

Tartu Ülikool
Meditsiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Margit Lepla

**ÜHINE OTSUSTAMINE NIMMEDISKI HERNIATSIOONIGA PATSIENTIDE
PERIOPERATIIVSE VALU LEEVENDAMISEL: PATSIENTIDE JA ÕDEDE
KÜSITLUSUURIMUS**

Magistritöö

Tartu 2024

Juhendaja (vastutav): Merle Seera-Erstu, MSc (õendusteadus)

Juhendaja: Tõnu Rätsep, dr. med (arstiteadus)

Retsensent: Heli Veber, MSc (õendusteadus)

Magistritöö on lubatud kaistmisele juhendajate otsusega //. Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

LIHTLITSENTS MAGISTRITÖÖ REPRODUTSEERIMISEKS JA ÜLDSUSELE KÄTTESAADAVAKS TEGEMISEKS

Mina, Margit Lepla,

1. Annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose “Ühine otsustamine nimmediski herniatsiooniga patsientide perioperatiivse valu leevendamisel: patsientide ja õdede küsitlusuuringus,” mille juhendajad on Merle Seera-Erstu (vastutav juhendaja) ja Tõnu Rätsep 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.

Margit Lepla

08.05.2024

KOKKUVÕTE

Ühine otsustamine nimmediski herniatsiooniga patsientide perioperatiivse valu leevendamisel: patsientide ja õdede küsitlusuuringus.

Ühine otsustamine on patsiendikeskses tervishoiusüsteemis kesksel kohal ja selle eesmärk on suurendada patsientide osalemist eelistustundlike otsuste tegemisel, võimaldamaks koostada patsientide eelistustele ja vajadustele vastavaid individualiseeritud ravi- või hooldusplaanide. Ühine otsustamine baseerub patsiendi ja tervishoiutöötaja vahelisel koostööl, milles mõlemad osapooled on võrdväärsed partnerid. Ühise otsustamise rakendamiseks meie kultuuriruumis on vajalik ülevaade hetkeolukorrast.

Käesoleva magistritöö eesmärk oli kirjeldada ja võrrelda nimmediski herniatsiooniga patsientide ja Tartu Ülikooli Kliinikumi neurokirurgia osakonna õdede hinnangut patsientide ühises otsustamises osalemise kohta nimmediski herniatsioonist tingitud perioperatiivse valu leevendamisel ning leida võimalikud seosed taustaandmete ja hinnangute vahel. Uurimismeetodiks oli küsitlusuuringus. Uurimuse läbiviimisel hinnati patsientide valu intensiivsust perioperatiivses perioodis visuaal-analoogskaalaga ja ühises otsustamises osalemise mõõtmiseks kasutati Eelistuste hindamise skaalat (*Control Preference Scale*).

Uurimistulemustest selgus, et vähem kui pooled patsientidest eelistasid osaleda ühises otsustamises ning nendest omakorda alla poolte raporteerisid ka tegelikku osalemist. Valdav osa õdesid seevastu arvas, et suurem osa patsientidest eelistab osaleda ning tegelikult ka osaleb ühises otsustamises nimmediski herniatsioonist tingitud perioperatiivse valu leevendamisel. Järelikult ei ole ühise otsustamise rakendamine nimmediski herniatsiooniga patsientide perioperatiivse valu leevendamisel levinud ning patsientidel ja õdedel puudub ühtne arusaam ühisest otsustamisest kui patsiendikeskse tervishoiusüsteemi kesksest kontseptsioonist.

Magistritöö tulemused võimaldavad hinnata ühise otsustamise rakendamise hetkeseisu nimmediski herniatsiooniga patsientide perioperatiivse valu leevendamise näitel ja planeerida edasist tegevust ühise otsustamise kontseptsiooni integreerimisel tervishoiusüsteemis. Vastavat eesmärki aitaksid saavutada patsientidele infomaterjalide koostamine ning tervishoiutöötajatele suunatud koolituste läbiviimine.

Märksõnad: ühine otsustamine, nimmediski herniatsioon, perioperatiivne valu

SUMMARY

Shared decision-making in perioperative pain management for patients with lumbar disc herniation: a survey involving patients and nurses.

Shared decision-making is central to patient-centred healthcare and its purpose is to increase patient involvement in preference-sensitive decisions by providing the opportunity to draw up individualized plans for treatment or care based on patient preferences and needs. Shared decision-making relies on cooperation between the patient and the healthcare professional as equal partners. In order to implement shared decision-making in our cultural environment, an overview of the current situation is needed.

The purpose of this study is to describe and compare the patient involvement in the shared decision-making process in perioperative pain relief during lumbar disc herniation treatment as evaluated by both the nurses and the patients of the Department of Neurosurgery, Tartu University Hospital, as well as to identify any possible relations between patient characteristics and decision-making preferences. A survey was chosen as the method to collect information. During the study, a Visual Analog Scale was used to assess the patient`s pain intensity in the perioperative period and a Control Preference Scale was used for measuring involvement in shared decision-making.

The study revealed that less than half of the patients preferred to take part in the shared decision-making and less than half of those reported actual involvement. However, the majority of nurses believed that most of the patients preferred to be involved and actually participated in the shared decision-making in perioperative pain relief during lumbar disc herniation treatment. Thus, the concept of shared decision-making is not sufficiently integrated into the treatment of perioperative pain due to lumbar disc herniation and the patients and the nurses lack a common understanding of shared decision-making as the central concept in patient-centered healthcare.

The results of this Master`s study allow us to assess the current situation in shared decision-making based on the perioperative pain management of patients with lumbar disc herniation and to plan any further activities for integration of shared decision-making into the healthcare system. Preparation of patient Decision Aids and directed training for health care professionals could be one way to reach this objective.

Keywords: shared decision-making, lumbar disc herniation, perioperative pain

SISUKORD

1. SISSEJUHATUS.....	4
2. ÜHINE OTSUSTAMINE JA SELLE RAKENDAMINE TERVISHOIOUS.....	5
2.1. Ühise otsustamise olemus ja eesmärk	5
2.2. Perioperatiivse valu leevendamine nimmediski herniatsiooniga patsientidel ja ühine otsustamine valu leevendamisel	9
2.3. Õdede roll ühises otsustamises.....	10
3. METOODIKA.....	13
3.1. Magistritöö metodoloogilised lähtekohad	13
3.2. Uuritavad	13
3.3. Andmete kogumise meetod	13
3.4. Andmete analüüs	15
3.5. Uurimistöö valiidsus ja usaldusväärsus.....	15
4. TULEMUSED.....	17
4.1. Valimi kirjeldus.....	17
4.2. Patsientide ja õdede hinnang patsientide eelistuse ning tegeliku ühises otsustamises osalemise kohta nimmediski herniatsioonist tingitud perioperatiivse valu leevendamisel.....	17
4.3. Patsientide ja õdede hinnangute võrdlus	20
4.4. Seosed patsientide taustaandmete ja eelistuste vahel	22
5. ARUTELU	23
5.1. Olulisemad tulemused	23
5.2. Uurimistöö eetilised aspektid	26
5.3. Uurimistöö usaldusväärsus ja kitsaskohad	26
5.4. Uurimistulemuste rakendatavus ja ettepanekud edasisteks uurimistöödeks	27
6. JÄRELDUSED.....	29
KASUTATUD KIRJANDUS	30
LISAD	39
Lisa 1. Küsimustik patsientidele	39
Lisa 2. Küsimustik õdedele	42

1. SISSEJUHATUS

Termin „ühine otsustamine“ (*shared decision making*) on tervishoiualases kirjanduses käibel olnud aastakümneid ning paljudes uurimistöodes on kinnitust leidnud, et ühine otsustamine parandab tervishoiuteenuse kvaliteeti, suurendab ravisoostumust ja patsientide rahulolu ravitulemuse suhtes ning vähendab tervishoiukulutusi (Joosten jt, 2008). Vaatamata sellele ei rakendata ühist otsustamist piisavalt (Couët jt, 2015). Rahvusvaheliselt on eesmärgiks seatud ühise otsustamise rakendamine tervishoiuteenuse osutamisel alati, kui patsiendi tervise käsitlusel on mitmeid valikuvõimalusi (WHO, 2015). Üheks erinevaid käsitlusi võimaldavaks haiguseks on nimmediski herniatsioon, mille peamiseks sümptomiks on alaselja- või radikulaarne valu. Valu leevendamisel on võimalik kasutada erinevaid, patsiendi eelistusele vastavaid valutustamismeetmeid (Andersen jt, 2019). Statsionaarsel haiglaravil viibivate patsientide nimmediski herniatsioonist tingitud valu leevendamisel on oluline roll õdedel (El-seadi jt, 2022). Eestis on ühise otsustamise rakendamist nimmediski herniatsiooniga patsientide ravis patsientide perspektiivist uurinud Rätsep jt (2014), kelle uurimuses selgus seose puudumine ühises otsustamises osalemise ja ravitulemusega rahulolu suhtes. Patsientide ja õdede hinnangute võrdlus ühises otsustamises osalemisele võimaldaks saada ülevaate mõlema osapoole seisukohtadest.

Eesti Vabariigi Sotsiaalministeeriumi koostatud rahvastiku tervise arengukava näeb ette mõtte- ja tegutsemisviisi muutmist suunas, kus tervishoiuteenuseid kasutavad inimesed on võrdsed partnerid tervishoiutöötajaga ning kus lähtutakse isikute individuaalsetest vajadustest ja tõekspidamistest (Sotsiaalministeerium, 2021). Toetamaks patsientide ja tervishoiutöötajate osalemist ühises otsustamises on vajalik ülevaade hetkeolukorrast. Käesolevas uurimuses hinnati ühist otsustamist nimmediski herniatsioonist tingitud perioperatiivse valu leevendamise kontekstis. Sellest tulenevalt on magistritöö eesmärkideks kirjeldada ja võrrelda patsientide ning õdede hinnangut patsientide ühises otsustamises osalemise eelistuse ja tegeliku osalemise kohta nimmediski herniatsioonist tingitud perioperatiivse valu leevendamisel ning leida võimalikke seoseid patsientide ja õdede eelistuste ning taustaandmete vahel. Vastavalt uurimistöö eesmärkidele on koostatud järgmised uurimisküsimused:

- 1) Milline on nimmediski herniatsiooniga patsientide eelistatud ja tegelik osalemine ühises otsustamises perioperatiivse valu leevendamisel?
- 2) Kas ja kuidas erinevad patsientide ja õdede hinnangud patsientide eelistuse ja tegeliku ühises otsustamises osalemise kohta perioperatiivse valu leevendamisel?
- 3) Kas ja milline on seos patsientide ja õdede taustaandmete ning ühises otsustamises osalemise eelistuste vahel?

2. ÜHINE OTSUSTAMINE JA SELLE RAKENDAMINE TERVISHOIUS

2.1. Ühise otsustamise olemus ja eesmärk

Ühise otsustamise sisuliseks lähtekohaks on enam kui pool sajandit tagasi meditsiinisotsioloogias kroonilist haigust põdevate ja psühhiaatrilist abi vajavate patsientide käsitluses kasutusel olnud termin ühine osalemine (*mutual participation*), mis väljendab tervishoiutöötaja ja patsiendi vahelist suhet, kus patsient osaleb võrdväärse partnerina tema kohta käivate ravi- või hooldusotsuste tegemisel (Szasz ja Knoff, 1958). Tänapäevases käsitluses on ühine otsustamine Maailma Terviseorganisatsiooni definitsiooni kohaselt teabevahetusel põhinev patsiendi ja tervishoiutöötaja vaheline koostööprotsess, mille käigus jõutakse mõlemale osapoolle sobivate lahendusteni patsiendi tervist puudutavates küsimustes (WHO, 2015). Rahvusvahelistes tervisepoliitika strateegiates on ühise otsustamise rakendamine kesksel kohal ja seda defineeritakse kui patsiendi individuaalsusega arvestavat ja tõenduspõhistel teadmistel baseeruvat otsustusprotsessi, mis hõlmab koostööd ja arutelu patsiendi ning tervishoiutöötaja vahel ja mõlemapoolset vastutust patsiendi tervist puudutavate otsuste tegemisel (Danner jt, 2020; Légaré jt, 2020). Ühine otsustamine sisaldab tervishoiutöötaja poolt erinevaid käitlusi võimaldava haiguse korral haiguse, ravi- ja hooldusvõimaluste ning nendega kaasneda võivate eeliste ja riskide kohta tõenduspõhise teabe pakkumist, et toetada patsiendi osalemist eelistustundlike ravi- või hooldusotsuste tegemisel (Glass jt, 2012; Green jt, 2016; Netsey-Afedo jt, 2020). Ühise otsustamise vastanditeks on meditsiiniline paternalism, kus tervishoiutöötaja otsustab, milline ravi- või hooldusvalik on tema hinnangul patsiendile parim, või patsiendi juhitud otsustamine, kus patsient langetab iseseisvalt otsuse tema tervist puudutavas küsimuses (Sandman ja Munthe, 2010).

Ühise otsustamise rakendamise tavapäraseks eelduseks on erinevaid ravi- või hooldusmeetodeid võimaldava haiguse olemasolu ja patsientide ning tervishoiutöötajate ühtne arusaam, et patsiendi tervist puudutavate otsuste tegemisel on mõlemad osapooled võrdväärsed partnerid. Teiseks eelduseks on tervishoiutöötajapoolne valmisolek jagada teadmisi haiguse, diagnostika, ravi- ning hooldusvõimaluste kohta ning patsiendipoolne valmisolek jagada oma eelistusi ja väärtushinnanguid kogu otsustusprotsessi kestel. (Kon, 2010; Sandman ja Munthe, 2010.) Samas ei pruugi ühine otsustamine alati eeldada olukorda, kus valikuvariante on vähemalt kaks, sest ka ühe valikuvariandi puhul võidakse ühise arutluse käigus otsustada seda mitte rakendada ning selliselgi juhul on tegemist ühise otsustamisega. Ühises otsustamises osalemise eelduseks on ka see, et patsiendi tervislik seisund võimaldab tal osaleda tema kohta käivate ravi- või hooldusotsuste

tegemisel. Näiteks ei ole patsient võimeline osalema otsustusprotsessis akuutse trauma, deliiriumi, kooma ning piiratud kognitiivse võimekuse korral.

Ühise otsustamise eesmärgiks on patsiendi ja tervishoiutöötaja-vahelise dialoogi käigus patsiendikeskse isikupärastatud ravi- või hooldusplaani koostamine (Glass jt, 2012; Green jt, 2016; Netsey-Afedo jt, 2020). Tervishoiutöötaja ja patsiendi eelistused ning väärtushinnangud ravi- või hooldusvaliku suhtes võivad suurel määral erineda (Brody, 2012) ja olulised on vastastikune austus ning teineteise väärtushinnangute respektimine (Sandman ja Munthe, 2010). Tervishoiutöötajale ja patsiendile peaks olema loodud võimalus ühises otsustamises osalemiseks ravi- või hooldusplaani koostamisel, mõlemad osapooled peaksid saama väljendada oma teadmisi ja eelistusi, mõlemad osapooled peaksid kaaluma teise poole huvisid ja andma võimaluse enda seisukohti kahtluse alla seada ning kummagi osapoole eelistusel ei tohiks olla tema positsioonist tulenevalt rohkem kaalu (Sandman ja Munthe, 2010). Dialoogi vahendusel toimivas otsustusprotsessis on oluline, et mõlemad osapooled mõistaksid teineteist kui koostööpartnerit (Weston, 2001), informatsiooni jagamine oleks läbipaistev (Kon, 2010; Weston, 2001) ning patsiendil ja tervishoiutöötajal oleks ühtne arusaam ühise otsustamise kontseptsioonist (Elwyn jt, 2012). Dialoogi vormis ratsionaalse arutelu käigus koondatakse kõik asjakohased faktid ja eelistused ning põhjused, miks ühte või teist varianti eelistatakse. Avatud vestlusega on võimalik määratleda, kas patsient on tõenduspõhist teavet õigesti mõistnud. Lõpptulemusena tehakse mõlemale osapoolele sobiv otsus, millist ravi- või hooldusmeetodit rakendada. (Sandman ja Munthe, 2010.) Sandman ja Munthe (2010) on leidnud, et patsient ja tervishoiutöötaja ei pea olema ühise otsustamise puhul veendunud, et tegemist on parima võimaliku ravi- või hooldusvõimaluse rakendamisega, vaid mõlemad osapooled peaksid toetama ja pooldama dialoogi käigus kokku lepitud ravi- või hooldusvalikut.

Patsientide toetamine ühises otsustamises osalemises on üks võtmetegureid patsiendikeskses tervishoiusüsteemis (Moin jt, 2019; Raue jt, 2019). Patsiendi otsustusprotsessis osalemine eeldab piisava hulga informatsiooni omamist haiguse, ravivõimaluste või haigussümptomite leevendamise kohta. Green jt (2016) on välja toonud, et 28% (n = 295) patsientidest kogeb informatsiooni defitsiiti ning on selle tõttu oma tervist puudutavate otsuste tegemisel ebakindlamad. Patsiendid, keda on õdede poolt informeeritud ravi- ja hooldusvõimaluste suhtes, osalevad aktiivsemalt ühises otsustamises ning tunnevad suuremat rahulolu ravi- või hooldusotsusega seoses (Raue jt, 2019). Köther jt (2020) läbi viidud uurimuses koges ebapiisavat informeeritust 35% patsientidest (n = 397). Ebapiisava informeerituse põhjusena on leitud tervishoiutöötajapoolset huvipuudust patsientide eelistuste ja tõekspidamiste suhtes (Green jt,

2016; Netsey-Afedo jt, 2020). Teabe avaldamine võib olla ka läbipaistva suhtluse puhul mõningal määral valikuline ja erinevad tervishoiutöötajad edastavad sama teavet erinevalt. Patsiendile objektiivse informatsiooni edastamiseks ja tervishoiutöötajalt saadud asjakohase informatsiooni meenutamiseks on välja töötatud abimaterjale ühises otsustamises osalemiseks (*decision aids*) (Andersen jt, 2019). Abimaterjalid toetavad patsiente vajaliku teabe hankimisel ja meelde tuletamisel, võimestavad patsienti väljendama oma eelistusi ravi- või hooldusvaliku suhtes ning osalema otsustusprotsessis tervishoiutöötajaga võrdväärse partnerina. Tulemuseks on efektiivsem ühises otsustamises osalemine ning suurem rahulolu ravitulemusega (Korger jt, 2021; Raue jt, 2019). Ühises otsustamises osalemise abimaterjaliks võib olla näiteks DVD, interaktiivne videoloeng või infovoldik (Andersen jt, 2019; Jones jt, 2015).

Ühist otsustamist takistavaks teguriks võib olla otsustuskonflikt, mida kirjeldatakse kui olukorda, kus patsiendi tervisekäsitluses tehtud otsused ei vasta patsiendi eelistusele ravi- või hooldusvaliku suhtes. Otsustuskonflikti põhjuseks võib olla nii ebapiisav informeeritus kui patsiendi mittekaasamine otsustusprotsessi (Netsey-Afedo jt, 2020). Otsustuskonflikt omakorda võib viia halvemate ravitulemusteni. Hwang jt (2018) uurimuses koges 47% patsientidest (n = 170) otsustuskonflikti, 37% raporteerisid tervishoiutöötajaga diskussiooni puudumist ravivõimaluste üle, 16% tundsid otsustusprotsessi mittekaasamist ning 12% ei olnud rahul ravitulemusega. Green jt (2016) uurimuses ei mäletanud 80% uuritavatest, et tervishoiutöötaja oleks arutanud nendega võimalike ravimeetodite eeliseid ja riske. Kirjeldatud on juhtumeid, kus tervishoiutöötaja on rõhutanud ravimeetodi eeliseid, kuid võimalikke riske ei arutatud (Green jt, 2016). Tervishoiutöötajast tulenevate ühist otsustamist takistavate teguritena on välja toodud tervishoiutöötaja kartust, et tema autoriteet seatakse kahtluse alla ning ebakindlust võimalike tagajärgede ees, kui patsient eelistab ravimeetodit, mida on vähe uuritud või mille ravitulemused on osutunud vähem efektiivseks. Lisaks võivad tervishoiutöötajad kogeda konstruktiivsete oskuste puudumist patsiendiga lahkarvamuste lahendamisel. (Weston, 2001.) Kirjanduses on välja toodud ka võimalus, et vaatamata patsiendi asjakohasele nõustamisele ühises otsustamises osalemise kohta, võib patsient siiski eelistada paternalistlikku tervisekäsitlust ja jätta tema tervist puudutavate küsimuste osas otsuste tegemise tervishoiutöötajale (Clark jt, 2009).

Patsiendi ühises otsustamises osalemist ja ravi- või hooldustulemusega rahulolu võivad mõjutada erinevad patsiendi karakteristikud. Patsientide haiguskogemus on unikaalses sotsiaalses ja kultuurilises kontekstis individuaalne ning seetõttu tuleb arvestada patsientide eelistuste ja tõekspidamistega (Glass jt, 2012; Green jt, 2016; Netsey-Afedo jt, 2020). Moret jt (2017) uurimuses kogesid ühises otsustamises osalemist 80% patsientidest (n = 255), kuid madalama

sotsiaalse staatusega patsientide hulgas oli ühises otsustamises osalemise määr väiksem (75% vs 89%; $p < 0,001$). Madalama sotsiaalse staatusega patsientide seas oli enam vanemaealisi ja madalama haridustasemega patsiente, mistõttu võivad vanus ja haridustase olla seotud ühises otsustamises osalemise määraga. Rätsep jt (2014) ei leidnud sotsiodemograafiliste (vanus, sugu, haridustase jt) ja haigust iseloomustavate faktorite seost patsiendi eelistusega osaleda ühises otsustamises nimmediski herniatsiooni ravis.

Ühine otsustamine võib omada otsest ja laialdast mõju patsientide tervisele ja heaolule (Glass jt, 2012; Green jt, 2016; Korger jt, 2021; Raue jt, 2019). Kirjanduse põhjal võib öelda, et ühine otsustamine on patsiendikeskse tervishoiuteenuse osutamisel kesksel kohal. Praktikas võimaldab ühine otsustamine alternatiivsete ravi- või hooldusvõimaluste olemasolul rakendada patsiendi autonoomiat ning soodustada patsiendi osalemist tema tervist puudutavate otsuste tegemisel (Bunn jt, 2018; Coulter, 1997; Coulter jt, 2015; Elwyn jt, 2012). Mida suurem on patsientide kaasatus ühisesse otsustamisesse tervishoiuteenuse osutamisel, seda suuremat otsusega rahulolu nad võivad kogeda, mis omakorda võib olla positiivses korrelatsioonis rahuloluga ravitulemuse suhtes. Mitmed uuringud on näidanud, et ühises otsustamises osalenud patsiendid, keda enne otsuse tegemist nõustatakse tervishoiutöötaja poolt vastavalt tõenduspõhiste teadmistele, näitavad suuremat otsusega rahulolu (Mouet jt, 2017; Moin jt, 2019). Moin jt (2019) uurimuses väljendasid prediabeediga patsiendid ühises otsustamises osalemise tõttu paremat ravisoostumust ning ühine otsustamine oli seotud elukvaliteedi paranemisega, mis objektiivselt väljendus liigse kehakaalu ja 2. tüüpi diabeeti haigestumise riski vähenemises.

Mitmed uuringud on näidanud vastandlikke tulemusi ühise otsustamise ja patsiendi ravi- või hooldustulemusega rahulolu suhtes. Brody jt (2012) on välja toonud, et ühine otsustamine soodustab patsientidel vastutuse võtmist nende tervist puudutavate otsuste tegemisel, kuid ravitulemust ühises otsustamises osalemine ei mõjuta. Näitena on toodud kroonilise alaseljavaluga patsiendi osalemine ühises otsustamises. Brody jt (2012) uurimuses selgitas tervishoiutöötaja patsiendile erinevaid valu leevendamise võimalusi, milleks olid kirurgiline ravi, medikamentoosne ravi, ravi-kehakultuur, massaaž, akupunktuur. Tervishoiutöötajaga koostöös tehti patsiendi eelistusele vastav valutustamise meetme valik. Uurimuses leiti, et ravi efektiivsus oli seotud füsioloogiliste omaduste või platseeboefektiga, kuid mitte ühises otsustamises osalemisega. Rätsep jt (2014) uurimuses eelistasid peaaegu pooled patsientidest osaleda ühises otsustamises, kuid eelistusel puudus seos rahuloluga ravitulemuse suhtes. Sanders jt (2022) uurisid ühises otsustamises osalemise efektiivsust haigusest taastumisel mittespetsiifilist seljavalu kogevate patsientide ($n = 176$) seas ning ühise otsustamise seost ravitulemusega. Ühist otsustamist hinnati

patsientide, arsti ja vaatleja perspektiivist. Haigusest taastumist hinnati VAS valuskoori abil. Uurimistulemusena selgus, et patsiendi ja vaatleja perspektiivist ei avaldanud ühine otsustamine mõju ravitulemusele. Arsti perspektiivist oli ühine otsustamine positiivses korrelatsioonis ravitulemusega, kuid seda vaid keskmise valutugevuse skooriga patsientide seas.

2.2. Perioperatiivse valu leevendamine nimmediski herniatsiooniga patsientidel ja ühine otsustamine valu leevendamisel

Nimmediski herniatsioonist tingitud elukvaliteedi langust kogeb 5-20 indiviidi 1000 täiskasvanud elaniku kohta aastas (Fjeld jt, 2019). Ülemaailmselt esineb 266 miljonit (3,63%) lülisamba degeneratiivse haiguse juhtu aastas, kõrgeim esinemissagedus on Euroopas (5,7%) (Ravindra jt, 2018). Eestis moodustavad suurima neurokirurgiliste haigete grupi lülisamba degeneratsioonist tingitud haigused, milleks on muuhulgas kaelaosa ja nimme-ristluu diskogeensed sündroomid, neist enamuse moodustab nimmediski herniatsioon. Suures osas on tegemist täiskasvanud töövõimelise populatsioonigrupiga (Sotsiaalministeerium).

Nimmediski herniatsioon on lülivaheketta säsituumas (*nucleus pulposus*) nihkumine läbi fibroosvõru (*annulus fibrosus*) mis võib põhjustada mehaanilist survet närvijuurtele (Zhang jt, 2023). Nimmediski herniatsioonist tingitud spinaalnärvi juure kompressioon väljendub subjektiivse kaebusena peamiselt alaselja- või radikulaarses valus (Samuelly-Leichtag jt, 2022) ning tundlikkus- ja liigutushäiretes, mis omakorda põhjustavad funktsionaalse võimekuse langust (Valat jt, 2010; Zhang jt, 2023). Jansson jt (2005) andmetel esines liikumisvõime piiratust 75% patsientidest (n = 198) ning enesehooldusdefitsiit 30% patsientidest (n = 73). Alaselja- või radikulaarne valu on nimmediski herniatsiooniga patsientide oluliseks elukvaliteeti määravaks sümptomiks (Andersen jt, 2019). Uurimustes on kinnitust leidnud, et alaseljavaluga indiviididel esineb enam psühholoogilise, sotsiaalse ja keskkondliku elukvaliteedi langust. Igapäevatoimingute sooritamise võimekust vähendavad alaselja- või radikulaarsest valust tingitud unehäireid, ärevus ja depressioon (Hagen jt, 2006). Ärevust või depressiooni esines Jansson jt (2005) uurimuses 58% patsientidest (n = 153). Nimmediski herniatsioonist tingitud valu ja patsientide taustaandmete vahelist seost on uurinud Samuelly-Leichtag (2022), kelle uurimistulemustes ilmnes seos patsiendi soo ja valutugevuse vahel.

Nimmediski herniatsiooni puhul on võimalikud nii konservatiivne kui kirurgiline ravi, kuid vaatamata ravimeetodi valikule on alati oluline valu kui ühe peamise haigussümptomi leevendamine. Valu leevendamise meetme valikul on oluline roll patsiendi eelistustel ja

tõekspidamistel, sest nimmediski herniatsiooniga kaasnevat funktsionaalset defitsiiti ning alaselja- või radikulaarset valu kogeb iga patsient erinevalt (Andersen jt, 2019). Valu leevendamisel on peamiseks valutustamismeetoditeks medikamentoosne ravi mittesteroidsete põletikuvastaste ravimite, opioidide, kortikosteroidide ja müorelaksantidega (Rhee jt, 2006) ning taastusravi sh ravivõimlemine (Andersen jt, 2019; Hwang jt, 2018). Alaselja- või radikulaarse valu määratlemisel ja leevendamisel on oluline roll õdedel (El-seadi jt, 2022). Valu tugevuse hindamine ja valu leevendamise meetme valik toimub patsiendi, arsti ja õe vahelises koostöös. Statsionaarsel ravil viibiva patsiendi valutustamise meetodid määrab arst, kuid konkreetse meetme rakendamine sõltub valu tugevusest, mida hindab ja rakendab vahetult ravimeetmeid õde. Igal patsiendil on oma raviarst, kuid õed töötavad vahetustega ja on töö ajal patsiendi jaoks alati kättesaadavad.

Rätsep jt (2014) uurisid nimmediski herniatsiooniga patsientide kaasatust raviotsuse tegemisel ning selle seost rahuloluga ravitulemuse suhtes. Eelistuste hindamise skaalat (EHS) (Degner ja Sloan, 1992) kasutades hinnati patsientide eelistusi raviotsuse tegemisse kaasamisel ning tegelikku kaasatust. Patsientidest (n = 150) ligikaudu pooled (47%) eelistasid olla ühisesse otsustamisse kaasatud ning enam kui pooltel juhtudel langes kokku ühises otsustamises osalemise eelistuse määr tegeliku ühises otsustamises osalemise määraga. Patsientidest 74% olid rahul ravitulemusega, kuid rahulolu ei olnud seotud ühises otsustamises osalemisega.

2.3. Õdede roll ühises otsustamises

Õdede jaoks on oluline ühise otsustamise kui tervikliku koostööprotsessi mõistmine (Jin jt, 2021; Truglio-Londrigan ja Slyer, 2018). Kirjanduses ilmneb õdede fokusseeritus patsiendi haigussümptomite leevendamisele ning selle eesmärgi nimel võidakse patsiendile edastada ühekülgselt informatsiooni. Eesmärgile suunitletuse puhul võib jääda tagaplaanile koostööprotsess patsiendiga, mille käigus tuleks valida patsiendi eelistustele vastav lahendus. Õdede ühise otsustamise kontseptsiooni mõistmiseks ja rakendamiseks tuleb õdesid koolitada patsiendi ühisesse otsustamisse kaasamiseks vajalike oskuste osas (Upton jt, 2011).

Õdede osalemine ühises otsustamises peaks väljenduma patsiendi terviseprobleemide identifitseerimises eesmärgiga pakkuda patsiendi terviseprobleemile individualiseeritud lahendust. Õde omab küll tõendus põhiseid teadmisi, kuid nendele tuginedes langetatud ravi- või hooldusotsused ei pruugi olla universaalsed ja sobida üheselt kõigile patsientidele. Ühise otsustamise rakendamisel on oluline, et õde identifitseeriks patsiendi terviseprobleemi mõlemale osapoolle üheselt arusaadavana ning tõendus põhise teabe pakkumisel arvestaks patsiendi

väärtushinnangute ja eelistustega, jõudmaks mõlemale osapoolle sobiva konkreetse patsiendi vajadustele vastavate lahendusteni. (Florin jt, 2006.)

Florin jt (2006) uurisid patsientide eelistusi ning hinnanguid ühises otsustamises osalemisele ning võrdlesid tulemusi õdede hinnanguga selle kohta, mil määral patsiendid eelistavad olla kaasatud ühisesse otsustamisse õendusabi osutamisel. Uurimuse läbiviimiseks kasutati kohandatud EHS mõõdikut. Uurimistulemused näitasid, et 61% patsientidest ($n = 76$) eelistasid pigem passiivset rolli, kuigi nooremad ning üksi elavad patsiendid eelistasid aktiivsemat osalemist ühises otsustamises kui vanemaealised ning kellegagi koos elavad patsiendid. Õdedest seevastu, keda osales uurimuses 76, arvas valdav enamus (77%), et patsiendid eelistavad osaleda ühises otsustamises õendusabi osutamisel.

Efektiivse valuravi teostamise eelduseks on valu intensiivsuse hindamine. Süsteemne valu tugevuse hindamine, valutustamismeetme rakendamine ning valu intensiivsuse kordushindamine õdede poolt võimaldavad vähendada patsiendi valukogemust ning minimeerida psühholoogilist ja füüsilist düsfunktsiooni (Kadović jt, 2023). Patsientide perioperatiivse valu intensiivsuse hindamist ning rakendatava valutustamismeetme valikut teostavad enamasti õed (El-Seadi jt, 2022; Kadović jt, 2023). Haiglaravil viibivate patsientidega suhtlevad tervishoiutöötajatest kõige sagedamini õed. Patsientide informeeritus valu leevendamise võimalustest ja ühisesse otsustamisse kaasamine sõltuvad õdede suhtlemisoskusest (Zoffmann jt, 2008) ning õdede teadlikkusest ühise otsustamise kontseptsioonist (El-Seadi jt, 2022; Truglio-Londrigan ja Slyer, 2018). Patsientide kaasamisel otsustusprotsessi on tervishoiutöötajapoolsete teguritena lisaks määravad limiteeritud ajaressurss ning patsiendi passiivse rolli toetamine otsustusprotsessis osalemisel, jättes patsiendi teadvustamata otsustusprotsessis osalemise võimalusest (Edwards jt, 2005). Uurimistulemustes on samas ka leitud, et patsiendi poolt eelistatud roll ühises otsustamises osalemisel võib aja jooksul muutuda. Näiteks võib ühises otsustamises mitteosalemist eelistanud patsient haigusest ja võimalikest ravi- või hooldusvõimalustest teadlikumaks saades eelistada aktiivsemat ühises otsustamises osalemist (Charles jt, 1999).

Jin jt (2021) on leidnud, et patsiendiga valutustamismeetme valikut tehes on vajalik õepoolne valmisolek pakkuda patsiendile asjakohast ning tõenduspõhist informatsiooni. Ühise otsustamise protsessis peaks õde hindama patsiendi valutugevust, arvestades sealjuures, et valukogemus on individuaalne. Valu leevendamise meetodi valikul tuleb samuti arvestada patsiendi eelistustega. Õde informeerib patsienti dialoogi vormis erinevate valutustamise meetmetega kaasneda võivatest kasuteguritest ja riskidest ning hindab tagantjärele valitud meetme efektiivsust. El-Seadi jt (2022)

on uurinud postoperatiivselt ühise otsustamise efektiivsust õendusabi rakendamisel lülisamba nimmepiirkonna diskiprolapsiga patsientide ravitulemusele neurokirurgia osakonnas. Andmete kogumiseks kasutati muu hulgas VAS skaalat. Taustaandmetest küsiti uuritavatelt vanust, sugu, haridustaset. Uurimistöö tulemusena selgus, et katserühmas osalenud patsiendid omasid võrrelduna kontrollrühmaga paremat teadmiste taset haigusest ja võimalikest ravimeetoditest ning nende valuskoor oli postoperatiivselt madalam. Kolmandal operatsioonijärgsel nädalal oli valuvaba 67% kontrollrühmas osalenud patsientidest (n = 30). Uurimuses hinnati ka patsientide teadmiste taset valutustamise meetmetest. Hindamiskaala teadmiste kirjeldamiseks oli madal, keskmine või kõrge. Selgus, et 93% katserühmas osalenud patsientidest (n = 30) omasid kaks nädalat peale hospitaliseerimist eesmärgipärase nõustamise tulemusena kõrget teadmiste taset valu leevendavatest meetmetest.

3. METOODIKA

3.1. Magistritöö metodoloogilised lähtekohad

Magistritöö eesmärgist tulenevalt on uurimismeetodiks empiiriline küsitlusuurimus, mille läbiviimiseks on kasutatud EHS küsimustikku (Degner ja Sloan, 1992), mis võimaldab kirjeldada patsientide (vt lisa 1) ja õdede (vt lisa 2) hinnangut ühisele otsustamisele ning samas kogutud taustaandmete olulisust nende hinnangute mõjutamisel. Kvantitatiivne uurimismeetod võimaldab leida seoseid sõltuvate ja sõltumatute muutujate vahel (Gray ja Grove, 2020). Küsitlusuurimus on teaduslikult aktsepteeritud strateegia, mida rakendatakse limiteeritud ajaressursi ja suure valimi puhul objektiivsete arvuliste tulemuste väljendamiseks (Zyphur ja Pierides, 2020). Valitud uurimismeetod võimaldab koguda kvantifitseeritavaid ehk numbrilisele kujule teisendatavaid andmeid eesmärgiga saada usaldusväärseid tulemusi järelduste tegemiseks (Aithal ja Aithal, 2020).

3.2. Uuritavad

Sihipärase valimi moodustasid kaks gruppi, kellest esimeses olid nimmediski herniatsiooni diagnoosiga eesti keelt kõnelevad patsiendid, kes viibisid statsionaarsel haiglaravil Tartu Ülikooli Kliinikumi neurokirurgia osakonnas operatiivsel ravil ajavahemikus 15.05.2023 – 15.11.2023. Teise grupi moodustasid Tartu Ülikooli Kliinikumi neurokirurgia osakonna õed. Kaasamise kriteeriumid patsientide puhul olid: vabatahtlik nõusolek uurimuses osalemiseks, vanus > 18 aastat, plaanilisel haiglaravil viibimine nimmediski herniatsiooni näidustusel, piisav kognitiivne võimekus küsimustikust aru saamiseks, eesti keele valdamine. Õdede kaasamisel vabatahtlikkusele lisaks eraldi kriteeriume ei püstitatud. Kaks kaasamiskriteeriumitele vastavat patsienti ja üks õde keeldusid uurimuses osalemast. Neli patsientide poolt täidetud küsimustikku olid täidetud puudulikult ja neid uurimistöösse ei kaasatud.

3.3. Andmete kogumise meetod

Uurimistöö meetodist tulenevalt on andmed kogutud küsimustiku abil. Patsientidele koostatud küsimustik koosneb neljast osast. Esimese osa moodustavad taustaandmed, milleks on vanus, sugu, haridustase, haiglaravil viibimise kestus päevades, kaasuvad haigused. Teises osas paluti patsientidel hinnata pre- ja postoperatiivset valutugevust. Valutugevuse hindamisel kasutati VAS skaalat. Küsimustiku kolmanda osa moodustavad viis väidet patsiendi eelistuse kohta osaleda

ühises otsustamises perioperatiivse valu leevendamisel ning neljas osa koosneb viiest väitest patsiendi tegeliku ühises otsustamises osalemise kohta perioperatiivse valu leevendamisel. Õdedele koostatud küsimustik on kolmeosaline. Esimene osa on taustaandmete kohta (vanus, tööstaaž õenduserialal ning haridustase), teine patsientide eelistuse kohta osaleda ühises otsustamises perioperatiivse valu leevendamisel ning kolmas patsientide tegeliku ühises otsustamises osalemise kohta. Küsimustiku kolmanda ja neljanda osa väidete hulgast valis patsient tema jaoks sobivaima vastusevariandi. Õde valis vastusevariandi, mis oli tema arvates sobivaim kirjeldamiseks patsiendi eelistust või tegelikku ühises otsustamises osalemist. Eelistatud ja tegeliku ühises otsustamises osalemise määra hindamiseks kasutatud EHS mõõdik on välja toodud tabelis 1.

Tabel 1. EHS küsimustik patsientide eelistuse ja tegeliku osalemise kohta nimmediski herniatsioonist tingitud perioperatiivse valu leevendamisel

Eelistus osaleda ühises otsustamises	Tegelik ühises otsustamises osalemine
A Ma eelistaksin teha ise lõpliku otsuse oma valuvaigistava ravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada)	A Mina tegin lõpliku otsuse oma valuvaigistava ravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada)
B Ma eelistaksin teha ise lõpliku otsuse oma valuvaigistava ravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada), kuid arvestaksin sealjuures tõsiselt õe ja arsti arvamust	B Mina tegin lõpliku otsuse oma valuvaigistava ravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada), kuid arvestasin sealjuures tõsiselt õe ja arsti arvamust
C Ma eelistaksin üheskoos õe ja arstiga teha lõpliku otsuse oma valuvaigistava ravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada).	C Tegin üheskoos õe ja arstiga lõpliku otsuse oma valuvaigistava ravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada).
D Ma eelistaksin, et lõpliku otsuse minu valuvaigistava ravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada) langetaksid õde ja arst, kuid et nad arvestaksid sealjuures tõsiselt minu arvamusega	D Õde ja arst tegid lõpliku otsuse minu valuvaigistava ravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada), kuid nad arvestasid sealjuures tõsiselt minu arvamusega
E Ma eelistaksin jätta lõpliku otsuse minu edasise valuravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada) õe ja arsti teha	E Õde ja arst tegid lõpliku otsuse minu valuravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada) ja mina neid sealjuures ei mõjutanud

Uurimistöösse kaasamise kriteeriumitele vastavatele patsientidele tutvustasid uurimismeeskonna liikmed suuliselt uurimistöö sisu enne kodusele ravile suundumist. Uurimistöös osalemise nõusolekul anti patsiendile küsimustik paberkandjal vahetult enne statsionaarselt haiglaravilt kodusele ravile suundumist. Õdedele koostati ettekanne uurimistöö sisust ja eesmärgist ning uurimises osalemise nõusoleku korral jagas uurimistöö autor õdedele küsimustikud. Õed täitsid küsimustiku endale sobival ajahetkel. Mõlema valimigrupi puhul jäeti täidetud küsimustikud

neurokirurgia osakonnas patsientide puhkenurgas asuvasse lukustatud postkasti. Kord nädalas tühjendati postkast uurimistöö autori poolt ning andmed sisestati *Microsoft Excel* andmetabelisse.

3.4. Andmete analüüs

Andmete kirjeldamiseks on kasutatud kirjeldavaid statistikuid: absoluutsed (n) ja suhtelised (%) sagedused, miinimumid, maksimumid ning keskvaärtused, mis on esitatud koos standardhälbega (SD, *Standard deviation*). Perioperatiivse valu tugevust määrati pre- ja postoperatiivsete VAS skaalade maksimaalväärtuste alusel. Andmete analüüsimise käigus dihotomiseeriti küsimustiku esimese osa jaotused (patsientide puhul perioperatiivne valutugevus, haiglaravil viibimise kestus, õdede puhul vanus ja tööstaaž õenduserialal) vastavalt keskmistele väärtustele. Patsientide puhul dihotomiseeriti vanus ülemise kvartiili alusel. Statistilise analüüsi teostamiseks dihotomiseeriti EHS küsimustiku abil kogutud andmed vastavalt sellele, kas patsient eelistas aktiivsemalt osaleda/osales aktiivsemalt ühiseses otsustamises (vastusevariandid A-C) või eelistas olla passiivsemas rollis (vastusevariandid D-E). Seejärel analüüsiti taustaandmete seotust patsientide eelistustega osaleda või mitte osaldeda ühises otsustamises perioperatiivse valu leevendamisel. Lisaks hinnati ja võrreldi patsientide tegeliku ühises otsustamises osalemise määra kokkulangevust eelistatud osalemise määraga. Pidevväärtuste vastavust normaaljaotusele kontrolliti Shapiro-Wilk'i W-testiga. Võrdluseks normaaljaotusega gruppide vahel kasutati paaritud t-testi ja normaaljaotusele mittevastavate gruppide vahel Wilcoxon'i testi. Gruppide proportsioonide võrdlemiseks kasutati hii-ruut testi. Analüüsil kasutati andmetöötlusprogramme JMP 8.0.1., Stata14 ja *Microsoft Excel*. Statistiliselt oluliseks loeti $p < 0,05$.

3.5. Uurimistöö valiidsus ja usaldusväarsus

Uurimistöös kasutatav mõõdik EHS (Degner ja Sloan, 1992) on meditsiinialastes uurimistöodes laialdaselt kasutusel ja seda on ka tõlgitud erinevatesse keeltesse (Cuevas ja Peñate, 2016; Florin, 2007, Rätsep jt, 2014). Mõõdik on välja töötatud patsientide ühises otsustamises osalemise hindamiseks ehk mõõdiku abil on võimalik kirjeldada, millisel määral patsiendid eelistavad otsustusprotsessis osaleda ja millisel määral nad tegelikult osalevad. Mõõdik koosneb viiest valikvastusest, mille põhjal saab kindlaks määrata, kas patsient soovib otsustada ravi- või hooldusvaliku üle individuaalselt, soovib ta teha seda koostöös tervishoiutöötajaga või eelistab ta jätta otsuse tegemise tervishoiutöötajale (Degner jt, 1997). Lisaks valideeritud originaalmõõdikule on Cuevas ja Peñate (2016) valideerinud meeleoluhäirega patsientidele kohandatud mõõdiku

hispaania keeles ning Florin (2007) on valideerinud kohandatud mõõdiku rootsikeelsena doktoriuurimuse käigus. Eestikeelsena on kohandatud küsimustikku kasutanud Rätsep jt (2014).

Uurimistöö usaldusväärsuse tagamiseks on metoodikat kirjeldatud täpselt ja läbipaistvalt, et võimaldada uurimistöö korratavus ning sarnastele tulemustele jõudmine. Andmete kogumine isikustamata kujul ning võimalus loobuda ka esialgse nõusoleku korral uurimuses osalemisest kuni täidetud küsimustiku asetamiseni postkasti soodustavad ausat vastamist. Täidetud küsimustike kättesaadavus kolmandatele isikutele oli välistatud. Teiste autorite poolt koostatud uurimistöodele on viidatud vormikohaselt ning need on eristatavad käesoleva uurimistöö autori seisukohtadest.

4. TULEMUSED

4.1. Valimi kirjeldus

Uurimuses osales 115 nimmediski herniatsiooniga patsienti ning 22 neurokirurgia osakonna õde. Patsientidest oli vanim uurimuses osaleja 81-aastane ja noorim 19-aastane. Kõige pikem haiglaravil viibimise periood oli üheksa päeva ja lühim kaks päeva. Patsientide kõrgeim kogetud valuskoor VAS-skaalal perioperatiivsel perioodil oli kümme palli ja kõige madalam kolm palli. Õdedest vanim osaleja oli 67-aastane ja noorim 22-aastane. Kõige pikem tööstaaž õe erialal oli 45 aastat ning kõige lühem õe erialal töötatud aeg oli üks aasta (vt tabel 2).

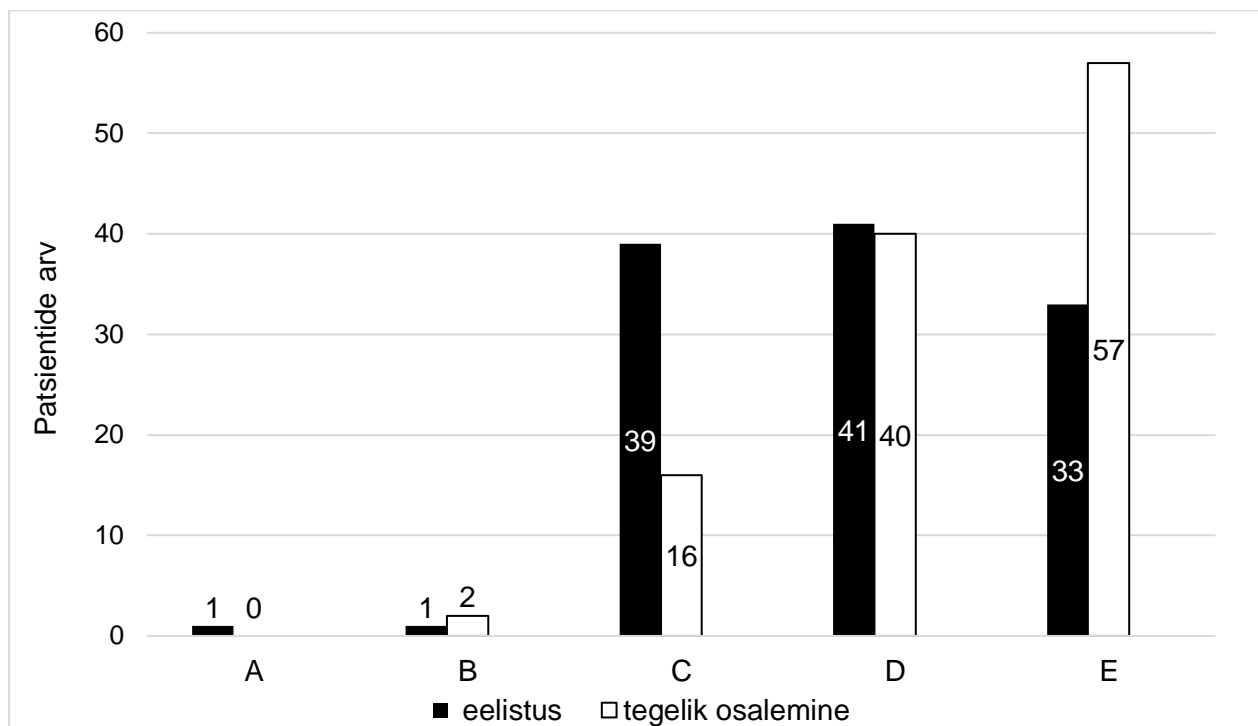
Tabel 2. Uuritavate taustaandmed (keskväärtus koos standardhälbe või protsentuaalse osakaaluga)

Taustaandmed	Patsiendid (n = 115)	%	SD
Vanus	50,3		± 14,4
Vanus > 60	36	31	
Sugu (N:M)	53:62	46:54	
Kõrgharidus	19	17	
Haiglaravil viibitud päevad	3,9		± 1,3
Haiglaravil viibitud päevad > 4	71	62	
Kaasuvad haigused	32	28	
Perioperatiivne VAS	7,7		± 1,56
Perioperatiivne VAS > 7	73	63	

	Õed (N = 22)		
Vanus	36		± 11
Vanus > 36	11	50	
Tööstaaž	11,5		± 11,6
Tööstaaž > 10	11	50	
Teaduskraad	2	9	

4.2. Patsientide ja õdede hinnang patsientide eelistuse ning tegeliku ühises otsustamises osalemise kohta nimmediski herniatsioonist tingitud perioperatiivse valu leevendamisel

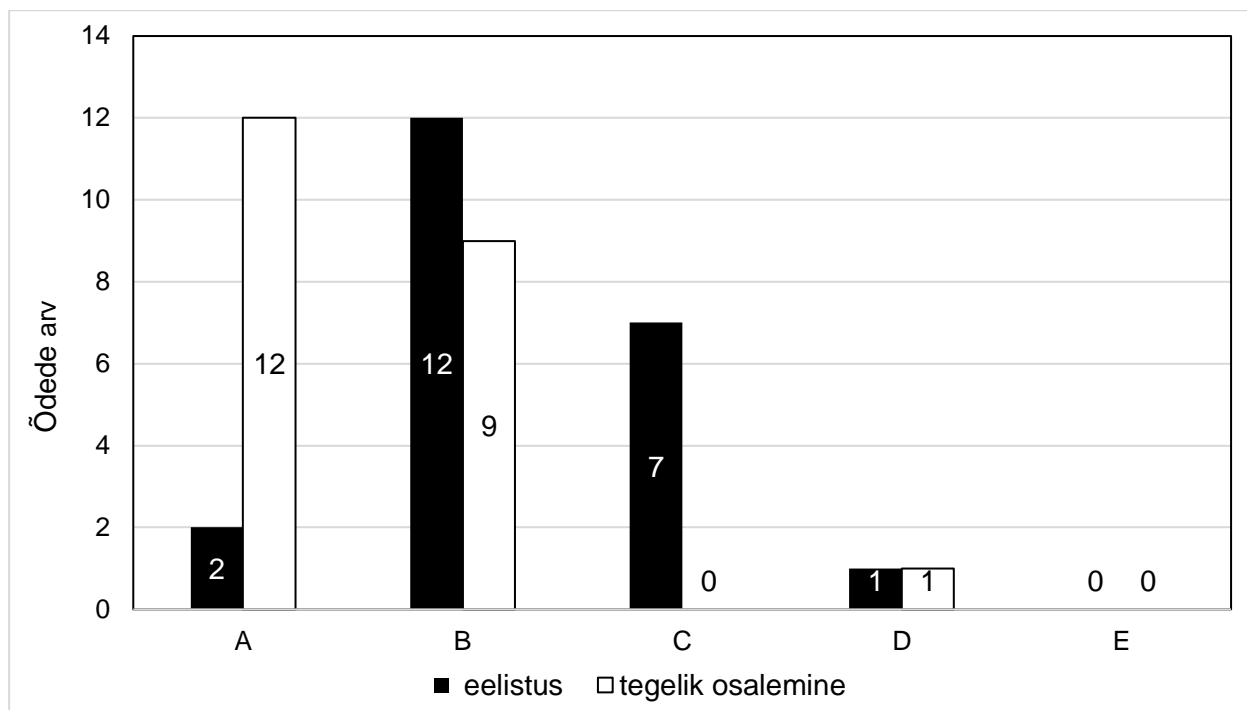
Kõige enam valisid patsiendid ühises otsustamises eelistatud osalemise määra kirjeldamiseks perioperatiivse valu leevendamisel vastusevarianti D ning tegeliku ühises otsustamises osalemise kirjeldamisel vastusevarianti E. Kõige vähem valisid patsiendid enda eelistuse ja tegeliku ühises otsustamises osalemise kirjeldamisel vastusevariante A ja B (vt joonis 1).



A = patsient eelistab teha/teeb ise otsuse; B = patsient eelistab teha/teeb otsuse, kuid arvestab sealjuures tervishoiutöötaja arvamusega; C = patsiendi ja tervishoiutöötaja vaheline ühine otsustamine; D = tervishoiutöötaja otsustab, kuid arvestab sealjuures patsiendi arvamusega; E = tervishoiutöötaja langetab ise otsuse

Joonis 1. Patsientide hinnang nende eelistuse ja tegeliku ühises otsustamises osalemise kohta perioperatiivse valu leevendamisel

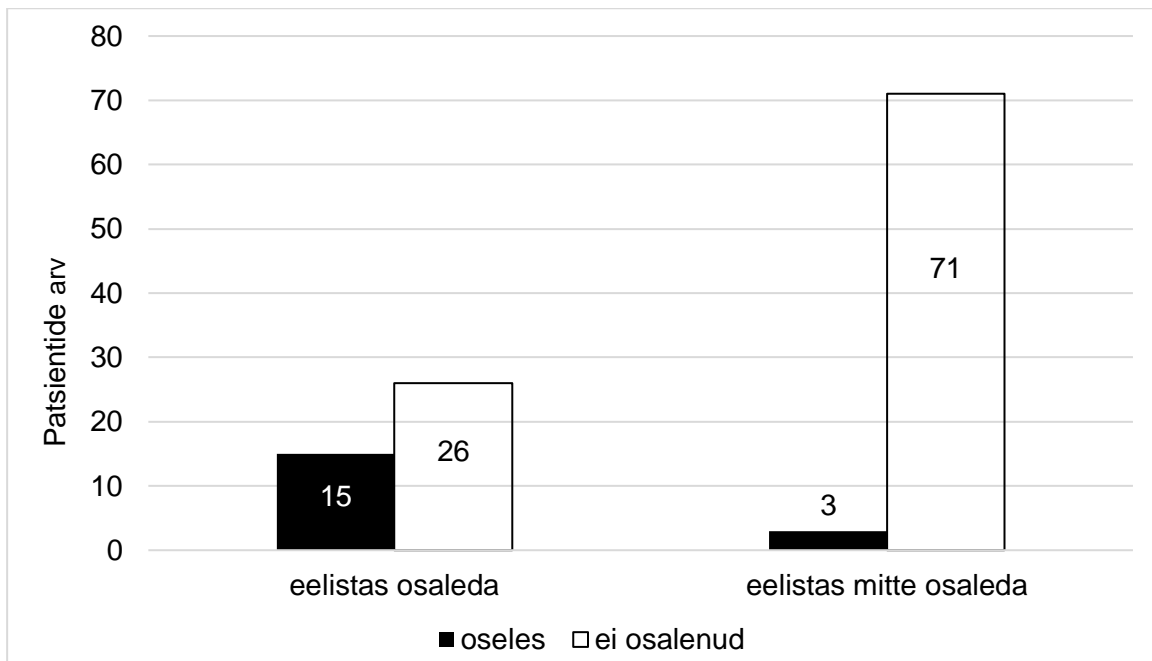
Õed valisid enim patsientide eelistuse ja tegeliku ühises otsustamises osalemise määra kirjeldamisel perioperatiivse valutustamismeetme valikul vastusevariante A ja B. Patsientide eelistatud ühises otsustamises osalemise hindamisel ei valitud õdede poolt kordagi vastusevariante C, mis kirjeldab patsiendi ja tervishoiutöötaja vahelist koostööd ja ühist otsustamist, ega ka vastusevarianti E, mis tähistab meditsiinilist paternalismi, kus tervishoiutöötaja üksi langetab otsuse patsiendi tervisekäsitluse osas (vt joonis 2).



A = patsient eelistab teha/teeb ise otsuse; B = patsient eelistab teha/teeb otsuse, kuid arvestab sealjuures tervishoiutöötaja arvamusega; C = patsiendi ja tervishoiutöötaja vaheline ühine otsustamine; D = tervishoiutöötaja otsustab, kuid arvestab sealjuures patsiendi arvamusega; E = tervishoiutöötaja langetab ise otsuse

Joonis 2. Õdede hinnang patsientide eelistuse ja tegeliku ühises otsustamises osalemise kohta perioperatiivse valu leevendamisel

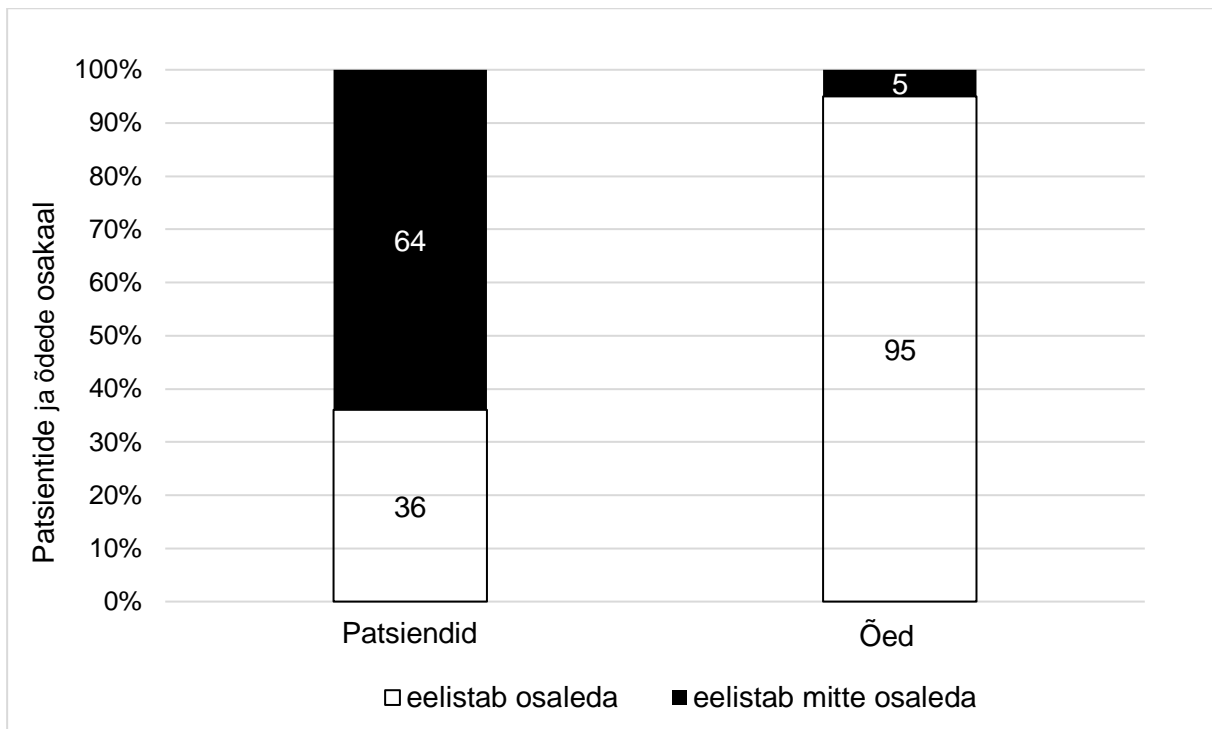
Vastusevariantide dihhotomiseerimise järgselt ilmnes, et 41 patsienti eelistasid aktiivsemalt osaleda ühises otsustamises ja nendest 37% raporteerisid ka tegelikku aktiivsemat ühises otsustamises osalemist perioperatiivse valu leevendamisel. Patsientidest 74 eelistas ühises otsustamises passiivsemat rolli ning nendest 96% raporteerisid ka tegelikku passiivsemat ühises otsustamises osalemist. Patsientide eelistatud ja tegeliku ühises otsustamises osalemise määra vahel esines statistiliselt oluline erinevus ($\chi^2 = 20,8$; $p = 0,001$). Seega 86 patsiendil (75%) langes ühises otsustamises eelistatud osalemise määr kokku tegeliku ühises otsustamises osalemise määraga. Eelistatud osalemisele mittevastavat tegeliku osalemise määra kogesid 29 patsienti (25%), nendest kolm tundsid, et vaatamata eelistatult passiivsele rollile olid nad siiski sunnitud aktiivsemalt osalema ühises otsustamises (vt joonis 3). Õdedest 21 arvasid, et patsiendid eelistavad osaleda ühises otsustamises ning realselt ka osalevad. Üks õde arvas, et patsiendid ei eelista aktiivselt ühises otsustamises osaleda ning realselt ka ei osale. Õdede hinnangus patsientide eelistuse ja tegeliku ühises otsustamises osalemise määra vahel statistiliselt olulist erinevust ei ilmnenud ($\chi^2 = 0,09$; $p = 0,7$).



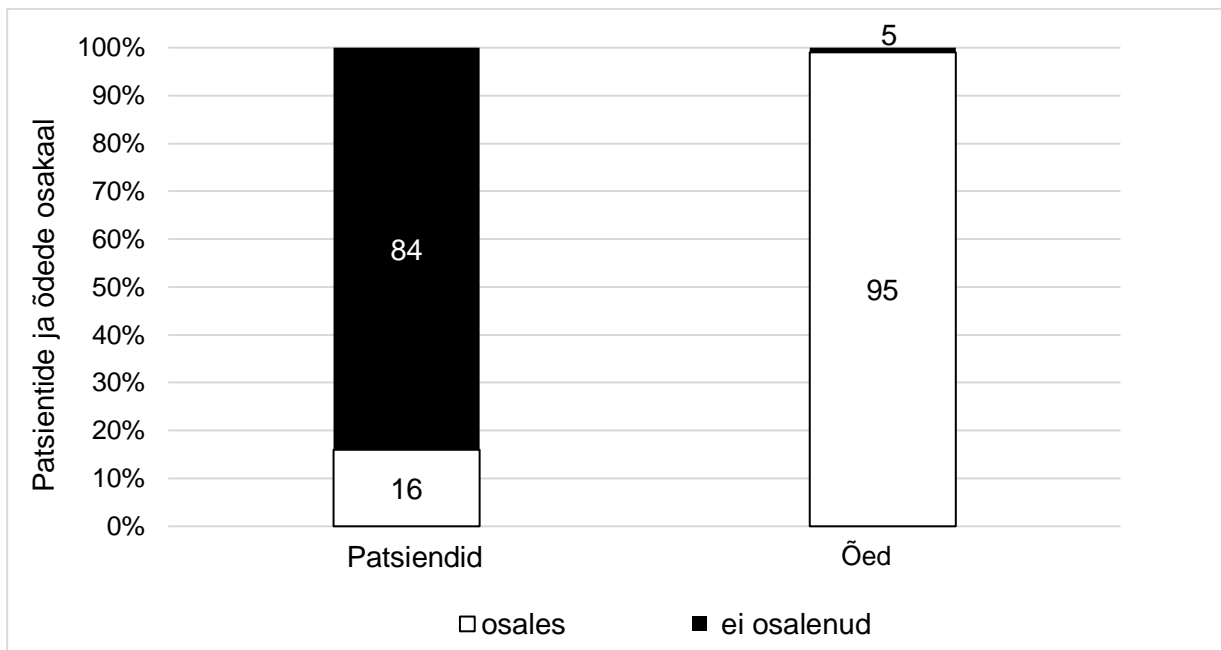
Joonis 3. Patsientide eelistusele vastav/mittevastav ühises otsustamises osalemise määr

4.3. Patsientide ja õdede hinnangute võrdlus

Veidi enam kui kolmandik patsiente (41 patsienti) eelistas olla aktiivsemalt seotud ühise otsustamisega, kuid peaaegu kõikide õdede hinnangul eelistasid patsiendid aktiivselt osaleda ühises otsustamises valuravi läbiviimisel (95%) ($\chi^2 = 30,7$; $p < 0,0001$). Patsientide ja õdede hinnangute võrdlus patsientide eelistatud rolli kohta ühises otsustamises osalemises perioperatiivse valu leevendamisel on välja toodud joonisel 4. Samas kui ainult alla 20% patsientidest (18 patsienti) raporteeris ennast olevat tegelikult osalenud ühises otsustamises, näitas enamuse õdede hinnang seda, et patsientide tegelik osalemine ühises otsustamises on kõrge ($\chi^2 = 55,7$; $p < 0,0001$). Patsientide ja õdede hinnangute võrdlus patsientide tegeliku osalemise kohta ühises otsustamises osalemises perioperatiivse valu leevendamisel on välja toodud joonisel 5.



Joonis 4. Patsientide ja õdede hinnangud patsientide eelistuse kohta ühises otsustamises osalemises



Joonis 5. Patsientide ja õdede hinnangud patsientide tegeliku ühises otsustamises osalemise kohta

4.4. Seosed patsientide taustaandmete ja eelistuste vahel

Õdede hinnangute ebahühtlane jaotus ei võimaldanud statistilist analüüsi teostada. Patsientide taustaandmete ja ühises otsustamises osalemise eelistuse vahel statistiliselt olulist seost ei leitud (vt tabel 3).

Tabel 3. Seosed patsientide taustaandmete ja ühises otsustamises osalemise eelistuste vahel

Taustaandmed	Patsiendid		χ^2	Z	t	p
	kes eelistasid osaleda (n = 41)	kes eelistasid mitte osaleda (n = 74)				
Vanus	47 ± 16	52 ± 13,2			1,76	0,08
Vanus > 60	10	26	1,45			0,23
Sugu (% N/M)	43,9/56,1	47,3/52,7	0,12			0,73
Kõrgharidus	7	12	0,01			0,91
Haiglaravil viibitud päevad	4,02 ± 1,65	3,82 ± 1,08		0,32		0,75
Haiglaravil viibitud päevad > 4	26	45	0,08			0,78
Kaasuvad haigused	9	23	1,12			0,29
Perioperatiivne VAS	7,85 ± 1,54	7,62 ± 1,58		0,48		0,63
Perioperatiivne VAS > 7	26	47	0,00			0,99

5. ARUTELU

5.1. Olulisemad tulemused

Käesolev magistritöö on originaaluuring, milles on kirjeldatud ja võrreldud 115 patsiendi ning 22 õe hinnangut patsientide ühises otsustamises osalemise kohta nimmediski herniatsioonist tingitud perioperatiivse valu leevendamisel. Ühine otsustamine on patsiendikeskses tervishoiusüsteemis kesksel kohal, kuid Eestis ei ole ühise otsustamise rakendatavust patsientide ja õdede hinnangute võrdlusena varem uuritud. Uurimuse tulemused näitasid, et ühises otsustamises osalemine on meie patsientide hulgas ainult väheselt rakendatud ja õdede hinnangud patsientide osalemise kohta ühises otsustamises erinevad oluliselt patsientide hinnangutest.

Käesolevas uurimuses selgus, et ainult veidi üle kolmandiku patsientidest (36%) eelistas olla ühisesse otsustamisse kaasatud ning nendest vähem kui pooled (16%) raporteerisid ka tegelikku ühises otsustamises osalemist. Uurimistöö tulemustes ilmnis küll statistiliselt oluline seos patsientide eelistuste ja tegeliku võimaluse vahel osaleda ühises otsustamises, kuid siiski raporteerisid üle poolte patsientidest, kes eelistasid ühises otsustamises osaleda, tegeliku osalemise võimaluse puudumist. Käesoleva uurimuse tulemustest võib järeldada üleüldist ühisesse otsustamisse kaasatuse defitsiiti. Ilmselt ei ole ühise otsustamise kontseptsioon patsientide hulgas levinud ja tuntud. Sarnasele tulemusele jõudis ka Florin (2006), kelle uurimuses eelistas ühisesse otsustamisse olla kaasatud samuti veidi üle kolmandiku patsientidest (39%). Selle põhjuseks võib olla kultuuriline taust, sest praktikas on olnud esindatud pigem meditsiiniline paternalism ning ühise otsustamise kontseptsioon ei ole võrreldaval määral kasutusel olnud. Sarnaselt Rätsep jt kümne aasta tagustele uurimustulemustele, on Eestis patsientide ühises otsustamises osalemine jätkuvalt madalam kui mitteosalemine. Uurimustulemuste vahelises võrdluses on patsientide ühises otsustamises tegeliku osalemise määr tunduvalt madalam (58% vs 16%). Tulemustes ilmestuv langus võib olla seotud ka uurimiseesmärgiga – käesolevas töös hinnati ühist otsustamist perioperatiivse valutustamise meetodi valiku kontekstis, kuid varasemas uurimuses hinnati patsiendi eelistust kirurgilise ravivaliku suhtes, mis võivad olla patsiendi jaoks erineva kaaluga otsused. Patsientide informeerimist ja ühisesse otsustamisse kaasamist uurinud Elwyn jt (2012) on kirjeldanud võimalust, et terminid „otsused“ ja „eelistused“ võivad olla patsiendile tervishoiuteenuse kontekstis võõrad. Seega ei pruugi patsiendid olla teadlikud võimalusest olla otsustusprotsessi kaasatud. Lahendusena olukorrale on kirjeldatud patsientidele alternatiivsete valikute pakkumist nende tervist puudutavate otsuste tegemisel. Võib oletada, et ka meie endi

kultuuriruumi kontekstis on patsientide informeerimine ühises otsustamises osalemise võimalustest positiivses korrelatsioonis ühises otsustamises osalemismääraga.

Vähese ühisesse otsustamisse kaasatuse põhjuseks võib olla ka see, et valuvaigistava ravi korraldamine on patsientidele võõras. Näitena kirjandusest võib tuua El-Seadi jt (2022) uurimuse, kus patsientide nõustamisel suurenes patsientide teadlikkus valutustamismeetmetest kolme nädala jooksul 93% ($n = 30$). Sarnase tulemuse on välja toonud ka Charles jt (1999), kes leidsid, et lisaks patsiendi teadmiste kasvule valu leevendavate meetmete osas võib ka patsientide eelistus ühises otsustamises osalemise määra suhtes aja jooksul muutuda ning olla seotud informeeritusega. Selle kinnituseks on Rätsep jt (2014) uurimuses ilmnenu statistiliselt oluline erinevus patsiendi haigusteadlikkuse ja ühises otsustamises aktiivse osalemise eelistuse vahel ($p = 0,01$). Erinevalt Rätsep jt (2014) uurimusest, ei sisaldanud käesolev uurimistöö patsientidele eesmärgipäraselt lisainformatsiooni andmist nimmediski herniatsiooni, selle ravivõimaluste ja valu leevendavate meetmete kohta. Rätsep jt (2014) uurimuses ei olnud patsientide teadlikkus laiapõhjaline ja teadmiste puuduse korral on arusaadav, et patsiendid ise eelistavad jätta ravi- või hooldusotsuse tegemise tervishoiupersonalile. Oluline on täpsustada, mil määral patsient soovib olla tervishoiutöötaja poolt informeeritud ning kas ta identifitseerib tervishoiutöötajat kui neutraalset info edastajat või kui usaldusväärset nõustajat. El-seadi jt (2022) uurimuses olid infomaterjale kasutanud patsiendid teadlikumad nimmediski herniatsiooni ning paremini informeeritud sümptomeid leevendavate meetmete suhtes. Sellest tulenevalt kogesid patsiendid postoperatiivselt madalamat valuskoori, mis väljendab paremaid ravitulemusi ning üldist tervishoiuteenusega rahulolu. Ka meie tingimustes võiks patsientide informeerituse suurendamiseks kasutada interaktiivseid patsientide informeerimise abivahendeid. Teine võimalus on anda patsiendile ambulatoorsel vastuvõtul või haiglaravile saabumisel infovoldik valu leevendavate meetmete kirjeldustega. See tagaks patsientide parema informeerituse ja võimalik, et suurendaks seeläbi ühises otsustamises osalemist.

Uurimuses ei leitud seost patsientide taustaandmete ja ühises otsustamises osalemise vahel. Ka varasemates uurimistulemustes on seos valdavalt puudunud. Patsientide sugu on mõnedes uuringutes olnud oluliselt seotud ühises otsustamises osalemise eelistusega. Florin jt (2007) uurimuses näiteks eelistasid naised 1,8 korda rohkem ühises otsustamises osalemist kui mehed. Käesolevas uurimistöös esines statistiliselt oluliseks erinevuseks loetavale p -väärtusele kõige ligilähedasem seos patsientide vanuse ja ühises otsustamises osalemise eelistuse määra vahel ($p = 0,08$). Ei ole välistatud, et suurema valimi puhul oleks antud kategoorias statistiliselt oluline erinevus ilmnenu. Võrdlusena on Florin jt (2006) uurimuses kirjeldatud nooremaelaste

aktiivsemat ühises otsustamise osalemise eelistust võrrelduna vanemaealiste uuritavatega. Käesolevas uurimistöös ei ilmnenud statistiliselt olulist erinevust ka perioperatiivse valutugevuse ja patsientide ühises otsustamises osalemise eelistuse vahel, kuigi valutugevus on üks peamisi nimmediski herniatsiooniga patsientide elukvaliteeti ja elamistoimingute sooritamise võimekust määravaid tegureid.

Peaaegu kõikide õdede hinnangul eelistasid patsiendid olla kaasatud ühisesse otsustamisse ning ka realselt osalesid selles. Patsientide ja õdede hinnagute vahelise erinevuse põhjuseks võib olla patsientide ja õdede erinev teadlikkus ühise otsustamise kontseptsioonist. Õdedele koostati enne uurimuses osalemist ettekanne uurimistöö sisust ja eesmärgist, sellest tulenevalt võisid õed olla sellest paremini informeeritud. Patsientidele seevastu oli selgitatud suuliselt enne kodusele ravile suundumist ühise otsustamise olemust ja nende teadmised ühisest otsustamisest ning valutustamismeetmete võimalustest võisid olla madalamad võrrelduna õdede teadmistega. Patsientide ja õdede hinnangutes esines erinevus ka Florin (2006) uurimuses, kus 61% patsientidest eelistas ühises otsustamises mitte osaleda, kuid õdede hinnangul eelistas vaid 24% patsientidest mitteosalemist. Patsientide ja õdede hinnangute drastiline erinevus viitab ühisest otsustamisest selge ja ühtse arusaama puudumisele. Erinevate hinnangute põhjuseks võib olla ka õdede oskamatus patsiente kaasata. Õdedele võib tunduda, et nad kaasavad patsiente ühisesse otsustamisse, kuid patsiendid ei taju seda kaasamisena. Uurimistulemused rõhutavad ühise otsustamise kontseptsiooni laialdasema teadvustamise ja rakendamise vajadust. Õdede ja patsientide ühtne arusaam ühisest otsustamisest ja selle rakendamine tõstaksid patsiendikeskse tervishoiusüsteemi kvaliteeti.

Patsientidest 75% (n = 86) kogesid oma eelistusele vastavat tegelikku ühises otsustamises osalemise määra. Rätsep jt (2014) uurimuses oli patsientide eelistatud ühises otsustamises osalemise määra vastavus tegelikule osalemise määrale 64% (n = 150) ning Florin jt (2007) uurimuses 20% (n = 228). Käesolevas uurimistöös võib selle põhjuseks olla patsientide suhteliselt madal soov osaleda ühises otsustamises – suurem osa patsientidest ei soovinud olla kaasatud ühisesse otsustamisse nimmediski herniatsioonist tingitud perioperatiivse valu leevendamisel ning nende puhul oli ka eelistusele vastav tegelik ühises otsustamises osalemise määr kõige kõrgem 96% (n = 71). Kõrge eelistusele vastava ühises otsustamises osalemise näitajat võib tõlgendada positiivse tulemusena, sest vähese osalemise põhjuseks võib olla patsientide suur usaldus tervishoiuteenuse osutaja suhtes. Kindlasti võib sellel olla ka alternatiivseid seletusi: patsientide madal informeeritus, ühise otsustamise mehhanismide ebaselgus, osalemise võimaluste puudumine, limiteeritud ajaressurss, patsientide ja õdede isikuomadused jne.

5.2. Uurimistöö eetilised aspektid

Autor on järginud teoreetilise tausta koostamisel eetilist kohustust veenduda, et uurimistöös kasutatud erialased kirjandusallikad on eelretsenseeritud, artiklites ja auditis välja toodud andmeid on kajastatud täpselt ning artiklid on avalikult kättesaadavad. Teiste autorite intellektuaalomandi õiguse kuritarvitamist ja väärkasutamist on välditud originaalartiklitele viitamisega (ORI, 2013). Uurimistöö jaoks kogutud andmeid on kirjeldatud ja analüüsitud selleks sobivate meetoditega. Uurimistöö metoodikat on kirjeldatud läbipaistvalt ning uurimistöö korratavust võimaldavalt.

Uuritavatele selgitati verbaalselt ja küsimustiku alguses kirjalikult uurimuses osalemise vabatahtlikkust ning et uurimuses osalemisest oli võimalik keelduda mis tahes ajahetkel enne täidetud küsimustiku asetamist postkasti. Uurimuses osalemine ega osalemisest keeldumine ei mõjutanud patsientide ravi ega hooldust mingilgi määral. Õdede osalemine või osalemisest keeldumine ei mõjutanud nende töötingimusi. Küsimustiku täitmist ja esitamist tõlgendati uurimuses osalemise nõusolekuna.

Uurimistöö jaoks vajalike andmete kogumine oli eelnevalt kooskõlastatud vastavalt Tartu Ülikooli ja Tartu Ülikooli Kliinikumi eeskirjadele. Andmete kogumist ja analüüsimist alustati peale Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt kooskõlastuse (protokoll number: 377/T-9, kuupäev 15.05.2023) saamist. Uurimistöö jaoks vajalikud andmed koguti isikustamata kujul. Paber kandjal täidetud küsimustikud hoiustatakse juhendaja lukustatavas kabinetis, millele puudub ligipääs kolmandatel isikutel. Elektroonset andmetabelit *Excel* formaadis säilitatakse krüpteeritud kujul välisel kõvakettal juhendaja lukustatavas kabinetis. Paber kandjal täidetud küsimustikke ja elektroonset andmetabelit säilitatakse magistritöö kaitsmiseni. Andmed publitseeritakse üldistatud kujul peale magistritöö kaitsmist juunis 2024. Kaitstud magistritöö tehakse üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace ning uurimistulemusi tutvustatakse Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonverentsil ja 15 Balti Neurokirurgia Kongressil. Tartu Ülikooli neurokirurgia osakonna personalile koostatakse ettekanne uurimistulemustest. Uurimistöö viidi läbi erapooletuse printsiibi alusel ning huvide konflikti ei esinenud, kuna puudus rollikonflikt.

5.3. Uurimistöö usaldusväärsus ja kitsaskohad

Neli patsientide poolt täidetud küsimustikku olid uurimistöösse kaasamiseks sobimatult täidetud, kuna ühe valikvastuse asemel oli märgitud mitu varianti. Seda nii pre- ja postoperatiivse valutugevuse hindamisel kui ka eelistatud või tegeliku ühises otsustamises osalemise määra

selekterimisel. Sama küsimustiku edaspidisel rakendamisel on vajalik küsimustiku sõnastust korrigeerida, rõhutades, et valikvariantide hulgast tuleks valida üks endale sobivaim variant. Samas on vähetõenäoline, et nelja uuritava kaasamine oleks mõjutanud uurimistulemusi.

Valimi suurus õdede puhul ei ole piisav üldistuste tegemiseks. Õed võisid üle hinnata patsientide ühises otsustamises osalemise määra, püüdes anda patsientide aktiivset ühises otsustamises osalemist kirjeldavat vastust, mida nad arvasid, et peetakse õigeks. Samuti võivad uurimistulemused olla mõjutatud valimi suurusest. Ei ole välistatud, et märkimisväärselt suurema valimi puhul oleks esindatud statistiliselt oluline seos mõne sõltumatu ja sõltuva muutuja vahel. Uurimistööd planeerides ei olnud võimalik ette näha, et õdede taustaandmete ja hinnangute vahelist seost ei ole statistiliselt võimalik analüüsida. Samas kajastavad tulemused hetke olukorda muutmata kujul.

Ühise otsustamise rakendamise seisukohast on oluline teada, miks patsientide ühises otsustamises osalemise määr on väga madal (16%) ning millised on ühises otsustamises mitteosalemisega seotud tegurid. Käesolevas uurimistöös patsientide taustaandmete ja tegeliku ühises otsustamises osalemise vahelist võimalikku seost ei analüüsitud, kuna tegelik ühises otsustamises osalemine on seotud mitmete patsiendi taustaandmetest sõltumatute faktoritega. Nendeks võivad olla osakonnasisene töökorraldus, ravimeeskonna tööstiil ning limiteeritud ajaressurs.

5.4. Uurimistulemuste rakendatavus ja ettepanekud edasisteks uurimistöödeks

Uurimistöös ilmneb patsientide ühisesse otsustamisse kaasatuse defitsiit ja drastiliselt oluline erinevus patsientide ja õdede hinnangute vahel. Sellest lähtuvalt oleks vajalik patsientide ja tervishoiutöötajate seas kujundada ühtne arusaam ühise otsustamise kontseptsioonist ja vajalikkusest. Vastavat eesmärki aitaksid saavutada patsientidele infomaterjalide koostamine ning tervishoiutöötajatele suunatud koolituste läbiviimine. Vajalik on muuhulgas teadvustada ühise otsustamise olulisust kui patsiendikeskset lähenemist. Ühise otsustamise kontseptsiooni teadlik rakendamine tervishoius eeldab mõtteviisi muutmist ja käitumise koordineerimist. Ühist otsustamist takistavate tegurite elimineerimiseks oleks vajalik teavitustöö ühise otsustamise olemusest ja rakendatavusest tervishoiusüsteemis. Teadlikkuse suurendamine aitaks kõrvaldada mõlemapoolset ebakindlust.

Mõtteviisi kohaldumisel vajaksid lisaks edasist uurimist ühise otsustamise rakendamine teiste eelistustundlike ravi- või hooldusvõimalusi sisaldavate näidustuste puhul. Patsientide ja õdede

hinnangute kohta süvendatud teadmiste kujundamiseks oleks vajalik läbi viia kvalitatiivne uurimistöö. Lisaks tuleks uurida ühise otsustamise tõhusust ravi- või hooldustulemusega rahuloluga seoses, kuna varasemates uurimistöodes on kirjeldatud nii ühise otsustamise seost kui seose puudumist patsiendi rahuloluga ravi- või hooldustulemuse suhtes.

6. JÄRELDUSED

Ühise otsustamise rakendamine perioperatiivse valu leevendamisel ei ole levinud ja patsientidel ning õdedel puudub ühtne arusaam ühisest otsustamisest kui patsiendikeskse tervishoiusüsteemi kesksest kontseptsioonist. Ainult veidi üle kolmandiku patsientidest eelistab olla ühisesse otsustamisse kaasatud ning nendest vähem kui pooled osalevad ka tegelikult ühises otsustamises. Suures osas vastab patsientide poolt eelistatud ühises otsustamises osalemise määr ka tegelikule osalemise määrale. Õdede arvates seevastu enamus patsiente eelistab olla ühisesse otsustamisse kaasatud ning tegelikult ka osaleb ühises otsustamises nimmediski herniatsioonist tingitud perioperatiivse valu leevendamisel. Arvestades ühise otsustamise olulisust patsiendikeskses tervishoius, väärrib selle edasine uurimine ja arendamine jätkuvat tähelepanu.

KASUTATUD KIRJANDUS

- Aithal, A., Aithal, P. S. (2020). Development and Validation of Survey Questionnaire and Experimental Data – A Systematical Review -based Statistical Approach. *International Journal of Management, Technology, and Social Science*, 5(2), 2581-6012.
[10.5281/zenodo.4179499](https://doi.org/10.5281/zenodo.4179499)
- Andersen, S. B., Andersen, M. O., Carreon, L. J. Coulter, A. (2019). Shared decision making when patients consider surgery for lumbar herniated disc: development and test of a patient decision aid. *BioMed Central Medical informatics and Decision Making*, 190.
- Brody, H., Colloca, L., Miller, F. G. (2012). The Placebo Phenomenon: Implications for the Ethics of Shared Decision-Making. *Journal of general Internal Medicine*, 27(6), 739-742.
DOI: [10.1007/s11606-011-1977-1](https://doi.org/10.1007/s11606-011-1977-1)
- Bunn, F., Goodman, C., Russell, B., Wilson, P., Manthorpe, J., Rait, G. (2018). Supporting shared decision making for older people with multiple health and social care needs: a realist synthesis. *BMC Geriatr*, 18, 165.
<https://doi.org/10.1186/s12877-018-0853-9>
- Charles, C., Gafni, A., Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science and Medicine*, 49(5), 651-661.
- Clark, N. M., Nelson, B. W, Valerio, M. A., Gong, Z. M., Taylor-Fishwick, J. C., Fletcher, M. (2009). Consideration of Shared Decision Making in Nursing: A Review of Clinicians' Perceptions and Interventions. *The Open Nursing Journal*, 3, 65-75.
doi: [10.2174/1874434600903010065](https://doi.org/10.2174/1874434600903010065)

Couët, N., Desroches, S., Robitaille, H., Vaillancourt, H., Leblanc, A., Turcotte, S. (2015).

Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument. *Health Expectations*, 18(4): 542–61. <https://doi.org/10.1111/hex.12054>

Coulter, A. (1997). Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making. *J Health Serv Res Policy* 2,112-121.

<https://doi.org/10.1177/135581969700200209>

Coulter, A., Härter, M.H., Moumjid-Ferdjaoui, N., Perestelo-Perez, L., Van der Weijden, T.

(2015). European experience with shared decision making. *International Journal of Person Centered Medicine*, 5, 9–14.

<https://doi.org/10.5750/ijpcm.v5i1.503>

Cuevas, C., Peñate, W. (2016). Validity of the Control Preferences Scale in patients with emotional disorders. *Patient Preference and Adherence*, 10, 2351-2356.

Danner, M., Geiger, F., Wehkamp, K., Rueffer, J. U., Kuch, C., Sundmacher, L. (2020). Making shared decision-making (SDM) a reality: protocol of a large-scale long-term SDM implementation programme at a northern German University hospital. *BMJ Open*, 10(10). DOI: [10.1136/bmjopen-2020-037575](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037575)

Degner, L. F., Sloan, J. A. (1992). Decision making during serious illness: what role do patients really want to play? *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 941-950.

Degner, L. F., Sloan, J. A., Venkatesh, P. (1997). The Control Preference Scale. *Canadian Journal of Nursing Research*, 29(3): 21-43.

- Edwards, A., Wood, F., Prior, L., Houston, H. (2005). Shared decision making and risk communication in practice. *British Journal of General Practice*, 55(510), 6-13.
- El-seadi, A. W., AbdAllah, A. W., El- Mahallawy, M. A., El-Hay, S. A. A., El-Say, O. E. A. (2022). Effect of Implementing a Protocol of Nursing Care on Clinical Outcomes for Patients Undergoing Lumbar Spine Disc Prolapse Surgeries. *Tanta Scientific Nursing Journal*, 26(3): 65-84.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 27, 1361–7. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Fjeld, O. R., Grovle, L., Helgeland, J., Smastuen, M. C., Solberg, T. K., Swart, J. A., Grotle, M. (2019). Complications, reoperations, readmissions, and length of hospital stay in 34 639 surgical cases of lumbar disc herniation. *The Bone and Joint Journal*, 101(4): 470-477.
- Florin, J. (2007). Patient participation in clinical decision making in nursing – a collaborative effort between patients and nurses. Doktoritöö. Örebro Universitet. Örebro.
- Florin, J., Ehrenberg, A., Ehnfors, M. (2006). Patient participation in clinical decision making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing* 15, 1498-1508.
- Glass, K. E., Wills, C. E., Holloman, C., Olson, J., Hechmer, C., Miller, C. K., Duchemin A.-M. (2012). Shared decision making and other variables as correlates of satisfaction with health care decisions in a United States national survey. *Patient Educating and Counseling*, 88: 100-105.

Gray, J. R., Grove, S. K., Sutherland, S. (2020). Burns and Grove's The practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence. 9th Edition. Elsevier, St. Louis, Missouri.

Green, A. R., Jenkins, A., Masoudi, F. A., Magid, D. J., Kutner, J. S., Left, B., Matlok, D. D. (2016). Decision-Making Experience of Patients with Implantable Cardioverter Defibrillators. *PACE: Pacing and Clinical Electrophysiology*, 39(10): 1061-1069.

Hagen, E. M., Svensen, E., Eriksen, H., Hege, R., Ihlebæk, ., Ursin, h. (2006). Comorbid Subjective Health Complaints in Low Back Pain. *Spine*, 31(13), 1491-1495.
DOI: 10.1097/01.brs.0000219947.71168.08

Hwan, R., Lambrechts, S., Liu, H., Saigal, C. S., Kwan, L., Cisneros, C., Holly, L. T., Duru, O. K. (2018). Decisional Conflict Among Patients Considering Treatment Options for Lumbar Herniated Disc. *World Neurosurgery*, 116, 680-690.

Hwang, R., Lambrechts, H. L., Saigal, C. S., Kwan, L., Cisneros, C., Holly, L. T., Duru, O. K. (2018). Decisional Conflict Among Patients Considering Treatment Options for Lumbar Herniated Disc. *World Neurosurgery*, 116, 680-690.
DOI: [10.1016/j.wneu.2018.05.068](https://doi.org/10.1016/j.wneu.2018.05.068)

Jansson, K., Nèmeth, G., Granath, F., Jönsson, B., Blomqvist, P. (2005). Health-related quality of life in patients before and after surgery for a herniated lumbar disc. *The Journal of Bone and Joint Surgery British Volume*, 87(7), 959-964.
<https://boneandjoint.org.uk/Article/10.1302/0301-620X.87B7.16240>

- Jin, J., Hong, H., Liu, C., Chien, C-W., Chunag, Y-C., Tung, T-H. (2021). Exploring the Key Factors of Shared Decision-Making Through an Influential Network Relation Map: The Orthopedic Nurse's Perspective. *Frontiers in Medicine*.
DOI: <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.762890>
- Jones, J., Nowels, J., Kutner, J. S., Matlock, D. D. (2015). Shared decision making and the use of the patient decision aid in advanced serious illness: provider and patient perspective. *Health Expectations*, 18(6), 3236-3247. DOI: [10.1111/hex.12313](https://doi.org/10.1111/hex.12313)
- Joosten, E. A., DeFuentes-Merillas, L., de Weert, G. H., Sensky, T., van der Staak, C. P., de Jong, C. A. (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(4): 219-226.
- Kadović, M., Čorluka, S., Dokuzović, S. (2023). Nurses' Assessments Versus Patients' Self-Assessments of Postoperative Pain: Knowledge and Skills of Nurses for Effective Pain Management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(9), 5678. doi: [10.3390/ijerph20095678](https://doi.org/10.3390/ijerph20095678)
- Kon, A. A. (2010). The shared decision-making continuum. *JAMA*, 304(8), 903-904.
DOI: [10.1001/jama.2010.1208](https://doi.org/10.1001/jama.2010.1208)
- Korger, S., Eggeling, M., Cress, U., Kimmerle, J., Bientzle, M. Decision aids to prepare patients for shared decision making: Two randomized controlled experiments on the impact of awareness of preference-sensitivity and personal motives. (2020). *Health Expectations*, 24(2): 257-268.

Köther, A. K., Alpers, G. W., Büdenbender, B., Lenhart, M., Michel, M. S., Kriegmair, M. C.

(2021). Predicting decisional conflict: anxiety and depression in shared decision making. *Patient Education and Counseling*, 104: 1229-1236.

Légaré, F., Härter, M., Stiggelbout, A.M., Thomson, R., Stacey, D. (2020). Choosing treatments and the role of shared decision-making. *Achieving person-Centred health systems*. (1st ed.). Cambridge University Press.

Liu, W. Y., Tung, T. H., Chuang, Y. C., Chien, C. W. (2021). Using DEMATEL technique to identify the key success factors of shared decision-making based on influential network relationship perspective. *Journal of Healthcare Engineering*, 2021:1–10.

Moin, T., Duru, O. K., Turk, N., Chon, J. S., Frosch, J. D., Martin, J. M., Jeffers, K. S., Castellon-Lopez, Y., Tseng, K. N., Mangione, M. N. (2019). Effectiveness of shared decision-making for diabetes prevention: 12-month results from the prediabetes informed decision and education. *Journal of General Internal Medicine*, 348(11): 2652-2659.

Moret, L., Anthoine, E., Pourreau, A., Beaudeau, F., Leclère, B. (2017). Inpatient satisfaction with medical information received from caregivers: an observational study on the effect of social deprivation. *BMC Health Services Research*, 17(1), 769.

DOI: [10.1186/s12913-017-2728-8](https://doi.org/10.1186/s12913-017-2728-8)

Netsey-Afedo, M. M. L., Ammentorp, J., Osther, P. J. S., Birkelund, S. (2020). No time for reflection: Patient experiences with treatment-related decision making in advanced prostate cancer. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24: 880-888.

DOI: [10.1111/scs.12794](https://doi.org/10.1111/scs.12794)

ORI. *The Office of Research Integrity Policy of Plagiarism*. <https://ori.hhs.gov/ori-policy-plagiarism>

Rätsep, T., Abel, A., Linnamägi, Ü. (2014). Patient involvement in surgical treatment decisions and satisfaction with the treatment results after lumbar intervertebral discectomy. *European Spine Journal*, 23, 873-881.

Raue, P., Schulberg, H. C., Bruce, M. L., Banerjee, M., Artis, A., Espejo, M., Catalan I, Romero, S. (2019). Effectiveness of shared decision-making for elderly depressed minority primary care patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(8): 883-889.

Ravindra, V. M., Senglaub, S. S., Rattani, A., Dewan, M. C., Härtl, R., Bisson, E., Park, K. B., Shrime, M. G. (2018). Degenerative Lumbar Spine Disease: Estimating Global Incidence and Worldwide Volume. *Global Spine Journal*, 8(8), 784-791.
doi: [10.1177/2192568218770769](https://doi.org/10.1177/2192568218770769)

Rhee, J. M., Schaufele, M., Abdu, W. A. (2006). Radiculopathy and the herniated lumbar disc. Controversies Regarding Pathophysiology and Management. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 88(9), 2070-2080. DOI: [10.2106/00004623-200609000-00023](https://doi.org/10.2106/00004623-200609000-00023)

Samuelly-Leichtag, G., Eisenberg, E., Zohar, Y., Andraous, M., Eran, A., Sviri, G. E., Keynan, O. (2022). Mechanism underlying painful radiculopathy in patients with lumbar disc herniation. *European Journal of Pain*, 26(6), 1269-1281.

Sanders, A., de Wit, N. J., Zuithoff, N. P. A., van Dulmen, S. (2022). The effect of shared decision-making on recovery from non-chronic aspecific low back pain in primary care

; a post-hoc analysis from the patient, physician and observer perspectives. *BMC Primary Care*, 23.

Sandman, L., Munthe, C. (2010). Shared Decision Making, Paternalism and Patient Choice. *Health Care Analysis*, 18, 60-84.
DOI: [10.1007/s10728-008-0108-6](https://doi.org/10.1007/s10728-008-0108-6)

Sotsiaalministeerium. *Neurokirurgia arengukava*. https://sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/Arstide_erialade_arengukavad/neurokirurgia_1.pdf

Sotsiaalministeerium. (2021). *Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030*.

Szasz, T. S., Knoff, W. F. (1958). The Doctor-Patient Relationship and Its Historical Context. *The American Journal of Psychiatry*, 115(6): 522-528.

Truglio-Londrigan, M., Slyer J. T. (2018). Shared Decision-Making for Nursing Practice: An Integrative Review. *The Open Nursing Journal*, 12, 1-14.

Upton, J., Fletcher, M., Madoc-Sutton, H., Sheikh, A., Caress, A.-L., Walker, S. (2011). Shared decision making or paternalism in nursing consultations? A qualitative study of primary care asthma nurses's views on sharing decisions with patients regarding inhaler device selection. *Health Expectations*, 14(4), 374-382. doi: [10.1111/j.1369-7625.2010.00653.x](https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00653.x).

Valat, J.-P., Genevay, S., Marty, M., Rozenberg, S., Koes, B. (2010). Sciatica. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24(2), 241-252. doi:[10.1016/j.berh.2009.11.005](https://doi.org/10.1016/j.berh.2009.11.005).

Weston, W. W. (2001). Informed and shared decision-making: the crux of patient-centred care. *Canadian Medical Association Journal*, 165(4), 438-439.

WHO. (2015). *Engaging patients, carers and communities for the provision of coordinated/integrated health services: strategies and tools*. World Health Organization.

World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. (2013). *Journal of the American Medical Association*, 310 (29): 2191–2194.

Zhang, A. S., Xu, A., Ansari, K., Hardacker, K., Anderson, G., Alsoof, D., Daniels, A. H. (2023). Lumbar Disc Herniation: Diagnosis and Management. *The American Journal of Medicine*, 136(7), 645-651.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002934323002528>

Zoffmann, V., Harder, I., Kirkevold, M. (2008). A person-centered communication and reflection model: sharing decision-making in chronic care. *Qualitative Health Research*, 18(5), 670-685. DOI: [10.1177/1049732307311008](https://doi.org/10.1177/1049732307311008)

Zyphur, M. J., Pierides, D. C. (2020). Statistics and Probability Have Always Been Value-Laden: An Historical Ontology of Quantitative Research Methods. *Journal of Business Ethics*, 167, 1-8.

LISAD

Lisa 1. Küsimustik patsientidele

Lugupeetud patsient!

Teid on kutsutud osalema uurimistöös „Ühine otsustamine nimmediski herniatsiooniga patsientide statsionaarses ravis: patsientide ja õdede küsitlusuurimus“. Uurimistöö koostatakse ajavahemikus mai 2023 – juuni 2024. Uurimistöö eesmärk on kirjeldada patsientide ning õdede hinnangut ühisele otsustamisele nimmediski herniatsioonist tingitud valu leevendamisel. Uurimistöö rakenduslik väärtus seisneb patsiendikesksema tervishoiuteenuse arendamises. Kogutud andmeid kasutatakse ainult kõnealuse uurimistöö läbiviimiseks. Uurimistöös osalemine on vabatahtlik. Küsimustikule vastamist loetakse nõusolekuna osaleda uurimistöös. Te võite uurimistöös osalemisest loobuda ja see ei mõjuta Teie edasist ravi mingilgi määral. Käesoleva küsimustiku täitmise järgselt saate selle panna lukustatud postkasti patsientide puhkenurgas. Teilt kogutud informatsioon jääb anonüümseks, Teie vastuseid ei ole võimalik seostada Teie isikuga. Vastuseid töödeldakse statistiliselt ja kasutatakse ainult üldistatud kujul. Küsimustiku täitmine võtab aega umbes 10 minutit. Uurimuse on kooskõlastanud Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee.

Küsimuste korral palun võtke ühendust uurimistöö autoriga e-posti aadressil margit.lepla@kliinikum.ee

Täna Teid koostöö eest!

1. Taustaandmed

Vanus: ____ aastat

Sugu: naine mees

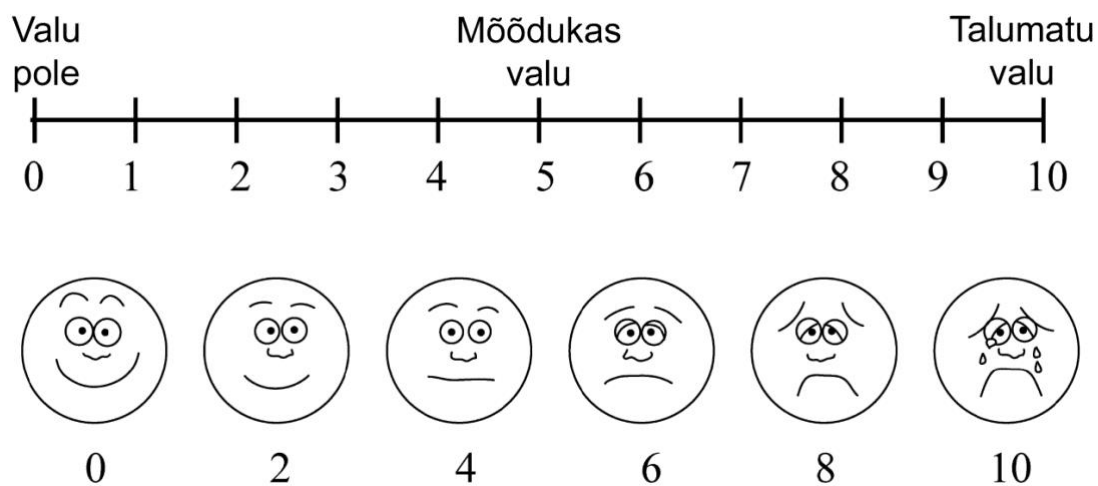
Haridustase: üldharidus kutseharidus kõrgharidus

Haiglaravil viibimise kestus: ____ päeva

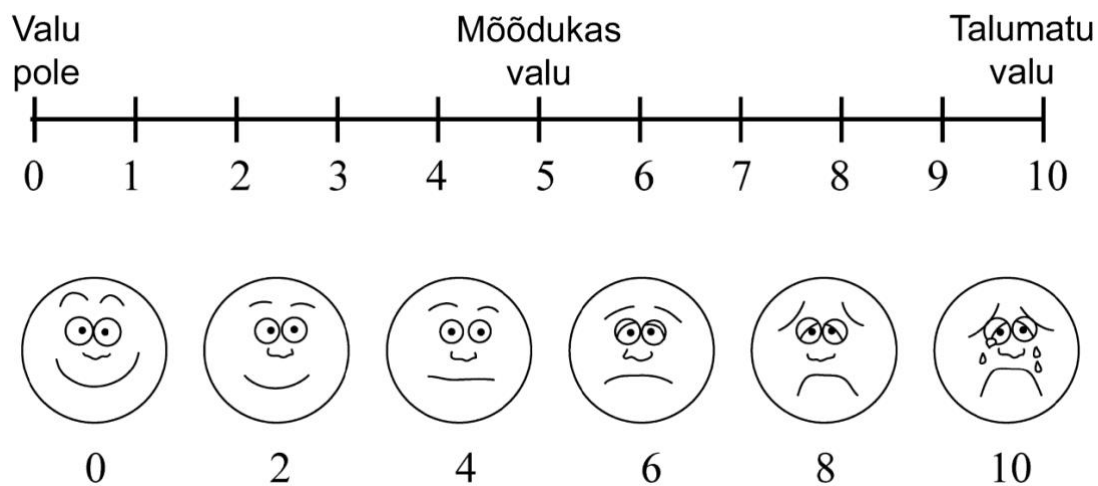
Kaasuvad haigused: jah ei

2. Valutugevuse hindamine

Palun märkige oma keskmine valutugevus enne operatsiooni skaalal 0-10, tehes sobivale vastusevariandile ring ümber



Palun märkige oma keskmine valutugevus peale operatsiooni skaalal 0-10, tehes sobivale vastusevariandile ring ümber



3. Milline on Teie suhtumine valuravisse haiglas viibides?

Palun tehke sobivale vastusevariandile ring ümber

A. Ma eelistaksin teha ise lõpliku otsuse oma valuvaigistava ravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada)

B. Ma eelistaksin teha ise lõpliku otsuse oma valuvaigistava ravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada), kuid arvestaksin sealjuures tõsiselt õe ja arsti arvamust

C. Ma eelistaksin üheskoos õe ja arstiga teha lõpliku otsuse oma valuvaigistava ravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada)

D. Ma eelistaksin, et lõpliku otsuse minu valuvaigistava ravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada) langetaksid õde ja arst, kuid et nad arvestaksid sealjuures tõsiselt minu arvamusega

E. Ma eelistaksin jätta lõpliku otsuse minu edasise valuravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada) õe ja arsti teha

4. Kuidas tegelikult otsustati Teie valuravi teostamine haiglas olles?

Palun tehke sobivale vastusevariandile ring ümber

A. Mina tegin lõpliku otsuse oma valuvaigistava ravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada)

B. Mina tegin lõpliku otsuse oma valuvaigistava ravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada), kuid arvestasin sealjuures tõsiselt õe ja arsti arvamust

C. Tegin üheskoos õe ja arstiga lõpliku otsuse oma valuvaigistava ravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada)

D. Õde ja arst tegid lõpliku otsuse minu valuvaigistava ravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada), kuid arvestasid sealjuures tõsiselt minu arvamusega

E. Õde ja arst tegid lõpliku otsuse minu valuvaigistava ravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada) ja mina neid sealjuures ei mõjutanud

Lisa 2. Küsimustik õdedele

Lugupeetud õde!

Teid on kutsutud osalema uurimistöös „Ühine otsustamine nimmediski herniatsiooniga patsientide statsionaarses ravis: patsientide ja õdede küsitlusuurimus“. Uurimistöö koostatakse ajavahemikus mai 2023 – juuni 2024. Uurimistöö eesmärk on kirjeldada patsientide ning õdede hinnangut ühisele otsustamisele nimmediski herniatsioonist tingitud valu leevendamisel. Uurimistöö rakenduslik väärtus seisneb patsiendikesksema tervishoiuteenuse arendamises. Kogutud andmeid kasutatakse ainult kõnealuse uurimistöö läbiviimiseks. Uurimistöös osalemine on vabatahtlik. Küsimustikule vastamist loetakse nõusolekuna osaleda uurimistöös. Te võite uurimistöös osalemisest loobuda ja see ei mõjuta Teie töötingimusi mingilgi määral. Küsimuste korral palun võtke ühendust uurimistöö autoriga e-posti aadressil margit.lepla@kliinikum.ee. Käesoleva küsimustiku täitmise järgselt saate selle panna lukustatud postkasti patsientide puhkenurgas.

1. Taustaandmed

Vanus: ____ aastat

Tööstaaž õenduserialal: ____ aastat

Haridustase: keskeriharidus/kutseharidus tasemeõppe teel saadud rakenduskõrgharidus
rakenduskõrgharidus rakenduskõrgharidus + eriõe väljaõpe
magistriharidus

2. Milline on Teie suhtumine patsiendi valuravisse?

A. Ma eelistaksin, et õde koos arstiga teevad lõpliku otsuse valuvaigistava ravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada).

B. Ma eelistaksin, et õde koos arstiga teevad lõpliku otsuse valuvaigistava ravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada), kuid arvestavad sealjuures tõsiselt patsiendi arvamust.

C. Ma eelistaksin, et õde ja arst teevad lõpliku otsuse valuvaigistava ravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada) koos patsiendiga.

D. Ma eelistaksin, et lõpliku otsuse patsiendi valuravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada) langetaks patsient, kuid et ta arvestaks sealjuures tõsiselt õe ja arsti arvamusega.

E. Ma eelistaksin jätta lõpliku otsuse valuravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada) patsiendi teha.

3. Kuidas tegelikult otsustatakse patsiendi valuravi teostamine haiglas olles?

Palun tehke sobivale vastusevariandile ring ümber

A. Õde koos arstiga teevad lõpliku otsuse valuvaigistava ravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada)

B. Õde koos arstiga teevad lõpliku otsuse valuvaigistava ravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada), kuid arvestavad sealjuures tõsiselt patsiendi arvamusega

C. Õde, arst ja patsient koos teevad lõpliku otsuse valuvaigistava ravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada)

D. Lõpliku otsuse patsiendi valuravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada) langetab patsient, kuid ta arvestab sealjuures tõsiselt õe ja arsti arvamusega

E. Lõpliku otsuse valuravi suhtes (milliseid valuravi meetodeid tarvitada) langetab patsient