

Tartu Ülikool

Meditsiiniteaduste valdkond

Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

Õendusteaduse õppetool

Heli-Kaja Kübarsepp

**TÄISKASVANUD PATSIENTIDE KOGEMUSED KONTAKTISOLATSIOONIGA–
KVALITATIIVNE UURIMUS**

Magistritöö

Tartu 2020

Põhijuhendaja: Janika Pael, RN, MSc (õendusteadus)

Kaasjuhendaja: Merle Seera, RN, MSc (õendusteadus)

Retsensent: Reet Tohvre, RN, MSc (õendusteadus),

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendajate otsusega 07.05.2020.

Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

LIHTLITSENTS LÕPUTÖÖ REPRODUTSEERIMISEKS JA ÜLDSUSELE KÄTTESAADAVAKS TEGEMISEKS

Mina, **Heli-Kaja Kübarsepp**,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose

Täiskasvanud patsientide kogemused kontaktisolatsiooniga–kvalitatiivne uurimus,

mille juhendajad on **Janika Pael RN, MSc,**

Merle Seera RN, MSc,

reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Heli-Kaja Kübarsepp

07.05.2020

KOKKUVÕTE

Täiskasvanud patsientide kogemused kontaktisolatsiooniga–kvalitatiivne uurimus

Kontaktisoleerimist kasutatakse epidemioloogiliselt oluliste mikroobide leviku tõkestamiseks haiglateskeskkonnas. See piirab patsientide füüsilisi ja sotsiaalseid kontakte ning on seotud märgistamise, nakatamishirmu ja sotsiaalse isolatsiooni tekkimisega, avaldades negatiivset mõju patsiendi psüühikale. Tervishoiutöötajad külastavad isoleeritud patsiente vähem ja lühemalt, mis võib viia haigete rahulolematuseeni osutatava abiga. Inimkeskse õendusabi planeerimist raskendab teadmiste puudus selle kohta, kuidas patsiendid isolatsiooni kogevad. Uurimistöid selle kohta on ilmunud vähe, uuritavate arv nendes on väike, info on killustunud ja tulemused vastuolulised.

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks oli kirjeldada täiskasvanud patsientide kogemusi kontaktisolatsiooniga ning töö tulemused võimaldavad õendusabi planeerimisel patsientide välja toodud aspektidega arvestada. Uurimistöö oli empiiriline, kvalitatiivne, kirjeldav. Uuritavateks olid 7 patsienti, kes olid viibinud Eesti regionaal- ja keskhaiglates kontaktisolatsioonis. Andmed koguti ajavahemikus juuni 2018–veebruar 2019 ning selleks kasutati poolstruktureeritud intervjuusid, mis viidi läbi uuritavate haiglast lahkumise järgselt. Andmete analüüsimisel kasutati induktiivset sisuanalüüsi.

Patsientide kogemused kontaktisolatsiooniga olid erinevad ja sõltusid isolaatori füüsilisest keskkonnast, infektsioonhaiguse iseloomust, suhetest ümbritsevate inimestega ning informeeritusest. Isolatsioonis tunti vangistatust ja üksindust, stiimulite ja tegevuse vähesust ning rāpasuse ja tõrjutuse tunnet. Infektsioonhaigus tekitas hirmu püsiva tervisekahjustuse ja surma ees, põhjustades masendust ja depressiooni. Lähedaste tugi oli oluline, aidates haiguse ja isolatsiooniga paremini toime tulla, kuid nakkushirm vähendas sotsiaalseid kontakte. Tervishoiutöötajate poolt kogeti nii toetavat kui ka haavavat käitumist. Tunti vajadust arusaadava teabe järele ja personali erinev praktika isikukaitsevahendite kasutamisel tekitas patsientides segadust. Isolatsioonikogemuse parandamiseks on vajalik toetada kontaktisoleeritud patsientide kohanemist ja toimetulekut.

Märksõnad: kontaktisolatsioon, isolatsioonikogemus, patsiendi kogemus

SUMMARY

The experiences of adult patients in contact isolation—a qualitative research

To prevent the spread of epidemiologically important organisms in health care facilities, contact isolation is used. It limits physical and social contacts of the patient and is associated with stigmatisation, fear of spreading infection, and social isolation, which negatively influences the patient's mental health. Isolated patients receive fewer and shorter visits from the health care personnel, which may lead to dissatisfaction with care. There is a lack of evidence of how patients perceive contact isolation, which is a barrier for human-centred health care. There is also a paucity of research about this topic considering the limited number of patients involved, information is fragmented, and findings are controversial.

The aim of this thesis was to describe the experiences of adult patients in contact isolation. The results of this study enable to take into account aspects that patients had pointed out when planning nursing care. The research was empirical, qualitative, descriptive. A total of 7 patients who had been in contact isolation in Estonian regional and central hospitals participated. Data was collected via semi-structured interviews after the patients' hospital discharge between June 2018 and February 2019. The data were analysed using the inductive content analysis method.

Patients' experiences with contact isolation differed and were influenced by the physical environment, the type of infection, relationships with other people, and information. Isolated patients felt imprisoned, lonely, subdued in terms of stimuli and activity, dirty, and excluded from others. Infectious diseases caused fear for health damage and even death, which caused depression. Support from family and friends was important and helped to manage disease and isolation better, but fear for infection reduced patients' social contacts. Patients experienced supportive as well as hurtful behaviour from health care personnel. Patients needed clear information and inconsistencies in using personal protective equipment by health care workers made them feel confused. It is important to support coping and adaptation with contact isolation to improve patients' isolation experience.

Keywords: contact isolation, isolation experience, patient experience

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

1. SISSEJUHATUS	5
2. KONTAKTISOLATSIOON JA SELLE OLEMUS	6
2.1. Haigustekitajate leviku tõkestamine haiglakeskkonnas	6
2.2. Kontaktisolatsiooni olemus	7
3. PATSIENTIDE KOGEMUSED KONTAKTISOLATSIOONIGA	8
3.1. Patsientide isolatsioonikogemust mõjutavad aspektid	8
3.1.1. Füüsilise keskkonna tajumine.....	8
3.1.2. Infektsioonhaiguse iseloom.....	9
3.1.3. Isolatsiooni ajaline kestvus.....	10
3.1.4. Sotsiaalsed suhted lähedastega	12
3.1.5. Hoolduse kvaliteet ja kogemused tervishoiutöötajatega	12
3.1.6. Informatsiooni ja kommunikatsiooni vajadus	14
4. METOODIKA	16
4.1. Metodoloogilised lähtekohad	16
4.2. Uuritavad ja nende värbamine	17
4.3. Andmete kogumine	18
4.4. Andmete analüüs	19
4.5. Uurimistöö usaldusväärsuse tagamine	21
5. TULEMUSED	23
5.1. Täiskasvanud patsientide kogemused kontaktisolatsiooniga	23
5.2. Isolatsioonimeetmete ja infektsioonhaigusega seotud kogemused	23
5.3. Inimeste ja suhetega seotud kogemused	28
5.4. Teabega seotud kogemused	31
6. ARUTELU	36
6.1. Isolatsioonimeetmete ja infektsioonhaigusega seotud kogemused	36
6.2. Inimeste ja suhetega seotud kogemused	38
6.3. Teabega seotud kogemused	41
6.4. Uurimistöö eetilised aspektid	43
6.5. Tulemuste usaldusväärsus ja uurimistöö kitsaskohad	44
6.6. Uurimistulemuste olulisus praktikale ning edasist uurimist vajavad teemad	46
7. JÄRELDUSED	48
KASUTATUD KIRJANDUS	49
LISAD	53

LISA 1. Kutse uurimistöös osalemiseks	53
LISA 2. Intervjuu küsimused	55
LISA 3. Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm.....	56
LISA 4. Uurimistöo tulemused-koondtabel	58
LISA 5. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus nr. 282/T-15	59

1. SISSEJUHATUS

Mikroorganismide antibiootikumresistentsus on maailmas kasvav trend. Multiresistentsete organismide (MRO) poolt põhjustatud infektsioonid kasvavad märkimisväärselt nii ravikulusid kui ka suremust. (WHO 2017.) Haiglainfektsioonide leviku tõkestamiseks isoleeritakse MRO kandjad nakkusohu möödumiseni ning nende hooldamisel võetakse kasutusele spetsiaalsed isikukaitsevahendid. Üksikpalatis viibimisel on privaatsuse ja vaikuse näol omad eelised (Barratt jt 2011), kuid ometi kogevad paljud patsiendid isolatsiooni piirava ja vangistavana (Skyman jt 2010, Barratt jt 2011, Persson jt 2015). Räpasuse ja märgistatuse tunne ning nakkuse ülekandumise hirm lähedastele põhjustab patsientide sotsiaalset isolatsiooni (Donaldson jt 2007, Skyman jt 2010, Pacheco jt 2010). See omakorda on seotud aga negatiivse mõjuga psüühikale (Barratt jt 2011). Tervishoiutöötajad külastavad isoleeritud patsiente vähem ja lühemalt, mis võib viia patsientide rahulolematuseeni osutatava abiga ning sagenenud välditavate ohujuhtumiteni (Morgan jt 2009, Abad jt 2010, Barratt jt 2011).

Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030 (täiendamisel dokument) on üheks eesmärgiks seadnud inimkesksuse arendamise tervishoius. Nenditakse, et patsientide vajadused ei pruugi olla alati rahuldatud, kuna Eesti tervishoiusüsteemis on praegu siiski valdavaks pigem teenusekesksus (Rahvastiku tervise arengukava...). Inimkeskse tervishoiu arendamise aluseks on aga teadmised sihtgruppide kohta. Isoleeritud patsientide õendusabi planeerimist raskendab teadmiste puudus selle kohta, kuidas patsiendid isolatsiooni kogevad. Patsientide isolatsioonis viibimise kogemust kirjeldavaid uurimistöid on ilmunud vähe, uuritavate arv nendes on väike, info on killustunud ja tulemused vastuolulised (Barratt jt 2011). Eestis sellel teemal uurimistöid läbi viidud ei ole.

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada täiskasvanud patsientide kogemusi kontaktisolatsiooniga. Töö tulemused võimaldavad heita valgust sellele, mida isoleeritud patsiendid kogevad ning seeläbi õendusabi planeerimisel teadlikult nende aspektidega arvestada.

2. KONTAKTISOLATSIOON JA SELLE OLEMUS

2.1. Haigustekitajate leviku tõkestamine haiglakeskkonnas

Inimesi on ajalooliselt isoleeritud nii nakkushaiguste leviku piiramiseks kui ka karistamise eesmärgil. Merriam-Webster veebisõnastiku järgi tähendab isolatsioon millegi teistest sarnastest eraldamist või eraldatuna hoidmist. Tervishoiuasutustes tuleb patsiendiohutuse tagamiseks epidemioloogiliselt oluliste haigustekitajate levikut ennetada. Selliste tekitajate poolt põhjustatud haigused võivad olla raskesti ravitavad resistentsuse tõttu mitmetele antibiootikumide gruppidele (multiresistentsus) või anda kiiresti suuri haiguspuhanguid. Seetõttu kasutatakse tervishoiuasutustes mikroorganismide leviku tõkestamiseks rutiinselt kõikide patsientide puhul **standardabinõusid**. (Siegel jt 2007.) Standardabinõud hõlmavad endas kätehügieeni; isikukaitsevahendite kasutamist; respiratoorset hügieeni; aseptilist tegevust; teravate-torkivate vahendite ohutut kasutamist; seadmete puhastamist, desinfitseerimist ja steriliseerimist; keskkonna puhastamist ja eritiste eemaldamist pindadelt ning pesu- ja jäätmekäitlust (Märtn 2016).

Kui patsient on teadaolevalt või eeldatavalt infitseeritud või koloniseeritud epidemioloogiliselt oluliste haigustekitajatega, võetakse lisaks standardabinõudele kasutusele **isolatsiooniabinõud**. Isolatsiooniabinõud kategoriseeritakse mikroorganismide ülekandemehhanismi alusel ja on järgmised: kontaktisolatsioon, piiskisolatsioon ja õhkisolatsioon. Kaitsvat isolatsiooni rakendatakse vereloome tüvirakkude siirdamisega või neutropeeniaga patsientide nakatumise vältimiseks keskkonnas leiduvate seeninfektsioonidega. (Siegel jt 2007.) Eestis reguleerib nakkusohlike patsientide ravi Nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadus (Nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadus 2003). Infektsioonikontrolli eeskirjades pööratakse küll tähelepanu patsiendi füüsilisele hooldusele, kuid jäetakse tähelepanuta psüühilised vajadused. Samas aga soovib Ameerika Ühendriikide haiguste kontrolli ja tõrje keskus (*Centers for Disease Control and Prevention - CDC*) isolatsioonimeetmete rakendamisel otsida võimalusi minimeerimaks selle negatiivseid mõjusid patsiendile (Siegel jt 2007:70).

2.2. Kontaktisolatsiooni olemus

Isolatsiooniabinõudest kõige sagedamini kasutatav on **kontaktisolatsioon**, mida rakendatakse tekitajate puhul, mis levivad otsese kehapindade kontakti või kaudselt saastunud käte, põetusvahendite ja pindade kaudu. Patsient eraldatakse võimalusel¹ üksikpalatisse ja personal peab patsiendi põetamisel kasutama isikukaitsevahendeid nagu kindad ja kaitseriietus ning vajadusel ka mütsi, maski, prille jms. Suurt tähelepanu pööratakse kätehügieenile. (Siegel jt 2007, Martin 2016.) Kui muidu on üksikpalatis viibimise eeliseks suurem privaatsus ja vähem soovimatuid segajaid (Persson jt 2015), siis kontaktisolatsiooni puhul võib privaatsus muutuda vangistuseks (Barratt jt 2011). Kontaktisolatsiooni kehtestamine võib patsiendi jaoks tähendada mitte ainult füüsilise ruumi vaid ka sotsiaalsete kontaktide piiramist. Lähedased peavad patsiendi külastamisel kasutama kaitseriietust ja sotsiaalsete kontaktide vähenemisel mängib rolli nii patsientide kui ka nende lähedaste hirm nakkuse leviku ees (Donaldson jt 2007, Skyman jt 2010, Pacheco jt 2010). Takistatud võib olla abivahendite ja rehabilitatsiooniteenuste kasutamine (Skyman jt 2010, Barratt 2011, Currie jt 2018). Palati minimalistlik sisustus, aknast puuduv vaade ja suletud uks võivad muuta keskkonna üksluiseks, mis vähendab sensoorseid stiimuleid, tekitades tüdimust ja viies negatiivsete psühholoogiliste nähtudeni (Barratt jt 2011).

¹Eesti tervishoiuasutustes on kasutusel ka mõiste „kohtisolatsioon“, mis kujutab endast mitmekohalises palatis oleva kontaktisoleerimist vajava patsiendi eraldamist teistest distantse või sirni abil. Hooldusvahendid on iga patsiendi puhul privaatsed või sama tekitaja korral ühised. Kohtisolatsiooni kasutatakse olukorras, kus patsiendi üksikpalatisse paigutamine pole võimalik (ruumipuudus, intensiivravi vajavad patsiendid jne.). Kohtisoleeritud patsiente uurimistöösse ei kaasatud. (Autori märkus.)

3. PATSIENTIDE KOGEMUSED KONTAKTISOLATSIOONIGA

3.1. Patsientide isolatsioonikogemust mõjutavad aspektid

Gilmartin jt (2013) on defineerinud isolatsiooni kui „seisundi, milles indiviid kogeb normaalse sensoorse ja sotsiaalse sisendi taseme vähenemist koos võimaliku mittevabatahtliku füüsilise ruumi või liikumise piiramisega“. Isiklik **kogemus** on mitmetahuline nähtus. Immanuel Kanti järgi tekib kogemus läbi tunnetuse. See sisaldab materiaalsel ehk aistingulist ja aprioorset ehk kogemusest sõltumatut osa. See tähendab, et üks osa kogemusest tuleneb meeltega tajutavast väliskeskkonnast ja teine osa on olemas kogemuse väliselt. Kogemuse väline osa tuleneb inimhõimuse omadusest loogika abil tunnetuslikku maailma korrapärastada. (Meos 2010.) *Merriam-Webster Dictionary* ja *Collins Dictionary* põhjal saab väita, et isiklik kogemus on mingis situatsioonis viibimise tagajärjel kujunenud teadmine või oskus, mida kujundavad inimese arusaamad, ootused ning mingile sündmusele või situatsioonile omistatud tähtsus ja tähendus. Patsientide kontaktisolatsiooni kogemust uurivaid töid on vähe. Seda näitas ka Barratt jt (2011) kirjanduse ülevaade, mis analüüsis 1990-2010 ilmunud 21 artiklit, mis puudutasid isoleerimist ja isolatsiooni mõju patsiendile. Autorid nentisid, et uurimistulemuste üldistamist piiravad spetsiifilised patsientide populatsioonid ja uuritavate väike arv. See uurimistöö näitas ka, et metitsilliinresistentse *Staphylococcus aureuse* (MRSA) või teiste infektsioonhaiguste tõttu isoleeritud patsientide kogemused varieeruvad suurel määral. (Barratt jt 2011.)

3.1.1. Füüsilise keskkonna tajumine

Isolatsioonikogemust võivad varasemate uurimistööde andmetel mõjutada mitmed aspektid. Üheks selliseks on füüsiline keskkond, kuhu inimene paigutatakse. Kuigi leidub patsiente, kelle jaoks on isolatsioonikogemuses mõningaid positiivseid aspekte, on ka patsiente, kelle kogemus isolatsiooniga on negatiivne. Skyman jt (2010) uurimuses iseloomustati isolatsioonikeskkonda kui vangistavat, koormavat ja karistavat. Barratt jt (2011) töid oma kirjanduse ülevaates välja, et patsiendid kirjeldasid sageli üksildust ja maailmast äralõigatust, mis viis stressi, ärevuse ja depressioonini. Mõned patsiendid hindasid privaatsust ja üksiolemist kõrgelt. Isolatsiooni peeti meeldivaks, kuna üksikpalat suurendas mugavus- ja turvatunnet ning teiste inimeste segamise pärast ei pidanud muretsema (Criddle ja Potter 2006, Wassenberg jt 2010, Barratt jt 2011). Privaatne ruum soodustas haigusest taastumist ja aitas patsientidel olukorraga paremini kohaneda

(Barratt jt 2010, Persson jt 2015). Samuti ei pidanud teistega jagama privaatsaid meditsiinilisi momente. Üksikpalati pakutavat privaatsust hindasid eriti raskemas füüsilises seisundis olevad patsiendid. (Guillemain jt 2014, Persson jt 2015.) Kuigi omaette olemine võis olla meeldiv, pakkudes aega mõtisklemiseks ja reflekteerimiseks (Wassenberg jt 2010, Barratt jt 2011), hindasid patsiendid väga ka suhtlemist (Barratt jt 2010). Persson jt (2015) uurisid patsientide kogemusi ühes uues üksikpalati-disainiga Rootsi haiglas. Patsiendid ei olnud nakkusohtlikud, kuid tulemused olid sarnased uurimustele, mis keskendusid nakkusohu tõttu isoleeritud patsientidele. Uuritavad tõid positiivsena välja, et nad said keskenduda oma taastumisele, teisi segamata külalisi vastu võtta ja palatis koduse tunde luua. Negatiivsena märgiti aga hirmutava üksilduse ja eraldatuse tunde tekkimist. Viimane ilmnes eriti siis, kui patsiendi seisund paranes ja personal külastas ruumi vähem. Patsiendid tundsid turvatunde vähenemist, üksildust ja hüljatust. Üksikpalatis viibimine võis olla igav ja aeg kulges aeglaselt. Oodati erinevaid tegevusi, näiteks söögiaegu ja palatikülastusi personali poolt. Sellisel hetkel tunti puudust palatikaaslasest ja mõnikord kutsusid patsiendid personali endale mitmesuguste toimingute juurde abiks lihtsalt seetõttu, et soovisid seltskonda. (Persson jt 2015.)

Isolatsiooniga seostus vaikus. Uuritavad tõid välja, et tavapalatis olles oli koridorist kuulda personali tegevuse hääli, mis oli turvatunnet tekitav, kuid isolatsioonipalatisse paigutamise järgselt inimtegevuse helisid enam kuulda ei olnud (Skyman jt 2010). Barratt jt (2010) kirjeldavad, et mõned patsiendid tundsid end paremini, kui ruumi üks võis olla avatud ning nad kuulsid ja nägid inimesi koridoris liikumas. Vangistustunnet ja tüdimust leevendasid patsientide jaoks ka aknast avanev vaade, päikese nägemise võimalus, inimhäälte kuulmine ja aja veetmise vahendite omamine. Üksildust vähendas raadio või televiisori tekitatud taustamüra. Patsientide jaoks oli oluline ka telefoni olemasolu välismaailmaga suhtlemiseks. (Barratt jt 2010, Barratt jt 2011.) Külastajatel oli isolatsiooni negatiivsete efektide vähendamisel samuti suur roll (Persson jt 2015).

3.1.2. Infektsioonhaiguse iseloom

Isolatsioonikogemust mõjutab ka isolatsioonimeetmete rakendamise põhjuseks olev infektsioon või nakkuskandlus. Currie jt (2018) süstemaatiline ülevaade patsientide kogemustest hospitaalinfektsioonidega tõstab esile infektsiooni vormide varieeruvat iseloomu. Kuigi avaldumisviis võib olla erinev, mõjutavad hospitaalinfektsioonid patsiente nii füüsiliselt kui vaimselt, omades märkimisväärset mõju nende igapäevaelule. Epidemioloogiliselt oluliste

haigustekitajate poolt põhjustatud infektsioonide puhul oli tähtis haiguse sotsiokultuuriline kontekst, ehk kuidas suhtub ühiskond nakkusohtlikesse haigustesse. Patsiendikogemust nähti sageli kui räpast ja häbiväärset, mis oli seotud teiste inimeste poolt häbimärgistamisega. (Currie jt 2018.) MRSA, *Clostridium difficile* (CDI) ja laiendatud spektriga beetalaktamaasi produtseerivate bakterite (ingl. k. *Extended Spectrum Betalactamase-ESBL*) kandjad olid emotsionaalselt kaitsetud neid ümbritsevate inimeste, nii lähedaste kui ka tervishoiupersonali negatiivsete hinnangute ja käitumise ees. Nad tundsid märgistatust, süüd ja häbi, tunti end räpasena. Mures oldi oma lähedaste nakatamise pärast ja tajuti suurt vastutust mikroobide leviku takistamisel. See mõjutas tugevalt patsientide igapäevaelu, muutes sotsiaalsed kontaktid harvaks. (Donaldson jt 2007, Skyman jt 2010, Guillemin jt 2014, Currie jt 2018.) Nakkusohtlik olemine võis MRSA puhul olla väga traumaatiline kogemus, kutsudes uuritavates esile jõulised väljendused, nagu „katk“, „süü“, „ebapuhas“, „vägivallatsetud“ ja „hirm“ (Skyman jt 2010). Donaldson jt (2007) leidsid, et MRSA-ga koloniseeritud, kuid haigusnähtudeta patsiendid olid isolatsioonist rohkem häiritud võrreldes MRSA põhjustatud infektsioonhaigusega patsientidega. Autorid järeldasid, et koloniseeritud patsientide parem seisund võimaldas neil keskenduda emotsioonile isolatsiooni suhtes, haigustunnustega patsiendid keskendusid aga oma haigusega toimetulekule ja neid isolatsioon nii palju ei häirinud. Haiguse mõju leiti olevat isolatsiooni mõjust suurem noorematele inimestele, kes tundsid muret oma perekonna, sissetuleku ja töö säilimise pärast. (Donaldson jt 2007.) CDI sooleinfektsiooniga patsiendid kogesid pidevat, kontrollimatut, vesist ja haisvat kõhulahtisust. See oli füüsiliselt piinav ja alandas neid nii lähedaste kui ka tervishoiutöötajate ees. Võimetus süüa viis energia defitsiidini, mis muutis nad kõrvalisest abist sõltuvaks. Sellised tugevalt avalduvad füüsilised nähud tekitasid hirmu tervise pärast. Haiglast saadud CDI korral tundsid patsiendid jahmatust, nõrdimust ja viha. Vaimsed ja füüsilised läbielamised, eneseväärkuse kaotus ning kontaktide vähenemine lähedastega viisid depressiooni ja ärevuseni. (Guillemin jt 2014.)

3.1.3. Isolatsiooni ajaline kestvus

Mitmed allikad toovad välja isolatsioonis viibimise ajalise seose patsiendi vaimse tervise halvenemisega. Barratt jt (2011) kirjutavad, et isolatsioon võib põhjustada kahjustavaid psühholoogilisi nähtusid nagu ärevus, stress ja depressioon. Isolatsioon ja isikukaitsevahendite kasutamine olid seotud üksilduse, tüdimuse, märgistamise, vangistuse ja frustratsiooniga. (Barratt jt 2011.) Wassenberg jt (2010) uurisid lühiajalise (24-48 tundi) isolatsiooni mõju ning ei leidnud patsientide psüühikale negatiivset mõju. Küll aga tõid nad kirjanduse põhjal välja, et keskmiseks

infektsioonihaike haiglas viibimise kestvuseks on 4,5 nädalat ja üle 1 nädala isolatsioonis viibinud patsientidel tekivad muutused meeleolu ja rahulolu tasandil (Wassenberg jt 2010). Suuremalt jaolt ongi uurimistööde tulemused üksmeelel selles osas, et pikaajaline isolatsioon mõjutab patsiendi vaimset seisundit, halvendades toimetulekuvõimet ja tekitades sotsiaalset isolatsiooni. Pole täiesti selge, kas seda nähtust põhjustab isolatsioon või patsiendi haigusseisundi raskus. Tõenäoliselt on tegemist mõlema teguri koosmõjuga. (Donaldson jt 2007, Skyman jt 2010, Abad jt 2010, Barratt jt 2011, Findik 2012.) Eriti haavatavad on raskemate haigusseisunditega eakad inimesed. Pikk hospitaliseerimine ja isolatsioon võivad neile tekitada kergemad nähud nagu tüdimuse, keskendumisraskused, üksilduse ja frustratsiooni või tõsised nähud nagu segasusseisundid, suurenenud somnolentsuse või unetuse, ärevuse ja depressiooni. (Tarzi jt 2001.)

Findik jt (2012) uurisid 60 isoleeritud ja 57 mitteisoleeritud hospitaalinfektsiooniga patsienti ning ei leidnud korrelatsiooni isolatsiooni ja ärevuse-depressiooni taseme vahel, kuid leidsid seose vanuse, soo, haridustaseme ja isolatsiooni vahel. Depressiooni esinemise sagedus tõusis isoleeritud patsientidel koos vanusega. Eriti suur depressiooni osakaal oli madalama haridustaseme ja sissetulekuga ≥ 55 aastastel naistel. (Findik jt 2012.) Tarzi jt (2001) uurisid 22 MRSA positiivse ja 20 MRSA negatiivse patsiendi depressiooni, ärevust ja viha. Nad ei leidnud korrelatsiooni hospitaliseerimise ja isolatsiooni pikkuse vahel depressiooni esinemise, pinge-ärevuse, ega viha-vaenulikkuse skooridega. Küll aga oli isolatsioon seotud kõrgema depressiooni ja ärevuse tasemega. Vihatase uuringugruppide vahel oli võrdne, kuid tõusnud võrreldes keskmise samavanuste täiskasvanute skooriga. (Tarzi jt 2001.) Samas tuleb nende uurimistööde tulemustesse suhtuda mõningase reservatsiooniga, kuna järeldused on tehtud väikese uuritavate arvu põhjal. Gammon (1998, 1999) väidab, et hospitaliseerimine ise tõstab patsientide vihataset abituse tõttu, kuna tegemist on võõra keskkonnaga ja enesehinnangu langemisega. Abitus võib hiljem läbi sotsiaalse ja füüsilise isolatsiooni süveneda võimetuseks suhelda, mis põhjustab meeleheidet, hirmu, frustratsiooni, üksildust ja viha. (Gammon 1998, Gammon 1999.) Isolatsiooni negatiivne emotsionaalne mõju oli üsna pikaajaline, mis selgus patsientide küsitlemisel 5 kuud pärast isolatsiooni Donaldson jt (2007) uuringust ja Skyman jt (2010) uuringust, milles isoleerimisest oli möödunud 3 aastat.

3.1.4. Sotsiaalsed suhted lähedastega

Infektsioonhaiguse või mikroobikandluse olemasolu mõjutab patsientide sotsiaalseid suhteid. Barratt jt (2010) uurimuses oli keskseks kogemuse iseloomustuseks „barjääri taga“, mis tähendab, et patsientide jaoks kujutas isolatsioon endast barjääri nende identiteedi väljendamisel ja normaalses inimestevahelistes suhetes. Haiglas on piiratud ka kontaktid teiste patsientidega, mis vähendab võimalusi sotsialiseerumiseks (Barratt jt 2011). Lähedased võivad nakatumishirmu tõttu distantseeruda ja haigus mõjutab läbi negatiivse sotsiokultuurilise tähenduse sõprussuhteid ja tööelu, mistõttu patsiendid ei avalikustanud lähedastele näiteks oma diagnoosi (Currie jt 2018). Lähedaste hirmu nakkuse saamise ees väljendus harvades kontaktides isoleeritud pereliikmega. Lähedased ei teadnud, kuidas käituda ja reageerisid reservatsiooniga sotsiaalses läbikäimises ja kehalises kontaktis. (Skyman jt 2010.) Patsiendid ei julgenud samuti oma lähedasi külastuse ajal puudutada ja nendega füüsilisi tervitus- ja kiindumusavaldusi vahetada (Barratt jt 2010), mis on mõnes kultuuriruumis väga oluline. Enamus peresid olid tähelepanelikud riski osas väikestele lastele ja selle tõttu välistati suhtlusest lapselapsed, kui just personal ei julgustanud neid suhtlema (Criddle ja Potter 2006). Kui patsientidel polnud lähedaste poolse hirmu tõttu külastajaid, tundsid nad hingevalu ja hüljatust (Barratt jt 2010). Sarnased tulemused saadi ka CDI poolt põhjustatud sooleinfektsiooniga patsientide uurimisel (Pacheco jt 2010, Currie jt 2018). Criddle ja Potter (2006) leidsid MRSA koloniseeritud patsientide puhul, et lähedaste arusaamadel oli oluline roll selles, kuidas patsient aktsepteerib oma nakkuskandlust ja kui suurt mõju see elule omab. Sotsiaalne isolatsioon ja isolatsiooniga seotud stigma võib olla mõjutatud ka isikukaitsevahendite kasutamisest (Abad jt 2010). Kuigi patsiendid mõistsid isikukaitsevahendite kasutamise vajadust, leidsid nad siiski, et isikukaitsevahendite kasutamine suurendas hirmu ja märgistatuse tunnet (Barratt jt 2010).

3.1.5. Hoolduse kvaliteet ja kogemused tervishoiutöötajatega

Kuigi mitmed patsiendid nautisid üksikpalati privaatsust ja vaikust, mõjutasid piirangud liikumisele ja teenustele ligipääsule nende kogemusi hooldusega (Barratt jt 2010). Isoleeritud patsientide hinnangul halvenes neile taastusravi ja teiste tervishoiuteenuste kättesaadavus (Barratt jt 2011, Currie jt 2018). Infektsiooni tõttu hilines põhihaiguste ravi ja rehabilitatsioon, kuna infitseeritud patsientidel ei olnud samasuguseid võimalusi, kui teistel sarnase diagnoosiga

inimestel. Näiteks ei saanud infarktist taastuv patsient kasutada järelravi kliinikus basseini. (Skyman jt 2010.)

MRSA-ga nakatunud tundsid kõikehaaravat tõrjutust ning ravist ja hooldusest välja arvatust (Skyman jt 2010). CDI patsientide depressiivsus ja ärevus tulenes peamiselt tundest, et neid koheldi kui põlatuid või heidikuid (Guillemin jt 2014). MRSA ja ESBL kandjad kirjeldasid ka tervishoiutöötajate poolt tugevat ja sagedast negatiivset käitumist, mis viitab tervishoiutöötajate hirmule nakatumise ees. (Currie jt 2018.) Samas ei toeta kõik uuringud arvamust, et isoleeritud patsiendid on hooldusega rahulolematumad kui isoleerimata patsiendid. Lühiajaliselt isoleeritud patsiendid suhtusid isolatsioonis viibimisse enamasti hästi ning olid rahul ka hoolduse kvaliteediga (Wassenberg jt 2010). Mitmete allikate väitel oli isoleeritud patsientidel siiski suurem tõenäosus kehvemale hoolduskvaliteedile, kuna personal külastas neid harvemini ja peamiselt ainult protseduuride läbiviimiseks. (Morgan jt 2009, Skyman jt 2010, Barratt jt 2011.) Eriti mõjutas isoleeritud olemine emotsionaalse hoolduse saamist (Barratt jt 2010). Patsiendid tajusid hoolduse halvemat koordineeritust ja nende vajaduste mitteaustamist. Ravi ja hoolduse organiseerimatus tekitas frustratsiooni. (Mehrotra jt 2013.) Väiksem palatikülastuste arv või kehvem hooldus võib suurendada ka patsiendi ohujuhtumite tekkimise riski (Abad jt 2010, Barratt jt 2011).

Patsiendid märkasid, et tervishoiutöötajatel olid erinevad arusaamad isolatsioonimeetmete järgimisest. Nad ei mõistnud personali erinevat praktikat isikukaitsevahendite kasutamisel. (Criddle ja Potter 2006, Barratt jt 2010, Pacheco jt 2010, Skyman jt 2010.) Pacheco jt (2010) uurisid haiglaravil omandatud CDI infektsiooniga patsientide ja nende lähedaste kogemusi. Infektsioon tekitas suurt emotsionaalset stressi, kuna haiglaravil eeldatakse olemasoleva haiguse paranemist, mitte uue infektsiooni saamist. Patsiendid ja nende lähedased ilmutasid väga suurt valvsust tervishoiutöötajate isolatsioonimeetmete järgimise suhtes ning seadsid mõnikord kasutatud meetmete tõhususe kahtluse alla. Valvsus võib näidata usalduse vähesust tervishoiutöötajate ja haigla vastu, kuna seal haigestuti uude infektsioonhaigusesse. (Pacheco jt 2010.) Sarnaselt kirjeldasid Skyman jt (2010), et isoleeritute jaoks oli kõige raskem kogemus see, kui personal ei pidanud kinni mikroobide leviku tõkestamiseks vajalikest töömeetoditest. Patsientidel oli hea ettekujutus põhilistest hügieenipraktikatest ning nad märkasid, kui tervishoiutöötajad ei teostanud kätehügieeni. Patsiendid süüdistasid personali mikroobide kandmises ühelt haigelt teisele. (Skyman jt 2010.) Isolatsioonimeetmete ebaühtlus tekitab segadust, kui ei saada enam aru, millised on õiged meetmed, mida järgida ja nende tähtsus seatakse

kahtluse alla. Isolatsiooniprotokollil kindel järgimine tervishoiutöötajate poolt suurendab patsientide ja nende lähedaste usaldust personali suhtes ja toetab samaaegselt kohanemist haigusega. (Pacheco jt 2010.) Tervishoiutöötajad peaksid otsima viise patsientide isolatsioonikogemuse parandamiseks, toetades nende kohanemist ja aidates säilitada väärikust (Barratt jt 2010, Guillemin jt 2014).

3.1.6. Informatsiooni ja kommunikatsiooni vajadus

Kõikidest isolatsioonikogemust puudutavatest uurimustest ilmnes patsientide vajadus informatsiooni järele. Criddle ja Potter (2006) kirjutavad, et isoleerimine võib olla väga hirmutav kogemus, eriti kui seda tehakse patsiendi jaoks ootamatult ilma eelneva informeerimiseta. Patsientidel oli erinev teadmiste tase ja arusaam haigustekitaja kohta ning nad väärtustasid informatsiooni, mis võimaldas neil olukorraga paremini kohaneda (Barratt jt 2010, Skyman jt 2010). Kuigi mõned patsiendid olid saanud informatsiooniga rahul (Criddle ja Potter 2006, Lindberg jt 2009, Guillemin jt 2014), puudus sageli selge arusaam isolatsiooni põhjuseks oleva haiguse osas, samuti vajati regulaarselt infot seisundi muutuste kohta (Donaldson jt 2007, Morgan jt 2009, Skyman jt 2010, Barratt jt 2011, Mehrotra jt 2013, Currie jt 2018). Vähene informatsioon haiguse kohta põhjustas hirmu, mis süvendas isolatsioonist tulenevat kehvast emotsionaalset seisundit. Patsiendid ja nende lähedased kartsid, et tervises seisund võib olla eluohtlik. (Guillemin jt 2014.) Patsientide mure ja ärevuse tase varieerusid tugevalt. See oli seotud hospitaliseerimisega, varasemate teadmiste, personali uskumuste ja arusaamise tasemega. (Criddle ja Potter 2006.) Newton jt (2001) tõid välja, et nende uurimuses püsis informatsioonivajadus hoolimata sellest, et patsiendid olid saanud infektsioonikontrolli meeskonnalt nii suulise kui kirjaliku info. Autorid järeldasid, et see võis olla võõras keskkonda ja rolli sattumise emotsionaalseks tagajärjeks ning näitab, et patsiendi informatsioonivajadust tuleb korduvalt hinnata (Newton jt 2001).

MRSA kandjad vajasisid enim teadmisi mikroorganismi ja igapäevaelu korralduse kohta. Haigustekitaja osas sooviti teada kus ja kuidas see saadi, mis see täpselt on, kas see on ravitav ja mida üldiselt oodata. Igapäevaelu korralduse osas uuriti, milline on risk pereliikmetele, kas võib külastada hambaarsti, käia üldkasutatava duši all, kas on lubatud intiimne lähedus. (Criddle ja Potter 2006.) MRSA-ga nakatunud väljendasid õudust mikroobikandluse pärast lisaks oma niigi tõsisele seisundile, mis oli haiglaravile sattumise põhjuseks. Patsientides tekitas segadust, et isegi kui MRSA proovid olid negatiivsed, pidid nad siiski kaasas kandma kollast kaarti ja selle

igakordsel tervishoiuasutuse külastusel esitama. Seda, et inimest käsitletakse kui MRSA kandjat hoolimata sellest, kas külvid on negatiivsed või positiivsed, seda ei selgitatud patsientidele kordagi. (Skyman jt 2010.) CDI põhjustatud sooleinfektsiooni põdevad patsiendid vajasisid rohkem ja kvaliteetsemat informatsiooni nii ravi kui ka taastumise ajal, et paremini kohaneda ettevaatusabinõude ja isolatsiooniga (Guillemin jt 2014). CDI patsiendid tõid häirivana välja asjaolu, et personal ei tahtnud nende tervisliku seisundi kohta informatsiooni jagada. Eriti puudutas see soovi teada saada, kui pikalt haigus ja isolatsioon kestavad. (Pacheco jt 2010.)

Patsiendi perspektiivist võib valesti mõistetud informatsioon piirata heaolutunnet (Lindberg jt 2009). Elukvaliteedi tõstmiseks on patsiendiõpetus ja informatsioon esmatahtsad. Patsiendiõpetus peaks sisaldama murede ja kaebuste kuulamist eesmärgiga hirme ja väärarusaamu vähendada ning tagada, et patsient ja tema lähedased saaksid adekvaatset informatsiooni seisundi, selle lühiajaliste ja pikaajaliste tagajärgede kohta. (Guillemin jt 2014.) Criddle ja Potter (2006) rõhutavad, et oluline on hinnata patsiendi individuaalset informatsioonivajadust, kuna tervishoiutöötajate poolt jagatav informatsioon võib olla ebaühtlane. Pacheco jt (2010) lisavad, et raskes haigusseisundis ollakse emotsionaalselt laetud ja informatsiooni töötlemine on pärsitud. Seetõttu on oluline, et patsient ja tema pere saaks informatsiooni, mis on nende vajadustele kohandatud ja kontrollida, kas jagatud teavet on õigesti mõistetud. Õed olid patsientide jaoks ühed peamistest teabeallikatest, mistõttu peaksid neil haiguse ja isolatsioonimeetmete kohta olema korrektsed teadmised ning oskus teavet edasi anda. (Pacheco jt 2010.) Kirjalik informatsioon oli patsientidele vajalik ja nad pidasid seda informatiivseks, kuid selle jagamine oli ebaühtlane. Samuti ei asendanud ainult kirjalik informatsioon verbaalset suhtlust ja rahustamist. (Criddle ja Potter 2006.)

Kuigi patsiendid peaksid saama usaldada tervishoiutöötajaid ja olema kaasatud oma ravisse, ilmnes Lindberg jt (2009) uurimuses MRSA kandjatega vastupidine. Patsiente informeeriti ebapiisavalt, kuigi tervishoiu perspektiivist vaadates on oluline, et patsiendid saaksid oma infektsioonhaiguse kohta hea arusaamise (Lindberg jt 2009). Informatsiooni vähesusel võivad patsiendid oma tervise seisundi raskuse hindamise aluseks võtta isolatsioonimeetmed. Näiteks võidakse järeldada, et haigus on väga tõsine, kuna rakendatakse isolatsiooni, või et haigus ei ole väga tõsine, kuna personal ei pea ühtmoodi kinni hügieenireeglite täitmisest. (Newton jt 2001.) Vältida tuleb väärarusaamade teket, mis viiks mikroobi levikule ning hoiduda tervishoiutöötajate sellistest käitumisest ja hoiakutest, mis patsiente märgistaks (Lindberg jt 2009, Barratt jt 2010).

4. METOODIKA

4.1. Metodoloogilised lähtekohad

Uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada täiskasvanud patsientide kogemusi kontaktisolatsiooniga ning lähtuvalt sellest on töö empiiriline, kvalitatiivne, kirjeldav. Empiiriline uurimistöö annab teadmusbaasi õenduspraktika ja selle kvaliteedi arendamiseks (Grove jt 2015). Kvalitatiivne uurimismetoodika keskendub inimeste sotsiaalse läbikäimise ning emotsionaalsete vastuste kirjeldamisele mingisugustes situatsioonides ning uuritava sõnadest tähenduse leidmine loob kogemusest sügavama arusaamise. Kirjeldav uurimisplaan võimaldab kirjeldada ja mõista õendusega seotud nähtusi ning hankida ja klassifitseerida distsipliini jaoks vajalikku informatsiooni. (Grove jt 2015.) Käesolev uurimistöö lähtub fenomenoloogilise uurimuse printsiipidest, kuna fenomenoloogiat peetakse sobivaks valikuks, kui soovitakse uurida kogemust ning selle tähendust inimese jaoks (Grossoehme 2014). Andmete kogumiseks kasutatakse seejuures enamasti uuritavate intervjuerimist ja analüüsimiseks kvalitatiivset sisuanalüüsi (Wojnar ja Swanson 2007, Earle 2010).

Isolatsiooni mõju inimesele on uuritud peamiselt kvantitatiivse metoodikaga, kasutades selleks erinevaid skaalaid (Abad jt 2010, Barratt 2011). Mõnel juhul on kvantitatiivset lähenemist kombineeritud kvalitatiivsega, lisades küsimustikele avatud lõpuga küsimusi või viies küsimustikule lisaks läbi mõned poolstruktureeritud intervjuud. Enamus infektsioonhaiguste ja isolatsiooni teemal kvalitatiivset metoodikat kasutavatest töödest keskenduvad patsientide kogemustele mingi kindla diagnoosi või mikroobikandlusega elamisel, näiteks MRSA (Criddle ja Potter 2006, Donaldson jt 2007, Lindberg jt 2009) või ESBL positiivsete mikroobide kandlus (Wiklund jt 2013). Nendes uurimustes on lisaks mikroobikandlusega elamisele mõnikord puudutatud ka hospitaalperioodi ja isolatsioonikogemust. Patsientide kontaktisolatsiooni kogemusele keskenduvaid töid on aga vähe ning nendes on kasutatud fenomenoloogilist lähenemist (Barratt jt 2010) ning täpsustamata kvalitatiivset kirjeldavat meetodit (Newton jt 2001, Skyman jt 2010 ja Pacheco jt 2010). Käesolevas uurimistöös oli kesksel kohal patsientide kontaktisolatsiooni kogemus ning selle uurimiseks oli kohane kasutada kvalitatiivset uurimismeetodit ning fenomenoloogilist lähenemist.

4.2. Uuritavad ja nende värbamine

Lähtuvalt töö eesmärgist olid uuritavateks epidemioloogiliselt olulisi patogeene kandvad patsiendid, kelle suhtes oli haigla infektsioonikontrolli teenistuse poolt kehtestatud kontaktisolatsioon. Uuritavate valikul olid järgmised kriteeriumid: 1) uuritaval oli kogemus kontaktisolatsioonis viibimisega, 2) intervjuerimise hetkeks oli haiglaravi lõppenud, 3) uuritav oli võimeline end väljendama eesti keeles, 4) uuritav oli täisealine ja 5) nõus oma kogemusi jagama.

Uuritavaid värvati Eesti regionaal- ja keskhaiglatest, kus on olemas infektsioonikontrolli-teenistused, mis omavad ülevaadet kontaktisoleeritud patsientidest. Haiglatelt taotleti andmed kontaktisolatsioonide statistilise esinemise kohta osakondade lõikes. See oli vajalik selgitamiseks välja osakondi, kus esineb enim kontaktisoleerimisi. Neid andmeid uurimistöös ei avaldatud. Uurimuses olid nõus osalema Põhja-Eesti Regionaalhaigla, SA Tartu Ülikooli Kliinikum, Lääne-Tallinna Keskhaigla ja Ida-Viru Keskhaigla. SA Tartu Ülikooli Kliinikum ja Lääne-Tallinna Keskhaigla andsid uuritavate leidmiseks loa pöörduda kindlate osakondade (õendus)juhtide poole. Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja Ida-Viru Keskhaigla saavutati kokkulepe kontakteeruda uuritavate leidmiseks infektsioonikontrolli teenistustega.

Asutuste osakonnad või infektsioonikontrolli teenistused teavitasiid uurijat potentsiaalsetest uuritavatest. Enne potentsiaalse uuritava külastamist küsiti asutustest eelifona patsiendi isoleerimise põhjus (haigustekitaja). See võimaldas uurijal järgida patsiendi juurde minnes vajalikke mikroobide leviku tõkestamise nõudeid. Potentsiaalsete uuritavate vähese arvu tõttu loobuti vanuse ja soo küsimisest võimalikult erineva kogemusega uuritavate leidmiseks. Samas tagas kogemuste varieeruvuse see, et uuritavad värvati erinevatest asutustest. Osakondade poolt lubati uurija valdavalt vaid nende patsientide juurde, kes olid rahuldavas üldseisundis ja soovisid suhelda. Kuna tegemist oli kontaktisoleeritud patsientidega, kes ei tohtinud palatist väljuda, jagas uurija kutse uurimistöös osalemiseks (vt lisa 1) igapähele personaalselt. Patsiendile tutvustati kutse sisu esmalt suuliselt, seejärel anti paber kandjal informatsioon ja paluti osalemise soovil uurijaga kontakteeruda. Kohese osalemise soovi korral paluti potentsiaalselt uuritavalt telefoninumbrit. Patsient tegi uurija mobiiltelefonile vastamata kõne, mis jäädvustas tema kontakttelefoni numbrit. Selliselt oli võimalik järgida infektsioonikontrolli nõuet palatist esemeid mitte välja viia. Uuritavaga kontakteeruti vastavalt omavahelisele kokkuleppele uuesti 2-3 nädala pärast,

selgitamaks, kas ta on haiglast lahkunud ning soovib jätkuvalt uurimistöös osaleda. Intervjuu aeg lepidi kokku ühe kuu jooksul haiglast lahkumisest. Kokku jagati asutustes 26 uurimistöös osalemise kutset. Intervjuud viidi läbi 7 inimesega – 4 mehe ja 3 naisega. Uuritavate vanus jäi vahemikku 49-74 aastat. Isoleerimise põhjuseks oli ESBL-positiivsete mikroobide kandlus või infektsioon, CDI infektsioon või *Acinetobacter baumannii* infektsioon. Kahele inimesele oli isolatsioonikogemus esmakordne, viis olid isoleeritud olnud ka varasemalt.

4.3. Andmete kogumine

Kvalitatiivses uurimistöös on üheks andmete kogumise viisiks uuritavate intervjuerimine (Gray jt 2017), mis sobib ka valitud fenomenoloogilise lähenemisega. Käesoleva töö eesmärgiks oli kirjeldada kogemusi kontaktisolatsiooniga üksikisikute vaatenurgast, mistõttu andmete kogumise meetodina oli parim individuaalintervjuu. Individuaalintervjuu kasuks otsustati ka epidemioloogilistel kaalutlustel ning arvestades uuritavate tõenäoliselt kehvemad tervislikku seisundit, mis muudaks näiteks grüpiintervjuude läbiviimise problemaatiliseks. Andmete kogumine toimus juuni 2018–veebruar 2019 ja selleks kasutati poolstruktureeritud intervjuud. Poolstruktureeritud intervjuu võimaldab rohkem keskenduda nähtuse spetsiifilistele aspektidele (Gray jt 2017), samas olid koostatud küsimused piisavalt laiad, et võimaldada uue informatsiooni laekumist. Intervjuu küsimused (vt lisa 2) lähtusid uurimistöe eesmärgist ning olid mõeldud uurimistöe teema fookuses hoidmiseks. Küsimuste koostamisel kasutati Barratt jt (2011) kirjanduse ülevaadet, mis tõstis patsientide isolatsioonikogemuse juures esile mõju psüühikale, isolatsiooniga kohanemise, sotsiaalse isolatsiooni, kommunikatsiooni ja informatsiooni, füüsilise keskkonna ja hoolduse kvaliteedi. Enne andmete kogumise alustamist viis uurija läbi prooviintervjuud kahe kontaktisolatsiooni kogemust omava tuttavaga. Neid intervjuusid kallutatuse tõttu töösse ei kaasatud, kuid need võimaldasid kontrollida ja kohandada intervjuu läbiviimisega seotud aspekte, nagu küsimuste sõnastuse arusaadavus, helisalvestiste kvaliteet jms.

Intervjuud viidi läbi ühe kuu jooksul peale patsiendi haiglaravilt lahkumist. Intervjuu läbi viimiseks lepidi uuritavaga kokku selline koht ja aeg, mis võimaldas segamatut suhtlemist. Kuus uuritavat valisid selliseks kohaks oma kodu ja hommikupoolse aja, kui lähedased tööl olid. Üks patsient eelistas intervjuerimist haiglast lahkumise päeval ja selleks saadi luba kasutada haigla õpperuumi. Ühegi intervjuu läbiviimise ajal ei tekkinud vahelesegamist teiste inimeste poolt. Vahetult enne intervjuerimist selgitati uuritavale uuesti uurimistöe eesmärki, selle läbiviimise

protsessi ja uuritava õigusi ning allkirjastati kahes eksemplaris uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm (vt lisa 3). Intervjuud alustati vaba vestlusega. Esmalt küsiti uuritava enesetunde ja tervise kohta, sealt mindi edasi viimase haiglas viibimise põhjuseni. See aitas vähendada pinget ja suhtlusbarjääri ning soodustas usaldusliku õhkkonna loomist. Inimesed rääkisid meeleldi oma tervisest ning sealt oli hea viia teema üle haigla- ja isolatsioonikogemusele. Intervjueeritaval paluti kirjeldada oma kogemust kontaktisolatsioonis viibimisega. Poolstruktureeritud intervjuu küsimused esitati juurde uuritava poolt tõstatatud teemade järjekorras. Need võimaldasid hoida teemat fookuses ja kirjeldada uuritavatel oma kogemust võimalikult põhjalikult. Kokku viidi läbi seitse intervjuud, ajalise kestvusega 22-74 minutit. Uuritavatele pakuti ka võimalust lugeda intervjuu täisteksti ja teha tekstis parandusi oma isiku võimaliku tuvastamise vältimiseks, kuid ükski uuritav seda võimalust kasutada ei soovinud.

Intervjuud salvestati diktofoni ja uurija mobiiltelefoni diktofoni funktsiooni abil. Prooviintervjuude läbi viimisest oli kogemus, et taustamüra võib oluliselt mõjutada intervjuu helisalvestise kvaliteeti ning kahe seadme kasutamine annab suurema tõenäosuse intervjuu salvestamise õnnestumiseks. Uuritavaid teavitati alati salvestamise alustamisest ja lõpetamisest. Intervjuude helisalvestised transkribeeriti esimesel võimalusel sõna-sõnalt Wordi tekstifailideks, misjärel helisalvestised kustutati. Intervjuude täistekstid olid nummerdatud intervjuude toimumise järjekorra alusel ning sisaldasid uuritava sugu, vanust ja haigustekitaja nimetust. Tekkinud uuritava materjali kogumaht oli fondis Times New Roman kirja suurusega 12, reavahega 1,5 52 lehekülge ning see analüüsiti lähtuvalt töö eesmärgist kvalitatiivse sisuanalüüsi abil. Andmeid koguti nende küllastumiseni, ehk seni, kuni uut informatsiooni enam ei lisandunud. Varasemates isolatsioonikogemust puudutavates töödes on uuritavate arv jäänud 5-16 vahele. Käesolevas uurimistöös tekkis andmete küllastumine 6-7 intervjuu ajal.

4.4. Andmete analüüs

Andmete analüüsimisel kasutati induktiivset sisuanalüüsi. See meetod on sobilik, kui eesmärgiks on kirjeldada mingisugust nähtust, mille kohta on vähe andmeid (Hsieh ja Shannon 2005). Kontaktisolatsiooni kogemust käsitlevaid töid on vähe ja need keskenduvad pigem kindla haigustekitaja tõttu isoleeritud inimeste kogemustele (näiteks MRSA). Seetõttu oli analüüsimisel kohane kasutada induktiivset meetodit. Induktiivse sisuanalüüsi puhul ei kasutata koodide olemasolevatesse kategooriatesse sobitamist, vaid kategooriad ja nende pealkirjad ilmnevad

tekstist induktiivselt (Hsieh ja Shannon 2005). Sisuanalüüsi tulemuseks on mõisted või kategooriad, mis annavad uuritavast nähtusest sisutiheda ja avara kirjelduse (Elo ja Kyngäs 2008).

Andmete analüüsi protsess koosneb Elo ja Kyngäs (2008) järgi kolmest faasist, milleks on andmete ettevalmistamine, andmete organiseerimine ja nende esitlemine. Andmete analüüsi alustati paralleelselt nende kogumisega. Andmete ettevalmistamise faasis kirjutati intervjuude helisalvestised sõna-sõnalt ümber Wordi tekstifailideks. Tekstifailid kontrolliti üle, kuulates üheaegselt intervjuu helisalvestist ja lugedes intervjuu täisteksti. Andmete analüüsimise alustamise eelselt markeeriti intervjuu tekstides musta värviga kõik inimeste ja kohtadega seotud andmed, mis võimaldaksid kellegi tuvastamist. Vastavalt uurimistöö eesmärgile olid analüüsi üksuseks intervjuude tekstid. Need on analüüsi üksuseks sobivad, kuna moodustavad piisavalt suure terviku, kuid nende maht ei ole liiga suur tähendusüksuste kontekstina meeles pidamiseks (Graneheim ja Lundman 2004).

Andmete organiseerimine koosneb avatud kodeerimisest, kategooriate moodustamisest ja abstraktsioonist (Elo ja Kyngäs 2008). Andmete organiseerimine algas intervjuude kaupa. Esmalt loeti terviku tunnetamise eesmärgil intervjuu tekst korduvalt üle. See oli vajalik, et tuvastada esmased teemad või kategooriad. Pope ja Mays (2006) soovivad algandmetest esmalt süstemaatiliselt otsida teemasid, huvitavaid objekte või nähtusi nagu näiteks sündmused, ebatavalised, märkimisväärsed või vastuolulised vaated jms. Teemad on andmestikus tekkinud muustrid, ideed, mis on korratud rohkem kui ühe inimese poolt (Gray jt 2017). Tekstist tõusvad teemad ja pealkirjad märgiti teksti servale üles. Teemade tuvastamise ja terviku tunnetamise saavutamisel alustati kodeerimist. Koodide tuvastamiseks loeti tekst sõna-sõnalt läbi, tõstes selles esile tähendusüksused. Tähendusüksused kondenseeriti ja abstraheeriti koodideks (tabel 1).

Tabel 1. Näide koodide moodustumisest

Tähendusüksus	Kondenseeritud tähendusüksus	Kood
„Üksikpalatis... /.../ nagu kongis oled. /.../ ja need ukсед käisid ka imelikult nagu kongi ukсед, nagu lukustaks sind ära. Ja seal (lüüsi ustel) on need automaatlukud, selline kõva plõks käib läbi.“ (7)	Vangistatuse tunne isolaatori lüüsi uste lukustumise heli tõttu	Vangistus

Protsessi jätkumisel hakkasid tekkima sarnaste koodide rühmad ja neid haaravad sildid. Sildid tulid sageli otse tekstist, kasutades uuritavate endi keelt ja moodustasid esmase kodeerimisskeemi. Seejärel sorteeriti koodid omavaheliste seoste alusel alakategoriatesse. Olenevalt alakategoriate vahelistest seostest organiseeriti need väiksemaks arvuks ülakategoriateks (tabel 2), mis kirjeldavad uurimistöö teemaks olevat kontaktisolatsiooni kogemust. Algselt tekstist tuvastatud teemad ja kategooriate pealkirjad juhtisid andmete paigutamist. Gray jt (2017) ütlevad, et teemade identifitseerimise järgselt kasutab uurija deduktiivset mõtlemist, kui otsustab, millised andmed milliste teemade alla paigutuvad. Kategooriate moodustamisel liikus uurija pidevalt algandmete juurde tagasi, kontrollides andmete sobivust kategooriatesse. Andmete abstraktsioon toimus samaaegselt kategooriate tekkimisega. See on protsess, mille abil kondenseeritud tekst grupeeritakse abstraktsemate pealkirjade alla, mis kirjeldavad ja interpreteerivad uuritavat teemat (Graneheim ja Lundman 2004).

Tabel 2. Näide kategooriate moodustumisest

Kood	Alakategooria	Ülakategooria
Vangistus	Isolatsioonis elamine	Isolatsioonimeetmete ja infektsioonhaigusega seotud kogemused

Andmed on esitletud tulemuste peatükis. Analüüsi protsess on visualiseeritud nii tabelitena teksti sees kui ka lisades toodud uurimistöö tulemuste koondtabelina (vt lisa 4). Iga alakategooria kohta on toodud näited algandmetest, kasutades selleks tsitaate intervjuudest. See võimaldab lugejal näha, millistel andmetel uurija tõlgendused ja väited põhinevad.

4.5. Uurimistöö usaldusväarsuse tagamine

Kvalitatiivses uurimistöös tagab usaldusväarsuse uuritavate ja uurimistöö käigu täpne ja selge kirjeldus ning tulemuste adekvaatselt illustreeritud esitus (Graneheim ja Lundman 2004). Sellest lähtuti kõigis uurimistöö teostamise etappides, alates uurimistöö kavandamisest kuni tulemuste esitamiseni. Antud uurimistöö usaldusväarsuse tagamiseks kirjeldati täpselt uurimistöö läbi viimise konteksti, meetodika valikut, uuritavate kaasamise kriteeriume, uuritavaid iseloomustavaid jooni ja andmete kogumise ning analüüsi protsessi. Uurimistöö eesmärgist tulenevalt kasutati uurimistöös kvalitatiivset uurimismeetodit ning fenomenoloogilist lähenemisviisi. Uuritavate kaasamise kriteeriumid lähtusid uurimistöö eesmärgist ning tagasid

uurimistööks teemakohaste ja usaldusväärsete andmete kogumise. Selleks, et saada uuritavate haiglas kogetu kohta tõest informatsiooni, koguti andmed patsientidelt peale haiglaravilt lahkumist. Haiglaravil viibides oleksid võinud patsiendid oma tunded ja kogemused jätta kirjeldamata personalipoolsete sanktsioonide hirmus. Haiglateskkonnast lahkununa tundsid uuritavad end tõenäoliselt vabamalt ja avasid end uurijale julgemalt ja rohkem. Andmete kogumiseks kasutati poolstruktureeritud intervjuud, kuid uuritavaid julgustati vabalt rääkima oma kogemustest, et saada nähtuse kohta võimalikult sügavat ja laiahaardelist infot. Intervjuu küsimuste poolstruktureeritus vähendas andmestiku ebaühtluse võimalust, kuna kõikidelt osalejatelt küsiti samu teemavaldkondi katvaid küsimusi. Andmed koguti lühikese ajaperioodi jooksul uuritavate ühekordse intervjuerimisega. Selle tingis ühelt poolt uurimistöö läbiviimiseks olev piiratud aeg, kui ka patsiendi kogemuse värskus ja uurimistöös osalemise soovi säilimine. Uurija kogemusest nähtus, et mida kauem aega möödus haiglast lahkumisest, seda vähem olid inimesed nõus uurimistöös osalema.

Tulemuste usaldusväärsete tagamiseks esitati andmete analüüsi etapid detailselt, võimaldades lugejal jälgida analüüsi protsessi kodeerimisest kuni kategooriate moodustamiseni. Analüüsi protsessis kasutati läbipaistvuse suurendamiseks ka juhendajatega konsensuse saavutamist. See tähendab, et juhendajad läbisid samuti andmete analüüsi protsessi ja eriarvamuste korral otsiti konsensust. Uurimistöö tulemused ja järeldused on vastavuses töö eesmärgiga. Tulemused illustreeriti tsitaatidega algandmetest ja analüüsi protsess näitlikustati tekstis ja uurimistöö lisas toodud tabelite abil. Tulemusi võrreldi varasemate uurimistööde tulemustega. Välja toodi ka uurimistööga seotud piirangud, probleemid ja eetilised kaalutlused.

5. TULEMUSED

5.1. Täiskasvanud patsientide kogemused kontaktisolatsiooniga

Andmete analüüsi tulemusena moodustus kolm kontaktisolatsiooni kogemust kirjeldavat ülakategooriat: „isolatsioonimeetmete ja infektsioonhaigusega seotud kogemused“, „inimeste ja suhetega seotud kogemused“ ning „teabega seotud kogemused“ (tabel 3).

Tabel 3. Täiskasvanud patsientide kontaktisolatsioonikogemust kirjeldavad ala- ja ülakategooriad

Alakategooriad	Ülakategooriad
Isolatsioonis elamine Infektsioonhaiguse kogemine	Isolatsioonimeetmete ja infektsioonhaigusega seotud kogemused
Suhted lähedastega Kogemused tervishoiutöötajatega	Inimeste ja suhetega seotud kogemused
Teadmised ja arusaamad Teabe saamisega seotud kogemused	Teabega seotud kogemused

5.2. Isolatsioonimeetmete ja infektsioonhaigusega seotud kogemused

Isolatsioonimeetmete ja infektsioonhaigusega seotud kogemusi kirjeldav ülakategooria hõlmas endas 2 alakategooriat: „isolatsioonis elamine“ ja „infektsioonhaiguse kogemine“ (tabel 4).

Tabel 4. Isolatsioonimeetmete ja infektsioonhaigusega seotud kogemusi kirjeldavad koodid ja alakategooriad

Koodid	Alakategooriad
Privaatsus Vangistus Üksindus Häiriv vaikus Häirivad olmetingimused Kogemus aja aeglasemast kulgemisest Aja sisustamine ja üksinduse leevendamine	Isolatsioonis elamine
Räpasuse, tõrjutuse ja märgistatuse tunne Hirm teiste nakatamise ees Infektsioonhaiguse emotsionaalne ja füüsiline mõju Vajadus emotsionaalse toe järele Iseseisvuse kaotamine ja vajadus seda säilitada Vajadus olla kaasatud terviseiga seotud otsustesse	Infektsioonhaiguse kogemine

5.2.1. Isolatsioonis elamine

Uuritavad pidasid isolatsiooni juures meeldivaks üksikpalati pakutavat privaatsust. Teistega suhtlemine ja koos olemine võis halva enesetunde korral olla koormav ning üksikpalat pakkus taastumiseks vajalikku rahu. Palatist lahkumise keeld põhjustas aga vangistatuse tunnet, piirates liikumisvabadust ja sotsiaalseid suhteid. Üksinduses oldi nädalaid, mõnel juhul ka kuid. Kontaktid haiglapersonaliga võisid olla päeva jooksul ainsad ning nende sagedust peeti ebapiisavaks.

„...ausalt öeldes kui tervis piinab, /.../ ongi nagu parem, kui ei pea teistel ees jalus olema. Tahakski vaikselt omaette olla niimoodi. /.../ Kui tervis parem, siis on teiste seltsis ka parem olla.“ (3)

„...vahepeal ma küsisin tohtri käest ka, /.../ et õhtul, kui on vähem rahvast, kas ma võin seal (koridoris) jalutada ja ta ütles, et ei tohi /.../ Minu meelest see oli nii hull, sa oled kinni seal täiesti üksinda, täitsa isoleeritud teistest. /.../ Sisse suletud ja kinni müüritud...“ (1)

„Üksikpalatis... /.../ nagu kongis oled. /.../ ja need ukсед käisid ka imelikult nagu kongi ukсед, nagu lukustaks sind ära. Ja seal (lüüsi ustel) on need automaatlukud, selline kõva plöks käib läbi.“ (7)

„Noh vahel tuli mõni hooldaja ka, või siis õde ka, või arst käis ka päevas korra. Seda on vähe ikkagi. /.../ Enamuse ajast olin ikka üksinda. Täitsa üksinda olin. (5)

Pikemat aega väikeses palatis viibides muutusid oluliseks ruumi olmetingimused. Mõnes isolaatoris puudusid kommunikatsioonivahendid, nagu televiisor. Vaikuses olemine tekitas aga negatiivseid emotsioone ja igatsust suhtlemise järele. Sotsiaalsete kontaktide vähenemise tõttu sooviti aknast näha inimeste liikumist ja tegevust, kuid palati vähene avarus ja valgus ning aknast puuduv vaade süvendasid ruumi üksluisust. Lisaks ajaviitevahendite puudumisele võisid patsiente häirida ka ebamugav voodi, isolaatori ventilatsioon ja seintel olevad pildid. Olmetingimuste kohta märgiti ka, et külmiku olemasolu palatis suurendaks mugavust ja vähendaks sõltuvust personalist.

„Nagu hauavaikus oli seal. No võiks olla üksikpalatis ju ka telekas, kuid kes see jõuab neid telekaid osta... võibolla raadio...“ (5)

„...mis mind kõige rohkem nagu endast välja viis, oli see, et /.../ need (lüüsi) ukсед on kinni ja ei kuule absoluutselt inimeste hääli, liikumist /.../. Tundsin puudust inimeste häälest, kasvõi nägemisest. /.../ Seal palatis ei olnud üldse avarust ja valgust, seda loomulikku valgust ei paistnud sisse. Ma ei näinud aknast inimesi, päike ei paistnud aknast ka sisse. (1)

„...see voodi on kuidagi nii, esiteks seal on kile peal, ta on libe, ta on vastik ja sa higistad seal end läbi. Ja siis sa mõtled neid variante, paned teki alla, et selg ei hakkaks kohe higistama. On nagu kaasaegne voodi küll, kuid ta ei hinga. Nad /.../ panevad veel /.../ need pamperslinad alla. See on ju puhas kile ja siis nad on sassis sul seal...“ (7)

„...ma olin seal lüüsigal palatis, kus on ka ventilatsioon tugevam. /.../ siis see intensiivselt tõmbas väljast tulevat kütmise vingu sisse, midagi hingata ei olnud... /.../ Ja see on niimoodi projekteeritud, et see on sul täpselt seal voodi kohal ja sõna otseses mõttes puhub sulle külma õhku pähe. /.../ Mul tekkis täiesti hirm, et ma saan seal täiesti kopsupõletiku juba. /.../ Juba ootasid täiesti hirmuga seda õhtut, kui kõik tulevad koju ja hakkavad kütma ja palat täitub kirbe vinguga. /.../ See oli lihtsalt nii väljakannatamatu /.../ tundsin, et ving mürgitab mind.“ (4)

„...ma ei tea, kas see pilt on seal seinal peal, või ei ole, see, tundus mulle, et tuleb lõpuks mulle siia pähe ja siis õde võttis selle ära.“ (1)

„...teinekord oli mul juba täiesti piinlik kutsuda põetajaid, et ole nüüd hea, too mulle külmkapist see ja too, jooksutada neid kogu aeg. Võiks olla oma külmkapp, kus saaks hoida oma toitu.“ (4)

Üksluine keskkond ja vähene tegevus põhjustasid aja aeglustumise tunde. Oodati järgmist protseduuri või toidukorda ning arvestati aega isolatsiooni eeldatava lõppemiseni. Tegevuste otsimine aitas olla aktiivne ja mõtteid ootamiselt eemale juhtida. Päev struktureeriti tavaliselt toidukordade ja protseduuride järgi ning nende vahel püüti aega ise sisustada. Meedia ja kommunikatsioonivahendid, lähedastega suhtlemine ja aknast välja vaatamine võimaldasid säilitada sidet välismaailmaga ning vähendasid üksildustunnet. Liikumine ja füüsilised harjutused aitasid lisaks aja sisustamisele ka haigusest taastuda, kuid selle takistuseks võisid saada palati piiratud ruum ja harjutusvahendite puudumine.

„...seal ikka loed neid päevi ja vaatad aknast ühte punkti kogu aeg ja ootad seda antibiootikumi jälle ja /.../. Kui aga midagi teed, siis tunned, et sa ikka elad, mitte ei oota kogu aeg...“ (4)

„...hommikul said söögi kätte ja siis vaatasin kella, et nelja tunni pärast tuuakse uuesti süüa, siis tuli õhtusöök, siis oli teevesi ja siis teadsid, et nüüd on vaja magama minna. /.../ vaatasin televiisorit. /.../ Uudiseid tahad ikka vaadata, et teada, mis seal väljas toimub /.../. Mul oli kaks telefoni, üks oli siis helistamiseks, teisest kuulasin raadiot. /.../ Raamatud olid. /.../ Ristsõnad olid ka...“ (6)

„Aeg läks nii aeglaselt edasi. /.../ Meheõde käis ja mu tütar käis ka kogu aeg vaatamas, see nagu leevendas üksindust. /.../ mul oli telefon, ma lobisesin ka üsna palju. Aknast välja vaatamisega ma veetsin ka aega“ (5)

„...ja seal palatis natuke nokitsesin ja õppisin uuesti kõndima, et voodist välja saada.“ (2)

„...kui sa tahad edasi elada, siis sa ju pead liikuma, aga kui ei saa (väikese palati tõttu)...“ (7)

5.2.2. Infektsioonhaiguse kogemine

Infektsioonhaigus ja isolatsioonimeetmete rakendamine tekitas patsientides räpasuse ja tõrjutuse tunde. Isolatsioonimeetmete vajalikkust küll mõisteti, kuid uuritavad tundsid end siiski räpasena, tõrjutuna ja märgistatuna. Teadlikkus oma nakkusohtlikkusest pani patsiendid muretsema nendega kokku puutuvate inimeste turvalisuse pärast. Tunti hirmu lähedaste nakatamise ees, neid teavitati nakkusohust ning vähendati sotsiaalseid kontakte. Patsientide hirmu süvendas teadmatus mikroobi olemusest ja nakatumisteest. Naised olid mures laste nakatamise pärast ning soovitasid väikeste lastega kontaktis olevatel tuttavatel külastama mitte tulla. Lisaks lähedastele kardeti nakatada ka tervishoiutöötajaid, kes ei kasutanud protseduuridel või hooldamisel isikukaitsevahendeid.

„...selline tunne nagu ma oleksin must, ei peseks ennast üldse, igasuguseid mõtteid käis peast läbi, /.../ et mina olen selle mikroobiga.“ (2)

„Samas saad nagu aru, et see (isolatsioonimeetmed) on nende (tervishoiutöötajate) ja teiste haigete kaitseks ja nii ta peabki olema, aga tahes-tahmata tunned, et sa oled „selline“ ja see hakkab ikka (meeleolu) mõjutama.“ (4)

„Alguses, kui nende roheliste riietega palatis käima hakati, siis oli küll raske tunne, et nüüd kõik hoiavad eemale sinust ja räägivad teistes osakondades (uuringutele viies), et sul on see ja see nakkus küljes. /.../ Sul on see kollane kleepekas küljes ja ongi kõik.“ (7)

„Tuttavaid ma teavitasin kah. Põhimõtteliselt oleks tulnud ka mul sõbramees /.../ vaatama. Aga ma ütlesin ära, et ma olen isoleeritud palatis, et ei saa nagu tulla.“ (3)

„Ma ütlesin (sõbrannale) ära, /.../ tal oli väike lapselaps ka ja sündis alles, ma ütlesin talle, et ärgu hakaku tulema. Ta ise oleks muidu tulnud küll. /.../ Rääkis küll neile (lähedastele), et igaks juhuks teavad (eemale) hoida...“ (5)

„...osad (haiglatöötajad) ei pannud üldse seda (riietust) selgagi, ma ütlesin, et te ei tohi nii, ma olen nakkav, kuidas sa tuled siia ilma maskita? Et ära tule ligi, /.../ et jääte haigeks!“ (2)

Infektsioonhaiguse lisandumine teistele terviseprobleemidele tekitas hirmu püsiva tervisekahjustuse ja surma ees, mida soodustas tervishoiutöötajate poolt jagatud vähene teave. Teadmatus ja hirm tervise pärast avaldas vaimsele tervisele negatiivset mõju ning tekitas masendust ja depressiooni. Tunti vajadust professionaalse emotsionaalse toe järele. Emotsionaalset tuge oodati eelkõige tervishoiutöötajatelt, kuna lähedasi ei soovitud liigselt koormata. Infektsioonhaigus põhjustas lisaks vaimsetele kannatustele ka füüsilist kurnatust, halvendades patsientide võimekust enese eest hoolitseda.

„...see nakkus... ma ei teadnud, mis asi see on, ja nad ei seletanud ka mulle, noh, nad ei seletanud minu jaoks lahti, ja minu jaoks oli see õudne. /.../ ja öeldi, et selle jaoks ei ole veel rohtu välja mõeldud...“ (2)

„Ja sellega on ka nii, et see tervis on nii käest ära ja see bakter hakkab ka jälle ikka vohama /.../ Ja eks see kõik hakkab pikapeale vaimu peale. Eks seal allaandmise ja lootusetuse piiri peal käid ikka kogu aeg, ei tea, kummale poole kukud... Vägisi surud need mõtted alla, kuid oled nii piiri peale viidud..., oled nii palju kannatanud. /.../ et kas ongi üldse mõtet edasi elada...“ (7)

„Suhelda oleks vaja, et neid lolle mõtteid üldse ei tulekski pähe. /.../ lähedasi ei tahakski koormata, näed ju, et nad elavad ka kaasa /.../. Oleksin tahtnud sellist toetust, et kõik need mustemad stsenaariumid ja kõik oleks saanud läbi rääkida kellegagi. Et keegi (tervishoiutöötajad) oleks küsinud. Aga muidu oled kõige selle koormaga täiesti üks. /.../ Võiks jah nagu mingi hingetohter olla, kes patsiendiga suhelda oskaks.“ (4)

„Sa oled haige, ei tahagi nagu väga midagi teha, sul on halb olla. Nii jõuetu, muutud nagu juurviljaks. Saad ainult selle tableti kätte ja ainult magad.“ (7)

Vabaduse piiramine ja infektsioonhaiguse põhjustatud abitus võtsid patsientidelt iseseisvuse. Uuritavad kirjeldasid piinlikkustunnet, mis oli seotud kõrvalise abi kasutamisega ning väljendasid soovi säilitada iseseisvust ja vähendada sõltuvust personalist. Sooviti omada kontrolli toimuva üle ning olla kaasatud raviotsuste tegemisse. Terviseotsuste langetamine patsienti kaasamata tekitas nõrdimust ja vastuseisu ning jättis patsiendi ilma olulisest sõnaõigusest. Üks uuritav avaldas soovi arutada toetavate ravimeetmete üle, millest ta oli lugenud, kuid tundis arsti poolt soovimatust antud teemat arutada.

„Kuna sa välja sealt (palatist) ei saa ja oled seal kuu aega, siis teinekord oli mul juba täiesti piinlik kutsuda põetajaid, /.../ jooksutada neid kogu aeg.“ (4)

„...hooldusõed aitasid duši all käimisega või voodi korrastamisega. /.../ Aga olen püüdnud ära teha, mis mina ikka saan, kui ma ei saa, siis tulevad aitavad...“ (1)

„...ma mõttes elasin kaasa selle protsessile ja küsisin arsti käest ja õdede käest ja kõigi käest, et see mis toimub, oleks kogu aeg ka minu kontrolli all.“ (4)

„Ja nad tahtsid mulle järjekordset operatsiooni teha, ja ma ütlesin, et ma ei taha seda. Aga nad minu arvamust üldse ei küsinudki. Kogu mäng käis üle minu pea. Mul ei olnud mingit sõnaõigust.“ (7)

„Vot ei pakutud neid alternatiivvariante, mis on, kuigi ma selle haiguse ravijuhendit internetist isegi lugesin. /.../ (Arstid) võiks olla nagu avatuma suhtumisega.“ (4)

5.3. Inimeste ja suhetega seotud kogemused

Inimeste ja suhetega seotud kogemusi kirjeldav ülakategooria hõlmas endas 2 alakategooriat: „suhted lähedastega“ ja „kogemused tervishoiutöötajatega“ (tabel 6).

Tabel 6. Inimeste ja suhetega seotud kogemusi kirjeldavad koodid ja alakategooriad

Koodid	Alakategooriad
Kontakti säilimine lähedastega Lähedaste toetus Lähedaste ehmatuse ja hirm nakatumise ees Suhtlemist takistavad tegurid	Suhted lähedastega
Rahulolu ravi ja hooldusega Tänulikkus ja usaldus personali vastu Positiivse suhtumise tajumine Patsiendi toetav käitumine Vähene suhtlemine patsiendiga Personali ärevuse ja ettevaatlikkuse tajumine Ebameeldivad kogemused personaliga	Kogemused tervishoiutöötajatega

5.3.1. Suhted lähedastega

Uuritavate kogemused lähedaste käitumisega olid erinevad. Kirjeldati lähedaste ehmatust mikroobi olemasolust teada saamisel. Kuigi pereliikmed esialgu ehmusid, jätkati haige toetamist

ja küllastamist. Lähedaste tugi võimaldas patsientidel haiguse ja isolatsiooniga paremini toime tulla ning positiivsus lohutas ja leevendas kehva enesetunnet. Suheldi sageli ja lähedal elavad pereliikmed varustasid patsienti soovitud asjadega. Infektsioonhaigus võis patsientide suhteid oma lähedastega mõjutada ka negatiivselt. Uuritavad kirjeldasid, kuidas sõbrad tõmbusid mõnikord infektsioonhaigusest teada saamisel eemale.

„...kui ma ütlesin, et mul on siin mingi bakter juurde tulnud, et pean olema siin eraldi ja peab panema kaitsevahendid kõik, eks see muidugi ehmatas neid (pere). /.../ aga et nüüd keegi oleks hakanud minust eemale hoidma, sellepärast, et mul on mingi bakter või, absoluutselt ei ole. /.../ neid (pere) ei peletanud eemale, pärast nad käisid kogu aeg mu juures.“ (1)

„...see lähedaste tugi /.../ ja see, et pidevalt nendega suhtled /.../ See oli ka selline leevendav tunne. Nemad (pere) pigem olid toetavad, et pole midagi, küll saab selle kontrolli alla, see ei ole midagi hullu. /.../ See oli selline väga tugev tugi mulle, et abi oli lähedal. Kui ma puudust tundsin millestki, siis see toodi mulle. Pigem (pere) olid sellised positiivsed.“ (4)

„Tütred 3-4 korda nädalas käisid ikka. Ja sõbrad käisid ju kõik pakituna seal minu juures.“ (6)

„See 8 aastat haigust on suhtlusele sõpradega ikka tõsise paugu pannud. Kõik teavad, et sa oled haige ja mis sa teed, eks neil ole ka oma elu elada, ei kohtu (enam) nii tihti. Ma ei teagi, kas nüüd selle mikroobi pärast või miks...“ (7)

Toodi välja ka suhtlemist takistavaid tegureid. Väljendati traditsioonilist mehe soorolliga seotud arusaama, et mehed peavad olema tugevad ja ei tohi oma tundeid välja näidata. Sellest tulenes ka soov endast positiivset kuvandit jätta ja tervislikku seisundit ning negatiivseid emotsioone sõprade eest varjata. Suhtlemist võisid takistada ka isikukaitsevahendid, nagu mask.

„Ikka ju meesterahvas, mida ma nutan oma hädade üle sõprade ees /.../ Häbimärgistamise kartust mul ei olnud. Ma lihtsalt ei tahtnud, et sõbrad teaks, pole nagu kombeks. /.../ ma pigem ise ei tahtnud ikkagi neid (sõpru) sellistesse üksikasjadesse pühendada (haigusesse) /.../ Tegelikult ikkagi ei julgenud (jagada süngeid mõtteid ja hirme kellegagi). /.../ Sellel hetkel proovid ju ise ka halva mängu juures head nägu teha, kuigi sul olukord on selline, et /.../ kõik kohad valutavad, aga püüad ikka välja näha positiivne. Positiivsemat kuvandit endast jätta kõigile.“ (4)

„...ühte ei tundnud äraagi, oli mul üks tuttav, ta ei saanud ise riideid selga, siis tuli õde appi, ja ta oli nii hästi mässitud, et ma mõtlesin, et kust kosmosest ta nüüd tulnud on. Enne kui häält hakkas tegema, siis sain aru, kes ta on.“ (6)

5.3.2. Kogemused tervishoiutöötajatega

Patsientide kogemused tervishoiutöötajatega sisaldasid nii positiivseid kui negatiivseid aspekte. Mõned uuritavad olid isolatsioonikogemusega rahul ja leidsid, et teenindus ja ravi olid head. Kõrgema etapi raviasutuse ja tervishoiutöötajate suhtes tunti tänuikkust ja usaldust, kuna usuti nende suuremasse professionaalsusesse. Uuritavad tajusid tervishoiupersonali poolt positiivset suhtumist ning hindasid vastutulelikkust, abivalmidust ning hoolimist. Mõnel uuritaval oli kogemus nii tavapalatis kui ka isolaatoris olemisega ning nad ei tundnud, et isoleerimine oleks muutnud personali head suhtumist neisse. Halva tervisliku seisundi korral leiti tuge tervishoiutöötajate sõbralikkusest, huumorist, positiivsusest, julgustamisest, usalduslikest vestlustest ning huvi tundmisest patsiendi käekäigu vastu. Uuritavad hindasid väga ka vestlusi arstiga.

„...mina olen üldiselt selle üksinda palatis olemise kogemusega /.../ väga rahul, teenindus, kõik on hea, ravi on kohe, nagu näha, ikka selline professionaalne, igatpidi uuritakse kõik kohe põhjalikult välja, et mingi raviga kohe alustada. (3)

„...ma oleksin pidanud kohe sinna (haiglasse) tulema, aga see on tagantjärele tarkus alati, ja ma mõtlesin, et kui üldse keegi korda saab mu, siis on need (haigla) arstid...“ (1)

„Minul trehvas personal õnneks kõik nii hea /.../. Mul tuli vahepeal isegi tunne, et nad pingutasid ennast üle. Ma ütlesin, et ma ei ole nii haige, et sa peaksid iga tunni aja tagant käima ja küsima, kuidas on. Aga nad ütlesid, et /.../ ma tulen ikka vaatama. Hoolisid...“ (6)

„Minusse suhtuti kogu aeg samamoodi (hoolimata isoleerimisest). /.../ Hooldusõed olid väga sõbralikud, viskasid nalja, see oli selline leevendav...“ (2)

„Ma tunnen küll, eks ma ise tean ka ikka natuke, aga kui arst oma suure kogemusega tuleb ja ikka räägib, siis on hea.“ (3)

Negatiivsena kogeti tervishoiutöötajate vähest suhtlemist ja harvu palatikülastusi. Kirjeldati personali ärevust ja ettevaatlikkust, mis oli seotud patsiendi infektsioonist teada saamise ja isolatsiooniabinõude kehtestamisega. Tervishoiutöötajate ettevaatlikkust tajuti palatisse mitte sisenemise ja üle ukse rääkimisena. Uuritavad kogesid ka konflikte ja haavavat suhtlusviisi, mis põhjustas kannatusi. Tunti ka hirmu personali häirida, kartuses ebameeldiva kohtlemise ees. Samas aga lepiti tervishoiutöötajate halva käitumisega ja vabandati seda välja.

„Noh vahel tuli mõni hooldaja ka, või siis õde ka, või arst käis ka päevas korra. Seda on vähe ikkagi...“ (5)

„... ma nagu vaatasin, et viimane ettevaatlikkus läks lahti /.../ Nad ei tulnud sisse, nad rääkisid minuga üle ukse...“ (2)

„Enamus arstide puhul tundsin, et nad olid üleolevad minu suhtes, ainult mõned suhtlesid sõbralikult. Õed ka ei suhtunud minusse, kui samaväärsesse /.../ Ja mõnikord nad käitusid inetult. /.../ Võiks ikka suhtuda kui võrdsesse, mitte et sa tunned, et oled seal nagu mingi jäänus...“ (7)

„...ma ei julgenud ka nii väga...(küside). /.../ no osad olid sellised (kelle käest ei julge küsida), no igasuguseid inimesi on...“ (2)

„Aga mõni teine tuli ja plärtsus sinu peale ja kui sul oli niigi vilets tuju, siis... (tekitas masendust). /.../ Aga ma võtsin seda ka nii, et raske töö ja väike palk, aga samas ta teeb oma töö ära ju.“ (4)

5.4. Teabega seotud kogemused

Teabega seotud kogemusi kirjeldav ülakategooria hõlmas endas 2 alakategooriat: „teadmised ja arusaamad“ ja „teabe saamisega seotud kogemused“ (tabel 5).

Tabel 5. Teabega seotud kogemusi kirjeldavad koodid ja alakategooriad

Koodid	Alakategooriad
Infektsioonhaiguse ja isolatsioonimeetmetega seotud teadmised ja arusaamad Nakatumisega seotud teadmised arusaamad	Teadmised ja arusaamad
Rahulolu informeerimisega Ebapiisav informeerimine ja teadmatuse isolatsioonis viibimise ajal Isoleerimise eelne vähene teavitamine Informeerituse tagab patsiendi ja lähedaste huvi ning initsiatiiv Vajadus saada haigustekitaja kohta arusaadavat ja kirjalikku teavet Teadmatuse, kellelt informatsiooni küsida ja julgusetus seda teha Kogemused segadusse ajava teabega	Teabe saamisega seotud kogemused

5.4.1. Teadmised ja arusaamad

Infektsioonhaiguse ja isolatsioonimeetmete kohta olid uuritavatel erinevad teadmised ja arusaamad. Isikukaitsevahendite kasutamise nõue pani mõned uuritavad arvama, et tegemist on tõsise haigusega. Samas arvasid teised, et haigus ei ole ohtlik, mikroobi leviku piiramiseks kasutusele võetud abinõud on piisavad ja infektsioon on ravitav. Teati, et mikroobikandlus on eluaegne, haigustekitajad elavad inimese enda mikroflooras, hakkavad teatud tingimustel paljunema ning haiglasse sattumisel kehtib igakordne isoleerimise nõue. Uuritavates tekitasid küsimust ka erinevad nõuded haiglas ja kodus. Ei mõistetud, miks haiglas peab olema isoleeritud, kuid haiglast lahkumisel võib kasutada ühistransporti ja külastada avalikke kohti. Teati, et mikroobide leviku vältimiseks on oluline end pesta, haavade eest hoolitseda ja teisi nakkusi vältida. Arvati ka, et lähedased ei tohi nakatumise ohu tõttu haiglas külastamas käia.

„...mul oli selline tunne, et nüüd olen ma ikka tõesti haige, kui ainult skafandritega ainult juurde lastakse. Ma mõtlesin tõesti, et ma olen tõsiselt haigeks jäänud.“ (6)

„...no ma vaatasin, et ikka midagi sellist katastroofilist ei ole, ei väga hull ei olnud. Eks ma tean ka, et tänapäeval igasugune kaitse on ja saab teha, et see bakter igale poole ei leviks. /.../ tänapäeval on ikka kõik juba ravitav ka.“ (3)

„Põhiline, et seda (mikroobi) ma kannan eluaeg. /.../ üksikpalat jääb mulle vist kogu ajaks, kui haiglasse lähen...“ (2)

„...ma lugesin sealt (brošüürist), et igal inimesel on ta sees, aga kui nad ärrituvad, need bakterid, siis nad võivad hakata tegutsema. Ja ma kardan, et mind on nii palju löigatud, et ju neid midagi ärritas ikka.“ (6)

„...leiti mingi bakter ja ei tohi kokkupuudet teiste inimestega üldse olla... /.../ samas räägiti, et kui lähen välja, siis võin ju puutuda igaihega kokku. Algul ei saanud täpselt aru, kuidas ma siis pean olema seal (haiglas). Aga samas, kui lähen haiglast välja, võin sõita bussiga, trammiga, mis iganes, siis ei juhtu midagi.“ (1)

„Peab ennast nakkuse eest hoidma, desinfitseerima kogu aeg, puhastama ja pesema, et ei nakataks (teisi).“ (7)

„...see viimane kord, kui ma isoleeritud olin, siis ei saanud keegi käia. /.../ mina sain aru, et parem kui (külastajad) ei tule. No võib-olla haiglatöötajatel ka nii palju tegemist, et ma saan aru ka, et ei taha ju, et keegi niimoodi tuleks.“ (3)

Arvati, et nakatumine võis toimuda teise patsiendi tõttu, tervishoiutöötajate süül või mikroob oli pärit haiglakeskkonnast. Uuritavad väljendasid ka teadmatust nakkuse päritolu osas ja kartsid, et võisid olla haiguse olemasolus ise süüdi. Samuti väljendati mõtet, et haiguse põhjuseks on jumala või saatuse sekkumine.

„Mul on meeles see, et ükskord avastati, ma olin seal intensiivravis, et teine (infektsiooniga patsient) oli täpselt teisel pool kardinat seal /.../ Aga ma olin selleks ajaks nädal otsa temaga seal juba koos olnud. Sealt võis ka midagi tulla.“ (6)

„...ja ma ei saanud aru, kuidas ma üldse selle sain /.../ ma ei tea, kas see on selle pärast, et üks (kiirabi)brigaad oli väga lohakas, nad panid mulle kanüüli ja see kanüül läks pahaks, tuli põletik, mind tükk aega (haiglas) tohterdasid, mulle jäi selline mulje, et see on nende lohakus...“ (2)

„...ma sain selle mikroobi siit samast majast (haiglast). /.../ kõik see (mikroobid) kukub ju maha põrandale ja tassitakse seal laiali. /.../ ja niimoodi viiakse ju neid ka operatsioonituppa ja kui kõik niimoodi mööda maja ringi kõnnivad, siis ei saagi ju mingit puhtust olla. Lapsed ka ju käperdavad mööda maad ja võivad ju saada sealt midagi. Ja siis mingi memmeke käib ja nühib mööda maad ühe lapiga kõik selle laiali... need nakkuskolded.“ (7)

„Ei teadnud ka, et võib-olla oleks ise saanud midagi teha, et seda bakterit ei oleks ka. Aga ei teadnud ju.“ (3)

„Ma jumalat küll ei usu, aga ma mõtlesin, et ma ei ole talle nii palju halba teinud, et sihukesed hädad kõik külge tulevad. /.../ kui saatuse on niimoodi läinud, siis..“ (6)

5.4.2. Teabe saamisega seotud kogemused

Mõned uuritavad olid tervishoiutöötajatelt saanud teabega rahul ning neil oli piisav informeeritus tervises seisundi ja haiguse prognoosi osas. Hinnati ausat ja avameelset teavitamist, mis tähendas, et patsiendile selgitati ka kõige halvemat stsenaariumi. Samas kogeti informatsioonipuudust ja tervishoiutöötajate soovimatust teavet jagada. Kirjeldati ka eelneva teavitamiseta isoleerimist, mis oli ootamatu ja hirmutav kogemus. Teabe saamiseks pidi patsient ise aktiivne olema ja seda tervishoiutöötajatelt küsima. Teadmatuse tervises seisundi ja haigustekitaja levikuviisi osas põhjustas hirmu, frustratsiooni ja ebakindlust tuleviku pärast. Informatsiooni vähesusel hakati seda iseseisvalt otsima või kasutati lähedaste abi. Iseseisev informatsiooni otsimine võis aga põhjustada

ärevust, kuna infot ei osatud hinnata. Teavet sooviti saada nii terviseseisundi kui haigustekitaja kohta. Teabe puudumisel võidi oma terviseseisundit hinnata ka mõne pealt kuulnud repliigi alusel.

„Haiguse kohapealt sain küll piisavalt teavet.“ (3)

„...mu meelest väga hästi on informeeritud, /.../ nad on mulle üksipulgi selgeks teinud, väga täpselt on seletatud /.../ kõik on alati küsinud, ega ei ole küsimusi, kõik ei tule alati pähegi, aga ma ei tunne küll puudust millestki...(informatsioonist). /.../ Arst seletas kohe, et mis on halb variant /.../. Tema poolt hästi tehtud, sest mis see salatsemine oleks ikka andnud.“ (1)

„...kõigepealt hakkas hirmus sebimine, et nüüd üksikpalatisse ja kõik /.../ Algul ei selgitatud mitte midagi. Sellepärast ma olin teadmatuses. /.../ see oligi nii õudne ja siis ma helistasin koju, et ei tuldaks siia /.../ see teadmatus on kõige hullem /.../ see nakkus... ma ei teadnud, mis asi see on /.../ oleksin tahtnud teada, et kust see tuli? /.../ ma küsisin, aga nad ei vastanud mulle. Nad läksid nagu sellest jutust üle, nagu sellest teemast mööda.“ (2)

„...ma ise küsisin (mikroobi kohta) ja siis mulle öeldi ka. Aga seal ei selgitatud jah niimoodi...(ilma küsimata)“ (5)

„...isegi ei tea, mis haigus sul on, sulle endalegi ei räägita seda, keegi midagi ei tea. Oleks kõige rohkem tahtnud teada, mis mulle üldse tehtud on, nendest haiguslugudest, et mis mul siis lõpuks viga on, et kuidas edasi elada, mida ma pean tegema või millest hoiduma.“ (7)

„...hirm oli /.../ ja hakkad ise internetist juurde otsima (infot) ja endale diagnoose panema ja siis silme ees on muidugi see kõige hullem stsenaarium. /.../ Mul oli arvuti ja kõik need infomaterjalid, mis Googlest välja tulid, need ma lugesin läbi. /.../ hakkasin ise otsima selle diagnoosi järgi, et mis see tähendab ja mis see on ja siis lugesin seal. (4)

„...tütar hakkas uurima, kust ta (mikroob) üldse tuli, et siiani ei ole olnud ja, aga selget sotti ja vastust ei saanudki sealt. /.../ Raamatu (brošüüri mikroobi kohta) tõi mulle – ma ei saanud arstide käest vist midagi – tuttav operatsiooniõde. /.../ Ja siis nägid selles osakonnas õed ka esimest korda sellist raamatut.“ (6)

„Aga üks arst oli väga tore, ütles (personalile), et mis te siin ukse peal räägite, tuleb sisse minna, tuleb haige juurde minna. Siis nagu tekkis mul alles pinge langus. /.../ ma sain selle arsti jutust niimoodi aru, et nii ohtlik see asi ikka ei ole.“ (2)

Informatsiooni defitsiidi põhjuseks võis lisaks vähesele teavitamisele olla ka jagatud informatsiooni raskesti mõistetavus. Kirjeldati vajadust arusaadava teabe järele ja tunti puudust kirjalikust infost. Kirjeldati ka, et ei teatud, kellelt informatsiooni küsida ja julgusetust seda teha kartuses tõrjumise ja ebameeldiva kohtlemise ees.

„Arst küll käis ja rääkis, kuid ei rääkinud seda, mida mina oleksin tahtnud teada. Ja ma küsisin, et palun selgitage mulle, tehke mulle puust ja punaseks, aga nad ikka räägivad oma ladina keeles kogu aeg. Sellist arusaadavat infot ei tulnud. Nad poevad selle keele taha ja sa ei saa midagi aru. Ma küsisin, et mida see tähendab, mis sa räägid, räägi mulle eesti keeles.“ (7)

„...minusugusele ei jäägi meelde need sõnad ja paberil info võiks olla...“ (5)

„...ma ei saanud asjast aru /.../ ja kõige hullem oli see, et ma ei teadnud, kelle käest otseselt midagi küsida! /.../ ma ei julgenud ka nii väga (õdede käest küsida)... no osad olid sellised, no igasuguseid inimesi on... /.../ võib-olla ma ise olin süüdi, et ei osanud küsida. Äkki nemad arvasid ka, et keegi teine juba rääkis mulle nendest asjadest.“ (2)

Uuritavad kirjeldasid ka kogemusi segadust tekitava teabega, mida saadi eelkõige tervishoiutöötajate tegevuse jälgimisel. Patsientidel oli hea arusaam korrektselt isikukaitsevahendite kasutamisest ja nad seadsid mõnikord personali käitumise korrektsuse kahtluse alla. Kirjeldati nii liigset kaitsemeetmete kasutamist kui ka nõuete täielikku eiramist.

„...tegelikult ma ei saanud asjast aru /.../ osad ei pannud üldse seda (riietust) selgagi /.../ Ah, ei hakka minule külge, nad ütlesid. Ja ei pannudki midagi selga. /.../ aga osad rääkisid ukse pealt, ei tulnud sissegi. /.../ No esimene kord mulle toodi eraldi karbi sees söök palatisse, aga nüüd /.../ eraldi toitu enam ei olnud, oli tavaliste nõudega.“ (2)

„...osad panid küll korralikult selle skafandri selga. Aga oli ka õdesid, kes, ma mäletan, õhtul tulid süsti tegema ja ta isegi ei pannud kummikindaid kätte.“ (4)

„Arstil oli jah see kaitsekittel peal, aga ta ütles, et tal ei ole vaja maski panna, et ega ta suu kaudu ei nakka. Aga siis oli küll mask ees, kui ta puhastas haava. Aga kui sõber tuli, ei saa aru, miks teda nii sisse mähiti siin (kittel, kindad, müts, mask). Et vahepeal pandi liiga palju selga. /.../ Aga seal oli üks õde ka, kes ütles, et ära sa kellelegi räägi, tuli tegi protseduuri ära ja ütles, et ei hakka mina seda kitlit selga tõmbama. Et ega midagi ei juhtu ju. No kindad ta ikka pani, pesi käed ka ära.“ (6)

6. ARUTELU

6.1. Isolatsioonimeetmete ja infektsioonhaigusega seotud kogemused

Uuritavad leidsid käesolevas töös isolatsioonis viibimise juures nii positiivseid kui negatiivseid külgi. Üksikpalat võimaldas kehva tervisliku seisundi ajal taastumiseks vajalikku rahu ja seda peeti meeldivaks. Kuid hoolimata meeldivast privaatsusest kirjeldati üksindustunde tekkimist. Isolatsioonis viibiti nädalaid, mõnikord kuid, sest sageli ei ole infektsioonhaigusest paranemise aeg ette ennustatav. Palatist lahkumine oli keelatud ja uuritavad kirjeldasid vangistatuse tunnet, kuna nende põhiõiguseks olev vabadus oli piiratud. Antud tulemused on kooskõlas varasemate uurimuste tulemustega, kus kirjeldatakse samuti üksildust (Pacheco jt 2010, Barratt jt 2011, Guillemin jt 2014) ja vangistatust (Skyman jt 2010, Barratt jt 2011).

Isolaatorites ei olnud sageli ajaviitevahendeid nagu televiisor või raadio, mis oli oluline puudus, kuna leidis patsiente, kes olid sunnitud selle tõttu pikalt vaikuses olema. Vaikuses olemine põhjustas aga negatiivseid emotsioone ja igatsust inimkontaktide ning suhtlemise järele, mis on kooskõlas Skyman jt (2010) ja Barratt jt (2010) tulemustega. Vaate puudumine aknast võis nii varasema kirjanduse (Barratt jt 2010, Barratt jt 2011), kui antud töö andmetel tekitada üksluisust ja tüdimust, inimeste liikumise ja tegevuse nägemine võimaldas seda aga vähendada. Lisaks ajaviitevahendite puudumisele võisid isolatsioonis olijate jaoks häirivaks muutuda ja ebameeldivaid kehalisi aistinguid tekitada ka voodi, isolaatori ventilatsioon ja seintel olevad pildid, mida varasemates uurimustes mainitud ei ole. Olmetingimuste kohta märgiti ka, et külmiku olemasolu palatis suurendaks mugavust ja vähendaks sõltuvust personalist. Barratt jt (2011) soovivad isolatsioonikogemuse ja rahulolu parandamise ühe võimalusena tagada patsientidele optimaalne füüsiline keskkond. Nad viitavad samuti, et patsientide hinnangul aitaks üksikpalati mugavust suurendada vee ja kohvi keetmise võimalus ning külmiku olemasolu palatis (Barratt jt 2011). Eelmainitu tõttu soovitab uurija lähtuda patsientide individuaalsetest vajadustest ja eelistustest, kohandada võimalusel ruum nende järgi ning lubada sinna patsiendi jaoks vajalikke esemeid. Uurija peab ka oluliseks, et raviasutused seaksid patsiendikesksuse arendamisel eesmärgiks kommunikatsioonivahendite, nagu televiisor, hankimise igasse isolaatorisse, kuna see aitab varasemate tööde andmetel (Barratt jt 2010, Barratt jt 2011) säilitada kontakti välismaailmaga, pakub seltsi ja vähendab üksildustunnet. Esmajärjekorras tuleks televiisorid

paigutada sellistesse isolaatoritesse, mille aknast puudub vaade, et üksluisust ja tüdimust leevendada ning patsientidele sensoorseid stiimuleid pakkuda.

Uuritavad kirjeldasid isikliku aja aeglustumist üksluisel keskkonna ja vähese tegevuse tõttu. Aja sisustamiseks ja üksinduse leevendamiseks struktureeriti päev söögiaegade ja protseduuride järgi, mille vahel otsiti endale teadlikult tegevust. Oluliseks peeti sideme säilitamist välismaailmaga, mida võimaldasid meedia ja kommunikatsioonivahendid ning lähedaste külastused. Tähtis oli ka füüsiline aktiivsus, mis aitas lisaks üksluisuse ja tüdimuse leevendamisele haigusest taastuda. Samas võisid füüsilise aktiivsuse takistuseks saada vähene ruum ja harjutusvahendite puudumine, mis sarnaneb Barratt jt (2010) ja Barratt jt (2011) uurimuste tulemustele. Üksikpalatis viibimisel kirjeldavad aja aeglustumist ka Persson jt (2015). Lähedaste külastusi patsientide juurde tuleks soodustada, kuna varasemate uurimistööde andmetel (Barratt jt 2010, Barratt jt 2011, Persson jt 2015) on külastajatel isolatsiooni negatiivse psühholoogilise mõju vähendamisel suur roll. Samuti tuleks toetada patsientide füüsilist aktiivsust nii julgustamise kui võimaluse korral erinevate vahenditega.

Isolatsioonikogemuse kirjeldamisel on lisaks füüsilisele keskkonnale oluline ka patsiendi kogemus infektsioonhaigusega. Currie jt (2018) andmetel on infektsioonhaiguse puhul tähtis mõista selle sotsiokultuurilist konteksti, ehk kuidas ühiskond suhtub nakkusohlikesse inimestesse. Käesolevas töös mõistsid uuritavad kontaktisolatsiooni vajalikkust haigustekitajate leviku vältimisel ja uskusid selle tõhususse, kuid infektsioonhaigus ja sellega seotud kaitsemeetmete rakendamine tekitasid neis siiski rämpasuse, märgistatuse ja tõrjutuse tunde. Muretseti ka lähedaste ja tervishoiutöötajate nakatamise pärast. Hirmu tervishoiutöötajate nakatamise ees põhjustasid eelkõige need haiglatöötajad, kes ei kasutanud protseduuride või hooldustoimingute tegemisel isikukaitsevahendeid. Lähedasi teavitati nakkusohust ja sotsiaalseid kontakte vähendati. Naised olid mures laste nakatamise pärast ning soovitasid oma väikeste lastega kontaktis olevatel tuttavatel külastama mitte tulla. Ka varasemad uurimused kinnitavad, et patsiendid mõistavad isolatsioonimeetmete vajalikkust (Skyman jt 2010, Findik jt 2012 ja Guillemin jt 2014), kuid tunnevad end siiski rämpase ja märgistatuna (Barratt jt 2011, Currie jt 2018). Muretsetakse lähedaste nakatamise pärast (Donaldson jt 2007, Skyman jt 2010, Guillemin jt 2014, Currie jt 2018), kuid hirm tervishoiutöötajate nakatamise ees varasematest uurimustest välja ei tule, patsiendid hoopis süüdistasid personali isikukaitsevahendite mittekasutamisel mikroobide levitamises (Skyman jt 2010) ning tundsid usalduse vähenemist nende vastu (Pacheco jt 2010). Varasemate uurimuste

tulemused (Criddle ja Potter 2006, Skyman jt 2010, Wiklund jt 2013, Guillemin jt 2014) toovad välja ka hirmu väikeste laste nakatamise ees, kuid ei seo seda enamasti patsientide sooga. Wiklund jt (2013) küll viitavad, et naised tunnevad suuremat hirmu teiste nakatamise ees kui mehed.

Infektsiooni lisandumine teistele terviseprobleemidele tekitab uuritavates hirmu püsiva tervisekahjustuse ja surma ees. Teadmatust ja hirmu tervise pärast põhjustasid aga masenduse ja depressiooni tekkimist. Ka varasemad uurimused (Barratt jt 2010, Guillemin jt 2014, Currie jt 2018) toovad välja hirmu tervisekahjustuse ja surma ees. Samas põhjendavad erinevad autorid isolatsioonis ilmnevaid negatiivseid psühholoogilisi nähte üksilduse ja hüljatuse (Barratt jt 2011), tõrjutuse ja märgistatuse tunde (Guillemin jt 2014) ning isolatsioonist tingitud ebakindluse ja kontrolli kadumisega (Abad jt 2010). Uurija peab võimalikuks, et patsientidel võivad ärevuse, depressiooni ja muude negatiivsete psühholoogiliste nähtude vallandajaks olla erinevad põhjused ning patsientidele tuleb läheneda individuaalselt. Antud uurimuses selgus ka, et patsiendid ootasid emotsionaalset tuge eelkõige tervishoiutöötajatelt, kuna lähedasi ei soovitud liigselt koormata, mis on sarnane Wiklund jt (2013) tulemustele. Seega võiksid tervishoiutöötajad uurija hinnangul pöörata rohkem tähelepanu patsiendi vaimsele seisundile, omada kuulamisoskust ja otsida vajadusel teiste erialaspetsialistide abi.

Isolatsioon ja haiguse põhjustatud jõuetus võtsid patsientidelt iseseisvuse ning kõrvalisest abist sõltumine põhjustas piinlikkust. Patsiendid soovisid iseseisvust ja kontrolli toimuva üle säilitada. Sooviti olla kaasatud raviotsuste tegemisse ning terviseotsuste langetamine patsienti kaasamata jättis inimese ilma olulisest sõnaõigusest, mis tekitab nõrdimust ja vastuseisu. Iseseisvuse kaotamist ja sellega seotud piinlikkust kirjeldavad ka Guillemin jt (2014) ja Currie jt (2018) ning patsientide mittekaasamist Lindberg jt (2009). Barratt jt (2010) soovivad patsientide iseseisvust ja kontrolli nende hoolduse üle toetada, kuna see võimaldab neil paremini kohaneda ja muudab isolatsioonikogemuse positiivsemaks.

6.2. Inimeste ja suhetega seotud kogemused

Käesolevas uurimuses kirjeldasid patsiendid infektsioonhaiguse ja isolatsiooni mõju oma suhetele erinevalt. Kogeti nii suhete säilimist kui ka lähedaste hirmu ja suhtlusest tagasitõmbumist. Antibiootikumresistentse mikroobi olemasolust teada saamine tekitab lähedastes sageli hirmu ja

ehmatust. Pereliikmed jätkasid enamasti siiski haige toetamist ja külastamist. Lähedaste tugi oli patsiendile oluline, aidates haiguse ja isolatsiooniga paremini toime tulla. Lähedaste positiivsus lohutas ja leevendas haigusest põhjustatud kehva enesetunnet ning sage suhtlemine vähendas üksildust. Antud tulemused on üldjoontes kooskõlas Barratt jt (2010) uurimistulemustega. Kuigi mõnikord suhtlus lähedaste ja sõpradega ei muutunud, kogesid uuritavad käesolevas töös siiski ka seda, et sõbrad tõmbusid neist eemale. Selle üheks põhjuseks võib uurija arvates olla, et pereliikmed on oma lähedase haigestumise pärast mures ja hangivad rohkem informatsiooni, mis neid rahustab. Sõbrad aga ei pruugi informatsiooni otsida või vajalikul määral kätte saada ja neil on hirm nakatuda. Samuti ei soovita võib olla haiglaravil olevat inimest ja tema peret keerulisel ajal tülitada. Patsiendi lähedaste distantseerumist nakkushirmu tõttu kirjeldatakse ka varasemates uurimistöodes (Barratt jt 2010, Skyman jt 2010, Currie jt 2018). Lähedaste hirmu ja teadmatuse pärast, kuidas käituda, reageeritakse reservatsiooniga sotsiaalses läbikäimises ja kehalises kontaktis (Skyman jt 2010). Külastajate puudumine nakatumishirmu tõttu põhjustas patsientidele aga emotsionaalset valu ja hüljatuse tunnet, mis on kooskõlas ka varasemate uurimistöode (Barratt jt 2010, Pacheco jt 2010, Currie jt 2018) tulemustega. Uurija soovitab eelmainitule toetudes soodustada lähedaste külastusi ja nende puudumisel välja selgitada, mis võib olla külastajate puudumise põhjuseks.

Uuritavad mainisid ka suhtlemist takistavaid tegureid. Currie jt (2018) toob välja, et infektsioonhaiguse negatiivse sotsiokultuurilise tähenduse tõttu kardetakse lähedastele oma diagnoosi avaldada. Seevastu käesolevas töös kirjeldati tervisliku seisundi varjamist sõprade eest mitte niivõrd häbimärgistamise kartuses, vaid hoopis arusaama tõttu, et mehed ei tohi kurta. See väljendab traditsioonilist mehe soorolliga seotud arusaama, et mehed peavad olema tugevad ja ei tohi oma tundeid välja näidata. Soov endast positiivset kuvandit jätta takistab meestel murede ja negatiivsete tunnete väljendamist ning võib nad ilma jätta vajalikust emotsionaalsest hooldusest. Naised seevastu ei kartnud lähedastele oma tervisest rääkida. Lisaks sotsiaalsetele konstruktidele võivad selle töö tulemuste järgi suhtlemist takistada veel füüsilised barjäärid, nagu näomask. See varjab nägu ja summutab hääle ning patsiendil võib olla raske palatisse sisenejat ära tunda. Barratt jt (2011) toovad varasema kirjanduse alusel samuti välja, et isikukaitsevahendid võivad olla suhtlemisel takistuseks.

Kui varasemates uurimustes (Barratt jt 2010, Wiklund jt 2013, Currie jt 2018) on tervishoiutöötajatega suhtlemisel välja toodud pigem negatiivseid kogemusi, siis käesolevas töös kirjeldati ka positiivseid kogemusi. Mõne uuritava jaoks võis infektsioonhaiguse diagnoosi ja ravi saamine olla üsna pikk protsess. Kui peale pikaajalist terviseprobleemide käes vaevlemist kõrgema etapi raviasutusse jõuti, tundsid mitmed patsiendid raviasutuse ja selle personali vastu usaldust ja tänu. Mõned uuritavad olid isolatsioonikogemusega rahul ja leidsid, et teenindus ja ravi olid head. Positiivsena kirjeldati tervishoiutöötajate poolset heatahtlikku suhtumist ja kohtlemist, tuues eraldi välja vastutulelikkuse, abivalmiduse ja hoolimise. Uuritavad, kellel oli kogemus nii tavapalatis kui ka isolaatoris olemisega, kirjeldasid, et infektsioonhaiguse olemasolu ei muutnud personali suhtumist neisse ning neid koheldi isolatsioonis tavapalati patsientidega samaväärselt. Samas kirjeldasid uuritavad ka kontaktide ja suhtluse vähesust tervishoiupersonaliga. Mõnikord tunti personali ärevust ja ettevaatlikkust enese suhtes, mis tekkis patsiendi infektsioonist teada saamisel ja isolatsiooniabinõude kehtestamisel. Tervishoiutöötajate ettevaatlikkust tajuti juhtudel, kui palatisse ei sisenetud ja patsiendiga räägiti üle ukse. Ka varasemad kirjandusallikad (Morgan jt 2009, Skyman jt 2010, Barratt jt 2011) väidavad, et isoleeritud patsientidel on suurem tõenäosus kehvemaks õendushoolduse kvaliteediks, kuna personal külastab neid harvemini ja peamiselt ainult protseduuride läbiviimiseks. Eriti mõjutab isoleeritud olemine emotsionaalse hoolduse saamist (Barratt jt 2010) ning patsiendid tajuvad nende vajaduste mitteastumist (Mehrotra jt 2013). Väiksem palatikülastuste arv või kehvem õendushooldus võib suurendada ka patsiendi ohujuhtumite tekkimise riski (Abad jt 2010, Barratt jt 2011). Personali palatikülastuste vähesuse põhjuseks võivad kirjanduse andmetel olla nii tervishoiutöötajate hirm nakatumise ees (Currie jt 2018) kui ka isikukaitsevahendite kasutamise nõue, mis on aja ja ressursimahukas (Abad jt 2010).

Uuritavad kirjeldasid käesolevas töös ka ebameeldivaid kogemusi tervishoiutöötajatega. Mõned töötajad käitusid ja suhtlesid patsiente haavaval viisil, tekitades neile hingelisi kannatusi, kuid patsiendid leppisid halva käitumisega ja vabandasid seda välja. Mõnikord ei julgetud personali tülitada kartuses ebameeldiva kohtlemise ja konfliktide ees. Need tulemused sarnanevad varasemate uurimistööde (Skyman jt 2010) tulemustele, milles patsiendid kirjeldavad kõikehaaravat tõrjutust, mitte teretulnud olemist ning ravist ja hooldusest välja arvatust. Currie jt (2018) väitel viitab tervishoiutöötajate negatiivne käitumine isoleeritud patsientide suhtes nende hirmule nakatumise ees. Ka Guillemine jt (2014) uurimuses tundsid patsiendid, et neid koheldi kui põlatuid või heidikuid, mis tekitas ärevust ja depressiooni. Käesolevas uurimistöös kirjeldati samuti masenduse ja depressiooni tekkimist, mille olemasolul oli eriti oluline, et tervishoiutöötajad käituksid sõbralikult ja võtaksid aega patsientide murede ära kuulamiseks. Positiivsus ja

Julgustamine toetas patsiente ning aitas neil olukorraga paremini toime tulla. Haigete jaoks oli oluline ka vestlemine arstiga, mis suurendas nende heaolutunnet.

6.3. Teabega seotud kogemused

Uuritavatel oli üsna erinev teadmiste tase ja arusaamad infektsioonhaiguse ning isolatsioonimeetmete kohta. Isikukaitsevahendite kasutamise nõue pani mõned uuritavad arvama, et tegemist on tõsise haigusega. Samas arvasid teised, et haigus ei ole ohtlik, mikroobi leviku piiramiseks kasutusele võetud abinõud on piisavad ja infektsioon on ravitav. Samuti kirjeldavad Newton jt (2001), et informatsiooni vähesusel võivad patsiendid tervise seisundi hindamise aluseks võtta isolatsioonimeetmed. Teadmatust tervise seisundi ja haigustekitaja levikuviisi osas põhjustas uuritavates hirmu, frustratsiooni ja ebakindlust tuleviku pärast, mis sarnaneb Criddle ja Potter (2006) ja Guillemin jt (2014) tulemustele. Informatsiooni vähesusel hakati seda nii iseseisvalt kui ka lähedaste abil otsima. Informatsiooni otsimine internetist võis aga põhjustada ärevust, kuna leitud informatsioon oli väga erineva kvaliteediga ja patsiendid ei osanud allikaid hinnata. Ka Wiklund jt (2013) kirjeldavad, et valede otsingusõnade kasutamine viis patsiendid sageli väärinformatsioonini.

Mõned uuritavad olid tervishoiutöötajatelt saanud teabega rahul ning neil oli piisav informeeritus tervise seisundi ja haiguse prognoosi osas. Hinnati ausat ja avameelset teavitamist, mis tähendas, et patsiendile selgitati ka kõige halvemat stsenaariumi. Samas kogeti informatsioonipuudust ja tervishoiutöötajate soovimatust teavet jagada. Kirjeldati ka eelneva teavitamiseta isoleerimist, mis oli ootamatu ja hirmutav kogemus ning kaugel patsiendikesksuse põhimõtetest. Teabe saamiseks pidi patsient ise aktiivne olema ja seda tervishoiutöötajatelt küsima. Ka varasemad uurimistööd toovad välja patsientide erinevad kogemused tervishoiutöötajatelt teabe saamisega. Mõned olid saanud teabega rahul (Criddle ja Potter 2006, Lindberg jt 2009, Guillemin jt 2014), kuid siiski puudus paljudel selge arusaam isolatsiooni põhjuseks olevast haigusest ning nad vajasisid regulaarselt infot oma seisundi muutuste kohta (Donaldson jt 2007, Morgan jt 2009, Skyman jt 2010, Mehrotra jt 2013, Currie jt 2018). Kirjeldati tervishoiutöötajate soovimatust informatsiooni jagada (Pacheco jt 2010, Wiklund jt 2013) ja eelneva teavitamiseta isoleerimist (Criddle ja Potter 2006). Teabe jagamise takistustena toovad Currie jt (2018) välja tervishoiutöötajate, eriti õdede vähese teadlikkuse infektsioonhaigustest ja Wiklund jt (2013) ajapuuduse. Uuriija arvab, et õed võivad lisaks eelpool mainitule tunda ka ebakindlust, kuna traditsiooniliselt on haige seisundi

kohta informatsiooni andjaks arst. Arstid külastavad haiget harvemini, kui õed ning patsiendil ei pruugigi olla võimalik kellegi käest teavet saada. Ka antud tööst tuli välja, et mõnikord patsiendid ei teadnud, kellelt informatsiooni küsida, ei osanud seda teha või kartsid personali tõrjuva või ebameeldiva kohtlemise osaliseks saada, mis on kooskõlas Wiklund jt (2013) tulemustega. Pacheco jt (2010) toonitavad, et kuna õed on patsientide jaoks üheks peamiseks informatsiooniallikaks, peaksid neil haiguse ja isolatsioonimeetmete kohta olema korrektsed teadmised ning oskus teavet edasi anda.

Käesolevas töös soovisid uuritavad eelkõige teada nakkustekitaja nime, kust nakkus saadi ning millist mõju see tervisele lähemas ja pikemas perspektiivis omab. Oodati ausat informeerimist ning kõigi võimalike prognooside selgitamist. Antud tulemused kattuvad üldjoontes varasemate uurimistöode tulemustega (Criddle ja Potter 2006, Guillemin jt 2014). Lindberg jt (2009) toovad välja, et tervishoiu perspektiivist on oluline, et patsiendid saaksid oma infektsioonhaiguse kohta hea arusaamise, mis on tähtis nii nende endi heaolu jaoks, kui ka nakkuse riski mõistmiseks. Vältida tuleb väärarusaamade teket, mis viivad mikroobi levikule ning hoiduda tervishoiutöötajate sellistest käitumisest ja hoiakutest, mis patsiente märgistaks (Lindberg jt 2009, Barratt jt 2010).

Lisaks vähesele teavitamisele võis käesoleva töö andmetel informatsioonipuuduse põhjuseks olla ka jagatud teabe raskesti mõistetavus. Patsiendid ei pruukinud mõista meditsiinilist keelt ja nende arusaamisvõime võis olla erinev. Nad vajasisid arusaadavat infot ning teave haigustekitaja kohta peaks selle tõttu tulema lisaks suulisele selgitamisele ka kirjalikult, nagu leidsid ka Criddle ja Potter (2006). Newton jt (2001) uurimuses püsis informatsioonivajadus hoolimata patsientide põhjalikust teavitamisest ning autorid järeldasid, et see võis olla võõrasse keskkonda ja rolli sattumise emotsionaalseks tagajärjeks ja näitas, et informatsioonivajadust tuleb korduvalt hinnata. Pacheco jt (2010) lisavad, et raskes haigusseisundis ollakse emotsionaalselt laetud ja informatsiooni töötlemine on pärsitud. Seetõttu on oluline, et patsient ja tema pere saaks informatsiooni, mis on nende vajadustele kohandatud. Vajalik on ka kontrollida, kas jagatud informatsiooni mõistetakse õigesti. (Pacheco jt 2010.)

Uuritavad kirjeldasid ka kogemusi segadusse ajava teabega, mida saadi eelkõige tervishoiutöötajate tegevuse jälgimisel. Patsientidel oli hea arusaam korrektselt isikukaitsevahendite kasutamisest ja nad seadsid personali käitumise korrektsuse mõnikord

kahtluse alla. Kirjeldati nii liigset kaitsemeetmete kasutamist kui ka nõuete täielikku eiramist. Antud tulemused kattuvad Criddle ja Potter (2006), Barratt jt (2010), Pacheco jt (2010) ning Skyman jt (2010) tulemustega. Isolatsioonimeetmete vähene järjepidevus tekitab patsientides segadust, kui ei saada enam aru, millised on õiged meetmed, mida järgida ja nende tähtsus seatakse kahtluse alla. Isolatsiooniprotokollide kindel järgimine tervishoiutöötajate poolt suurendab patsientide ja nende lähedaste usaldust personali suhtes, toetades samaaegselt haigusega kohanemist. (Pacheco jt 2010.) Tervishoiutöötajad peaksid otsima viise patsientide isolatsioonikogemuse parandamiseks, toetades nende kohanemist ja aidates säilitada väärikust (Barratt jt 2010, Guillemin jt 2014).

6.4. Uurimistöö eetilised aspektid

Isolatsioonikogemuse piiritlemine kontaktisoleeritud patsientide kogemustega oli vastavuses uurija võimekuse ja uurimistööks ettenähtud töömahuga. Uurimistöö viidi läbi ainult täiskasvanud patsientide hulgas, kuna uurijal puudusid laste uurimiseks piisavad teadmised ja oskused. Uurimistöö on kooskõlastatud Tartu Ülikooli inimuuringu eetika komitee poolt (vt lisa 5). Uurimistöö läbiviimisel ei tekitatud kellelegi kahju, ei häiritud osakondade tööd ega kahjustatud patsientide heaolu. Samuti oli uurija teadlik ja pidas kinni mikroobide leviku tõkestamise nõuetest. Uuritavatele, haiglate osakondadele ning töötajatele tagati anonüümsus ja konfidentsiaalsus. Uuritavate leidmiseks asutustelt küsitud andmeid kontaktisolatsioonide esinemise kohta töös ei avaldatud. Andmed esitati uuritavate tuvastamist mittevõimaldaval üldistatud kujul. Töö tulemuste ilmestamiseks kasutati tsitaate intervjuudest, arvestades sellega, et uuritavad ei tohtinud olla haiglate personali poolt äratuntavad. Samuti ei tohtinud olla äratuntavad osakonnad ja personal. Tsitaate, mis oleksid kellegi tuvastamist võimaldanud, töös ei kasutatud.

Kuigi uurija lubati nende patsientide juurde, kes olid paremas seisundis ja soovisid rohkem suhelda, oli juhtumeid, kus uurija saabumisel ei võimaldanud patsiendi seisund eetilistel kaalutlustel tema uurimistöösse kutsumist. Uurimistöösse kutsumisest loobuti ka juhul, kui uurija ei olnud võimeline patsiendi kõnest aru saama. Sellisel juhul käitus uurija delikaatselt ja püüdis uuritava tundeid mitte riivata. Ühel juhul loobuti osaleda soovinud patsiendiga intervjuu läbiviimisest, kuna tema tervislik seisund oli kokkulepitud helistamise ajaks halvenenud. Mitu patsienti loobusid osalemisest, kuna ei soovinud uurija saabumist oma koju ja ei olnud mujal kohtumiseks füüsiliselt võimelised.

Nii uurimusse kutsumisel kui ka enne intervjuerimist selgitati uuritavatele uurimistöö eesmärki ja olemust ning nende õigusi ja vabatahtlikkuse printsiipi. Uuritavad kinnitasid vahetult enne intervjuerimist nõusolekut uurimistöös osalemiseks oma allkirjaga, kuid neile selgitati, et allkiri ei ole siduv ega kohusta neid millekski. Samuti teavitati neid õigusest igal hetkel oma nõusolekust loobuda ning intervjuu katkestada. Uuritavatele rõhutati ka õigust jätta neile ebamugavust tekitavad seigad täpsustamata.

Digitaalsed andmed hoiustati uurija personaalses arvutis, mis on kaitstud parooliga ja kasutatav ainult uurija poolt. Intervjuude helifailid kustutati vahetult peale nende transkribeerimist. Uuritavate telefoninumbrid kustutati uurija telefonist osalemisest loobumise soovil või kohe pärast intervjuu toimumist. Paber kandjal andmed (allkirjastatud nõusolekulehed) hoiustati uurija kodus lukustatavas sahtlis. Kirjeldatud andmed hävitatakse magistr töö kaitsmise järgselt olenevalt andmekandjast kas elektroonilise kustutamise teel või paberihundis. Uurimistöö tulemusi tutvustatakse uuritavatele, uurimuses osalenud osakondadele ja infektsioonikontrolli teenistustele. Uurija planeerib avaldada artikleid erialastes ajakirjades. Uuritavatega lepiti kokku, et neile saadetakse magistr töö kaitsmise järgselt kokkuvõtte uurimistöö tulemustest ja järeldustest posti või elektronposti teel. Uuritavate aadressid on hoiustatud uurija arvutis ja kuuluvad hävitamisele uurimistöö kokkuvõtte saatmise järel.

Uurija vältis oma töösuhte tõttu SA Tartu Ülikooli Kliinikumi traumatoloogia ja ortopeedia kliiniku ortopeedia osakonnas ravil viibinud patsientide värbamist. Uurija kandis uurimistöö läbiviimisel tekkinud kulud ise, mistõttu uurimistulemused ei ole finantseerijatest mõjutatud.

6.5. Tulemuste usaldusväärsus ja uurimistöö kitsaskohad

Kontaktisolatsiooni kogemust puudutavaid töid on üsna vähe ja mitmed neist on läbi viidud üle 20 aasta tagasi, mistõttu ei vasta mitmed neist enam praegustele oludele. Seetõttu on uurija kasutanud oma uurimistulemuste võrdlemisel peamiselt viimase 10 aasta jooksul ilmunud töid. Käesolev uurimistöö kirjeldab patsientide kogemusi kontaktisolatsiooniga, samas kui enamuse võrdluseks toodud varasematest töödest keskendub MRSA, ESBL või CDI positiivsete patsientide kogemustele oma haigusega elamisel, mille üheks osaks on ka kogemus isolatsioonis viibimisega. Seetõttu analüüsiti ja kasutati varasematest töödest vaid sellist informatsiooni, mis sobis antud töö

konteksti. Uurimistöö üheks kitsaskohaks oli see, et uurimistöös osaleda soovijaid oli väga vähe. Varasemates isolatsioonikogemust puudutavates töodes on uuritavate arv jäänud 5-16 vahele. Käesolevas töös tekkis andmete esimene küllastumine 6-7 intervjuu ajal ja uurija oleks võinud küllastumise kinnitamiseks veel mõned intervjuud läbi viia, kuid patsientide huvi uurimuses osalemise vastu oli vähene. Uuritavate valikut mõjutas see, et osakondades lubati uurija vaid nende patsientide juurde, kes olid paremas üldseisundis ja soovisid suhelda. Samas oleks aga raskemas seisundis isoleeritutele kutsete jagamine olnud eetiliselt küsitav ning ei oleks uuritavate arvu tõenäoliselt suurendanud.

Uurimistöö kitsaskohaks oli ka uurija vähene kogemus intervjuude läbi viimisel. Esimesed intervjuud olid kõige lühemad ja neis esitati oluliselt vähem täpsustavaid küsimusi, kui viimaste intervjuude käigus. Selle tõttu laekus esimestest intervjuudest ka vähem infot. Ühe intervjuu küsimuse „palun kirjeldage, millisena kogesite isolatsioonis olles hoolduse kvaliteeti?“ juures hakkasid uuritavad enamasti rääkima haiglapersonali suhtlemise kvaliteedist. Põhjuseks võis olla küsimuse raskesti mõistetavus uuritavate poolt, kuid prooviintervjuudes see esile ei tulnud. Samas võib põhjuseks olla ka see, et patsientide jaoks ongi suhtlemise kvaliteet väga oluline osa hoolduse kvaliteedist.

Uurija koges, et mitmed uuritavad rääkisid vaheldumisi nii mineviku kui ka oleviku vormis, nagu oleksid veel viibinud isolatsioonipalatis. See võis uurija arvates tuleneda isolatsioonikogemuse värskusest. Samas olid osad uuritavad isoleerimist kogunud ka varasemalt, mis pakkus neile võrdlusmomenti. Varasema kogemuse olemasolu võis mõjutada ka viimast, kuna sarnase situatsiooni kordumisel võisid inimesed olla paremini ette valmistunud ja suuta kergemini kohaneda. Varasema kogemusega uuritavatel oli olnud aega isolatsioonikogemuse läbi mõtlemiseks ja mõtestamiseks, mis tähendab, et kogemus on ajas muutuv. Samas ei tohi varasemat kogemust pisendada, kuna kogemus on siiski inimese oma, hoolimata sellest, kui kaua aega on sellest möödunud ja kuidas inimene on seda mõtestanud ja ümber hinnanud. Intervjuusid läbi viies jäi uurijale mulje, et esmakordselt isoleerimist kogunud keskendusid oma kogemuse kirjeldamisele ja sellele, kuidas see neid mõjutas. Korduvalt isolatsiooni kogunud olid jõudnud kogemuse enda jaoks juba lahti mõtestada ja oskasid anda soovitusi, kuidas teiste inimeste jaoks seda kogemust parandada. Samas ei ole paari uuritava sõnade põhjal võimalik järeldusi teha.

Kvalitatiivsel uurimisviisil on mitmed piirangud, mis tulenevad metoodikast enesest. Uuriija arvestas metoodikast tulenevate piirangutega läbi kogu töö protsessi ning püüdis teadlikult vähendada uuritavate ja uurimistulemuste kallutamist. Uuriija tutvustas end uuritavatele alati üliõpilase rollis. Õe amet ilmnes küll mõnel korral intervjuud läbi viies, kuid uuriija püüdis seda võimalusel vältida. Sellega sooviti vältida uuritavate mõjutamist ja olukorda, kus uuritav võiks anda vastuseid, mida arvab intervjuueerija poolt oodatavat.

Uuriija püüdis andmete analüüsimise käigus hoiduda oma ootuste ja eelduste omistamisest uuritavatele ning kirjeldada intervjuueeritavate oma tähendusraamistikku nii, nagu see intervjuudest ilmnes. Samas ütlevad Graneheim ja Lundman (2004), et analüüsitav (intervjuu)tekst sisaldab endas alati mitmeid tähendusi ja teatavat uuriija poolset interpretatsioonivõimalust, mis on kvalitatiivse lähenemise puhul aktsepteeritav. Uuriija lasi analüüsi protsessi käigus end juhtida intervjuu tekstist tõusvatest teemadest ja mitte segada eelnevate uurimistööde informatsioonist. Analüüsi protsessis kasutati läbipaistvuse suurendamiseks juhendajatega konsensuse saavutamist, kuid mitmed kirjandusallikad seavad sellise viisi küsimuse alla. Põhjuseks asjaolu, et erinevad uurijad võivad tulla erinevatele tulemustele, kuna interpreteerivad andmeid oma subjektiivselt perspektiivist lähtudes (Elo ja Kyngäs 2008). Samas on see Graneheimi ja Lundmani (2004) järgi kasulik, kuna võimaldab kindlaks määrata, kas erinevad uurijad nõustuvad viisiga, kuidas andmed on sildistatud ja sorteeritud.

6.6. Uurimistulemuste olulisus praktikale ning edasist uurimist vajavad teemad

Käesoleva uurimistöö tulemused võimaldavad mõista kontaktisoleeritud patsientide kogemusi ning on olulised patsiendikesksuse arendamisel. Varasemates uurimustes viidatakse, et isoleeritud haiged võivad olla osutatud tervishoiuteenusega vähem rahul kui isoleerimata patsiendid. Isoleeritute kogemuste arvesse võtmine tervishoiutöötajate poolt võiks toetada haigete kohanemist ning parandada seeläbi rahulolu tervishoiuteenusega. Lisaks viitavad antud töö tulemused tervishoiutöötajate teadmiste defitsiidile ja vähesele suhtlusoskusele patsiendiga, mistõttu oleks vajalik planeerida nii infektsioonhaiguste kui suhtlusalaseid koolitusi.

Käesolevast uurimusest selgus, et õed ei soovi patsientidele mõnikord informatsiooni jagada. Samas on informatsioon patsiendi turvatunde ja kohanemise seisukohalt oluline. Seetõttu on antud teemat vajalik uurida ka õdede vaatenurgast lähtuvalt, et mõista, milliseid takistusi ja probleeme isoleeritud patsientide hooldamisel kogetakse. Varasemate uuringute tulemused isolatsiooni psühholoogilise mõju osas on olnud vastuolulised, kuna mõned tööd leiavad isoleeritud ja mitteisoleeritud hospitaliseeritud patsientide ärevuse ja depressioonitaseme vahel erinevusi, mõned mitte. Vajalik oleks patsiente uurida kasutades standardiseeritud mõõtevahendeid, nagu näiteks erinevad skaalad meeleolu ja EQ-5D küsimustik elukvaliteedi hindamiseks. Samuti on äärmiselt vähe andmeid laste isolatsioonikogemuse kohta.

Antud uurimistöös on keskendunud vaid kontaktisolatsioonis olevatele patsientidele. Arvestades hetkel maailma vallutavat Covid-19 pandeemiat on vajalik uurida ka õhkisolatsioonis viibivate inimeste kogemusi, kuna need võivad erineda kontaktisoleeritute kogemustest.

7. JÄRELDUSED

Sarnaselt varasemate uurimistööde tulemustele, olid ka käesolevas töös patsientide kogemused kontaktisolatsiooniga erinevad. Need sõltusid isolaatori füüslisest keskkonnast, infektsioonhaiguse iseloomust, suhetest ümbritsevate inimestega, patsiendi teadmistest ja informeeritusest.

Patsientide isolatsioonikogemuse parandamiseks on vajalik toetada nende kohanemist ja toimetulekut. Ruumi üksluisuse vähendamiseks tuleks soodustada ajaviitetegevusi, füüsilist aktiivsust ning lähedaste külastusi. Isolaatorites peaksid olema televiisorid, mis pakuvad patsientidele seltsi ja vähendavad üksildust. Samuti on soovitatav lähtuda patsientide individuaalsetest vajadustest ja eelistustest, kohandades ruumi võimalusel haigete järgi ning lubades sinna nende jaoks vajalikke esemeid. Infektsioonhaigus ja isolatsioonimeetmete kasutamine põhjustas haigetes räpasuse tunnet, hirmu lähedaste ja tervishoiutöötajate nakatamise ees ning lähedased võisid tunda ehmatust ja hirmu, mis vähendas haigete sotsiaalseid kontakte. Seetõttu on vajalik patsientide ja nende pereliikmete piisav informeerimine. Lisaks suulisele informeerimisele peaks teave haigustekitaja kohta olema ka paber kandjal. Informatsioonivajadust tuleb korduvalt hinnata, kuna inimeste võimekus teavet vastu võtta võib sõltuvalt olukorrast olla väga erinev. Piisav informeeritus vähendab hirme ning soodustab patsientide ja nende lähedaste suhete säilimist, millel on haigete vaimsele tervisele oluline mõju. Õed on patsientide jaoks üheks peamiseks informatsiooniallikaks ning seetõttu peaksid ka neil olema infektsioonhaiguste ja isolatsioonimeetmete kohta korrektsed teadmised ning oskus teavet edasi anda. Uuritavad kirjeldasid ka isikukaitsevahendite kasutamise ebaühtlust tervishoiutöötajate poolt. See tekitas neis segadust ja hirmu personali nakatamise ees. Vältida tuleb väärarusaamade teket, mis soodustab mikroobide levikut ning hoiduda tervishoiutöötajate sellistest käitumisest ja hoiakutest, mis patsiente märgistaks.

KASUTATUD KIRJANDUS

Abad, C., Fearday, A., Safdar, N. (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *Journal of Hospital Infection*, **76**, 97-102.

Barratt, R. L., Shaban, R., Moyle, W. (2011). Patient experience of source isolation: lessons for clinical practice. *Contemporary Nurse*, **39** (2), 180-193.

Barratt, R., Shaban, R., Moyle, W. (2010). Behind barriers: patients' perceptions of source isolation for Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). *Australian Journal of Advanced Nursing*, **28** (2), 53-59.

Collins Dictionary. <https://www.collinsdictionary.com/> (15.12.2019).

Criddle, P., Potter, J. (2006). Exploring patients' views on colonisation with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *British Journal of Infection Control*, **7** (2), 24-28.

Currie, K., Melone, L., Stewart, S., King, C., Holopainen, A., Clark, A. M., Reilly, J. (2018). Understanding the patient experience of healthcare-associated infection: A qualitative systematic review. *American Journal of Infection Control*, **46**, 936-42.

Donaldson, A. D., Jalaludin, B. B., Chan, R. C. (2007). Patient perceptions of osteomyelitis, septic arthritis and prosthetic joint infection: the psychological influence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Internal Medicine Journal*, **37**, 536-542.

Earle, V. (2010). Phenomenology as research method or substantive metaphysics? An overview of phenomenology's uses in nursing. *Nursing Philosophy: An International Journal for Healthcare Professionals*, **11** (4), 286-296.

Elo, S., Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, **62** (1), 107-115.

Findik, U. Y., Ozbaş, A., Cavdar, I., Erkan, T., Topcu, S. Y. (2012). Effects of the contact isolation application on anxiety and depression levels of the patients. *International Journal of Nursing Practice*, **18**, 340-346.

Gammon, J. (1998). Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. *International Journal of Nursing Practice*, **4**, 84-96.

Gammon, J. (1999). The psychological consequences of source isolation: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, **8**, 13-21.

Gilmartin, H. M., Grotta, P. G., Sousa, K. (2013). Isolation: a concept analysis. *Nursing Forum*, **48** (1), 54-60.

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

Gray, J. R., Grove, S. K., Sutherland, S. (2017). Burns and Grove's the Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence, 8th edition. Elsevier Inc. Missouri.

Grossoehme, D. H. (2014). Research Methodology. Overview of Qualitative Research. *Journal of Health Care Chaplaincy*, **20**, 109-122.

Grove, S. K., Gray, J. R., Burns, N. (2015). Understanding Nursing Research: Building on Evidence-based Practice, 6th edition. Elsevier Inc. Missouri.

Hsieh, H. F., Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, **15** (9), 1277-1288.

Lindberg, M., Carlsson, M., Högman, M., Skytt, B. (2009). Suffering from meticillin-resistant *Staphylococcus aureus*: experiences and understandings of colonisation. *Journal of Hospital Infection*, **73**, 271-277.

Mehrotra, P., Croft, L., Day, H. R., Perencevich, E. N., Pineles, L., Harris, A. D., Weingart, S. N., Morgan, D. J. (2013). Effects of contact precautions on patient perception of care and satisfaction: a prospective cohort study. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, **34** (10), 1087-1093.

Meos, I. (2010). Filosoofia põhiprobleemid. Elektroonne väljaanne.

http://www.indrekmeos.xyz/e_raamat/Meos_I_Filos_pohiprobleemid.pdf (15.12.2019).

Merriam-Webster veebisõnastik. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/> (15.12.2019).

Morgan, D. J., Diekema, D. J., Sepkowitz, K., Perencevich, E. N. (2009). Adverse outcomes associated with contact precautions: A review of the literature. *American Journal of Infection Control*, **37**, 85-93.

Märtin, P. (2016). Isolatsiooniabinõud. Terviseamet.

https://www.terviseamet.ee/sites/default/files/Nakkushaigused/Juhendid/juhend_isolatsiooniabinoud_lisad_1_2.pdf (18.02.2020).

Nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadus. Vastu võetud 12.02.2003. <https://www.riigiteataja.ee/akt/104122015003#para4lg3> (15.12.2019).

Newton, J. T., Constable, D., Senior, V. (2001). Patients' perceptions of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and source isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients. *Journal of Hospital Infection*, **48**, 275-280.

Pacheco, M., Spyropoulos, V., Caron, I. (2010). The experience of source isolation for *Clostridium difficile* in adult patients and their families. *The Canadian Journal of Infection Control*, **25** (3), 166-174.

Persson, E., Anderberg, P., Kristensson Ekwall, A. (2015). A room of one's own – Being cared for in a hospital with a single-bed room design. *Scandinavian Journal of Caring Science*, **29**, 340-346.

Pope, C., Mays, N. (ed.). (2006). *Qualitative research in healthcare*. 3th edition. Blackwell Publishing Ltd.

Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030 (täiendamisel dokument). Sotsiaalministeerium. https://www.sm.ee/sites/default/files/rta_2020-2030_kooskolastusingil_23.07-19.08.2019_taiendamisel.pdf (18.02.2020).

Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L., and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2007). *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. CDC. (Last updated 2019). <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf> (12.11.2019).

Skyman, E., Thunberg Sjöström, H., Hellström, L. (2010). Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **24**, 101-107.

Tarzi, S., Kennedy, P., Stone, S., Evans, M. (2001). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: psychological impact of hospitalization and isolation in an older adult population. *Journal of Hospital Infection*, **49**, 250-254.

Wassenberg, M. W., Severs, D., Bonten, M. J. M. (2010). Psychological impact of short-term isolation measures in hospitalised patients. *Journal of Hospital Infection*, **75**, 124-127.

WHO. (2017). *Global Antimicrobial Resistance Surveillance System (GLASS) Report: Early Implementation 2016-2017*. Geneva. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259744/9789241513449-eng.pdf;jsessionid=274A3E1E6B6EC2F83F08666BC5B3268A?sequence=1> (13.12.2019).

Wiklund, S., Hallberg, U., Kahlmeter, G., Tammelin, A. (2013). Living with extended-spectrum β -lactamase: A qualitative study of patient experiences. *American Journal of Infection Control*, **41**, 723-7.

Wojnar, D.M., Swanson, K.M. (2007). Phenomenology: an exploration. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurse's Association*, **25** (3), 172-180.

LISAD

LISA 1. Kutse uurimistöös osalemiseks

KUTSE UURIMISTÖÖS OSALEMISEKS

Lugupeetud patsient!

Olen Tartu Ülikooli õendusteaduse magistriõppe üliõpilane Heli-Kaja Kübarsepp ja **palun Teid osalema uurimistöös „Täiskasvanud patsientide kogemused kontaktisolatsiooniga“**, mille eesmärgiks on kirjeldada täiskasvanud patsientide kogemusi kontaktisolatsioonis viibimisega. Patsientide isolatsioonikogemust on maailmas uuritud suhteliselt vähe ja Eestis pole sellel teemal uurimusi varem läbi viidud.

Olete oodatud uurimuses osalema, kuna patsientide kogemuste ja vajaduste arvesse võtmine aitab tõsta õendusabi kvaliteeti ja muuta haiglaravi patsiendi- ja perekeskseks.

Uurimistöösse kutsutakse inimesi, kes:

- on viibinud üksikpalatis kontaktisolatsioonis;
- on nõus vabatahtlikult uurimistöös osalema;
- on võimelised suhtlema eesti keeles.

Uurimistöös kogutakse andmeid intervjuuga, mis toimub vaba vestluse vormis. Intervjuu käigus palun Teil kirjeldada oma kogemusi kontaktisolatsiooniga. Intervjuu salvestan diktofoniga ja selle pikkuseks on umbes 1-2 tundi. Kui olete nõus oma kogemust jagama, lepin Teiega kokku intervjuu aja **peale haiglaravi lõppemist** Teile sobivas kohas. Vahetult enne intervjuu algust palun Teil tutvuda uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vormiga ning kinnitada oma allkirjaga, et olete aru saanud uurimistöö eesmärgist, meetodikast ja nõustute selles vabatahtlikult osalema. Intervjuu salvestise kirjutun sõna-sõnaliselt ümber ja soovi korral saate intervjuu tekstiga tutvuda, et teha selles parandusi oma isiku tuvastamise vältimiseks. Magistritöö kaitsmise järgselt saadan Teile ka uurimistöö analüüsitud ja üldistatud tulemused.

(järgneb)

Uurimistöös osalemine on vabatahtlik, mis tähendab, et Teil on õigus igal hetkel osalemisest loobuda. Uurimistöö on kooskõlastanud Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee. Andmete kogumine toimub ajavahemikus juuni 2018-veebruar 2019. (järgneb)

Uurimistulemused avaldatakse üldistatud kujul, mis tähendab, et Te ei ole äratuntav. Teile ja haiglate osakondadele tagatakse konfidentsiaalsus. Teie isikuga seostatavatele andmetele on juurdepääs ainult minul. Kahe nädala jooksul peale magistritöö kaitsmist hävitatakse intervjuude salvestised, tekstid ja kõik uurimistööga seotud isikuandmed.

Uurimistööd ja Teie osalemist puudutavates küsimustes võite julgelt minuga ühendust võtta kas: või telefonitsi –

LISA 2. Intervjuu küsimused

INTERVJUU KÜSIMUSED

1. Palun kirjeldage oma kogemust isolatsiooniga/isolatsioonis viibimisega.

Alljärgnevad küsimused esitatakse, kui uuritav pole neid kogemuse valdkondi ise puudutanud:

- Mida tähendas Teie jaoks üksikpalatis olemine? Kuidas Te end tundsite?
- Mida tundsite, kui personal kasutas Teie juures kaitseriietust?
- Palun kirjeldage, kuidas tajusite haiglapersonali suhtumist endasse?
- Palun kirjeldage, kuidas tajusite Teile oluliste inimeste suhtumist endasse?
- Palun kirjeldage, millisena kogesite isolatsioonis olles hoolduse kvaliteeti?
- Kas Te saite isolatsioonis viibimise ajal piisavalt vajalikku informatsiooni? Millisest informatsioonist tundsite enim puudust?

LISA 3. Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm

UURITAVA INFORMEERIMISE JA TEADLIKU NÕUSOLEKU VORM

Lugupeetud patsient!

Olen Tartu Ülikooli õendusteaduse magistriõppe üliõpilane Heli-Kaja Kübarsepp ja **palun Teid osalema uurimistöös „Täiskasvanud patsientide kogemused kontaktisolatsiooniga“**, mille eesmärgiks on kirjeldada täiskasvanud patsientide kogemusi kontaktisolatsioonis viibimisega. Patsientide isolatsioonikogemust on maailmas uuritud suhteliselt vähe ja Eestis pole sellel teemal uurimusi varem läbi viidud.

Olete oodatud uurimuses osalema, kuna patsientide kogemuste ja vajaduste arvesse võtmine aitab tõsta õendusabi kvaliteeti ja muuta haiglaravi patsiendi- ja pereskessemaks.

Uurimistöösse kutsutakse inimesi, kes:

- on viibinud üksikpalatis kontaktisolatsioonis;
- on nõus vabatahtlikult uurimistöös osalema;
- on võimelised suhtlema eesti keeles.

Uurimistöös kogutakse andmeid intervjuuga, mis toimub vaba vestluse vormis. Intervjuu käigus palun Teil kirjeldada oma kogemusi kontaktisolatsiooniga. Intervjuu salvestan diktofoniga ja selle pikkuseks on umbes 1-2 tundi. Kui olete nõus oma kogemust jagama, lepin Teiega kokku intervjuu aja **peale haiglaravi lõppemist** Teile sobivas kohas. Vahetult enne intervjuu algust palun Teil tutvuda uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vormiga ning kinnitada oma allkirjaga, et olete aru saanud uurimistöö eesmärgist, meetodikast ja nõustute selles vabatahtlikult osalema. Intervjuu salvestise kirjutan sõna-sõnaliselt ümber ja soovi korral saate intervjuu tekstiga tutvuda, et teha selles parandusi oma isiku tuvastamise vältimiseks. Magistritöö kaitsmise järgselt saadan Teile ka uurimistöö analüüsitud ja üldistatud tulemused. Uurimistöös osalemine on vabatahtlik, mis tähendab, et Teil on õigus igal hetkel osalemisest loobuda. Uurimistöö on kooskõlastanud Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee. Andmete kogumine toimub ajavahemikus juuni 2018-veebruar 2019.

(järgneb)

Uurimistulemused avaldatakse üldistatud kujul, mis tähendab, et Te ei ole äratuntav. Teile ja haiglate osakondadele tagatakse konfidentsiaalsus. Teie isikuga seostatavatele andmetele on juurdepääs ainult minul. Kahe nädala jooksul peale magistritöö kaitsmist hävitatakse intervjuude salvestised, tekstid ja kõik uurimistööga seotud isikuandmed.

Uurimistööd ja Teie osalemist puudutavates küsimustes võite julgelt minuga ühendust võtta kas: või telefonitsi –

Mina, _____, olen tutvunud uurimistöö „Täiskasvanud patsientide kogemused kontaktisolatsiooniga“ uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vormiga, olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist, meetodikast ning kinnitan oma vabatahtlikku nõusolekut selles osaleda oma allkirjaga. Tean, et uurimistöö käigus tekkivate küsimuste kohta saan täiendavat informatsiooni uurimistöö läbiviijalt.

Kuupäev, kuu, aasta, allkiri _____

Uuritavat informeeris uurimistöö teostaja Heli-Kaja Kübarsepp.

Kuupäev, kuu, aasta, allkiri _____

LISA 4. Uurimistöö tulemused-koondtabel

Teema

Täiskasvanud patsientide kogemused kontaktisolatsiooniga

Ülakategooriad	Isolatsioonimeetmete ja infektsioonhaigusega seotud kogemused		Inimeste ja suhetega seotud kogemused		Teabega seotud kogemused	
Alakategooriad	Isolatsioonis elamine	Infektsioonhaiguse kogemine	Suhted lähedastega	Kogemused tervishoiutöötajatega	Teadmised ja arusaamad	Teabe saamisega seotud kogemused
Koodid	<ul style="list-style-type: none"> • Privaatsus • Vangistus • Üksindus • Häiriv vaikus • Häirivad olmetingimused • Kogemus aja aeglasemast kulgemisest • Aja sisustamine ja üksinduse leevendamine 	<ul style="list-style-type: none"> • Räpasuse, tõrjutuse ja märgistatuse tunne • Hirm teiste nakatamise ees • Infektsioonhaiguse emotsionaalne ja füüsiline mõju • Vajadus emotsionaalse toe järele • Iseseisvuse kaotamine ja vajadus seda säilitada • Vajadus olla kaasatud tervisega seotud otsustesse 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakti säilimine lähedastega • Lähedaste toetus • Lähedaste ehmatuse ja hirm nakatumise ees • Suhtlemist takistavad tegurid 	<ul style="list-style-type: none"> • Rahulolu ravi ja hooldusega • Tänuikkus ja usaldus personali vastu • Positiivse suhtumise tajumine • Patsienti toetav käitumine • Vähene suhtlemine patsiendiga • Personali ärevuse ja ettevaatlikkuse tajumine • Ebameeldivad kogemused personaliga 	<ul style="list-style-type: none"> • Infektsioonhaiguse ja isolatsioonimeetmetega seotud teadmised ja arusaamad • Nakatumisega seotud teadmised arusaamad 	<ul style="list-style-type: none"> • Rahulolu informeerimisega • Ebapiisav informeerimine ja teadmatus isolatsioonis viibimise ajal • Isoleerimise eelne vähene teavitamine • Informeerituse tagab patsiendi ja lähedaste huvi ning initsiatiiv • Vajadus saada haigustekitaja kohta arusaadavat ja kirjalikku teavet • Teadmatus, kellelt informatsiooni küsida ja julgusetus seda teha • Kogemused segadusse ajava teabega

LISA 5. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus nr. 282/T-15

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

___ Tartu Ülikool tel 737 6215 grandikeskus e-post eetikakomitee@ut.ee Lossi 3
www.ut.ee/teadus/eetikakomitee 51003 Tartu

Protokolli number: 282/T-15 koosolek: 21.05.2018

Komitee koosseis:

Esimees Kadri Tamme Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, anestesioloogia ja intensiivravi lektor Liikmed Diva Eensoo Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, tervisesotsioloogia teadur Naatan Haamer Ruth Kalda Tartu Ülikooli Kliinikum, hingehoidja Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini professor / õppetooli juhataja Malle Kuum Tartu Ülikool meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur Maire Peters Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika vanemteadur Kärt Pormeister Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, doktorant Mare Remm Tartu Tervishoiu Kõrgkool, bioanalüütiku õppekava dotsent Pille Taba Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, neuroloogia professor Maria Tamm Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, eksperimentaalpsühholoogia teadur Oivi Uibo Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, lastegastroenteroloogia dotsent Vahur Ööpik Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, spordifüsioloogia professor

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö.

Uurimistöö nimetus: Täiskasvanud patsientide kogemused kontaktisolatsiooniga

Vastutav uurija (asutus): Merle Seera (peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Tartu Ülikool Ravila 19, 50411 Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid: 1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt, 29.05.2018 2. Kutse uurimistöös osalemiseks, 29.05.2018 3. Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm, 07.03.2018 4. Intervjuu küsimused 5. Uuringu läbiviijate CVd (M. Seera, J. Pael, H.-K. Kübarsepp).

Uurimistöö lõpp: 28.02.2019

Komitee esimees: Kadri Tamme /allkirjastatud digitaalselt/

Komitee sekretär: Kaire Kallak /allkirjastatud digitaalselt/

Väljastatud: /viimase digitaalallkirja kuupäev/