluseks ettevalmistatud ümbrikud koos ankeetidega edastati koduõdedele pärast fookusgrupi intervjuu läbiviimist. Küsimustikud toimetati koduõdede vahendusel patsientidele koju, koos tagastamiseks mõeldud ümbrikuga. Patsiendid tagastasid täidetud ankeedid kinnistes ümbrikes koduõele, kellele oli antud täidetud ankeetidega ümbrike tagasisaatmiseks margistatud ümbrik, mille adressaadiks oli uurimuse läbiviija. Patsientide küsitlus toimus 2006. aasta kolme kuu jooksul (septembrist kuni novembrini).

Patsientide küsitlemisel kasutati struktureeritud küsimustikku, mis sisaldas ka mõningaid avatud küsimusi. Koduõenduse patsiendi küsimustiku koostamisel lähtuti kirjanduses esitatud andmetest patsiendi jaoks oluliste probleemide kohta (Fulford 1996), samuti võeti aluseks varasemates nii koduõenduse kui ka haiglapatsientide rahulolu uuringutes kasutatud küsimustikud (Laferriere 1993 ja Pölluste 2000). Olemasolevaid ankeete kohandati vastavalt uurimistöö eesmärgile ja püstitatud uurimisküsimustele.

Küsitluse käigus sooviti selgitada patsientide ootusi ja rahulolu seoses koduõendusteenusega, kuid saada vastused ka küsimustele patsiendi füüsiliste, psüühiliste ja hingeliste probleemide

kohta koduõendusteenuse kasutamise ajal. Elukvaliteedi hindamise uuringus on Cella ja Tulsy (1990) pidanud vajalikuks hinnata erinevate elundkondade funktsioone, aktiivsust, väsimust, valu ja tundlikkust, tajumist, suhtlemist ning füüsilist ja psüühilist suutlikust, samuti ootusi õendusteenuse suhtes (Fulford 1996).

Käesolevas uurimuses kasutatud koduõenduse patsiendi küsimustik koosnes neljast osast:

- patsiendi üldandmed;
- patsiendi tervislik seisund;
- patsiendi hinnang koduõe tegevuste ja omaduste kohta;
- patsiendi hinnang koduõendusteenuse kvaliteedi kohta

Küsimustik koostati nii eesti kui vene keeles. Küsimustikus oli ka arvatud küsimus, kus paluti patsiendil põhjendada tema poolt koduõendusteenusele antud hinnangut. Küsimustiku lõpus anti vastajale võimalus lisada oma mõtteid ja rõhutada sellega patsiendi individuaalsust ning suurendada seeläbi uurimuse usaldusväärsust.

Enne põhiuuringu algust viidi 2006. aasta märtsis läbi pilootuuring, milles osales 20 patsienti Tallinnast (n=6), Kohtla-Järvelt (n=6), Kiviõlist (n=3), Tartust (n=3) ja Jõhvist (n=2). Pilootuuringu eesmärgiks oli kontrollida ankeetide valiidsust. Ankeetide tagastamisel analüüsiti neid Excel'i programmi abil ja seejärel tehti parandusi küsimuste ja väidete ülesehituse osa ning muudeti küsimustik patsiendile lihtsamaks ja mõistetavamaks.

Küsimustiku usaldusväärsuse hindamiseks kasutati Cronbachi alfa koefitsenti, mille väärtus oli 0,74. See tähendab, et küsimustikus vastustena esitatud väited iseloomustavad piisavalt patsientide hinnangut ja ootusi ning hinnanguid koduõdedele ja koduõendusteenusele. Uuringus tagastati kõik 204 ankeeti. Neli ümbrikut oli täitmata ankeetidega. Küsimustikega kogutud andmete analüüsimiseks kasutati statistilisi andmetöötlamise meetodeid - sagedusjaotustabelid, keskmised, tunnustevahelised seosed.

Uurimistöö taotlus esitati Tartu Ülikooli Inimuuringute eetika komisjonile 24.04.2006 ja sai positiivse vastuse 2006. aasta mais (protokoll number: 148/10).

5. TULEMUSED

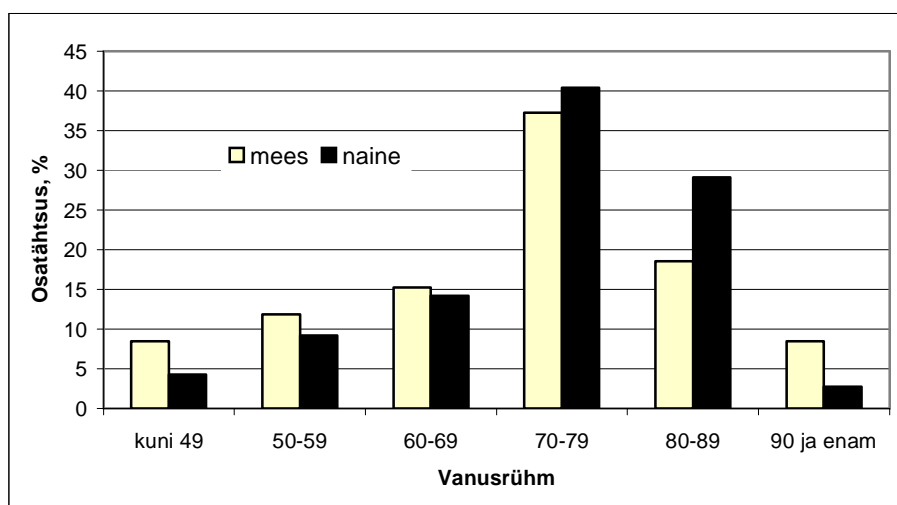
5.1. Uuritavate kirjeldus

5.1.1. Koduõed

Kvalitatiivse uurimuse aineestiku moodustasid 32 koduõde Kohtla-Järvelt (n= 5), Narvast (n= 7), Tallinnast (n= 8), Tartust (n= 3), Lääne-Virumaalt (n= 3), Pärnust (n= 4) ja Võrust (n= 2). Koduõed olid vanuses 21-60 aastat, koduõena töötamise aeg oli üks kuni kolm aastat. Seitse koduõde olid omandanud õendusala rakenduskõrghariduse, kaks õppisid tasemeõppes, 23 õde olid kesk-eriharidusega. 30 õde olid eelnevalt praktiseerinud õena erinevates osakondades, uuringu läbiviimise ajal töötasid 16 õde koduõena täiskoormusega, 16 töötasid lisaks muudel töökohtadel. 80% õdedest olid läbinud koduõe ettevalmistava koolituse 4 AP ulatuses. Kõik peale ühe õe omasid staaži õena töötamisel viiest kuni kolmekümne aastani erinevates osakondades ja kõik olid igal aastal lisaks läbinud erinevaid erialaseid täiendkoolitusi.

5.1.2. Koduõenduse patsiendid

Uurimuses osalesid kokku 200 patsienti, neist 107 (53, 5%) olid täitnud eestikeelse ja 93 ehk 46, 5% venekeelse ankeedi. Noorim patsient oli 21- ja vanim 98-aastane, 70, 5% küsitletutest olid naised. Küsitletute sooline ja vanuseline struktuur on esitatud joonisel 1. Ligikaudu kolmandik küsitletutest (32%) olid abielus või vabaabielus, 45% lesed, 8% lahutatud ning 5% vallalised. Kõigist uuringus osalenud koduõenduse patsientidest elasid üksi 43, 5%.

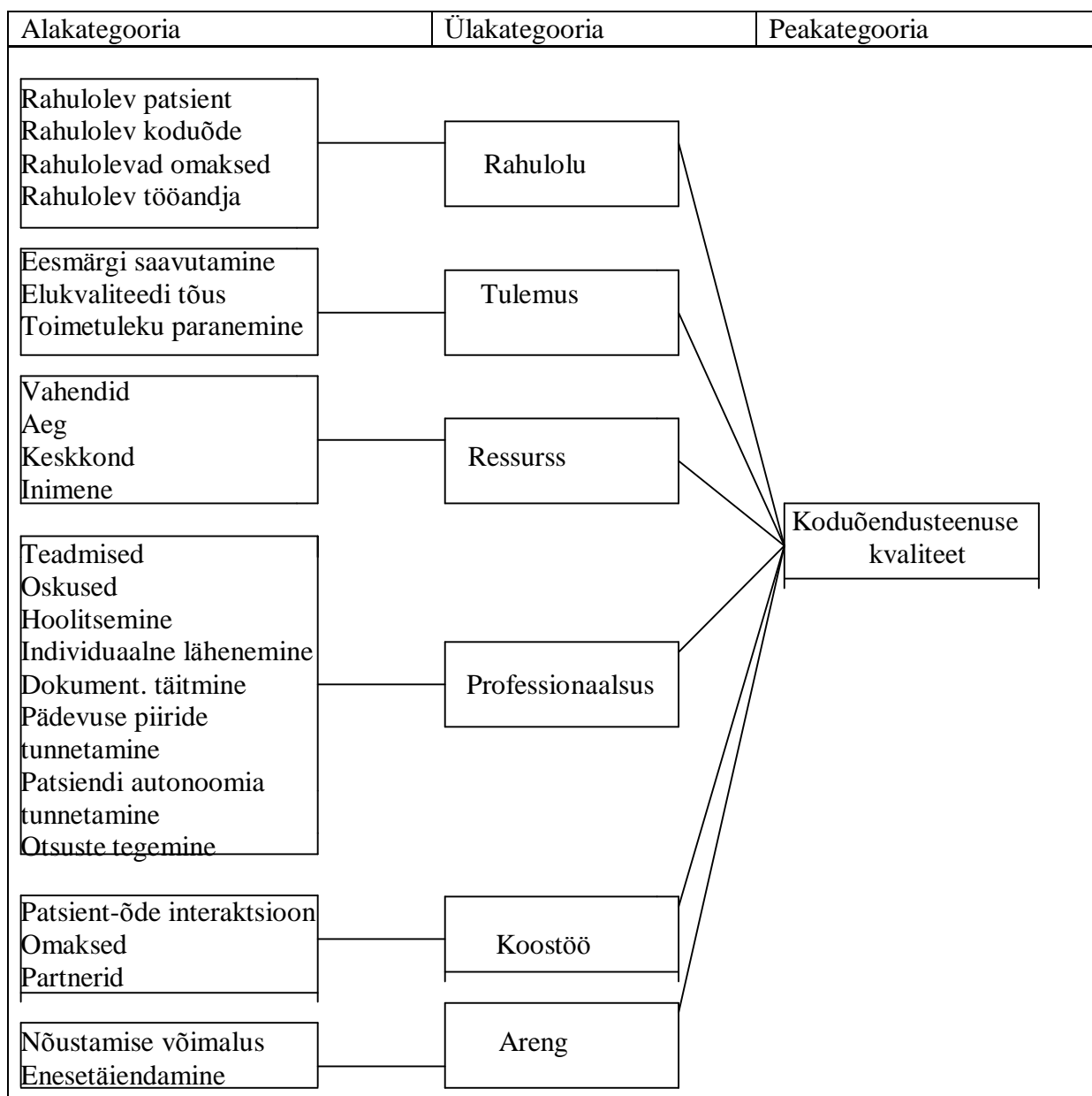


Joonis 1. Uuringus osalenud koduõenduse patsientide soolis-vanuseline struktuur

5.2. Koduõdede hinnang koduõendusteenuse kvaliteedile ja patsientide ootustele

5.2.1. Koduõendusteenuse kvaliteedi komponendid

Uurimuse tulemustes esitatud koduõdede esialgsed tähelepanekud koduõendusteenuse kvaliteedi kohta märgistati 55 substantiivse koodiga. Saadud koodidest sünteesiti 24 alakategoriat, millest moodustusid kuus ülakategoriat: rahulolu, tulemus, ressurss, professionaalsus, koostöö ja areng (vt. joonis 2). Nimetatud ülakategoriad moodustavad intervjuueeritavate hinnangul koduõendusteenuse kvaliteedi komponendid.



Joonis 2. Koduõdede arvamus koduõendusteenuse kvaliteedi kohta

Rahulolu kui üks kvaliteedi komponent seostub kõigi teenuse osutamise protsessis osalejatega ning avaldub järgmistes alakategooriates: rahulolev patsient, rahulolev koduõde, rahulolevad omaksed, rahulolev tööandja. Rahulolu kui kvaliteedi komponenti kirjeldasid intervjueeritavad järgmiselt: *“Inimene on rahul kui tegevus ja tulemus on vastav ootustele”, “Kvaliteetse teenuse puhul on oluline patsiendi rahulolu protsessi ja tulemuse kvaliteediga.”; “Kvaliteet seostub sõnadega korralikkus ja hea enesetunne minul ja patsiendil: krooniline raske haige, pikaldane ravi ja hea tulemus - patsient on rahul, kõik on rahul, ka omaksed. Et teenuse pakkuja ja saaja jääks rahule. Mina arvan, rahastaja seisukohast on positiivne see, kui ootused on väiksemad kui tegevusega kaasnevad kulutused.”*

Teiseks ülakategooriaks koduõdede arvamusest kvaliteedi kohta on tulemus, mis väljendub järgmistes alakategooriates: eesmärgi saavutamine, elukvaliteedi tõus ja patsiendi toimetuleku paranemine. Tulemust kirjeldati järgmiselt: *“ Kvaliteetne on see kui näed, et teenus, mida oled osutanud, on hea ja töö on kandnud vilja: insuldijärgne voodihaige patsient hakkab tundma end paremini, liigutama, hakkab rääkima - see on meie töö kvaliteet, ...patsiendi toimetuleku suutlikkuse tõus kui ka muuta patsiendi elukvaliteeti paremaks. Kvaliteet on seegi, kui eesmärk on saavutatud ja patsient on terve.”*

Kolmandaks ülakategooriaks on ressurss, mis väljendub neljas alakategoorias: vahendid, aeg, keskkond ja inimene. Järgmine tsitaat kirjeldab intervjueeritava hinnangut nimetatud asjaoludele: *“Kvaliteetse teenuse osutamiseks peavad olema ka vastavad vahendid. Kvaliteet oleneb patsiendi elukeskkonnast, seesmisest tundest, psüühikast, organismist kui ka suhetest lastega. Me ei saa rääkida kvaliteedist kui pikema juhu, näiteks troofilise haavandi raviks, esitatakse ajapiirang visiitide arvu osas ja oodatud tulemust ei saavutata.”*

Neljandaks ülakategooriaks on professionaalsus, mida kirjeldavad täpsemalt seitse alakategooriat: teadmised, oskused, hoolitsemine, individuaalne lähenemine, pädevus ja piiride tunnetamine, patsiendi autonoomia säilitamine, otsuste tegemine. Professionaalsust ja sellega seonduvaid alakategooriadi kirjeldati järgmiselt: *“ Õe oskused, hea suhtlemisoskus, psühholoogiline toetus, aitavad parandada kvaliteeti. Kvaliteet oleneb sellest, kas ma oskan ja suudan tööd teha. Oluline kvaliteediks on see, et kirurgiliste sidumiste järgselt ei lisanduks haavanakkust”; “Pead ikka ise otustama, mida sinna haavale peale panna. Lepid küll arstiga kokku, aga ikka pead ise mõtlema ja otsustama, just mina näen patsienti iga päev”; “Pead*

patsienti nõustama, õpetama, selgitama seda just toimetuleku osas kohanemisega tervislikust seisundist tulenevate probleemidega, haigustega, kaasnevate tüsistustega.”

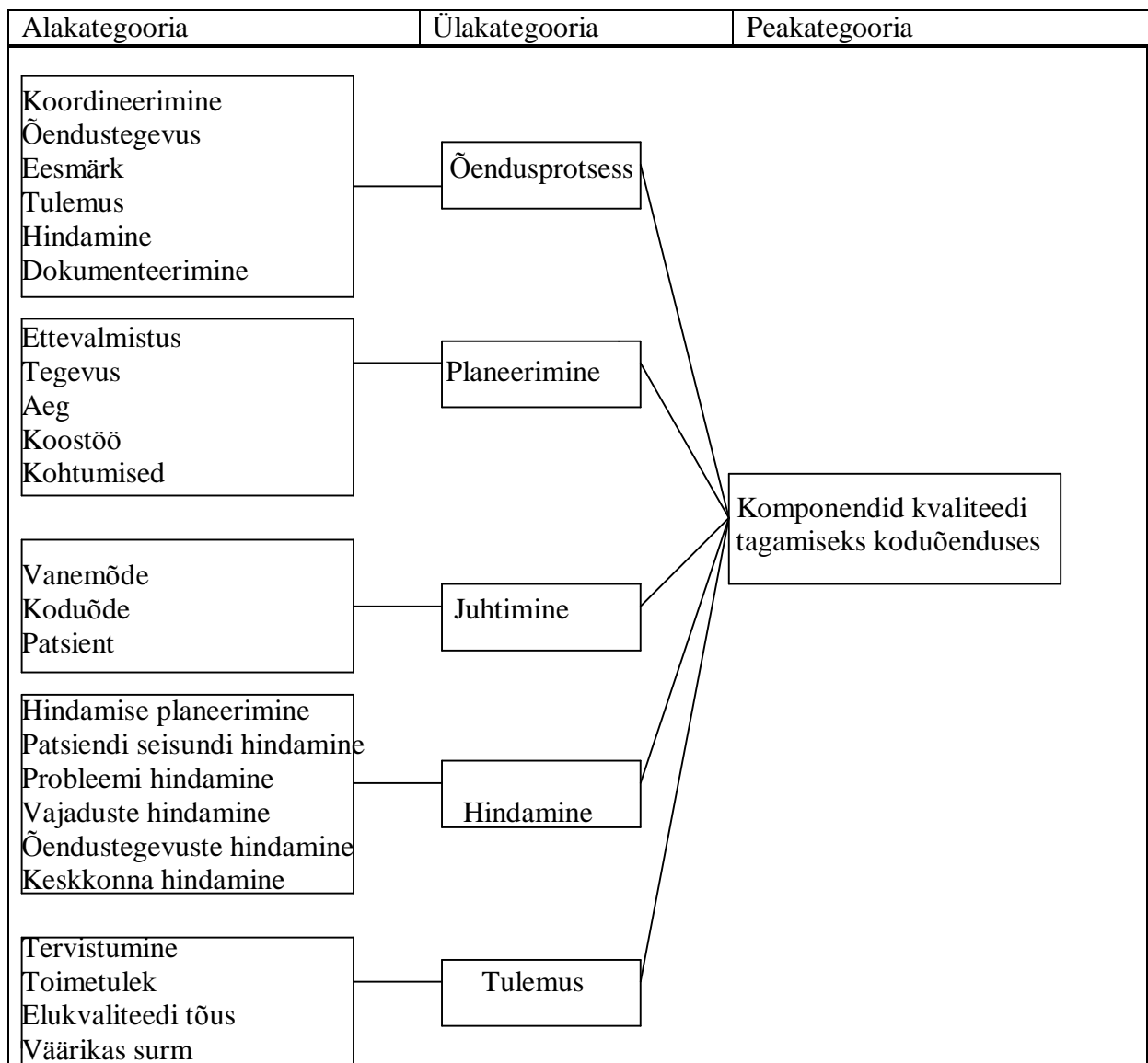
Viies ülakategooria on koostöö, mis väljendus järgmistes alakategooriates: patsiendi-õe interaktsioon, omaksed, partnerid. Koostööd kui kvaliteedi komponenti kirjeldab järgnev tsitaat: *”Kvaliteedile aitab kaasa õe oskus veenda patsienti osalema õendusprotsessis otsuste tegemisel. Protsessi sisse peaks kuuluma ka patsiendi omaksed nemad ju mõistavad kliendi olukorda. Suur tähtsus on tugivõrgustiku olemasolul ja pereliikmetega koostööl ning oluline on saavutada koostöö teiste teenistustega, kes on seotud patsiendi hooldusega kodus.”*

Kuuendaks ülakategooriaks on areng, mis alakategooriatena väljendatuna on nõustamisvõimaluse olemasolu ja elukestev õpe: *”Vajame ise oskusi paremaks suhtlemiseks, mõista ja näha patsiendi probleeme. Koduõde kohustub oma professionaalseid oskusi pidevalt täiendama. Suhtlen perearstiga kui ei oska, küsin nõu.”*

5.2.2. Koduõendusteenuse kvaliteedi tagamine

Kvaliteetse teenuse osutamiseks vajaminevate komponentide kohta esitatud esialgsed tähelepanekud märgistati 79 substantiivse koodiga. Neist sünteesiti 24 alakategooriat, milles moodustusid 5 ülakategooriat: õendusprotsess, planeerimine, juhtimine, hindamine ja tulemus (vt. joonis 3).

Esimeseks ülakategooriaks on õendusprotsess, mis väljendub järgmistes alakategooriates: koordineerimine, õendustegevus, eesmärk, tulemus, hindamine ja dokumenteerimine. Õendusprotsessi kirjeldasid intervjuueeritavad järgmiselt: *“Õenduprotsess algab patsiendi juurde minekust. Protsessi alguseks on ühenduse võtmine ja tegevuste planeerimine.”*; *“Õendusprotsess on koduõe tegevus alates saatekirjast kuni lõpptulemuseni, võttes aluseks selles patsiendi tervisliku seisundi hindamise.”*; *“Üks komponent protsessis täiendab teist: Patsiendi seisundi hindamine, tegevuste planeerimine, teostamine, õendustegevuse hindamine.”*; *“Õendusprotsessi käigus täiendan seda pidevalt ja muudan vajadusel ning see on suunatud patsiendi paranemisele.”*



Joonis 3. Koduõendusteenuse kvaliteedi tagamise komponendid koduõdede hinnangul

Teine ülakategooria ehk koduõde töös kvaliteedi saavutamiseks vajalik komponent on planeerimine, mis väljendub viies alakategoorias: ettevalmistus, tegevus, aeg, koostöö, kohtumised. Planeerimise olulisust teenuse kvaliteedi saavutamiseks kirjeldasid intervjueeritavad järgmiselt: *“Kuid me ei saa jätta tegevust planeerimata või selle üle kontrolli teostamata. See kõik on seotud järjepidevusega. Planeerin visiiti, sidumisi, vajalikke vahendeid selleks. Planeerin patsiendi visiite, kohtumisi perearstiga.”*; *“Planeerin oma koduõde visiidikoti sisu vastavalt patsientide probleemide lahendamiseks vajalike vahenditega.”*

“Planeerin kõiki koduõendusega seotud tegevusi. Planeerin patsiendile iga kuu õendustegevused, millega seoses püstitan eesmärgid. Kui üks eesmärk on täidetud, sean vastavalt probleemile kõrgema.”;

“Planeerin aega graafiku, koduõendusloo, apteegivihiku, päeviku täitmiseks, sõiduaega, kuid ka enda ja patsiendi aega. Lähtun planeerimisel sellestki, kas patsient ise tahab ja suudab protsessis osaleda.”

Kolmandaks ülakategooriaks on juhtimine, mida iseloomustavad kolm alakategooriat – vanemõde kui juht, koduõde kui juht ning patsient kui juht. Vanemõde juhirolli kirjeldati järgmiselt: *“Vanemõde on meie juht; temalt saame saatekirjad visiitideks, tema koordineerib ka visiitide paiknemist õdedele, kus lähtutakse patsientide elukoha paiknemisest, et hoida kokku transpordile kulutatavat aega ja raha. Vanemõde annab meile saatekirjad, jagab visiitideks vajaminevaid hooldusvahendeid, ravimeid, reguleerib informatsiooni liikumist ja vajadusel annab nõu. Vanemõde /koordinaatori ülesandeks on ka juhtida koostööd kõigi teiste abiteenistustega.”*

Koduõde juhirolli kirjeldati kui üht osa oma tööst: *“Juhtimine ja juhendamine on minu arvates omavahel väga tihedalt seotud ja kui neid vaadata minu töö kontekstis, siis mina näen ennast oma töös pigem juhendaja kui juhi rollis. Mitmes mõttes oleme ka ise juhid: õpetame patsienti, juhime oma tegevust, planeerime õendustegevusi patsientidega, kuid ka õdede omavahelist koostööd”; “Oleme ju iseseisvad ja sageli oma otsustes üksi. Juhin nii ennast kui ka patsienti tema tervisega seonduvates tegevustes.”*

Patsiendi roll väljendus järgmiselt: *“Patsient on juht omas kodus. Patsient on iseenda juht.”*

Neljas ülakategooria on hindamine. Hindamine väljendub järgmistes alakategooriates: hindamise planeerimine, patsiendi seisundi hindamine, probleemi hindamine, vajaduste hindamine, õendustegevuse hindamine, keskkonna hindamine. Hindamist selgitati järgmiselt: *“Hindamise süsteem võiks olla koduõenduses väljatöötatud, näiteks mingi küsimustiku näol. Teha võiks seda pisteliselt.”;*

”Hindama peaks nii patsiendi rahulolu kui õendustegevuse tulemusi ja hinnata on vajalik ka visiidiks kasutatud aega,”;

“Haavade hindamisel on kõige parem vahend fotoaparaat, mida olen oma töös praktiseerinud ja kinnitan, et see annab väga hea tulemuse ja motivatsiooni edasi tegutseda nii minul kui ka patsiendil.”

“Inimene on bio-psühho-sotsiaalne tervik, millest tuleb lähtuda ka hindamisel. Hindan patsiendi tervislikku seisundit, dokumenteerin ja arvestan seda alati õendusplaani koostamisel. Hindan patsienti ka nii, et viskan aeg-ajalt patsiendile lihtsalt pilgu peale, pannes selles tähele võimalikke muutusi. Hindan teda, ilma sellele patsiendi tähelepanu pööramata, et teda mitte liigselt traumeerida ega hirmutada. Teen sageli patsiendi tervisliku seisundi kohta tähelepanekuid lihtsalt jutu sees; näiteks patsiendi väljendustes, käitumises ning kõrvutan seda eelnevaga.”

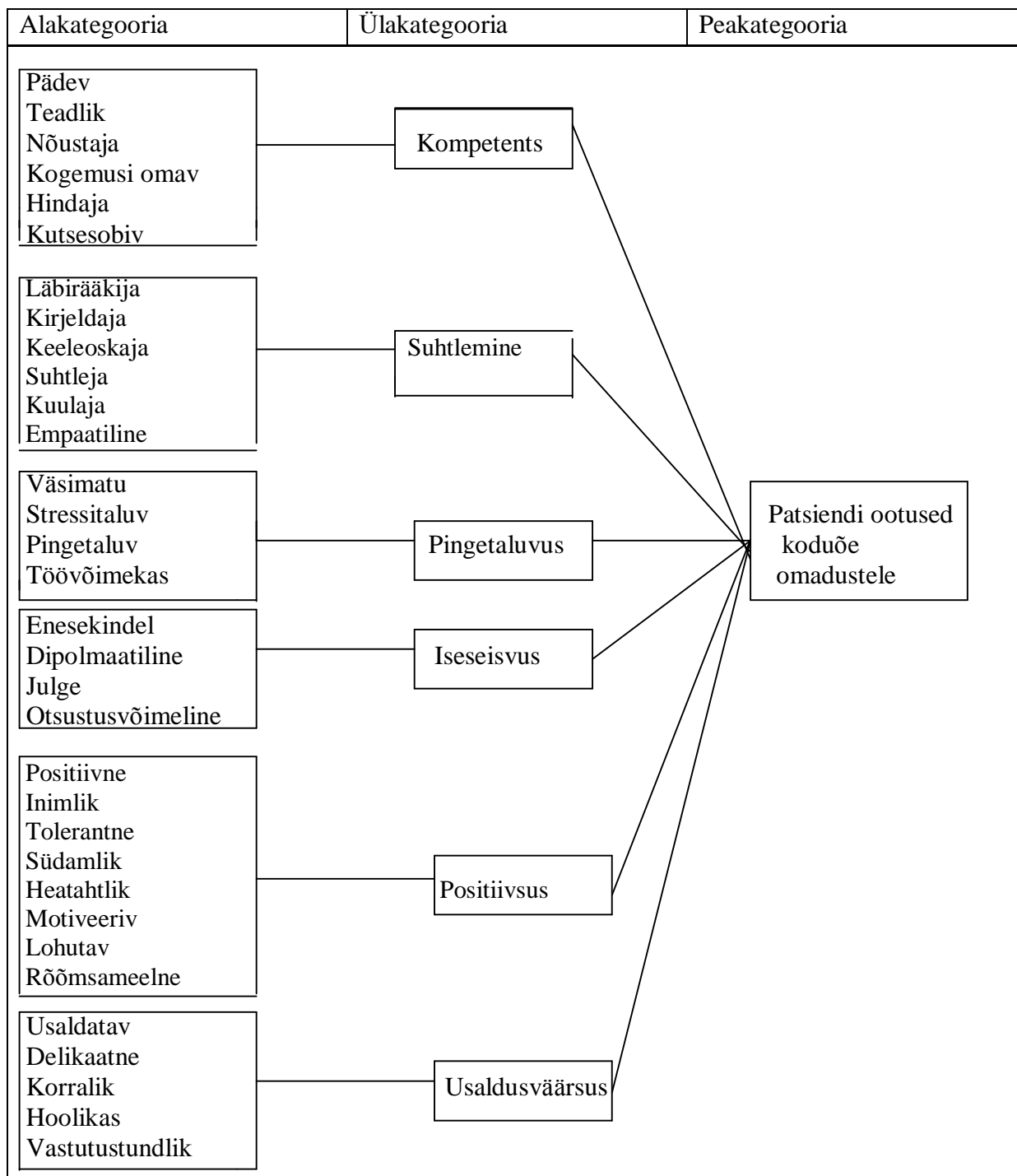
“Koduõde on see isik, kes olles patsiendile kõige lähemal, oskab suunata ja näha ka spetsialisti hindamise vajadust. Õendustegevuse hindamine toimub meil nii plaanipäraselt kui ka vastavalt vajadusele. Vahehindamistest oleneb sageli lõpptulemus ja selle kvaliteet. Õenduslugudes toimub pidev hindamine ja kvaliteet oleneb protsessi hindamise adekvaatsusest. Ettekirjutused ja ettepanekud pärast kriitilist hindamist ja auditit on arendavad ning aitavad kaasa kvaliteedi parandamisele.”

Viiendaks ülakategooriaks on tulemus, mille alakategooriateks tervistumine, toimetulek, elukvaliteedi tõus, väärikas surm: *“Tulemus võib lõppeda patsiendi täieliku tervistumise või mõne etapini selles. Õendusprotsessi tulemusena näeme, et patsient on paranenud. Tulemus on õendusprotsessi abil patsiendi jõudmine sellisesse seisundisse, kus patsient on kas tervenenu, saavutanud toimetuleku või jõudnud staadiumi, kus on omandanud põhioskused ja kogemused mingiks toimetulekuks ning ei vaja enam meie abi, tuleb endaga ise toime ja tema elukvaliteet on paranenud. Tunneb ennast jälle inimesena – näiteks ta ei tunne valu ja saab endaga paremini hakkama.”*

“Surm on koduõendusteenuse puhul lahutamatu osa, mida me küll teame, aga mis tuleb alati ootamatult ja tekitab negatiivseid emotsioone.”; “Teame siiski, et 38% koduõenduse patsientidest sureb ja kui oleme taganud talle külastuse visiitidena, hoolivuse ja hoolitsuse ning sellega inimväärse surma, siis pean sedagi kvaliteetseks tulemuseks teenuse osutamisel.”

5.2.3. Patsientide ootused koduõe omaduste suhtes

Arvamused, missugused võiksid olla patsiendi ootused koduõe omaduste suhtes, märgistati 39 substantiivse koodiga, millest sünteesiti 33 alakategoriat ning neist moodustusid kuus ülakategoriat: kompetents, suhtlemine, pingetaluvus, iseseisvus, positiivsus, usaldusväärsus (vt. joonis 4).



Joonis 4. Patsiendi ootused koduõe isikuomadustele koduõdede hinnangul

Esimeseks ülakategooriaks on kompetents, mis väljendub järgmistes alakategooriates: pädev, teadlik, nõustaja, kogemusi omav, hindaja, kutsesobiv. Kompetentsi kirjeldas üks intervjuueeritud koduõde järgmiselt: *”Patsient soovib õde, kes teab kõike: oskused, tunneb tööd, omab kvalifikatsiooni, teab haigusi, hooldusvahendeid. On kursis patsiendi kõigi võimalike probleemidega, haavahooldusega, infektsioonidega, rehabilitatsiooniga. Kuid tähtsaks peab patsient ka seda, et õel on kogemused, teadmised, huvitatus patsiendi paranemisest.”*

Teiseks ülakategooriaks on suhtlemine, mida väljendavate alakategooriate kohaselt peaks koduõde olema läbirääkija, kirjeldaja, keeleoskaja, suhtleja, kuulaja, empaatiline: *”Õele on vajalik keeleoskus, et osata suhelda patsiendiga tema emakeeles ja oskus leida iga patsiendi juurde võti.”*; *”Väga hea suhtleja – selle panen esikohale, oskab patsienti ära kuulata ja et koduõdel oleks väga head teadmised.”*; *”Õele on vajalik oskus suhelda, tervisliku olukorra kirjeldamine, selgitamine, diplomaatia ja läbirääkimiste oskus.”*

Kolmas ülakategooria on pingetaluvus, mida iseloomustavad alakategooriad väsimatu, stressitaluv, pingetaluv, töövõimekas. Intervjuueeritav kirjeldas pingetaluvust järgmiselt: *“Ja patsiendi poolt oodatud koduõde omadusteks on usaldus, otsustusvõime, oskus taluda pinget ja sõnapidaja olla. Noored õed ei pea sellisele survele vastu.”*

Neljandaks ülakategooriaks on iseseisvus, mis väljendub neljas alakategoorias: enesekindel, diplomaatiline, julge, otsustusvõimeline. Iseseisvust kirjeldati intervjuus järgmiselt: *“Koduõde ei tohi olla kartlik, tal peab olema hea läbisaamine patsiendiga, tema pereliikmetega, peab omama oskust teha õigeid otsuseid. Koduõde peab teadma ka seda, kuhu ulatub tema pädevus ja autonoomia.”*

Viiendaks ülakategooriaks on positiivsus, mida väljendavad järgmised alakategooriad positiivne, inimlik, tolerantne, südamlilik, heatahtlik, motiveeriv, lohutav, rõõmsameelne. Intervjuudes kirjeldasid koduõded positiivsust mitmeti: *„Koduõde on tolerantne, teadlik, vastab kõigile küsimustele, suure töövõimega ja väsimatu. Õde peab ka olema delikaatne, empaatiline, olema lohutaja, kuulaja ja oskama vastata patsiendi poolt esitatud küsimustele.”*; *“Patsientidele meeldib, kui õde ei ütle vastu ja on kõigega nõus, avatud, tähelepanelik, hooliv, heatahtlik ning tugev.”*; *“Patsiendid soovivad näha õde, kes on rõõmsameelne, positiivne ja inimlik.”*

Kuuendaks ülakategooriaks on usaldusväärus, mis väljendub viies alakategoorias: usaldatav, delikaatne, korralik, hoolikas, vastutustundlik. Intervjueeritavate kirjelduse kohaselt „Koduõde peab olema täpne korralik, hoolas, südamlik ja teadma, kust algab perearsti ja muu spetsialisti roll. Koduõdele on olulised oskused ja heatahtlikkus, suhtlemisoskus, tähelepanelikkus, vastutustundlikkus ning täpsus.”;

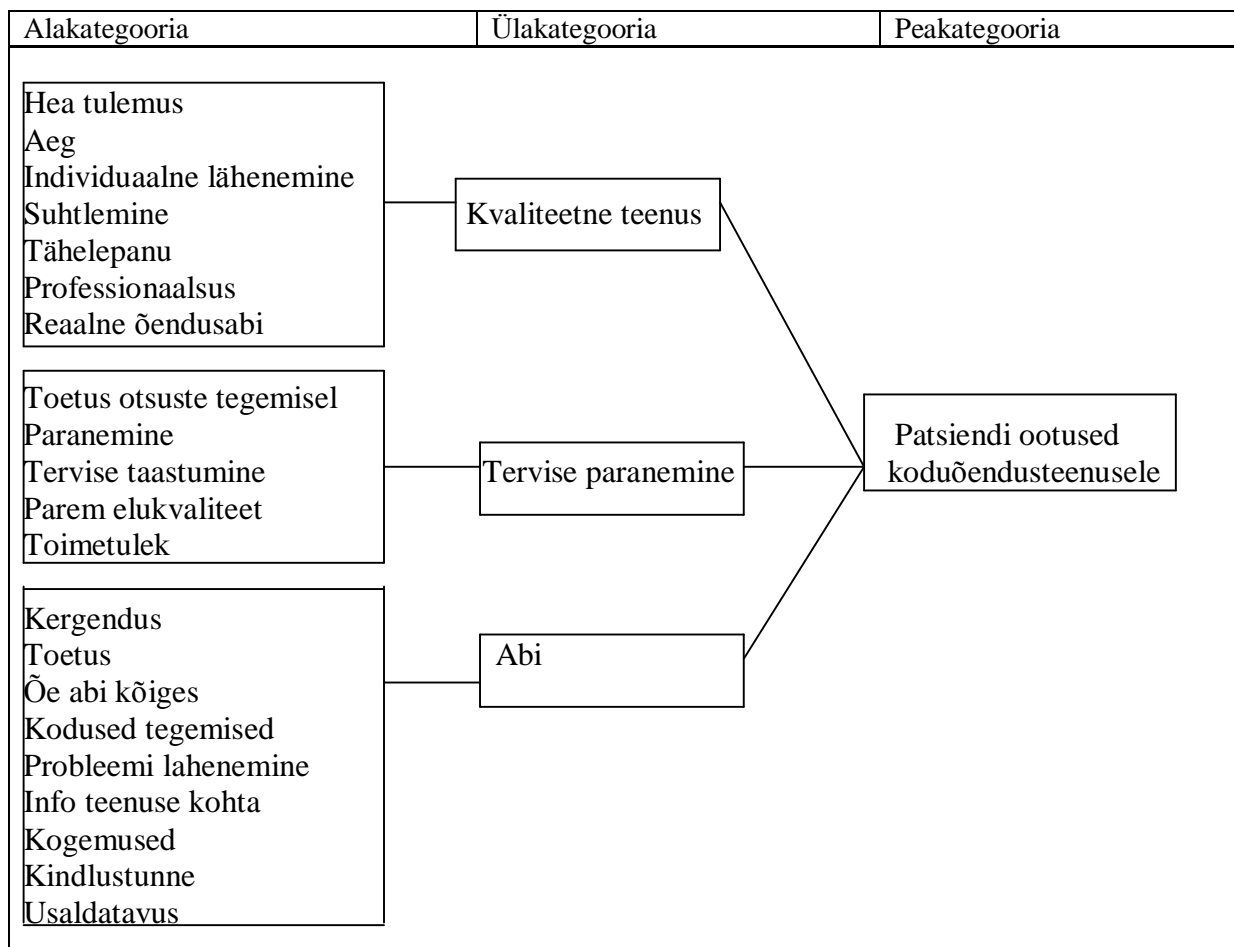
“Töös on vajalik olla usaldusväärne, tugev, stressitaluvus, vastupanev ja suutlikkus olla diplomaatiline, minna rolli sisse ja õde peab tekitama patsiendis kindlustunde.”; “Ei saa nõuda, et me teaksime kõike, kuid patsiendile ei tohi jätta muljet, et õde ei tea. Viita, et pead perearstiga nõu ja vastad järgmine kord.”; “Õde ei tee patsiendile haiget, on usaldusväärne ja sõbralik.”

5.2.4. Patsientide ootused koduõendusteenuse suhtes

Koduõdede arvamused patsiendi ootustele koduõendusteenuse märgistati 23 substantiivse koodiga, millest sünteesiti 21 alakategooriat, millest omakorda moodustusid kolm ülakategooriat: kvaliteetne teenus, tervise paranemine, abi (vt. joonis 5).

Esimeseks ülakategooriaks on kvaliteetne teenus, mis väljendub järgmistes alakategooriates: hea tulemus, aeg, individuaalne lähenemine, suhtlemine, tähelepanu, professionaalsus, reaalne õendusabi. Kvaliteetset teenust kirjeldati järgmiselt: *”Patsient ootab paranemist, head kvaliteetset tulemust. Iga inimene tahaks kindlasti paremat informatsiooni. Patsient soovib individuaalset lähenemist, ootab suhtlemist ja tähelepanu. Nad ootavad sult aega nendega suhtlemiseks, et koduõde saab hõlpsasti kõigega hakkama, annad nõu, vähendad nende üksindust ja valu. Patsiendi kodused ootavad sinult professionaalsust ja kogemusi.”*

Teiseks ülakategooriaks on tervise paranemine. See väljendub seitsme alakategooriana: hea tulemust, aeg, individuaalne lähenemine, suhtlemine, tähelepanu, professionaalsus, reaalne õendusabi. Tervise paranemist kirjeldati intervjuus järgmiselt: *”Elukvaliteedi paranemist, tervenemist, et saaks ise hakkama. Patsient tunneb koduõdes oma tugi- ja usaldusisikut. Omaksed ei ole alati huvitatud patsiendi paranemisest. Kurb, et sageli peame kulutama palju energiat sellele, et muuta inimeste hoiakuid ja arusaamu, et tekitada neis huvi ja hoolivust nende endi vanemate ja vanevanemate suhtes. On ka selliseid patsiente, kes ei oota midagi, lihtsalt lamavad emotsioonideta.”*



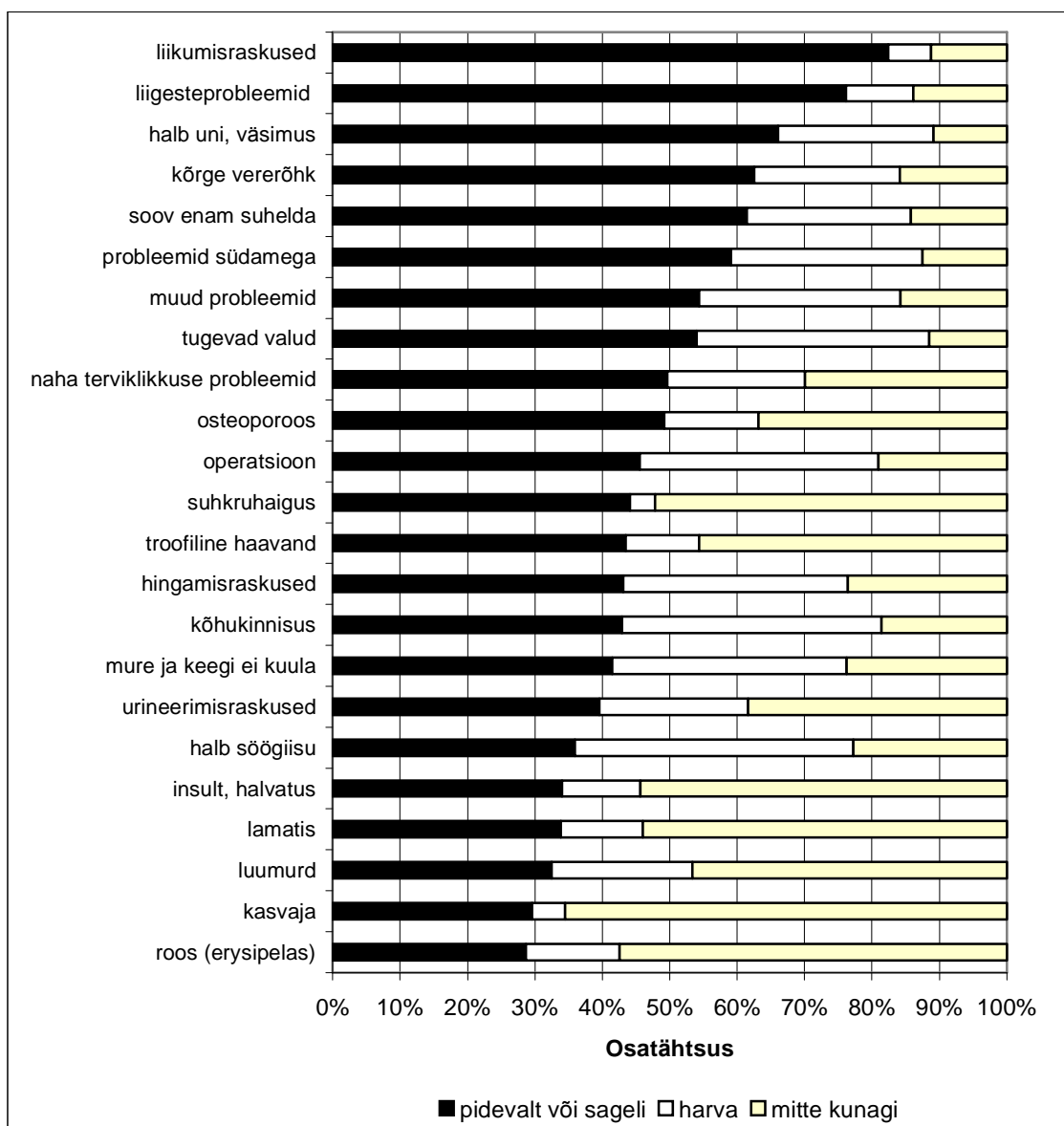
Joonis 5. Patsiendi ootused kodusõendusteenuse suhtes kodusõenduste hinnangul

Kolmandaks on abi, mis väljendub järgmistes alakategooriates: kergendus, toetus, õe abi kõiges, kodused tegemised, probleemi lahendamise, informatsioon teenuse kohta, kogemused, kindlustunne, usaldatavus. Intervjueeritav on kirjeldanud abi järgmiselt: *”Ootavad kergendust, toetust – eriti üksikud. Ootab teenuselt kõike; et õde oleks koduteenija, sotsiaaltöötaja, perearst, oleks eestkostja. Oluline on tunda, et patsient pole ka elu viimases otsas jäetud üksi. Haiglast koju saatmisel tunnevad nad tihti, et neid sinna surema saadetakse, kui aga tuleb kodusõde, leiab ta endas jälle jõudu toime tulla terviseprobleemidega. Ja kui tõesti pole võimalik paraneda, siis ka surma puhul saab kodusõde pakkuda nii talle kui ka patsiendi omastele toetust. Ta tunnetab, et on olemas süsteem ja abisaamise võimalus ja saab ise kaasa aidata oma paranemisele.”*

5.3.Koduõenduse patsientide ootused ja hinnang koduõendusteenuse kvaliteedile

5.3.1. Patsientide tervisehinnang ja toimetulek

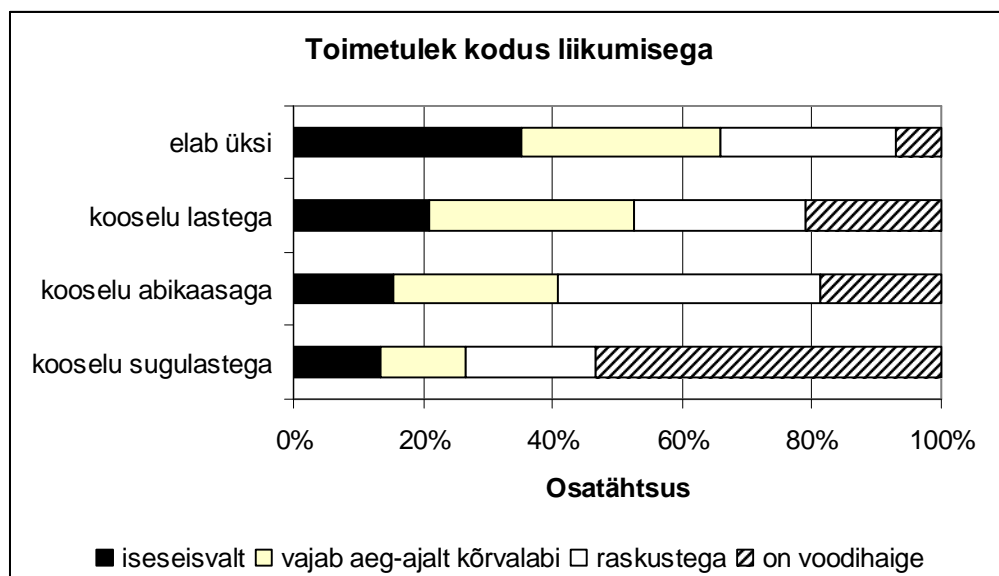
Kõige sagedamini esinevate terviseprobleemidena olid uuringus osalenud patsiendid nimetanud liikumis- ja uneprobleeme ning probleeme südamega, mida esines kas pidevalt või sageli vastavalt 82,4%, 75,9% ja 66,1% küsitletute hinnangul. Ligikaudu 60% küsitletutest nimetasid sageli või pidevalt esineva terviseprobleemina veel kõrget vererõhu (62,5%). Lisaks terviseprobleemidele oli 61,4% küsitletute jaoks oluliseks probleemiks ka ebapiisav suhtlemine (vt. joonis 6).



Joonis 6. Terviseprobleemide esinemine koduõenduse patsientide hinnangul

Korrelatsioonanalüüsil ilmnis mitmete terviseprobleemide vaheline seos. Südameprobleemidega patsientidel esines sagedamini ka kõrget vererõhku ($r_s=0,49$, $p<0,0001$), naha terviklikkuse probleemid seostusid troofiliste haavandite sagedama esinemisega ($r_s=0,63$, $p<0,0001$), insuldihaigetel ja liikumisprobleemidega patsientidel esines sagedamini lamatisi ($r_s=0,53$, $p<0,0001$) ning luumurdude esinemine oli seotud osteoporoosiga (korrelatsioonikordajate väärtused vastavalt $r_s=0,45$, $p<0,0001$ ja $r_s=0,49$, $p<0,0001$). Nõrk seos ilmnis patsiendi vanuse ja südameprobleemide esinemissageduse vahel – eakamate patsientide hinnangul esines neil südameprobleeme sagedamini (korrelatsioonikordaja väärtus $r_s=0,21$, $p<0,006$). Inimesed, kellel olid mured, kuid nende arvates keegi neid ei kuulanud, tunnetasid sagedamini soovi suhelda ($r_s=0,42$, $p<0,0001$).

Iseseisvalt kodus liikumisega tulid enda hinnangul toime ligikaudu neljandik (24,5%) küsitletud patsientidest, 27,5% küsitletutest vajadis aeg-ajalt kõrvalist abi, 30% küsitletute hinnangul oli iseseisev liikumine seotud suurte raskustega ja 16,5% olid voodihaiged. Oluliselt paremini tulid toime üksi elavad inimesed, kellest 35,3% väitsid, et saavad iseseisvalt kodus liikumisega hakkama (vt. joonis 7). Võrreldes küsitletutega, kes elasid koos abikaasa, laste või sugulastega, on hinnangute erinevus statistiliselt oluline ($p<0,001$).



Joonis 7. Toimetulek kodus liikumisega koduõenduse patsientide üksi ja teistega koos elavate patsientide hinnangul

5.3.2. Koduõendusteenuse kasutamine ja rahulolu koduõega

Ligikaudu üks kolmandik küsitletutest (31,3%) olid koduõendusteenust kasutanud kuni kolm kuud, umbes sama suur osa neli kuud kuni üks aasta (30,7%) ning natuke rohkem kui kolmandik (37,9%) küsitletutest olid koduõendusteenust kasutanud rohkem kui üks aasta. 38,8% küsitletutest väitsid, et koduõde külastab neid kolm korda nädalas, 29,6% vastanute väitel külastas koduõde neid nädalas kaks korda ja 18,9% vastanute väitel üks kord nädalas. 12,8% vastanutest hinnangul teostas koduõde nädalas neli või enam visiiti. 22,2% küsitletutest arvasid, et nad vajaksid koduõendusteenust ka nädalavahetustel, teiste arvates pole koduõendusteenus nädalavahetusel vajalik (67%) või ei osanud selles osas oma arvamust avaldada (10,8%). Koduõendusteenuse järjekorda pidasid olematuks 70,5% patsientidest, 11,5% ootasid järjekorda kuni üks nädal, 6% kuni kaks nädalat ning kauem kui kaks nädalat ootasid koduõendusteenust 5,5% küsitletutest. Valdav osa küsitletutest (96%) väitsid, et õde tuli visiidile kokkulepitud ajal.

Koduõde tegevust hinnati valdavalt positiivselt. Peaaegu kõik küsitletud olid nõus väidetega, et õde tutvustab end visiidile tülles, vastab arusaadavlt patsiendi küsimustele, on meeldiv, korralik, lahke ja hoolitsev ning teeb kõik vajalikud õendustegevused. Mõnevõrra vähem nõustuti väidetega, et õel on alati patsiendi jaoks piisavalt aega ning et õde suhtleb vajadusel patsiendiga ka telefoni teel (vt. tabel 1).

Tabel 1. Patsientide hinnang oma koduõde tegevusele (%).

Koduõde	Nõustumine esitatud väidetega (%)				
	Täiesti nõus	Pigem nõus	Pigem ei nõustu	Üldse ei nõustu	Ei oska öelda
tutvustab viisakalt visiidile tülles	96,5	3,5	0	0	0
julgustab mind küsimusi esitama	90,3	5,6	0,5	0,5	3,1
vastab küsimustele arusaadavalt	93,4	6,1	0,5	0	0
selgitab õendustegevusi arusaadavalt	88,0	6,5	0,5	0,5	0,5
teeb vajalikud õendustegevused	93,8	4,6	0	0	1,5
on lahke ja hoolitsev	97,5	2,0	0	0	0,5
leiab minu jaoks piisavalt aega	83,2	9,7	5,1	0	2,0
suhtleb minuga vajadusel telefonitsi	77,7	7,1	2,7	7,6	4,9
abistab mind vajadusel alati	90,1	7,3	1,0	0,5	1,0
suhtleb minu emakeeles	94,5	4,0	0	1,5	0
on meeldiv ja korralik	97,0	3,0	0	0	0

Küsitletud, kes olid nõus väitega, et õde julgustab neid küsimusi esitama, nõustusid sagedamini ka väitega, et õde selgitab õendustegevusi arusaadavalt ($r_s=0,53$, $p<0,0001$). Küsitletud, kes arvasid sagedamini, et õde teeb ära kõik vajaliku, olid sagedamini nõus ka sellega, et õde abistab alati patsienti ($r_s=0,46$, $p <0,0001$).

Peaaegu kolm neljandikku (74,2%) küsitletutest väitsid, et õde selgitas neile alati planeeritud õendustegevusi ning 72,2% küsitletutest arutasid koos koduõega kodust õendustegevust. Kahe kolmandiku (66,1%) küsitletute hinnangul suhtles õde alati patsiendi omastega ning peaaegu sama suur osa küsitletutest (67,7%) väitsid, et nad räägivad kodustega koduõe tegevustest. Küsitletud, kes väitsid, et koduõde suhtleb ka nende omastega, väitsid sagedamini, et räägivad oma kodustega koduõe visiidi teemal ($r_s=0,49$, $p<0,0001$).

Koduõe omadusi ja suhtlemisoskust hinnati enamasti positiivselt. Kõige enam olid patsiendid nõus väidetega, et õde on sõbralik ja usaldusväärne, tähelepanelik, kuulab ära ning vastab alati patsiendi küsimustele. Vähem olid patsiendid olnud nõus väidetega, kus õde õpetab patsienti õigesti toituma ja olema aktiivne. 23,3% patsientidest arvasid, et õel on alati kiire, 16,6% küsitletute arvates ei suhtle õde nendega piisavalt (vt. tabel 2).

Tabel 2. Patsientide hinnang oma koduõe omadustele ja suhtlemisoskusele (%).

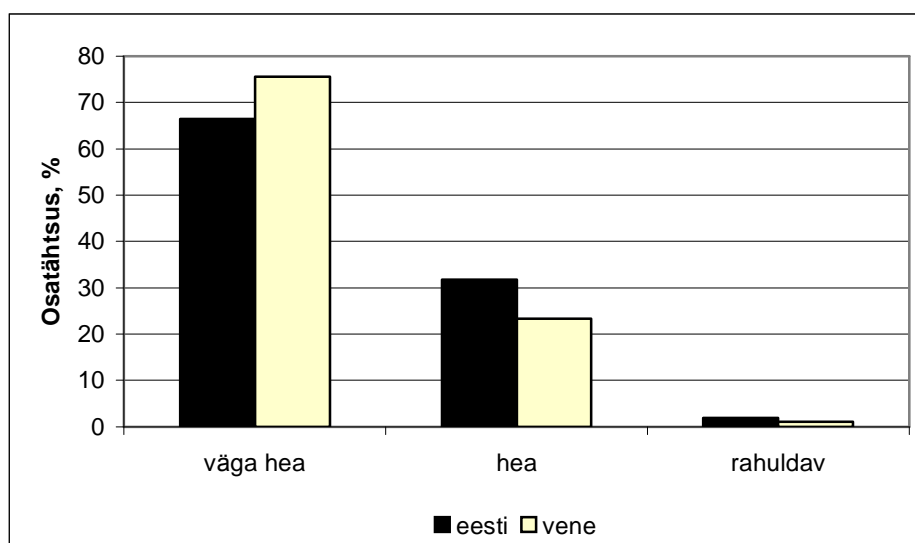
Koduõde	Nõustumine esitatud väidetega (%)				
	Täiesti nõus	Pigem nõus	Pigem ei nõustu	Üldse ei nõustu	Ei oska öelda
on hea spetsialist	90,1	7,3	0,5	0,5	1,6
tunneb oma tööd hästi	93,4	6,6	0	0	0
on sõbralik	95,5	4,0	0,5	0	0
on usaldusväärne	95,4	4,1	0,5	0	0
on tähelepanelik	94,9	4,6	0,5	0	0
kuulab mind alati ära	93,4	6,1	0,5	0	0
vastab alati minu küsimustele	93,9	5,6	0,5	0	0
räägib mulle tervisest	86,5	10,4	1,6	0	1,6
küsib alati, kuidas ma ennast tunnen	93,9	5,6	0	0	0,5
õpetab mind, kuidas toime tulla	87,7	6,7	2,1	1,0	2,6
täidab alati oma lubadusi	91,3	8,2	0	0,5	0
õpetab mind olema aktiivne	83,4	12,3	1,6	0	2,7
räägib mulle õigest toitumisest	74,9	15,3	2,7	2,7	4,4
ei suhtle minuga piisavalt	8,0	8,6	10,4	69,3	3,7
on minuga mõnikord ebaviisakas	1,8	1,2	8,0	87,1	1,8
on lubanud tulla, aga ei tulnud	2,4	0,6	7,3	86,7	3,0
õel on alati kiire	13,5	9,8	8,6	64,4	3,7

5.3.3. Rahulolu koduõendusteenusega

Hinnang osutatud koduõendusteenuse kohta oli üsna hea. Rohkem kui kaks kolmandikku (70,6%) küsitletutest (n=197) hindasid saadud teenust väga heaks, 27,9% heaks ning 1,5% rahuldavaks. Halvaks ei pidanud teenust keegi, kolm küsitletut olid jätnud oma hinnangu märkimata.

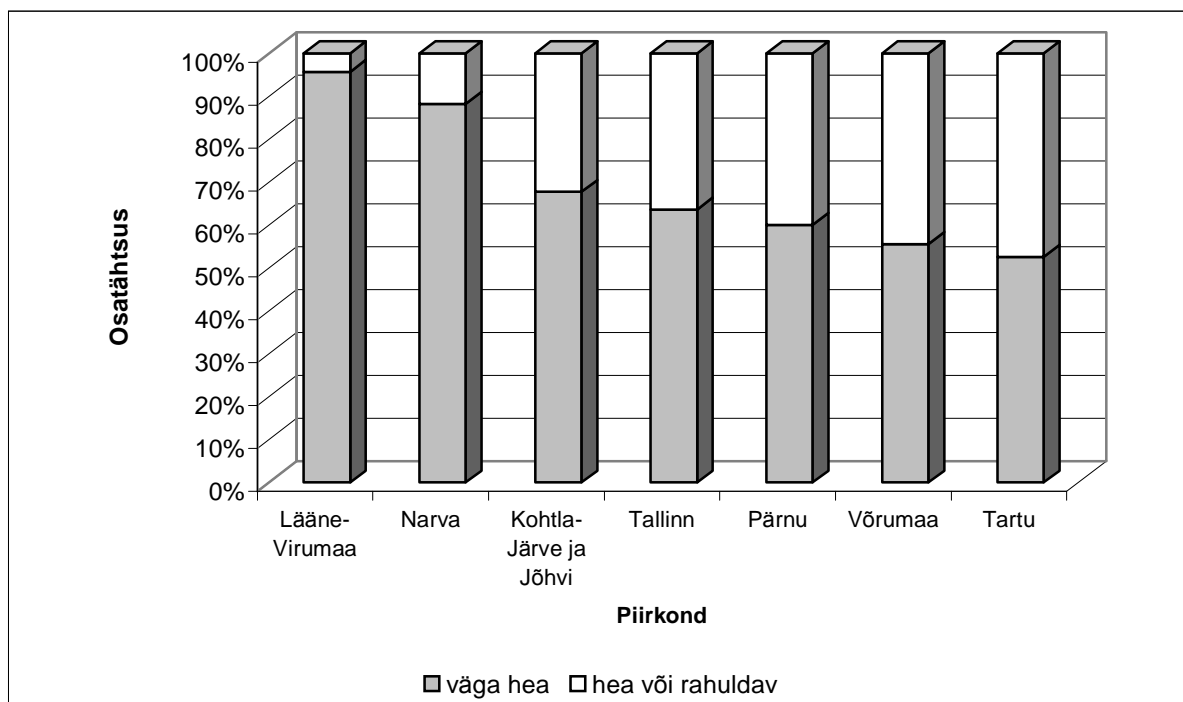
Rahulolu koduõendusteenusega oli seotud sellega, kui kaua oodati teenuse saamiseks järjekorras. Küsitletutest, kes väitsid, et teenuse saamise ooteaeg oli praktiliselt olematu, hindasid teenust väga heaks 75%, teenust üle kahe nädala oodanutest pidasid teenust väga heaks 36,4% ($p < 0,05$).

Kuna uurimuses osalenud 200 patsienti jaotusid ankeedi keele järgi peaaegu võrdselt, võrreldi ka eesti ja vene keelt kõnenelevate patsientide rahulolu hinnanguid. Venekeelse ankeedi täitnud patsientide hulgas oli teenusega rahulolu mõnevõrra kõrgem, kuid statistiliselt olulist erinevust ei ilmnud (vt. joonis 8).



Joonis 8. Patsientide rahulolu koduõendusteenusega olenevalt nende kodusest keelest

Võrreldes erinevatest piirkondadest pärit patsientide hinnanguid, ilmnedid statistiliselt olulised erinevused (vt. joonis 9). Kui Lääne-Virumaa patsientidest hindasid koduõendusteenust väga heaks 95,6%, siis Tartu ja Võrumaa patsientidest hindasid teenust väga heaks ligikaudu pooled küsitletutest (vastavalt 52,6% ja 55,6%, $p < 0,005$).



Joonis 9. Patsientide hinnang koduõendusteenusele olenevalt elukohast

Koduõendusteenusega olid enam rahul need patsiendid, kellele õde selgitas planeeritud õendustegevusi ning kes arutasid õega kodust õendustegevust. Rahulolu koduõendusteenusega oli suurem ka nende küsitletute hulgas, kelle kodused või omaksed olid kaasatud koduse õendusabi osutamisse (vt. tabel 3).

Koduõendusteenusega rahulolu seostus mitmete koduõe omadustega ja tema tegevustega. Enam olid teenusega rahul küsitletud, kes olid nõus väidetega „õde on hea spetsialist” ($r_s=0,36, p<0,0001$); „õde on kompetentne ja tunneb oma tööd” ($r_s=0,23, p<0,001$); “õde õpetab mind, kuidas toimida siis kui teda ei ole” ($r_s=0,31, p<0,0001$); ning “õde õpetab mind, kuidas aktiivne olla” ($r_s=0,23, p<0,002$). Koduõendusteenusega olid vähem rahul patsiendid, kes väitsid, et õde ei suhtle nendega piisavalt ($r_s= -0,21, p<0,007$), kelle hinnangul oli õde jätnud tulemata, kuigi seda oli lubatud ($r_s= -0,16, p<0,05$) ning kelle arvates oli õel alati kiire ($r_s= -0,23, p<0,004$). Patsiendid, kes olid nõus väitega, et õde on hea spetsialist, olid sagedamini nõus ka sellega, et õde tunneb oma tööd hästi, on sõbralik, tähelepanelik ja usaldusväärne, kuulab alati patsiendi ära, vastab tema küsimustele, tunneb huvi patsiendi käekäigu vastu ning õpetab patsienti iseseisvalt hakkama saama (korrelatsioonikordajate väärtused olid vahemikus $r_s=0,35 \dots 0,65, p<0,0001$).

Tabel 3. Patsiendi ja tema omaste kaasatus koduse õendusabi osutamisse ning rahulolu koduõendusteenusega (%).

Patsiendi ja tema omase kaasatus	Hinnang koduõendusteenusele (%)	
	Väga hea	Hea või rahuldav
Õde selgitab planeeritud õendustegevusi (p<0,005)		
Jah	76,9	23,1
Mõnikord	60,0	40,0
Ei selgita	33,3	66,7
Patsient arutab koos õega kodust õendustegevust (p<0,02)		
Jah	77,7	22,3
Mõnikord	58,6	41,4
Ei aruta	58,3	41,7
Koduõde suhtleb patsiendi omastega (p<0,003)		
Jah	77,8	22,2
Mõnikord	46,9	53,1
Ei suhtle	64,3	35,7
Patsient räägib omastega koduõendusteenusest (p<0,01)		
Jah	79,1	20,9
Mõnikord	57,5	42,5
Ei räägi	59,1	40,9

Tabelis 4 on esitatud patsientide hinnangud koduõendusteenusega seonduvate väidete kohta. Koduõendusteenusega rahulolu seostus eelkõige visiidi pikkuse ning visiidi aja sobivusega, usaldusega õe vastu ning võimalusega arutada õega oma terviseprobleeme.

Tabel 4. Patsientide hinnangud koduõendusteenusega seonduvate väidete kohta ning nende seos koduõendusteenuse hinnanguga.

Koduõendusteenusega seonduvad väited	Väitega täielikult nõustunute osatähtsus (%)	Seos koduõendusteenuse hinnanguga
koduõendusteenus on väga vajalik	97,4	$r_s=0,17, p<0,05$
olen rahul koduõendusteenusega	95,4	$r_s=0,17, p<0,05$
mulle sobib visiidi pikkus	85,1	$r_s=0,17, p<0,05$
mulle sobib aeg, mil õde mind külastab	90,2	$r_s=0,17, p<0,05$
soovin, et minuga rohkem suheldaks	32,4	Seos puudub
mulle meeldib, et saan koos õega arutada oma terviseprobleeme	84,7	$r_s=0,15, p<0,05$
tahan osaleda oma tervisega seotud otsustamisprotsessides koos õega	70,0	Seos puudub
tunnen end pärast õe visiiti paremini	82,2	Seos puudub
minu tervis on muutunud paremaks	57,6	Seos puudub
õde õpetab mind kuidas toimida siis kui teda ei ole	82,4	$r_s=0,19, p<0,01$
õde suhtleb ja räägib minu tervisega seonduvast minu pereliikmetega	72,7	Seos puudub
õde on kompetentne ja tunneb oma tegevust	90,6	$r_s=0,19, p<0,01$
usaldan oma õde ja räägin temaga alati oma muredest	87,5	Seos puudub
soovin, et minu juures visiidil käiks kogu aeg sama õde	88,7	Seos puudub
soovin, et visiite oleks sagedamini	27,0	$r_s=0,15, p<0,05$

Eelnimetatud asjaoludest pidasid küsitletud kõige olulisemaks seda, et visiidil käiks kogu aeg sama õde – seda pidasid väga oluliseks 88,7% küsitletutest, samuti asjaolu, et õde külastaks patsienti patsiendile sobival ajal (83,1%), visiidi pikkus (80,3%) ning võimalust arutada koos õega oma terviseprobleeme (78,3%).

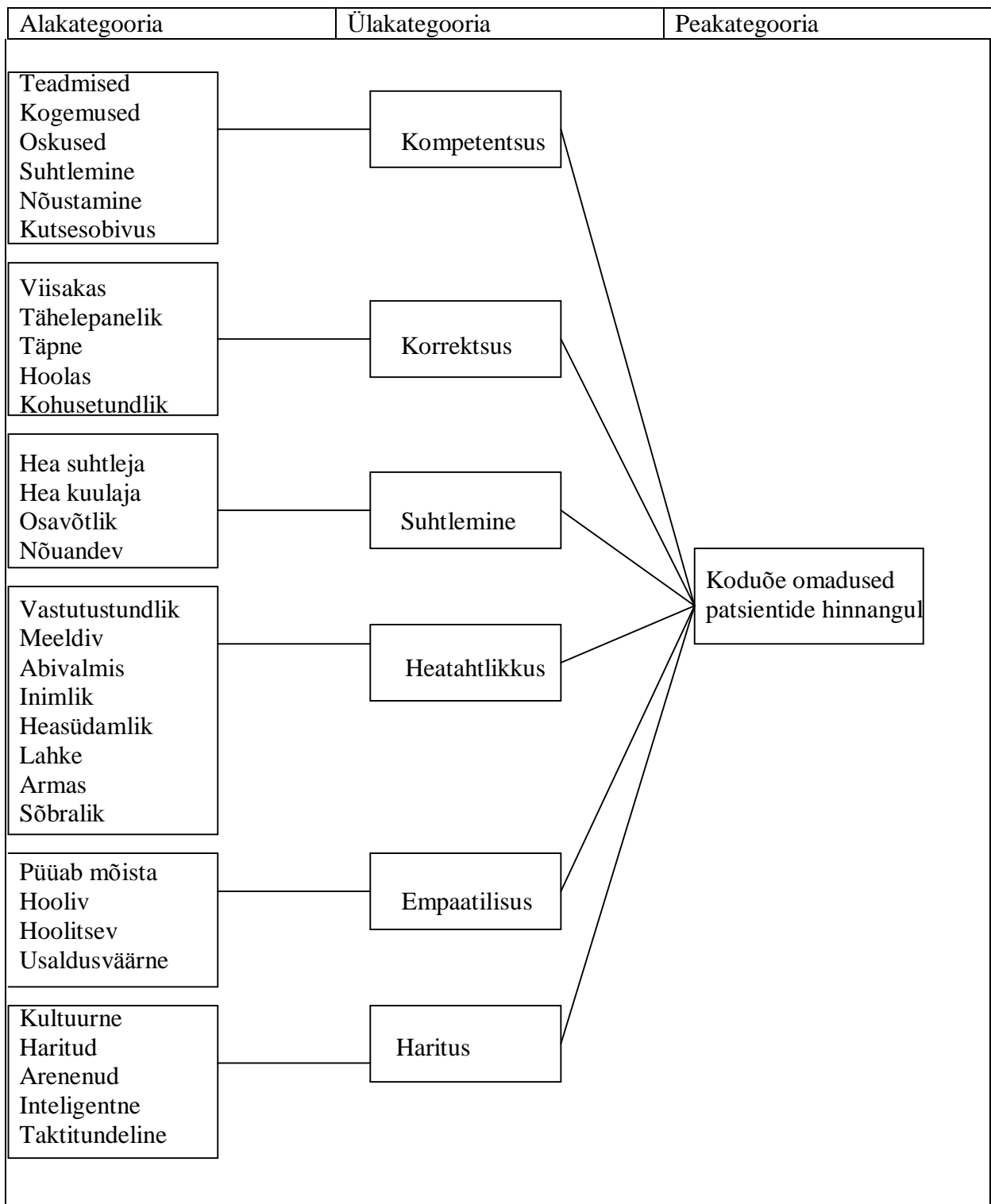
5.3.4. Patsientide hinnangute põhjendused

Küsimustikus oli esitatud ka avatud küsimus, kus paluti patsientidel põhjendada nende poolt koduõendusteenuse kohta antud hinnangut. Saadud andmed analüüsiti induktiivse sisuanalüüsi meetodil, millest selgus, et koduõendusteenuse hinnang on seotud koduõe omadustega (joonis 10) ja sellega, kuidas patsient jäi koduõendusteenusega rahule (joonis 11).

Patsiendi kirjeldused koduõe omadustele märgistati 64. substantiivse koodiga, milles sünteesiti 32 alakategooriat, millest omakorda moodustusid kuus ülakategooriat: kompetentsus, korrektsus, suhtlemine, heatahtlikkus, empaatilisus, haritus (vt. joonis 10).

Esimeseks ülakategooriaks ehk patsiendi poolt hinnatud koduõe omaduseks on kompetentsus, mis väljendub järgmistes alakategooriates: teadmised, kogemused, oskused, suhtlemine, kutsesobivus, nõustamine. Patsiendid kirjeldasid koduõe kompetentsust järgmiselt: *“Oma tööd ta tunneb hästi, oskab teadmisi rakendada ja neid haigele edasi anda.”*; *“Ta tunneb vanainimese psühholoogiat.”*; *“Koduõde on hea spetsialist, tunneb oma tööd, ta annab nii psühholoogilise kui elulist toetust. Operatsioon oli Tartus septembrikuus. Võeti jalast välja metallpoldid. Operatsioon ise oli 28.veebruaril 2006. Õde tegi mul õigel ajal sidumised pärast operatsiooni kaks korda nädalas. Võttis ära õmblused. Mõõdab vererõhku ja veresuhkrut. Õde on väga professionaalne.”*

“Teeb oma toimetusi, teab oma tööd. Sclerosis Multiplexiga kaasnevatest kaebustest arusaamine on üldiselt väga raske. Mind külastanud koduõed on sellega hästi toime tulnud. On alati lahke, sõbralik, oskab kuulata, soovitada ja teeb kõik endast oleneva. Püüab mõista inimest, kes ei saa rääkida. Minu koduõde on valinud endale õige töö. Ta on nagu loodud selle ameti peale. Tahan, et just tema aitaks alati mind.”



Joonis 10. Patsientide hinnang koduõe omaduste kohta

Teiseks ülakategooriaks ehk patsiendi poolt hinnatud koduõe omaduseks on korrektsus, mis väljendub järgmistes alakategooriates: viisakas, tähelepanelik, täpne, vastutulelik, kohusetundlik, taktitundeline. Koduõe korrektsust kirjeldas üks küsitletu järgmiselt:

“Koduõde, kes teenindab meid, on viisakas, tähelepanelik ja kohusetundlik. Täidab oma lubadusi, on viisakas ja kuulab alati minu probleemid ära. Jään R-ga väga rahule. Ta on kohusetundlik ja täpne. On korrektne, saabub lubatud ajal ja täidab kokkulepped ning käitub meeldivalt.”

Kolmandaks ülakategooriaks on suhtlemine, mis kirjeldab suhtlemist ja see väljendub neljas alakategoorias: hea suhtleja, hea kuulaja, osavõtlik, nõuandev. Patsiendid kirjeldasid suhtlemist järgmiselt: *“Koduõega on head suhted ja tema hea suhtumine meisse. Sest õde on tähelepanelik, viisakas, heatahtlik ja suhtleb minuga. Sellepärast, et minu õel on ainult head omadused. Kohusetundlikkuse ja vastutulelikkuse eest. Ta on tähelepanelik ja aitab mul endaga toime tulla.”*;

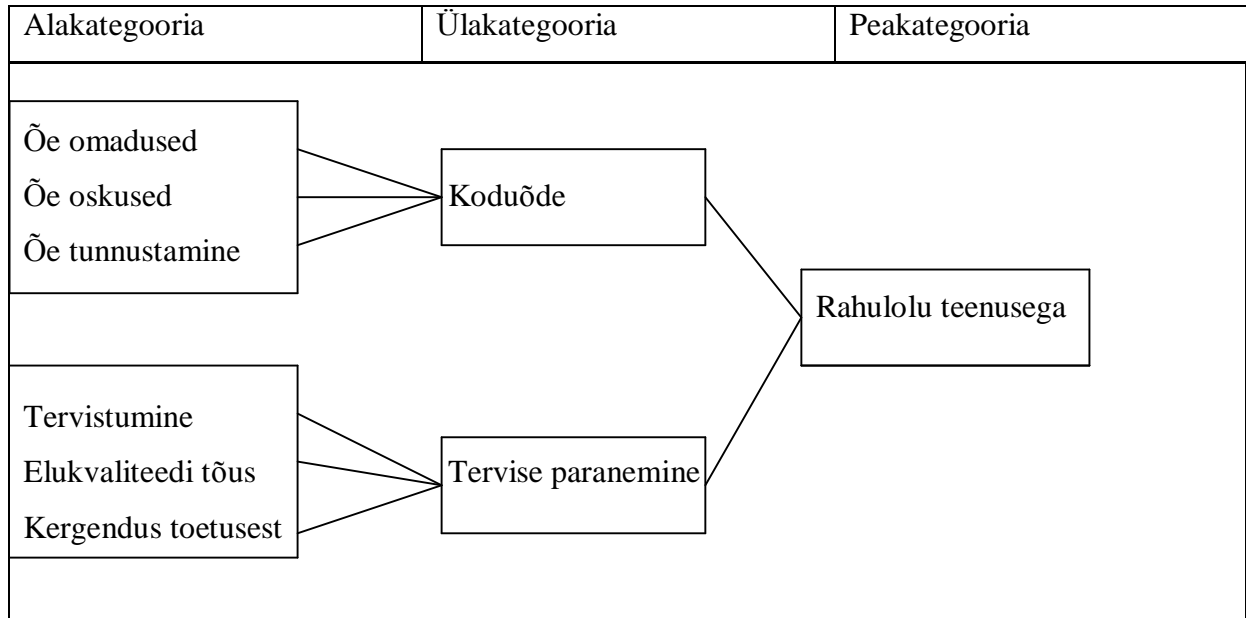
“Kõik koduõed tunnevad hästi oma tööd ja nendega suhtlemine tekitab minus kindlustunnet.

Neljandaks ülakategooriaks patsiendi hinnangutes koduõe omaduste kohta on heatahtlikkus, mis väljendub järgmistes alakategooriates: meeldiv, abivalmis, inimlik, heasüdamlik, lahke, armas, sõbralik. Patsient kirjeldast heatahtlikkust järgmiste sõnadega: *“Minu õde on heasüdamlik, tähelepanelik, ta aitab mind hoolduses ja annab nõuandeid. Õde on hooliv ja tähelepanelik, alati lahke, abivalmis, viisakas, kuulab alati rahulikult ära ja abistab igas olukorras.”*

Viiendaks ülakategooriaks on empaatilisus ja see väljendub neljas alakategoorias: hooliv, hoolitsev, hoolas, usaldusväärne. Patsiendid kirjeldavad empaatilisust järgmiste sõnadega: *„... minu õel on ainult head omadused. Ta on tähelepanelik ja aitab mul endaga toime tulla. Minu õde on hea, tähelepanelik. Väga hea usaldusväärne koduõde. Ma olen väga rahul oma koduõe omadustega – on usaldusväärne, abivalmis, sõbralik, kuulab alati minu mured ära ja abistab.”*

Kuuendaks ülakategooriaks patsiendi hinnangutes koduõe omaduste kohta on haritus, mis väljendub alakategooriates kultuurne, haritud, arenenud, intelligentne. Patsiendi kirjelduse kohaselt: *„Õde on arenenud, taktitundeline ja intelligentne inimene. Kultuurne inimene, kes tunneb oma asja. Kui vaja, tuleb isegi puhkepäeval. Õde on viisakas, haritud ja heasüdamlik. Ta on tähelepanelik, väga hoolitsev ja tark.”*

Patsientide koduõendusteenusega rahulolu kirjeldused märgistati 42 substantiivse koodiga, neist sünteesiti kuus alakategoriat, millest moodustusid kaks ülakategoriat: rahulolu koduõega ning rahulolu tervise paranemisega (vt. joonis 11).



Joonis 11. Patsientide rahuolu koduõendusteenusega

Esimeseks ülakategooriaks on rahulolu koduõega, mis väljendub kolmes alakategorias: õe omadused, õe oskused, õe tunnustamine. Patsiendid kirjeldasid koduõega rahulolu järgmiselt: *“Mulle meeldib koos temaga arutada minu probleeme. Mul on väga meeldiv, et minu eest hoolitsetakse. Minu õde meeldib mulle, loodan, et ta teeb kõik õigesti.”*; *”Kuna koduõde on mõistev ja sõbralik inimene ning hea spetsialist. Vastab kõigile koduõele kohastele nõuetele. Mul on väga meeldiv, et minu eest hoolitsetakse. Kuni pensionile jäämiseni olin ise meditsiinitöötaja haiglas, sellepärast oskan hinnangut õe tööle anda. Olen õega rahul, ta jälgib minu tervist ja aitab mind hoolduses.”*; *“See õde on mulle tähtis. Praegugi seob minu kolme lamatishaava.”*

“Koduõde on väga vajalik. Tema on selle ajaga nagu omaks inimeseks saanud, kes soovib mulle ainult head.”

“Meil on suurepärane koduõde. Ootame teda alati suure kannatamatusega: tähelepanelik, vastutulelik, toob endaga kaasa palju soojust ja lootust. Suur aitäh mind külastanud koduõdedele ja tänu nende hooldusele.”

Teiseks ülakategooriaks, mis iseloomustab rahulolu koduõendusteenusega, on patsiendi rahulolu seoses tervise paranemisega koduõendusteenuse perioodil. See väljendub kolmes alakategoorias: tervistumine, elukvaliteedi tõus, kergendus toetusest. Rahulolu seoses tervise paranemisega kirjeldasid patsiendid järgmiselt: *“Haav on paranenud. Kui tagajärg (ravi osutamine) on positiivne, siis on ilmselge, miks selline hinnang. Minu troofilised haavandid on paranenud. Hoolduses ma enam abi ei vaja, suudan kõndida iseseisvalt kodus. Aitäh.”*; *“Paraneb hästi lamatis, tervis on muutunud paremaks,”*; *“Minu tervise probleemid on leidnud leevendust. Olen saanud oma küsimustele vastused ja tervisele kergendust.”*

“Õe tegevusega on ema tervislik seisund tunduvalt paranenud: pärast viimast kukkumist on valud kopsude piirkonnas vähenenud ja lõpuks ka kadunud; paremaks on muutunud ka seljaõla piirkonna olukord: valud vähenenud, kuid pole veel kadunud. Koduõe teenus on aidanud säilitada elukvaliteeti ja hoida tervise suhteliselt stabiilsena. Kõik kõrges eas inimesed vajaksid sellist õendusabi suuremate hädade ennetamiseks, vältimiseks.”

Eraldi on patsientide hinnangutest koduõele toodud välja need näited, kus patsiendid kirjeldasid oma koduõde ülivõrdes, väljendades oma rahulolu järgmiste väljenditega: *eeskujulik, suurepärane, motiveeriv, väärrib kõrgeimat hinnangut, inimene suure algustähega, erilised koduõed; asjaliku, osavõtliku ja teadliku suhtumisega koduõed; võrratu koduõde; olen väga rahul; võib asendada arsti; super koduõde; täiesti asendamatu koduõde; koduõde on väga tulbi; väga kompetentne kõigis küsimustes.*

Näited patsientide hinnangutest: *“Koduõde L. väärrib kõrgeimat hinnangut oma töös, kui kvalifitseeritud ja kogunud spetsialist ja inimene suure algustähega, kes on alati valmis tulema appi.”*

“Ei oska öelda, kas minule on lihtsalt juhtunud sellised erilised koduõed, kelle kohta mul ei ole öelda ühtegi halba sõna- kui see nii on, on kurb. Kui aga koduõenduses töötavad kõik sellised asjaliku, osavõtliku, teadliku suhtumisega õed- õnnitlen koduõendust ja soovin tuult tiibadesse.”; *“Tema tööga olen rahul. Kõik koduõed võiks olla sama võrratud nagu on minu abistaja P.”*

“Olin Tallinnas südameoperatsioonil 10. märtsil ka – 21. märts 2006. a. Esimestel nädalatelkuudel külastas õde V. Tervisekeskusest 2-3 korda nädalas veresoonte eemaldamine jalasäärteilt - käis neid sidumas ja puhastamas ka enda puhkuse ajal. On väga kohustundlik, täpne, alati valmis kõiges abistama. Mõõdab vererõhku, olen kõrgenenud veresuhkruga, teeb

selleks otstarbeks proove, kuulab kopsude korrasolekut. Osutab igati abi halvasti paranevate jalasäärte haavandite ravil 6 kuud juba. Alati täidab oma lubadusi. Minu jaoks võib täiesti arsti asendada.”

“Meie koduõde on aastaid olnud pereõde. Oleme temaga aastaid suhelnud. Nüüd koduõena on ta väga kompetentne kõigis küsimustes, teab juba meie pere muresid. On nagu väga hea tuttav, kes alati appi tuleb kui vaja. Kedagi teist õde ma tema asemele ei tahaks. Täiesti asendamatu õde.”

“Olen oma koduõega väga rahul. Kui suures haiglas oleksid sellised õed, poleks lamatist tekkinud. Mul on lausa super õde.”

6. ARUTELU

Koduõenduse valdkonna arengustrateegia väljatöötamiseks on oluline aru saada, missugused on praeguste ja tulevaste koduõendusteenuse klientide vajadused ja ootused. Seda aitavad selgitada koduõendust teenusena kasutava vanemaealise elanikkonna hulgas läbiviidavad uuringud. (Sung-Hyun 2004.)

Koduõendus on Eestis uus tervishoiu valdkonna teenus, mida alates 2003. aastast osutavad Tervishoiuametis registreeritud ja vastavat tegevusluba omavad õed. Koduõendus on esitanud väljakutseid paljudele õdedele, kes on avastanud enda jaoks raske, aga iseseisva ja rahuldust pakkuva töö, osutades patsientidele õendusabi nende kodus.

Käesoleva magistritöö autorit on huvitanud koduõenduse arendamine eelkõige Ida-Virumaal, aga ka kogu Eestis. See huvi on seotud tema enda tegevusega koduõenduse valdkonnas alates 2002. aastast, mil autor oli MTÜ „Aita Abivajajat” projektijuht. Selle projekti raames osutati Ida-Virumaal õendusabi kroonilisi haigusi põdevatele ja liikumisprobleemidega voodihaigetele.

Õendusala uurimus on oluline allikas tõendus põhiste teadmiste saamisel ja nende juurutamisel koduõenduse praktikasse. Käesoleval ajal on üha rohkem Eesti õdesid haaratud õendusala uurimustega ning uurimisvaldkonnad hõlmavad erinevaid õenduse aspekte. Seni aga pole Eestis veel uuritud koduõendust ega sellega rahulolu, samuti teenuse kvaliteeti patsiendi ega koduõdede aspektist. Need asjaolud ongi ajendanud autorit valima magistritöö temaks „Koduõenduse kvaliteet ja selle tagamise võimalus koduõdede arvamuste ning patsientide rahulolu ja ootuste põhjal”, et saada usaldusväärseid ja tõendus põhiseid teadmisi koduõenduse valdkonnast.

Uurimuses on uuritud nii koduõdede arvamust teenuse kvaliteedi kohta kui ka patsiendi ootusi koduõe ja koduõenduse suhtes. Kuna kvaliteet on tihedalt seotud rahuloluga, siis on uurimuses käsitletud patsientide rahulolu ning ootusi teenusele ja selle osutajale. Uurimuses saadud andmeid soovitakse rakendada koduõenduspraktikasse eesmärgiga arendada teenust nii selle saaja kui pakkuja seisukohast.

Burns ja Gloves (2001) nimetavad, et õendusuurimuses kasutatakse sageli kvalitatiivset uurimismeetodit, kuid üha enam tähldatakse ühes uurimuses mitme uurimismeetodi kasutamist. Sama väidab ka Duffy (2005), et kvalitatiivne uurimus üksi või kombinatsioonis kvantitatiivse uurimusega edendab kliinilise praktika arengut. Seetõttu on ka käesoleva uurimistöö autor otsustanud kasutada triangulaarset empiirilist uurimismeetodit, mis võimaldab saada arvamusi ja teavet kvaliteedi, selle tagamise võimaluste ning rahulolu kohta algallikatest nii teenuse pakkuja kui saaja poolt. Kvalitatiivset uurimust peetakse sobivaks kasutada, kui soovitakse uurida inimeste käitumist, suhteid ja sotsiaalseid liikumisi, samuti pikaajaliste protsesside ajalisi muutusi. Koduõendusteenus on protsess, mis on suunatud patsiendi tervisliku seisundi edendamise, elukvaliteedi parandamise ja toimetulekuvõime suurendamisele. Protsessis osalevad inimesed: koduõed ja patsiendid, kes avaldavad oma arvamust, hinnaguid ja ootusi, saavad muuta ennast ja protsessi käiku edukamaks ning arendada selles toimuvaid tegevusi. Eesmärgistades protsessi tegevusi ja neid kriitiliselt hinnates, on võimalik saavutada positiivsem tulemus nende rakendades praktikasse (Tirplett 2004).

Mitmed teoreetikud (Cinn ja Karmer 1999, McKenna ja Meleis 1997) on väitnud, et uurimuse strateegilises struktuuris on kindlad seosed uurimuse, praktika ja teooria vahel (Cronin ja Rawlings-Anderson 2004). Atkins (1999) väidab, et kvantitatiivsed meetodid võimaldavad kirjeldada uuritavat nähtust, hinnates tunnuste omavahelisi seoseid ja vastastikust mõju ning üldistada valimi uurimisel saadud tulemusi uuritava nähtuse kirjeldamiseks üldkogumis. Käesoleva uurimuse kvantitatiivses osas on analüüsitud patsientide rahulolu nii teenuse pakkuja (koduõe) ja tema omadustega kui ka rahulolu teenuse kui terviku ja selle tulemustega.

6.1. Kvalitatiivse uurimuse valiidsus ja usaldusväarsus

Mistahes uurimuse puhul on üheks tähtsamaks küsimuseks, kui võrd saadud tulemused peegeldavad tegelikku olukorda ehk missugune on uurimistulemuste valiidsus ja reliaabelsus. Valiidsus iseloomustab esitatud väidete korrektsust ja tõepärasust, reliaabelsus uurimistulemuste kooskõla ja järjepidevust ehk asjaolu, kui võrd on saadud tulemusi võimalik reprodutseerida järgnevates uuringutes (Kvale 1996). Valiidsuse hindamisel selgitatakse, kas kasutatud meetod on sobiv ja kooskõlas uurimistöö eesmärgiga ning missugusel määral võib saadud tulemusi üldistada (Graneheim ja Lundman 2004).

Kvalitatiivses uurimuses olid uuritavateks Eesti eri piirkondades töötavad koduõed, kellega viidi läbi seitse fookusgrupi intervjuud, milles osalesid kokku 32 koduõde ehk 21% kõigist Eestis Tervishoiuametis registreeritud ja tegevusloa alusel töötavatest koduõdedest. Valimi koostamisel lähtuti regionaalsusest, küsitlused toimusid vastavalt koduõdede keele valdamisele kas eesti või vene keeles. Valimi suurus, regionaalsus ja multikulturaalsus lubavad saadud tulemusi üldistada, kuna sellises valimis on esindatud piisavalt intervjuueeritavate kogemuste ja arvamuste mitmekesisus. Kelley väidab, et usaldusvääruse kindlustab piisav uuritavate arv ja uurimuse ulatus (Kelley 2003).

Intervjuudega kogutud andmete valiidsuse tagamiseks on intervjuude teemakohasus, mis käsitleb uurimustöö teemat ja eesmärke. Uurimuse meetodiks on valitud fookusgrupi intervjuu, mis on sobiv intervjuueerimise meetodina, sest sellega on võimalik koguda enam adekvaatset informatsiooni inimeste tunnetest, mõtetest, arvamustest seoses nende tegevuskeskkonnaga (Kvale 1996).

Uurimuses kasutatud andmed pärinevad algallikatest, mis on valiidsuse ja reliaabluse tagamise üheks eelduseks. Uurimistöö kvalitatiivses osas tagati usaldusväärus õigete intervjuueerimise võtete kasutamisega andmete kogumisel ja mõõtmise korratavusega. Andmebaasi klassifitseerimise ning tõlgendamise reeglid eristati ühemõtteliselt ja süstemaatiliselt, kus reliaabluse tagas uurimistulemuste korratavus. Uurimuse andmebaas oli verbaalne ja piirid avatud. Õed olid intervjuu käigus suhtlemisel avatud ja julged, neile meeldis rääkida oma tööst ja patsientidest. Vestlus intervjuu käigus ärgitas ja motiveeris neid avaldama enam oma arvamust nende endi töö kohta, kuna selles osalesid ka nende oma kolleegid. Õed nimetasid kohtumist intervjuu läbiviimisel positiivseks kontaktiks kolleegidega, mis võimaldas rääkida probleemidest, mille käigus nad leidsid nende arvates mõistmist, tuge ja kindlustunnet ning julgust oma arvamuste ja mõtete avaldamisel. Intervjuu läbiviijaks oli uurija, kes tundes valdkonda, aitas intervjuueeritavaid suunavate küsimustega, mis olid eelnevalt fookusgrupi intervjuu läbiviimiseks ettevalmistatud. Koduõed rääkisid vaheldumisi, avaldades oma arvamust ja andes võimalust selleks ka kolleegidele. Intervjuud viidi läbi koduõdedele omases keskkonnas.

Sisuanalüüsi meetod annab võimaluse laiendada olemasolevaid teadmisi läbi üksikfaktide loogilise üldistamise ja nende seaduspärasuse leidmise, väidavad Kyngas ja Vanhanen (1999).

Koduõdede lindistatud ja üleskirjutatud arvamuste alusel sünteesiti arvamuste lihtsustamise, loogilise korrastamise ja nende mõtestamise eesmärgil üksikosad. Andmete korrastamise käigus lihtsustati andmeid, leiti sarnasusi ja erinevusi, mille alusel grupeeriti õdede arvamused vastavalt nende tähenduse sobivusele. See tähendab, et protsessi käigus tuletati substantiivsed koodid, mis ühendasid andmete sisu poolest sarnaseid mõisteid ja koondusid ühtse nimetaja alla. Substantiivsed koodid, mis omasid sama tähendust, koondati alakategooriaks ning nimetati vastavalt sisule sobiva nimetusega.

Samanimelised alakategooriad ühendati omakorda vastavalt sisule ülakategooriateks, millest lõpuks moodustus ühise nimetajana peakategooria. Induktiivse sisuanalüüsi meetodiga on uurimuses analüüsitud õdede arvamus kvaliteedist; õdede arvamus kvaliteedi tagamise komponentidest; õdede arvamus patsientide ootuste kohta õdede omadustele ja koduõendusteenusele ja patsientide hinnangu kohta koduõde omadustele ning koduõendusteenusele. Patsientidelt on kogutud kvantitatiivse uurimuse kvalitatiivse osa andmebaas ankeetküsitluse avatud küsimuse alusel, kus patsiendid on avaldanud hinnangut ja ootusi koduõdede, nende omaduste ja teenusega rahulolu kohta. Kvalitatiivse uurimuse osa on esitatud joonisena, kus on märgistatud vastavalt uuritavale substantiivsed koodid, ala- ja ülakategooriad ja peakategooria ning näidatud sarnaste mõistete koondamise ja sünteesimise protsess.

Uurimistulemuste valiidsuse iseloomustamiseks on uurimuses kirjeldatud ülakategooriad illustreeritud sobivate tsitaatidega.

6.2.Kvantitatiivse uurimuse valiidsus ja usaldusväärsus

Kvantitatiivses uurimuses kasutatud küsimustiku koostamisel lähtuti varasemate Eestis toimunud patsientide rahulolu uuringute tulemustest (Pölluste jt. 2000, Kaarna jt. 2001) kui ka teistes riikides läbi viidud koduõenduse patsientide uurimuste tulemustest (Pölluste jt 2000, Kaarna jt 2001). Küsimustike kohandamisel käesoleva uurimuse jaoks lähtuti koduõenduse patsientide probleemidest ja nende eripärast võrrelduna teiste õenduse valdkondade patsientidega. Küsimustiku kohandamisel lähtuti varem koduõenduse patsiendi rahulolu uuringus kasutatud küsimustikust, mille koostajateks on Reeder ja Chen (1990) aastal. Nagu ankeedi autorid nii on ka käesoleva uurimistöö autor lähtunud ankeedi koostamisel neljast

aspektist: kvaliteetse hoolduse võtted, suhtlemine, patsient-õde koostöö (interaktsioon) ja teenuse arendamine.

Valiidsuse tagamiseks kvantitatiivses uurimuses viidi 2006. aasta märtsis läbi pilootuuring, mille käigus jagati ankeedid 20 koduõenduse patsiendile. Pilootuuringu eesmärgiks oli testida küsimustiku töökindlust ja arusaadavust küsitletavate jaoks ning hinnata mõõdiku (ankeedi) reliaablust. Reliaabluse hindamiseks kasutati Cronbach'i alfa (α), mille väärtus oli pilootuuringu andmetel 0,64. Pilootuuringu tulemuste alusel korrigeeriti küsimustikku enne põhiuuringu läbiviimist.

Küsimustikud on enam kasutatud ja lihtsaim meetod uurimuses andmete kogumisel, väidavad Reeder ja Chen (1990). Ka käesoleva uurimuse läbiviimisel ei tekitanud küsimustik vastajatele probleeme. Küsimustiku sobivust iseloomustab ka asjaolu, et uurijale tagastati kõik (204) välja jagatud küsimustikku, millest kasutati uurimuses 200, kuna neli neist olid täitmata. Küsimustik oli anonüümne, patsientide küsitluseks ettevalmistatud ümbrikud koos ankeetidega edastati koduõdedele pärast fookusgrupi intervjuu läbiviimist. Küsimustikud toimetati koduõdede vahendusel patsientidele koju, koos tagastamiseks mõeldud ümbrikuga. Patsient tagastas täidetud ankeedi kinnises ümbrikus koduõdele, kes edastas ankeedid uurimuse läbiviijale. Sellega vähendati uurimiseetika riske ja tõsteti uurimuse usaldusväärsust. Kuna ümbrikud ankeetidega patsientide jaoks edastati õdedele vahetult pärast läbiviitud fookusgrupi intervjuud, siis olid õded huvitatud ja motiveeritud aitama kaasa patsientide küsitluse läbiviimisele ning selle õnnestumisele.

Küsimustiku täitmisel oli lubatud kasutada pereliikme abi juhul, kui patsient oli küll adekvaatne vastama küsimustele, kuid polnud ise füüsiliselt võimeline ankeeti täitma. Seda võimalust oli kasutatud kolme ankeedi puhul, kus üks patsientidest oli pime ja kaks füüsilise puudega, mis ei võimaldanud neil endil oma arvamust kirjalikult väljendada. Kõik posti teel uurijale tagastatud ankeedid sisestati arvutis Exceli tabelisse. Kvantitatiivse uurimuse andmebaas koosnes 200st ankeedist, milles SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) for Windows programmi abil koostati sagedusjaotustabelid, mille alusel jätkus andmete analüüsimine, diagrammide koostamine. SPSS on andmetöötlussüsteem, mis pakub väga häid vahendeid andmete haldamiseks ning statistiliseks analüüsiks graafilises keskkonnas (Niglas 2001).

6.3.Eetikaprobleemide ennetamine uurimuses

Uurimuse läbiviimiseks esitati taotlus Inimuuringute eetika komiteele taotlus. Uurimuse läbiviimisel lähtuti uurijale esitatavast kõlbelisest ja sotsiaalsest vastutusest ning selle käigus püüti vältida nii füüsilise, psüühilise kui sotsiaalse kahjustuse tekitamist uuritavatele (Kvale 1996). Uurimuse läbiviimisel võeti aluseks uuritavate vabatahtlikkus, nõusolek ja soov uurimuses osalemiseks. Uurimuses osalejale garanteeriti konfidentsiaalsus. Tulenevalt intervjuude läbiviimisele esitatud eetikanõuetest (Donalek 2005) oli uuritavaid eelnevalt informeeritud uuringus osalemise tingimustest ja uuritavate õigustest: keelduda küsimusele vastamast, kui nad seda ei soovi, lõpetada soovi korral intervjuu, muuta intervjuueerimise aega ja soovi korral nõuda intervjuueeritavate poolt esitatud uurimistulemuste kustutamist. Ühegi intervjuu käigus ei tekkinud aga selleks vajadust, kõik intervjuud viidi läbi kokkulepitud ajal ja kohas ning need sujusid meeldivas õhkkonnas.

Koduõenduse patsientide küsimustikud olid anonüümsed, nad kodeeritakse vastavalt respondentidele (Raeve 1997). Uuritavatele selgitati uurimuse vajadust ja nende poolt esitatud andmete kasutamist, samuti seda, et patsientidelt saadud informatsioon jääb täielikult anonüümseks ja ei kuulu avalikustamisele ning seda kasutatakse vaid andmebaasina käesolevas uurimustöös.

6.4.Uurimustulemuste seotus eelnevate uurimustega

6.4.1. Koduõdede arvamus koduõendusteenuse kvaliteedist

Uurimistulemustest selgus, et koduõed peavad kvaliteedi puhul määravaks rahulolu, tulemust, ressursi, professionaalsust, koostööd ja arengut. Rahulolu oli õdede hinnangul oluline nii patsiendi, koduõe kui ka patsiendi omaste ja tööandja seisukohalt. Vastastikune mõjutamine seisneb õe ja patsiendi vahelises suhtlemises ning koostöös, milles eesmärkide seadmine ja tegevuste planeerimine toimub koos patsiendiga. Õde on tervishoiusüsteemis aktiivne osaleja nii otsustamise protsessides kui muutuste juurutamisel, mille eesmärgiks on hooldusteenuse kvaliteedi parandamine, väidab King (1981). Õed seostasid kvaliteeti ja rahulolu positiivsete tunnetega leides, et sõna “kvaliteet” omab samaaegselt nii subjektiivset kui objektiivset tähendust ning väljendub rahuloluna positiivse tulemuse tegevusest. Tulemuseks nimetasid õed olukorda, kus saavutatakse eesmärk ning elukvaliteedi ja toimetuleku tõus patsiendil. See

seisukoht on kooskõlas varasemate uurimuste tulemustega (Williams 1999), mille kohaselt on õendusteenuse kvaliteedi puhul määravaks see, kuidas ja mil määral on täidetud patsientide füüsilised, psühhosotsiaalsed ja raviga kaasnevad ootused teenuse suhtes.

Ressursina nägid koduõed patsienti, koduõde ja patsiendi omakseid, kellel kõigil on oma roll kvaliteedi saavutamisel, osaledes aktiivses interaktsioonis. Õed nimetasid kvaliteedi puhul oluliseks vahendite olemasolu: ajaressurs, keskkond ja inimesed (patsient, õde, omaksed). Professionaalsusena käsitlesid koduõed oma töös vajaminevad pädevusi: hoolitsemine, individuaalne lähenemine, dokumentatsiooni täitmine, oma töö pädevuse piiride tunnetamine, patsiendi autonoomia tunnetamise ja otsuste tegemise oskus. Al-Kandari (1998) hinnangul vajaksid käivitamist spetsiaalsed programmid õdede kutseoskuste täiendamiseks ja oluline on ka ühiskonna teadlikkuse suurendamine õdede õigustest, rollist ja vastutusest. Hoolduse kvaliteedi parandamiseks soovitab ta välja töötada uued hindamisjuhised. Ka uuringus osalenud koduõed nägid arengut kui võimaluste omamist nõustamiseks ja enesetäiendamiseks.

Maapiirkondades töötavad õed hindasid nende endi autonoomia, kogemuse olemasolu ja laiapõhjalisi teadmisi, kuid samas pidasid end ka mõnikord liialt eraldatuks ja soovisid kohtuda oma eriala kolleegidega. Linnas töötavad õed aga pidasid suureks plussiks võimalust paralleelselt töötada haiglas, mis annab võimaluse kolleegidega kogemusi vahetada ning oma probleemidest rääkida. Sellest tunti olevat suurt toetust ja abi ning seetõttu ei pidanud linnas töötavad õed end nii pinges all olevaks.

Uurimuses selgus õdede arvamus koduõenduses kvaliteedi komponentidest ja koduõenduse kvaliteedi tagamise võimalustest. Donabediani (2003) määratluse kohaselt on kvaliteet struktuuri, protsessi ja tulemuste omadus. Koduõdede hinnangul sõltub teenuse kvaliteet järgmistest asjaoludest: ressurss, rahulolu, kompetentsus, koostöö ja areng. Kvaliteedi tagamise komponentidena tulid intervjuudes esile õendusprotsess, planeerimine, juhtimine, hindamine ja tulemus. Ka Al-Kandari (1998) peab õendushoolduse kvaliteedi tagamiseks nii õdede kui patsientide hinnangul oluliseks, et rohkem peaks pööratama rõhku õendusprotsessile kui õendushoolduse universaalsele instrumendile ning patsiendi seisundi hindamisele ja õendusplaani vormi arendamisele.

Intervjuu käigus ilmnes ka vajadus koostööks kohaliku omavalitsusega. Selles osas oli koduõdede kogemus piirkonniti erinev. Oli õdesid, kes olid sellega väga rahul, teised aga heitsid ette kohaliku omavalitsuse suutmatust ja osavõtmatust patsiendile vajalike teenuste osutamiseks kodus ning vähest koostööd sotsiaaltöötajate ja –hooldajatega. Probleemina toodi esile ka vähest huvitatust reaalse abi võimaldamisel üksi elavate ning materiaalselt vähekindlustatud patsientide transpordivajaduste tagamiseks erialaspetsialistide juurde konsultatsioonile või uuringutele saamiseks.

Suure koormuse ja töötingimuste tõttu peavad õded oluliseks koostööd haigekassaga, et vaadata üle visiidi ja juhu pikkuse standardid. Praegune olukord surub õdede arvates nad sageli ebaloogilistesse raamidesse, mis mõjutab oluliselt teenuse kvaliteeti. Õdede arvates on kõige pädevamad visiitide sageduse ja juhu pikkuse üle otsustama nemad ise, kuna patsientidega iga päev tegeledes näevad nad patsientide tegelikke vajadusi ja oskavad hinnata vajaliku õendustegevuste mahtu. Keatingi (2006) arvates on koduõenduses vajalik hinnata olemasolevaid eeldusi ja tegelikke võimalusi ning tegevuse piire. Kvaliteedi tagamine sõltub nii patsiendist, teenuse pakkujast, erinevate võimaluste kaasamisest teenuse osutamise protsessis, osutatava teenuse adekvaatses ja regulaarsest hindamisest ning patsientidelt saadavast tagasisidest.

Uurimusest selgus, et sobivate hindamismeetodite abil teostatud hindamist pidasid koduõded üheks teenuse kvaliteedi tagamise komponendiks. Õdede arvates on hindamist vaja planeerida ja see peab toimuma kindla süsteemi alusel. Schmele (1985) väitel peab protsessi mõõtmise instrument lähtuma õendusprotsessi kvaliteedi aspektist ja hindamine peab toimuma enne teenuse osutamise algust, teenuse osutamise kestel ja lõpus. Hindamisena nimetasid uurimuses osalenud õded patsiendi tervisliku seisundi hindamist, patsiendi kui bio-psühho-sotsiaalse terviku hindamist, probleemi hindamist ning vajaduste hindamist. Kvaliteetse teenuse tagamiseks pidasid õded oluliseks patsiendi hindamist tema elukeskkonnas, mis oluliselt mõjutab tulemuse kvaliteeti. Nii näiteks haavandite ja haavade sidumine õe äraolekul toimub sageli ebahügieenilistes tingimustes ja patsiendid kasutavad õe äraolekul kokkuhoiu mõttes kasutatud sidemeid. Selline tegevus paraku õdede endi hinnangul „*nullib ära kogu eelneva töö*”. Sama tähtsaks kui patsiendi hindamist pidasid õded ka töömotivatsiooni olemasolu, kuna koduõde töö on seotud sageli raskete voodihaigete ja surijatega, mis on psüühiliselt väga raske ja stressi tekitav.

Pikema õendusprotsessi puhul pidasid õed vajalikuks vahehindamisi, võrdlevat hindamist ja seda, et hindamine oleks adekvaatne ja annaks hinnatavast reaalse pildi. Koduõed nimetasid ühe hindamismeetodina auditit, mille kasulikkust rõhutati eeskätt õenduslase dokumentatsiooni hindamisel. Saades kriitilist ja adekvaatset tagasisidet oma tööle, saavad õed teha muutusi õendusprotsessis ja parandada sellega tulemuste kvaliteeti. Selline audit viidi läbi Eesti Õdede Liidu ja Eesti Haigekassa koostöös 2005. aastal ja selle tulemusena toodi välja koduõendusteenuse dokumentatsioonis esinevad puudused ning esitati soovitusi koduõdedele õenduslugude kvaliteetsemaks täitmiseks (Koduõenduse audit 2005).

Uuringust selgus, et igal koduõendusteenistusel oli oma hindamise reguleerimise sagedus ja meetodid. Nii näiteks üks õde nimetas haavandite ja lamatiste hindamiseks väga efektiivse vahendina fotoaparaadi kasutamist. Haavandite ja lamatiste pildistamine on väga reaalse ja visuaalselt efektiivne hindamise võimalus, mis on motivaatoriks nii õele kui ka patsiendile positiivse tulemuse nimel edasi töötamiseks. Florini (2004) väitel aitavad nii õed kui ka patsiendid kaasa koduõendusega seotud probleemide selgitamisele, kuid mõningad probleemid võivad õdede ja patsientide jaoks olla erinevad. Patsientide praeguste ja tulevaste vajaduste selgitamiseks ongi oluline õendustegevuse süstemaatiline hindamine.

6.4.2. Koduõe omadused patsientide ja õdede hinnangul

Williams'i (1999) hinnangul aitavad ravi ja hoolduse tulemuslikkusele oluliselt kaasa positiivne suhtlemiskogemus patsientide ja õdede vahel, õdede kutseks sobivad isikuomadused, õdede erialased teadmised ning pädevus ja meeskonnatöö teenuse osutamise perioodil. Intervjueeritud koduõdede arvates soovivad patsiendid, et õde oleks kompetentne, hea suhtleja, pingetaluv, iseseisev, positiivne ja usaldusväärne ning arvestaks patsiendi ootusi koduõendusteenuse suhtes. Patsientide hinnangust koduõe omadustele selgus, et nemad hindavad koduõe juures enam kompetentsust, korrektsust, suhtlemisoskust, heatahtlikkust, empaatsilisust ja haritust. Patsiendid, kes olid nõus väidetega, et õde on hea spetsialist, olid sagedamini nõus ka sellega, et õde tunneb oma tööd hästi, on sõbralik, tähelepanelik ja usaldusväärne, kuulab alati patsiendi ära, vastab küsimustele, tunneb huvi patsiendi käekäigu kohta, ning õpetab patsienti iseseisvalt hakkama saama. Sarnaseid tulemusi on saadud ka varasemas uuringus (Aro 1996), mille kohaselt pidasid nii patsiendid kui ka õed kõige tähtsamateks õe omadusteks inimlikkust ja usaldatavust kirjeldavaid omadusi.

6.4.3. Patsientide rahulolu koduõendusteenusega

Patsiendid edastasid koduõdede ja saadud teenuse kohta valdavalt positiivset tagasisidet. Patsientide jaoks oli oluline tervistumise protsess teenuse saamise ajal, mida patsientide hinnangute alusel võis jagada tervise taastumise neljaks etapiks: tervistumine, paranemine, elukvaliteedi tõus ja kergendus. Patsiendid täheldasid õdede visiidi järgselt enesetunde paranemist ja kindlustunde tekkimist ning motivatsiooni osaleda ise oma tervisega seonduvates tegevustes ja otsuste tegemises. Patsiendid avaldasid ka oma rahulolu selles, et said osaleda koos õega oma tervisega seotud otsustamisprotsessides. Varem läbiviidud uurimuses on Sooväli (1997) analüüsinud õdede iseseisvust ja otsustamise võimalusi õendusabis ning patsientide soovi teha otsuseid koos õega. Selgus, et selleski uurimuses on patsientide jaoks enamasti oluline, et otsuste tegemisel, kuidas patsiendi eest hoolitseda, arvestaksid õed nende arvamusega.

Patsientide rahulolu on üks olulisemaid aspekte kvaliteedi tagamisel, väidab Laferriere (1993). Käesolevas uurimuses avaldus koduõenduse patsientide rahulolu ka selles, et teenus on tasuta ja seetõttu neile kättesaadav. Kvaliteetne õendustegevus suurendab patsientide ravi tulemuslikkust ja parandab patsientide elukvaliteeti pärast ravi läbimist. Varasemates uurimustes on esitatud kuus hooldusteenuse head kvaliteeti iseloomustavat omadust: patsiendikesksus, teaduspõhisus, tulemustele orienteeritus, tõenduspõhisel praktikal baseerumine, kvaliteedi parandamine, individuaalne lähenemine, järelvalve ja ressursikasutuse süsteemi tagamine (Brown 2001).

Wagner (1988) väidab, et koduõenduse patsientide rahulolu peegeldab koduõendusteenuse kvaliteeti ja patsiendi rahulolu on tähtsaim faktor tulemuste kvaliteedi hindamisel teenuse pakkujale. Käesolevas uurimuses osalenud andsid saadud koduõendusteenusele väga kõrge hinnangu – peaaegu kõik hindasid teenuse kas heaks või väga heaks. Rahulolu koduõendusteenusega oli seotud sellega, kui kaua oodati teenuse saamiseks järjekorras, aga ka visiidi pikkuse ning visiidi aja sobivusega, usaldusega õe vastu ning võimalusega arutada õega oma terviseprobleeme. Koduõendusteenusega olid enam rahul need patsiendid, kellele õde selgitas planeeritud õendustegevusi ning kes arutasid õega kodust õendustegevust ja kelle kodused olid kaasatud koduõendustegevusse. Koduõendusega olid vähem rahul need patsiendid, kes väitsid, et õde ei suhtle nendega piisavalt ja kelle hinnangul jättis õde tulemata kokkulepitud ajal.

Patsiendi ootused olid seotud teenuse jätkusuutlikkusega, tervise paranemisega, toimetulekuvõime tõusuga, suurema arvu visiitidega ja sooviga parandada õdede töötingimusi. Lynn (1999) peab patsiendi ootuste realiseerumise tagatiseks keskendumist patsiendikesksele hooldusele ning patsiendi ja teenuse pakkuja vahelisele suhtlemisele. Valmisolek patsiendi ootustele vastamiseks eeldab õelt nii teadmisi patsiendi ja tema ootuste kohta kui ka soovi mõista patsiendi probleeme.

Koduõe tegevust hinnati valdavalt positiivselt. Peaaegu kõik küsitletud olid nõus väidetega, et õde tutvustab end visiidile tülles, vastab arusaadavalt patsiendi küsimustele on meeldiv, korralik, lahke ja hoolitsev ning teeb kõik vajalikud õendustegevused. Mõnevõrra vähem nõustuti väidetega, et õel on alati patsiendi jaoks piisavalt aega ning et õde suhtleb vajadusel patsiendiga ka telefonitsi. Koduõendusteenusele antud positiivsed hinnangud näitavad ühelt poolt teenuse vajalikkust ja olulisust meie ühiskonnas, kuid teiselt poolt kirjeldavad eakaid patsiente kui väga tänulikku abivajajate ja -saajate kontingenti tänases Eestis.

6.5.Uurimistöö tähtsus õendusteadusele

Uurimuses esitatakse koduõenduse patsiendi kirjeldus – tema tervislik seisund, võimekus, vajadused, hinnangud koduõele, teenusele ja sellega seotud ootustele. Uurimusest tulemustest selgus, et Eesti koduõdedel on olemas patsiendi hindamise kriteeriumid õendusprotsessi teostamisel, koduõenduse tegevusjuhend ning osadel koduõendusteenuse pakkujatel ka oma kujundatud hindamislehed. Kuid käesoleval ajal puudub koduõenduses siiski ühtne ja terviklik hindamise süsteem, hindamise mõõdikud, standardid ja juhendid konkreetsete õendustegevuste hindamiseks kvaliteedi tagamisel koduõendusteenuse osutamisel. Paljude õdede hinnangul on veel arenguruumi, edendamaks sisulist koostööd koduõdede, perearstide, haigekassa ja kohalike omavalitsustega. Selline koostöö aitaks arendada meeskonnatööd abi osutamisel patsiendi kodus, kus igal meeskonnaliikmel on kindel roll, mis võimaldaks teenuse osutamisel optimaalse kvaliteedi tagamise.

Uurimuse tulemused teadvustavad koduõendusteenust kui iseseisvat õendusteenust eesti tervishoiusüsteemis. Uurimistööst võivad õed leida abi koduõendusteenuse kvaliteedi tagamise juhendi ja hindamismõõdikute koostamiseks. Uurimuses esitatakse tõendus põhiseid

teadmisi, mida on võimalik integreerida koduõenduse praktikasse. Uurimuse tulemused võimaldavad edendada standardite väljatöötamist ja nende rakendamise koduõenduse praktikas. Uurimus aitab määratleda kodusõde kui spetsialisti, võimaldades kodusõdedele enam autonoomiat ning kindlustunnet kvaliteedi tagamisel igapäevases kodusõenduspraktikas. Uurimuse osatähtsus seisneb ka võimaluses kasutada seda edaspidi nii kodusõdede täiendkoolituses kui ka õendusosalast haridust andvate õppeasutuste õppekavades kodusõenduse aine õppematerjalina. Uurimus võib olla kasutatud ka järgnevate kodusõendusosalaste uurimuste algatamisel ja teostamisel.

7. JÄRELDUSED

Struktuur, protsess ja tulemus on õenduse kvaliteedi tagamise faktorid. Struktuurina mõistetakse keskkonda, vahendeid, personali, koolitusvõimalusi ja juhtimist. Protsess kirjeldab personali poolt teostatavaid tegevusi ning tulemus hooldustegevuse tulemust ja selle tähendust patsiendile (Donabedian 1988). Ameerika õdede assotsiatsiooni määratluse kohaselt on kvaliteedi kontrolliks vajalik kriteeriumide või kindlapiiriliste standardite olemasolu, andmete kogumine peab toimuma vastavalt standarditele ning kriteeriumidele mittevastavuse korral tuleb võtta ette koolitav või parandav tegevus (ANA 1995). Patsiendi rahulolu, koduõdede kompetents, motivatsioon ja interaktsioon õendusprotsessis ning patsiendi kaasatus õenduse planeerimisse ja otsustamisprotsessidesse tagab kvaliteetse tulemuse koduõenduses (King 1981). Patsiendi rahulolu peegeldab koduõendusenduse kvaliteeti ja patsiendi rahulolu on teenuse pakkujale tulemuse kvaliteedi hindamisel tähtsaim faktor (Wagner 1988).

Uurimusest tulenevalt on õdede hinnangul koduõendusteenuse kvaliteedi komponendid seotud rahulolu, tulemuse, ressursi, professionaalsuse, koostöö ja arenguga. Rahulolu saavutamine eeldab selle olemasolu mitte ainult patsientide, vaid ka koduõdede, patsiendi omaste ja tööandjate puhul ning hea tulemus toob endaga kaasa kõigi osapoolte rahulolu. Kvaliteeti seostasid koduõed ka materiaalse ja inimressursiga, milleks on patsient, koduõde ja koduõenduse meeskond. Koostöö väljendub õdede arvates õde-patsient interaktsioonis, suhtlemises omastega ja partneritega ning areng saavutatakse pideva enesetäiendamise ja nõustamise võimaluse olemasoluga.

Kvaliteetse teenuse tagamiseks koduõenduses peavad koduõed oluliseks hästitoimivat õendusprotsessi, planeerimist, juhtimist, hindamist ja tulemust. Professionaalsuse roll kvaliteedi puhul seondub koduõdede arvates heade erialaste oskuste ja kogemustega õendustegevuses. Professionaalsus tähendab individuaalset lähenemist patsiendile, oskuslikku dokumentatsiooni täitmist, pädevuse piiride ja patsiendi autonoomia tunnetamist ning suutlikkust teha otsuseid. Koduõdede arvates ootavad patsiendid koduõelt, et ta oleks kompetentne, hea suhtleja, pingetaluv, iseseisev, positiivne ja usaldusväärne ning et osutatav koduõendusteenus oleks kvaliteetne, tooks endaga kaasa tervise paranemise ja abi.

Patsientide rahulolu koduõendusteenusega oli väga suur. Koduõe omadustest hindasid patsiendid koduõe juures eelkõige kompetentsust, korrektsust, suhtlemist, heatahtlikkust, empaatiat ja haritust.

Patsiendid hindasid oma vastustes koduõdesid positiivselt. Patsientide arvates olid õed sõbralikud ja usaldusväärsed, tähelepanelikud, kuulasid ära patsiendi mured ning vastasid alati patsiendi küsimustele. Mõnevõrra vähem õpetasid õed patsiente õigesti toituma ja olema aktiivne.

Patsiendi rahulolu teenusega väljendus rahulolus koduõe ja tema omadustega ning tervise paranemisega. Patsiendi rahulolu seostus õendustegevuste vajaduse selgitamisega õe poolt, õe suhtlemisuskustega ja õendustegevuse planeerimise selgitamisega õe poolt. Koduõdede arvates oli patsientide jaoks oluline teenuste kvaliteet, tervise paranemine ja abi saamine, patsiendid hindasid teenuse juures kõige enam koduõde, tema omadusi ja tunnustasid õde ning soovisid tervise paranemist. Sellest järeldub, et patsiendi jaoks seostub kvaliteediga ning rahuloluga tervise paranemine. Tervise muutusi hindasid patsiendid järgmiselt: tervistumine, osaline paranemine, elukvaliteedi tõus ja kergendus toetusest.

Patsientide ja koduõdede arvamuste võrdlus patsiendi ootustest koduõe omadustele näitas, et arvamused ühtisid kompetentsuse ja suhtlemise osas. Õed arvasid, et patsient ootab õelt positiivsust ja usaldusväärtsust ning patsientide jaoks oli oluline õe heatahtlikkus ja empaatia. Kui õde arvas, et patsient ootab iseseisvat ja pingetaluvat õde, siis patsiendid soovisid näha õe juures omadusi, mis seostuvad õe korrektsuse ja haritusega.

Võrreldes uurimistulemusi varasemate õendusuurimustega ilmnas, et ka Eesti koduõdede jaoks on olulised kvaliteetse teenuse saavutamise vahendid, koduõe omadused ja keskkond, kus toimub õendusprotsess. Õed seostavad kvaliteediga ka koolitust ja patsiendi-õe interaktsiooni, mida käsitleb King (1981) oma eesmärkide saavutamise teoorias. Sarnaselt Williams'ile (1999) väitsid koduõded ka käesolevas uurimuses, et ravi ja hoolduse tulemuslikkusele aitavad oluliselt kaasa positiivne suhtlemiskogemus patsientide ja õdede vahel, õdede kutseks sobivad omadused, erialased teadmised ning pädevus ja meeskonnatöö. Koduõded esitasid hooldusteenuse head kvaliteeti iseloomustavate faktoritena patsiendikesksuse, tulemustele orienteerituse, individuaalse lähenemise, järelvalve ja

ressursikasutuse süsteemi, kuid ei nimetanud teaduspõhisust ja tõenduspõhisel praktikal baseeruvat kvaliteedi parandamist, nagu seda on pidanud vajalikuks Brown (2001).

Patsientide küsitlusest selgus nende huvi ja soov osaleda nende enda tervise seonduvate otsuste tegemisel ja arutamisel koos õega, mida väidab ka Sooväli (1997) oma uuringus. Koduõed pidasid tähtsaks kasutada töös patsientidega lähtumist holistlikust inimkäsitlusest, mida on kirjanduses esile toodud (Watson, 1979): ühised väärtused, abistav, usaldav ja toetav õendustegevus, mis tugineb probleemipõhisele ülesehitusele ning osapoolte vahelisele õppimisele ja õpetamisele kaitstes, toetades ning parandades vaimset, füüsilist, sotsiaalset ja hingelist keskkonda. Seetõttu võib väita, et patsiendi jaoks on oluline õe suhtlemine tema omastega ja koduõe planeeritud õendustegevuste selgitamine.

Uurimuse tulemused näitasid, et olulised faktorid rahuloleva patsiendi jaoks olid õega terviseprobleemide arutlemise võimalus, pärast visiiti enese paremini tundmine, õe õpetamine, kuidas toime tulla kui õde ei ole, õe kompetentsus, õe usaldamine ning visiidile ühe ja sama õe tulek kogu aeg ning patsiendile on kõige olulisem õendustegevuste vajaduse selgitamine koduõe poolt. Seega võib uurimuse tulemustest järeldada, et patsiendi rahulolu koduõendusteenusega seostub kõige enam õe kompetentsusega ja patsiendi õpetamisega, kuidas iseseisvalt toime tulla. Patsiendid soovisid ka tasuta teenuse jätkumises, pandlikkuses teenuse osutamisel, visiitide arvu kasvus ning koduõdede töötingimuste parandamises.

Koduõdedel Eestis on kasutada koduõenduse tegevusjuhend (2004) ja 2005. aastal on viidud läbi koduõenduse dokumentatsiooni auditi tulemused. Koduõed teostavad patsiendi seisundi hindamist, viivad läbi üksikuid teenuse hindamisi, kuid käesoleval ajal puuduvad koduõenduse jaoks väljatöötatud standardid, süstemaatilised hindamismeetodid ja ühtne koduõendusloo vorm, mis aitaks ühtlustada teenuse kvaliteeti ja senisest efektiivsemalt teostada teenuse hindamist. Küll aga näitab koduõendusteenuse head kvaliteeti patsientide rahulolu koduõdede ja nende tööga, mida peetakse ka kirjanduse andmetel üheks olulisemaks kvaliteedi näitajaks (Bessie 2003).

8. KIRJANDUSALLIKAD

American Nurses Association (ANA) (1995). Standards of clinical nursing practice. Washington, DC: American Nurses Publishing.

Aro, I. (2002). Õendusteaduslik uurimismetoodika I AORT.01.005. Loengukonspekt, Tartu.

Aro, I. (1996). Õe töös sisalduvate tegevuste tähtsus patsiendi ja õe jaoks. *Eesti Arst* (lisa), 9-10.

Al-Kandari, F. (1998). Patients` and nurses` receptions of the quality of nursing care in Kuwait. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 914-916.

Atkin, K. Lunt, N., Thompson, C. (1999). Evaluating Community Nursing, Balliere, Tindall.

Benner, P. Wrubel, J. (1989). The Primacy of Caring: Stress and coping health and illness, Addison-Wesley, Merlo Park, CA.

Bessie, L. (2003). Leadership Roles and Management Function in Nursing. Lippincott Williams & Wilkins Inc.

Brown, S. (2001). Managing the Complexity of Best Practice Health Care. Lippincott Williams & Wilkins Inc.

Burns, S. Gloves, S. (2001). The practice of Nursing Research, Conduct, Critique and Utilization, 4th edition, Philadelphia: Saunders.

Cronin, P. Rawlings-Anderson, K. (2004). Knowledge for Contemporary Nursing Practice. New York, Mosby.

Dalton, J. (2005). Client-caregiver-nurse coalition formation in decidion-making situation during home visits. *Journal of Advanced Nursing*, 52(3): 192-194.

Davidhizar, R. & Rexoroth, M. (1994). The benefits of triad communication in home health care. *Journal of Rehabilitation Nursing*, 19, 352-354.

Dean- Baar, S. (1997). Comi, J ja Carce, H.H., (1997). Standards and guidelines: Do they make any difference. *Current Issues in Nursing*. St Louis, Mosby.

Dencker, S. (1993). *Juhtimine ja õendus*, Tartu.

Donabedian, A., (1988). The Quality of Care: How can it be assessed. *Journal of American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.

Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press.

Donalek, J. (2005). The Interview in Qualitative Research. *Urologic Nursing*, 25(2): 124-125.

Dowding, D. (2003). Measuring the Quality of judgement and decision-making in nursing. *Journal on Advanced Nursing*, 44(1): 49-50.

Duffy, M. (2005). *Clinical Nurse Specialist*. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

Eesti hooldusvõrgu arengukava 2015. (2001). Eesti Tervishoiuprojekt 2015. Sotsiaalministeerium, Tallinn.

Efrainsson, E., Höglund, I., Sandman, Po. (2001). The everlasting trial strength and patience: transitions in home care nursing as narrated by patients and family members. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 813-814.

Ellenbecker, C. (2004). A theoretical model of job retention for home health care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3): 303.

EÕL, EHK, EGGA, (2004). *Koduõenduse tegevusjuhend*, Tallinn.

EÕL, EHK, (2005), *Koduõendusteenuse audit 2003 õendusdokumentatsiooni põhjal*, Tallinn.

Finkelman, A.W. (2001). *Managed care. Anursing perspective*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Florin, J. (2004). Patient's and nurses perception of nursing problems in an acute care. *Journal of Advanced Nursing*, 51(2): 140-149.

Fulford, K., Ersser, S., Hope, T. (1996). *Patient- Centred Care*. Hartnolls Ltd, Bodmin, Cornwall, Great Britain.

Graneheim, U.H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2): 105–112.

Gletter, E.; Leen, M. (1996). The Advanced practice nurse as case manager. *Journal of Case Management*, 5 (3), 121-126.

ISO (2000). EN ISO 9000:2000. *Quality Management systems – Fundamentals and vocabulary*.

Kaarna, M., Põlluste, K., Thetloff, M., Vahula, V., Sule, U. (2001). Patsientide rahulolu ambulatoorse eriarstiabi korraldusega Pärnu Haigla Polikliiniku näitel. *Eesti Arst*, 80(5): 244-248.

Keating, S. (2006). *Curriculum Development and Evaluation in Nursing*. Lippincott, Williams & Wilkins, Inc.

Kelley, K., Clark, B., Brown, V., and Sitziam J. (2003). Good practice in the conduct and reporting of survey research. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(3):261-262.

Kemp, N., Richardson, E. (1999). *Quality Assurance in Nursing Practice*. Butterworth-Heinemann, Oxford.

King, I. (1981). *Theory for Nursing: System, Concepts, Process*. New York, Wiley & Sons.

Koch, M. (1992). A Review of Nursing Quality Assurance. *Journal of Advanced Nursing*. 17, 785-787.

Kvale, S. (1996). Interviews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing. SAGE Publications, Inc.

Kyngas, H. Vanhanen, L. (1999). Sisällön analyysi. *Hoitotiede*, 11(1): 8-12.

Quinn, C. (1989). ICN: Past and Present, Scutari Press, London.

Laferriere, R. (1993). Client Satisfaction With Health Care Nursing. *Journal of Community Health Nursing*, 10(2): 67-76.

Lepnurm, R. Mitt, K., Põlluste, K. (1997). Tervishoiusüsteemi strateegiline juhtimine. Elmatar, Tartu.

Lynn, M. (1999). Do Nurses Know What Patients Think is Important in Nursing Care? *Journal Nursing Care Quality*, 13(5): 65.

Nelson, J. (2000). Models of Nursing Care. *Journal of Nursing Administration*, 30(4): 156.

Niglas, K. (2001). Statistilise andmetötluse pakett SPSS 10.0. TPÜ Kirjastus, Tallinn.

Pace, K.B. (1998). Information challenge in home health care. *Home health care Manage Practice*, 10(4): 39.

Porter-O`G, (1996). The seven basic rules for successful redesign. *Journal of Administration*, 26(1); 46-54.

Põlluste, K., Kaarna, M., Thetloff, M. Seppik, M. (2000). Haiglaraviga rahulolu kujundavad tegurid Pärnu Haigla patsientide hinnangul. *Eesti Arst*. 79(11): 658-6.

- Raeve, L. (1997). *Nursing Research an Ethical and Legal Appraisal*. Bailliere Tindall, London.
- Reeder, N. Chen, S. (1990). A client satisfaction survey in home health care. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 5(1),16-24.
- Rice, R. (2001). Third Edition, *Home Care Nursing Practice Concepts and Application*. St. Louis, Mosby.
- Shmele, J. (1985). A method for evaluating nursing practice in a community setting. *Quality Review Bulletin*, 11, 115-116.
- Sooväli, E.-M. (1997). Patsientide ootused ja hinnangud õe tööle *Eesti Arst*, 3, 264-267.
- Standards of Chlinical Nursing of Parcticem by the American Nurses Assotiation (ANA) (1991). Washington, DC Author.
- Strauss, A., Corbin, J. (1999). Gronded Theory Methodology San Overview, in A. Bryman & R.G.Burgem (Eds), vol III :72-73, London, Stage Publications.
- Sung-Huan, S. (2004). Older people`s willingness to use home care nursing services. *Journal of Advanced Nursing*, 51(2):166-167.
- Tirplett, S., Rice, R. (2004). Third Edition, *Home Care Nursing Practice Concepts and Application*, St Louis, Mosby.
- Wagner, D. (1988). Who defines quality: Consumers or professionals? *Careing*, 7, 26-28.
- Watson, J., (1979). *The Philosophy and Sience of Human Caring*, Assosiated University Press, Colorado.
- Williams, A. (1998). The delivery of quality nursing care: Grounded theory study of nurses perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 27(4):808-811.

9. TÄNUAVALDUSED

Olen olnud ikka see kala, kes ujub vastuvoolu selleks, et olla puhtas vees ja uues, väljakutseid pakkuv keskkonnas ning täpselt nii tugev, et tulla toime kõigega, mis elul mulle pakkuda on. Alati on minu jaoks olnud kesksel kohal inimene ja tema vajadused. Küllap tuleb see sellest, et olen 25 aastast ämmaemandana näinud inimvõimete piiri – tulevase ema tohutut suutlikkust koondada viimane kui jõuvaru keskendumaks üleolekule valust – ja anda algus kauaoodatud uuele elule. Meil kõigil on elus alati omad valikud ja otsustajad oleme ikka meie ise.

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna õendusteaduse osakonda olen sattunud osalt uudishimust, soovist osaleda, muuta elu, võtta vastu väljakutseid ja areneda, muutes ennast ja teisi läbi teadmiste ja õppimise. Olen tänulik nii selle maja õpetavale kui õppivale poolele, et mul on olnud võimalus avastada koos teiega enda jaoks uus tasand õendusteaduses ning näha inimest ning ämmaemanda- ja õetööd filosoofilis-teaduslikust aspektist ja vajaduste rahuldamise võimalusi erinevatest teoreetilis-metodoloogilistest lähtekohtadest.

Kõige suurem tänu kuulub minu juhendajale, kellesse on koondunud kõik need positiivsed omadused, mis olid ootuseks koduõe omadustena minu uurimuses küsitletud patsientidel: kompetents, haritus, inimlikkus, empaatiavõime ja soov aidata. Kaja Põlluste on aidanud realiseerida kõik mu mõtted ja nägemuse magistritööst teaduslikku vormi. Kaja on olnud mulle toeks ja jõuallikaks ka siis kui on tekkinud nõrkushetki, suutmisel ning jõudmisel reaalse tulemuseni minu magistritöös, mis tundus kättesaamatuna, kuid usun nüüd juba ka ise reaalsena.

Minu tänuavaldused kuuluvad ka Pirkko Routosalole, Olga Dunajevale, Külli Nõmmistele.

Armsad koduõed ja patsiendid, suur tänu teile nõustumise eest osalema minu magistritöös, mille sisu on ju tegelikult teie mõtted, arvamused ja ootused kujundatuna selleks sobivas akadeemilises vormis.

Loodan, et minu tööst on kasu Eesti koduõenduse muutmisel tõenduspõhisemaks ja kvaliteetsemaks.

10. LISA 1: PATSIENDI KÜSIMUSTIK

Lugupeetud koduõenduse patsient!

Käesoleva küsimustiku koostaja on Tartu Ülikooli arstiteaduskonna õendusteaduse osakonna magistrant. Seoses magistritööga palun leida Teil aega vastamiseks koduõenduse teenusega seotud küsimustele. Küsimustiku koostajal on soov selgitada välja Teie hinnang koduõendushooldusele, eesmärgiga hinnata teenuse kvaliteeti ja vajadusel teha ettepanekuid teenuse parandamiseks ning muutmiseks võimalikult vastavaks Teie ootustele.

Palun vastake järgnevale küsimustele, märkides iga küsimuse puhul ringiga või ristikesega Teie arvamusega kõige enam ühtiv vastuse variant. Täidetud ankeet tagastage palun Teile antud kinnises ümbrikus Teie koduõele.

Kogu Teilt saadud informatsioon jääb täielikult anonüümseks ja ei kuulu avalikustamisele seoses Teie isikuga ning seda kasutatakse ainult sihtotstarbeliselt so anonüümse andmebaasina uurimustöös.

Lootes Teie abile,
lugupidamisega, Erika Kruup.
Telefon: 5188492, E-post: erikakruup@hot.ee.

1. Teie vanus.....

2. Teie sugu

☒ 1)mees

☒ 2)naine)

3. Teie perekonnaseis

☒ 1)abielus/vabaabielus	☒ 2)lahutatud	☒ 3)lesk	☒ 4)vallaline
-------------------------	---------------	----------	---------------

4 Elukoht.....

(maakond, linn, vald)

5. Kas elate oma elukohas

☒ 1)üks	☒ 2)koos lastega	☒ 3)koos sugulastega	☒ 4)abikaasa/elukaaslasega
---------	------------------	----------------------	----------------------------

6. Palun andke hinnang oma tervisele.

Mul on:	Pidevalt	Sageli	Harva	Mitte kunagi
1) probleeme südamega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) kõrge vererõhk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) hingamisraskusi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) liikumisega raskusi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) halb söögiisu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) raskusi urineerimisega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) kõht sageli kinni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) probleeme naha terviklikkusega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. troofiline haavand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. lamatis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. roos (<i>erysipelas</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) liigestega probleemid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) osteoporoos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) suhkruhaigus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) insult, olen halvatud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) kasvaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) on/oli luumurd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) oli operatsioon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) tugevad valud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) halb uni, olen alati väsinud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) soov enam suhelda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) mure ja keegi ei kuula mind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) muud probleemid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Kui Teil on tervisega probleeme, mis ei olnud ära toodud tabelis, siis pange need siia kirja:

.....

.....

.....

.....

.....

8. Kas saate hakkama liikumisega ruumis, kodus?

£ 1) iseseisvalt	£ 2) vajan aeg-ajalt kõrvalist abi	£ 3) raskustega	£ 4) olen voodihaige
------------------	------------------------------------	-----------------	----------------------

9. Kui kaua olete kasutanud koduõendusteenust?

£ 1) 1 kuu	£ 2) kuni 3 kuud	£ 3) kuni 6 kuud	£ 4) kuni 1 aasta	£ 5) enam kui aastat
------------	------------------	------------------	-------------------	----------------------

10. Mitu korda nädalas külastab koduõde Teid kodus?

£ 1) 1x	£ 2) 2x	£ 3) 3x	£ 4) 4x	£ 5) rohkem
---------	---------	---------	---------	-------------

11. Kas vajaksite koduõendusteenust teenusena ka nädalavahetusel?

£ 1) ei	£ 2) pigem ei	£ 3) jah	£ 4) ei oska öelda
---------	---------------	----------	--------------------

12. Kas järjekord koduõendusteenusele oli pikk?

£ 1) ei	£ 2) ootas kuni üks nädala	£ 3) ootas üks kuni 2 nädalat	£ 4) ootas kaks kuni kolm nädalat
---------	----------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

13. Kuidas Te nõustute järgnevalt esitatud väidetega?

Koduõde:	Täiesti nõus	Pigem nõus	Pigem ei nõustu	Üldse ei nõustu	Ei oska öelda
1) tutvustab end viisakalt visiidile tulles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) julgustab mind küsimusi esitama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) vastab minu küsimustele arusaadavalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) selgitab õendustegevuste vajadust ja tegemise korda arusaadavalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) teeb ära kõik vajalikud õendustegevused	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) on lahke ja hoolitsev	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) leiab minu jaoks piisavalt aega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) suhtleb minuga vahel ka telefonitsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) abistab mind vajadusel alati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) suhtleb minuga alati emakeeles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) on meeldiv, korralik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Kas õde tuleb visiidile kokkulepitud ajal?

£ 1)jah	£ 2)mõnikord	£ 3)ei
---------	--------------	--------

15. Kas õde selgitab Teile planeeritud õendustegevusi

£ 1)jah, iga £ 2)mõnikord £ 3)ei selgita £ 4)polnud vajadust kord

16. Kas Teie koduõde suhtleb Teie omastega, kodustega ?

£ 1)jah	£ 2)mõnikord	£ 3)ei	£ 4)ei oska öelda
---------	--------------	--------	-------------------

17. Kas Te räägite kodus omastega koduõde tegevusest, visiidist, muljetest?

£ 1)jah	£ 2)mõnikord	£ 3)ei
---------	--------------	--------

18. Kas arutate koos koduõega oma kodust õendustegevust?

£ 1)jah	£ 2)mõnikord	£ 3)ei	£ 4)pole vajadust
---------	--------------	--------	-------------------

19. Andke palun oma hinnang koduõde omadustele?

Õde:	Täiesti nõus	Pigem nõus	Pigem ei nõustu	Üldse ei nõustu	Ei oska öelda
1) on hea spetsialist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) tunneb oma tööd hästi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) on sõbralik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) on usaldusväärne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) on tähelepanelik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) kuulab mind alati ära	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) vastab alati minu küsimustele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) räägib mulle tervisest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) küsib alati, kuidas ma ennast tunnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) õpetab mind kuidas toime tulla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) täidab alati oma lubadusi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) õpetab mind olema aktiivne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) räägib mulle õigest toitumisest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) ei suhtle minuga piisavalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) on minuga mõnikord ebaviisakas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) on lubanud tulla, aga ei tulnud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) õel on alati kiire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Teie üldine hinnang kogu koduõendusteenuse osutamise ajale oli:

£ 1) väga hea £ 2) hea £ 3) rahuldav £ 4) halb £ 5) väga halb

21. Põhjendage palun, miks andsite just sellise hinnangu?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

22. Kas olete rahul koduõendusteenuse kohta esitatud väidetega?

	Täiesti nõus	Pigem nõus	Pigem ei nõustu	Üldse ei nõustu	Ei oska öelda
1) koduõendusteenus on väga vajalik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) olen rahul koduõendusteenusega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) mulle sobib visiidi pikkus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) mulle sobib aeg, mil õde mind külastab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) soovin, et minuga rohkem suheldaks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) mulle meeldib, et saan koos õega arutada oma terviseprobleeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) ma tahan osaleda oma tervisega seotud otsustamisprotsessides koos õega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) tunnen end pärast õe visiiti paremini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) minu tervis on muutunud paremaks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) õde õpetab mind kuidas toimida siis kui teda ei ole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) õde suhtleb ja räägib minu tervisega seonduvast minu pereliikmetega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) õde on kompetentne ja tunneb oma tegevust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) ma usaldan oma õde ja räägin temaga alati oma muredest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) ma soovin, et minu juures visiidil käiks kogu aeg sama õde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) ma soovin, et visiite oleks sagedamini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Kas olete nõus koduviisi eest maksuma?

- 1) jah
- 2) ei

24. Kui olete nõus maksma, siis kui palju?

- 1) 5 krooni
- 2) 10 krooni
- 3) 20 krooni
- 4) 30 krooni
- 5) 40 krooni
- 6) 50 krooni
- 7) 60-100 krooni

25. Kuivõrd olulised on Teie jaoks alljärgnevad väited koduõenduse kohta?

	Väga olulised	Olulised	Mitte väga olulised	Ei ole üldse olulised	Ma ei oska öelda
1) koduõendusteenus on väga vajalik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) olen rahul koduõendusteenusega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) mulle sobib visiidi pikkus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) mulle sobib aeg, mil õde mind külastab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) soovin, et minuga rohkem suheldaks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) mulle meeldib, et saan koos õega arutada oma terviseprobleeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) ma tahan osaleda tervisega seotud otsustamisprotsessides koos õega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) tunnen end pärast õe visiiti paremini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) minu tervis on muutunud paremaks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) õde õpetab mind, kuidas toimida siis kui teda ei ole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) õde suhtub ja räägib minu tervisega seonduvast minu pereliikmetega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) õde on kompetentne ja tunneb oma tegevust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) ma usaldan oma õde ja räägin temaga alati oma muredest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) ma soovin, et minu juures visiidil käiks kogu aeg sama õde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) ma soovin, et visiite oleks sagedamini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Lisage palun omapoolseid märkusi, kommentaare, soovitusi, ettepanekuid, mida ootaksite veel koduõenduselt teenusena:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Aitäh!