

Tartu Ülikool
Meditsiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Elina Mürsepp

**Keemiaravi saavate patsientide kogemus suhelda tervishoiutöötajaga
täiendavast ja alternatiivmeditsiinist ning asjakohase nõustamise vajadus –
kvalitatiivne uuring**

Magistritöö

Tartu 2017

Juhendaja: Merle Seera, RN, MSc

/allkiri/

/kuupäev/

Otsus magistritöö kaitsmisele lubamise kohta: _____

/Juhendaja otsus ning kuupäev, millal otsus on õppetoolis protokollitud/

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, **Elina Mürsepp**,

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

„Keemiaravi saavate patsientide kogemus suhelda tervishoiutöötajaga täiendavast ja alternatiivmeditsiinist ning asjakohase nõustamise vajadus – kvalitatiivne uuring“,

mille juhendaja on **Merle Seera (RN, MSc)**

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, **01.06.2017**

KOKKUVÕTE

Keemiaravi saavate patsientide kogemus suhelda tervishoiutöötajaga täiendavast ja alternatiivmeditsiinist ning asjakohase nõustamise vajadus – kvalitatiivne uuring.

Erinevate uuringute tulemusel ligi pooled keemiaravi ajal paralleelselt täiendavat ning alternatiivmeditsiini kasutavatest patsientidest ei räägi sellest tervishoiutöötajale, samas patsiendid ootavad, et arst või õde räägiks neile täiendava ja alternatiivmeditsiini kohta lisainformatsiooni ning annaks asjakohaseid juhiseid. Käesoleva uurimistöö eesmärgiks oli kirjeldada patsientide kogemusi suhelda täiendavast ja alternatiivmeditsiinist tervishoiutöötajaga ning asjakohase nõustamise vajadust.

Antud magistritöö on empiiriline, kirjeldav ja kvalitatiivne. Uuritavateks olid keemiaravi saavad patsiendid, kes paralleelselt raviga kasutasid mingit täiendava ning alternatiivmeditsiini meetodit (TAM). Uuritavateks olid seitse patsienti. Patsiendid värvati uuringusse SA Tartu Ülikooli Kliinikumi hematoloogia-onkoloogia kliinikust. Andmete kogumine toimus poolstruktureeritud intervjuudega ajavahemikul 1. juuli – 31. august 2016. Kõik intervjuud lindistati, transkribeeriti ning analüüsiti induktiivse sisuanalüüsi meetodiga. Analüüsi tulemusel saadi uuritavat nähtust kirjeldavad 12 alakategooriat ning 2 ülakategooriat.

Uurimistulemustest selgus, et patsiendid usaldasid tervishoiutöötajaid ning soovisid saada neilt asjakohast tagasisidet täiendava ning alternatiivmeditsiini kohta. Tervishoiutöötajaga TAMi teemadel rääkimisel olid patsiendid suhtluse algatajaks. Suhtlust mõjutasid nii patsiendi kui ka tervishoiutöötaja isikust tulenevad tegurid, samuti patsiendi poolt kasutatav TAMi meetod ning tervishoiutöötajate töökoormus. Valdavalt olid uuritavad kogenud tervishoiutöötajate positiivset reaktsiooni TAMi teemadel suhtlemisel. Tervishoiutöötajad jagasid TAMi teemadel omapoolseid soovitusi, kuid jätsid siiski patsiendile valikuvabaduse edasise osas. Negatiivse aspektina kirjeldasid patsiendid tervishoiutöötajate poolset napisõnalist ning emotsioonitut tagasisidet TAMi teemadel.

Enamik patsiente muutsid keemiaravi ajal oma toitumiseelistusi ning katsetasid erinevaid täiendava ja alternatiivmeditsiini meetodeid. Kõikidest TAMi kasutamiskogemustest ei julgenud nad siiski tervishoiutöötajaid informeerida. Uuritavad pidasid haiglates vajalikuks toitumisnõustaja olemasolu. Samuti oli uuritavate jaoks oluline saada informatsiooni TAMi meetodite ning keemiaravi võimalike koostoimete kohta. Lisaks eelnevale soovisid patsiendid saada tervishoiutöötajalt teavet soovitatud ning kahjulike TAMi meetodite kohta. Uuritavad

pidasid oluliseks, et nõustamist osutaks patsientidele väljaõppe saanud tervishoiutöötaja eraldi nõustamiskabinetis. Samuti sooviti lugeda tõenduspõhiseid brošüüre ning infovoldikuid erinevate TAMi meetodite kohta.

Märksõnad: täiendav ning alternatiivmeditsiin, keemiaravi, patsient, kogemus, nõustamisvajadus, suhtlemine, tervishoiutöötaja

SUMMARY

The Experience of Patients Receiving Chemotherapy in Discussing Complementary and Alternative Medicine with Health Care Professionals, and the Need for Appropriate Counselling – a Qualitative Study.

The results from different studies show that nearly half of the patients using complementary and alternative medicine during chemotherapy do not discuss it with a healthcare provider. At the same time, patients expect their doctor or nurse to give additional information about complementary and alternative medicine and provide appropriate guidance. The objective of the thesis was to describe the experience of patients receiving chemotherapy in discussing complementary and alternative medicine with health care professionals and the need for appropriate counselling.

The present thesis is based on a qualitative empirical descriptive study. The subjects were patients who used some form of complementary and alternative medicine (CAM) in parallel with chemotherapy. The examinees were seven patients. Study subjects were recruited from the Haematology and Oncology Clinic of Tartu University Hospital. Data were collected through semi-structured interviews during the period of 1 July to 31 August 2016. All interviews were taped, transcribed, and analysed using inductive content analysis. The results of the analysis were classified into two categories and 12 sub-categories.

The results of the study showed that patients trusted health care professionals and wished to receive appropriate feedback on complementary and alternative medicine (CAM). Discussions about CAM were mostly initiated by patients. The discussions were influenced by factors associated with both the patient and the health care professional, as well as the CAM method used by the patient and the workload of health care professionals. The majority of the subjects of the study had experienced a positive reaction of health care professionals to CAM-related topics. Health care professionals shared their recommendations about CAM; however, they gave the patient freedom of choice with regard to the future. The lack of thorough and compassionate feedback on CAM was described as a negative aspect by the patients.

Most of the patients changed their dietary preferences and experimented with different methods of complementary and alternative medicine during chemotherapy. However, they did not have the courage to inform health care professionals of all the CAM methods used. The subjects of the

study believed that hospitals should provide the services of a nutritionist. In addition, they considered it necessary to receive information about the possible interactions between chemotherapy and various methods of CAM. The patients also wanted to know more about the recommended and harmful methods of CAM. The patients considered it important that counselling be provided by a trained health care professional in a separate consulting room. They also showed interest towards reading some evidence-based brochures and leaflets about the different methods of CAM.

Keywords: complementary and alternative medicine, chemotherapy, patient, experience, education needs, communication, healthcare provider

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

1. SISSEJUHATUS	7
2. UURIMISTÖÖ TEADUSLIK TAUST	9
2.1. Täiendava ning alternatiivmeditsiini kasutamine keemiaravi ajal	9
2.2. Patsientide suhtlemiskogemused tervishoiutöötajaga täiendavast ning alternatiivmeditsiinist	10
2.3. Patsientide nõustamisvajadus täiendava ning alternatiivmeditsiini teemadel	14
3. UURIMISTÖÖ METOODIKA	17
3.1. Metodoloogilised lähtekohad	17
3.2. Uuritavad	18
3.3. Andmete kogumine	19
3.4. Andmete analüüs	20
3.5. Uurimistöö usaldusväärsus	21
4. TULEMUSED	23
4.1. Patsientide suhtlemiskogemused tervishoiutöötajaga täiendavast ning alternatiivmeditsiinist	23
4.1.1. Patsiendi poolt algatatud suhtluse põhjused	24
4.1.2. Patsiendi sisemised põhjused rääkimiseks	25
4.1.3. Patsiendi sisemised põhjused mitterääkimiseks	25
4.1.4. Välised põhjused rääkimiseks	26
4.1.5. Välised põhjused mitterääkimiseks	27
4.1.6. Tervishoiutöötaja poolne positiivne reaktsioon patsiendi algatatud suhtlusele	28
4.1.7. Tervishoiutöötaja poolne negatiivne reaktsioon patsiendi algatatud suhtlusele	29
4.2. Patsientide nõustamisvajadus täiendava ning alternatiivmeditsiini teemadel	30
4.2.1. Nõustamise puudujäägid	31
4.2.2. Soovitud nõustamiskanalid	32
4.2.3. Soovitud nõustamisteemad	33
4.2.4. Nõustamise olulisus	34
4.2.5. Nõustamise ebaolulisus	35
5. ARUTELU	36
5.1. Patsientide suhtlemiskogemused tervishoiutöötajaga täiendavast ning alternatiivmeditsiinist	36
5.2. Patsientide nõustamisvajadus täiendava ning alternatiivmeditsiini teemadel	39
5.3. Uurimistöö kitsaskohad ning eetilised aspektid	41
5.4. Tulemuste olulisus praktikale ning edasist uurimist vajavad teemad	42
6. JÄRELDUSED	44

KASUTATUD KIRJANDUS	45
---------------------------	----

LISAD

Lisa 1. Üleskutse uuringus osalemiseks	49
Lisa 2. Poolstruktureeritud intervjuu läbiviimise kava	51
Lisa 3. Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm	52
Lisa 4. Tartu Ülikooli Inimuringute eetika komitee luba	54

1. SISSEJUHATUS

Eestis nagu ka muus maailmas on vähki haigestumiste arv viimastel aastatel pidevalt suurenenud (Vähi esinemine 2015), kui 2000. aasta alguses oli Eestis vähki haigestumise esmasjuhtumite arv ligikaudu 6000, siis praegu läheneb pahaloomuliste kasvajate esmasjuhtumite arv aastas 9000le (Vähihaigestumus Eestis 2014). Eesti Haigekassa statistika järgi on SA Tartu Ülikooli Kliinikum 2016. aastal saanud onkoloogilisel põhjusel kemoterapiakuure 1071 isikut (Tervishoiuteenuste sh DRG...).

Vähijuhtumite arvu kasvades suureneb ka patsientide hulk, kes kasutavad paralleelselt keemiaraviga täiendava ja alternatiivmeditsiini (TAM) meetodeid (Richardson jt 2000). 1970-80ndatel oli TAMi kasutajate hulk 25%, 1990.-1999. aastatel 32%, peale 2000. aastat juba 49% (Horneber jt 2012). Vaatamata pidevale tänapäevase meditsiini edasiarengule ning saavutustele on täiendava ja alternatiivmeditsiini kasutamine jätkuvalt tõusutendentsis olenemata sellest, et TAMi ravi efektiivsus ei ole teaduslikult tõestatud (Avci jt 2011). Vähihaigete jaoks saab täiendava ja alternatiivmeditsiini võimalik kasutamine määravaks juba esialgse diagnoosi teadasaamisel. Suurema tõenäosusega hakkavad inimesed kasutama TAMi, kui nad ei ole rahul esialgse tervishoiutöötaja konsultatsiooni või nõustamisega. Varasematest uuringutest on selgunud, et üle poolte kasutavad täiendavat ning alternatiivmeditsiini paralleelselt keemiaravi ajal, veerand vähihaigetest hakkavad täiendavat ning alternatiivmeditsiini kasutama siis, kui keemiaravi kõrvaltoimed tekivad. Enamik patsientidest peab täiendavat ning alternatiivmeditsiini kasulikuks, samuti leidsid patsiendid, et TAM koos tõenduspõhise meditsiiniga on tõhusam kui tõenduspõhine meditsiin üksi. (Scott jt 2005, Avci jt 2011, Smith jt 2014.)

Kahjuks võivad patsiendid täiendava ning alternatiivmeditsiini meetodeid paralleelselt keemiaravi ajal kasutades tekitada kasu asemel kahju. Tarvitavad ained, mis imenduvad süsteemselt (nt toidulisandid, ravimtaimed), võivad häirida kõige sagedamini keemiaravi toimet ning võivad seeläbi koostoimes keemiaravimitega kahjustada patsienti. Üldjuhul ei räägi patsiendid TAMi kasutamisest tervishoiutöötajale, eriti kui seda tema käest ei küsita. Sellelaadne käitumine võib olla tingitud negatiivse vastuse ootusest või hirmust rikkuda „häid suhteid“. Tervishoiutöötaja poolset neutraalset või ükskõikset vastust TAMi suhtes tõlgendavad patsiendid kui eitust. (Smith jt 2014.)

Patsiendid on veendunud, et sellelaadne täiendav ravi on neile pigem kasulik ning nad ei ole teadlikud võimalikest koostoimetest, mis võivad tekkida kui kasutada teatud täiendava ning alternatiivmeditsiini võtteid paralleelselt keemiaravi ajal. Samas patsiendid ootavad, et

tervishoiutöötaja räägiks neile täiendava ja alternatiivmeditsiini kohta lisainformatsiooni ning annaks asjakohaseid juhiseid edaspidiseks. Patsiendid hindavad erapooletut nõustamist, pigem arutelu stiilis, selleks, et nad saaksid ise otsustada TAMi plusside ning miinuste osas. (Ernst 2000, Pihlak jt 2014, Smith jt 2014.)

Kuigi teema on aktuaalne ning oluline tagamaks kvaliteetset tervishoiuteenust, ei ole varasemalt Eestis piisavalt uuritud keemiaravi patsientide suhtlemiskogemusi tervishoiutöötajaga täiendav ning alternatiivmeditsiinist ning asjakohase nõustamise vajadust. SA Tartu Ülikooli Kliinikumis läbiviidud kvantitatiivsest uuringust selgus, et 56% (N=62) patsientidest kasutavad TAMi, 47% ei ole TAMi kasutamisest tervishoiutöötajale rääkinud ning 73% uuritavatest leidsid, et edasised täiendavad teadmised (nõustamisvajadus) oleksid nende jaoks vajalikud (Pihlak jt 2014).

Hetkel puudub tõenduspõhine ülevaade keemiaravi saavate patsientide kogemuste kohta täiendav ja alternatiivmeditsiinist, mis puudutab TAMi teemadel suhtlemist tervishoiutöötajaga ning patsientide asjakohase nõustamise vajadust. Eelnevalt on selgunud, et paljud keemiaravi patsiendid kasutavad TAMi ning tahaksid saada asjakohast nõu tervishoiutöötajatelt. Samas on vähe uuritud patsientide kogemusi, mis annaks sügavamaid tulemusi uuritava nähtuse kohta. Varasemate uurimistööde tulemusi ei saa autori arvates üks ühele Eesti konteksti üle tuua, sest tervishoiusüsteemid on riigiti erinevad, samuti võivad erineda nüansid patsientide kogemustes. Lisaks eelnevale ei ole varasemates uurimistöödes käsitletud kõiki käesoleva magistritööga seotud aspekte, mistõttu on antud teema uurimine kvalitatiivse meetodiga põhjendatud.

Saadest teada patsientide poolset vaatekohad, saab tulemusi edaspidi kasutada loodava onkoloogia õdede iseseisvas vastuvõtus patsientide nõustamiseks teemadel, mis puudutavad täiendava ning alternatiivmeditsiini kasutamist keemiaravi ajal. Onkoloogia õe iseseisva vastuvõtu tarbeks on SA Tartu Ülikooli Kliinikumist loomisprotsessis õdedele suunatud tegevusjuhendid ning patsientide nõustamisjuhendid. Seetõttu on magistritöö tulemused olulise tähtsusega juhendite täiustamisel täiendava ning alternatiivmeditsiini teemadel.

Uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada patsientide kogemusi suhelda tervishoiutöötajaga täiendavast ja alternatiivmeditsiinist ning asjakohase nõustamise vajadust.

Uurimistöö ülesanded:

- Kirjeldada patsientide kogemusi suhtlemisel tervishoiutöötajatega täiendavast ning alternatiivmeditsiinist.
- Kirjeldada patsientide nõustamise vajadust täiendava ning alternatiivmeditsiini teemadel.

2. UURIMISTÖÖ TEADUSLIK TAUST

2.1. Täiendava ning alternatiivmeditsiini kasutamine keemiaravi ajal

Täiendav ning alternatiivmeditsiin (*Complementary and alternative medicine*) on tervist parandavate või haigusi ravivate süsteemide, tavade ning toodete hulk, mida ei peeta tänapäeval tõenduspõhiseks meditsiiniks ning mis ei kuulu lääne meditsiinis traditsioonilise meditsiiniõpingute hulka. (Merriam Webster dictionary, Tautz jt 2012.) Täiendava ning alternatiivmeditsiini meetodeid võib kasutada kas samaaegselt keemiaraviga (nõ täiendav) või keemiaravi asemel (nõ alternatiiv) (Tautz jt 2012). Täiendav ning alternatiivmeditsiin jaguneb kahte suurde gruppi: looduslikud vahendid ning keha-vaimu harjutused. Looduslike vahendite hulka kuuluvad taimsed produktid, vitamiinid, mineraalid ning probiootikumid. Keha-vaimu harjutuste gruppi kuuluvad jooga, kiropraktika, mediteerimine, massaaž, akupunktuur, lõdvestus- ja hingamistehnikad, *tai chi*, hüпноос ning liikumisteraapiad (pilaates, Alexandri tehnika). Eraldi käsitletakse veel tervendajaid (ravitsejaid), *ayurveda* meditsiini, Hiina meditsiini ning homöopaatiat – need ei kuulu keha-vaimu harjutuste gruppi, kuid loetakse siiski üheks võimalikuks meetodiks täiendava ning alternatiivmeditsiini valikute hulgas. (National Center of Complementary Alternative Medicine.) Täiendava ning alternatiivmeditsiini kasutamine on vähihaigete patsientide seas laialt levinud. Euroopas kasutavad 40% vähihaigetest patsientidest TAMi meetodeid traditsioonilise vähiravi – keemiaravi ja/või kiiritusravi ajal. (Hübner jt 2013.)

Eestis, SA Tartu Ülikooli Kliinikumis, viidi käesoleva magistritöö teemaga haakuv kvantitatiivne uuring läbi 2013. aastal. Valimi suurus oli 62 patsienti, nendest 56% kasutasid mingisuguseid täiendava ja alternatiivmeditsiini meetodeid, millest kõige populaarsemad olid taimeteed (52%), vitamiinid (45%) ning köögiviljad/mahlad (39%). (Pihlak jt 2014.) Richardsoni jt (2000) ning Anderseni jt (2013) uurimistöö tulemusena selgus samuti, et kõige rohkem kasutavad onkoloogilised patsiendid taimseid vahendeid täiendava ning alternatiivmeditsiini keemiaravi ajal. Ligi pooled keemiaravi saavatest patsientidest kasutavad ühte või rohkemat toidulisandit, millel võib olla koostoime keemiaraviga (Andersen jt 2013).

Mõned täiendava ja alternatiivmeditsiini toidulisandid, sealhulgas ravimtaimed (teed) ning vitamiinid ja mineraalid (A, C, E, beeta-karoteen, Seleen, Q10) on niivõrd tugevalt bioloogiliselt aktiivsed ehk antioksidantsed koostoimes keemiaraviga, et võivad mõjutada raviefekti. Selle tulemusel suureneb ajaliselt ravikuuri pikkus ja/või väheneb ravi efektiivsus. Samuti on mõnedel

ravimtaimedel koostoimes keemiaraviga toksilised järelmõjud. (Saxe jt 2008, Andersen jt 2013, Pihlak jt 2014.)

Patsiendid soovivad kasutada TAMi, sest usuvad, et sellelaadsed ravivõtted tugevdavad nende immuunsüsteemi, aitavad võidelda raske haigusega, vähendavad keemiaravist tingitud kõrvaltoimeid, aitavad tunda end psühholoogiliselt paremini, suurendavad optimismi ning aitavad luua kontrolli haiguse ja oma elu üle (Richardson jt 2000, Avci jt 2011, Saghatchian jt 2014). TAMi kasutavad patsiendid peavad traditsioonilist vähiravi, keemiaravi, äärmiselt agressiivseks, soovivad TAMi kui leebeks, kõrvaltoimeteta vahendiks (Tascilar jt 2006, Hübner jt 2013). Frenkel jt (2010) järgi ei ole patsiendid traditsioonilises vähiravis pettunud, vaid otsivad TAMi näol pigem lisavahendeid selleks, et tagada parem tervis ning elukvaliteet. Ka Tasaki jt (2002) järgi saavad patsiendid TAMist pigem lisatoetust ning abi üldise enesetunde parandamiseks, mitte ei pea TAMi meetodeid vähivastaseks raviks.

Hübner jt (2013) on kirjeldanud kokkuvõtlikult olulisemaid põhjuseid, miks hakkavad patsiendid kasutama keemiaravi ajal mingit TAMi meetodit. Peamisteks põhjusteks on kerge teabe kättesaadavus TAMi kohta, patsiendi poolsete põhjuste, sotsiaalsed tegurid (haridus, sissetulek, sotsiaalne võrgustik, kultuuriline taust), ühiskondlik heakskiit TAMi meetodite kasutamisele ning rahulolematuse tõenduspõhises meditsiinis toimuvaga sh varasem suhtlemiskogemus tervishoiutöötajatega. (Hübner jt 2013.)

Patsiendid suhtlevad täiendav ning alternatiivmeditsiini teemadel nii arstide kui ka õdedega, seetõttu käsitletakse käesolevas magistritöös nii arsti kui ka õde ühise nimetusega **tervishoiutöötaja** (*healthcare provider*). Tervishoiutöötaja on eriharidusega töötaja (arst, õde, hambaarst, ämmaemand), kes osutab tervishoiuteenust. Tervishoiutöötaja võib osutada tervishoiuteenuseid juhul kui talle on väljastatud Terviseametis registreerimise tõend. (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus 2001.)

2.2. Patsientide suhtlemiskogemused tervishoiutöötajaga täiendavast ning alternatiivmeditsiinist

Suhtlemine (*communication*) on protsess, mille käigus edastavad inividid üksteisele informatsiooni, kasutades selleks sõnu, häält, sümboleid või kehakeelt (Merriam Webster dictionary). Suhtlemises on võimalik eristada erinevaid tasandeid, nendeks on informatsiooni edastamine, iseenda ja teiste tajumine, suhtluses osalevate osapoolte vastastikune mõjutamine

ning suhete kujunemine inimeste vahel. Edukat suhtlemist võivad pärssida sealjuures mitmed tegurid ehk suhtlustõkked, mis tulenevad keskkonnast või situatsioonist, teate edastajast ning teate vastuvõtjast. (Kidron 2004.)

Tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline suhtlus on patsiendi jaoks võtmetähtsusega tema edasistes valikutes nii traditsioonilise kui ka täiendava ning alternatiivmeditsiini kasutamise osas (Hann jt 2006, Salamonsen 2012). Samuti on selgunud, et tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline tõhus suhtlemine parandab patsiendi elukvaliteeti, vähendab stressi ning elimineerib võimalikud koostoimed, mis võivad tekkida keemiaravi ning TAMi kombinatsiooni tulemusel. Avatud suhtlemine aitab seetõttu kaasa patsientide kliinilistele ravitulemusele. (Frenkel ja Cohen 2014.)

Patsiendid saavad teadmisi varasemate kogemuste kaudu. **Kogemus** (*Experience*) on praktiline teadmine või oskus, mis on saadud otseses osalemises mingis konkreetses tegevuses või nähtuse vaatlemises. See on midagi, millega isik on personaalselt kokku puutunud või läbi elanud. Kogemuses on alati midagi tunnetuslikku ning subjektiivset. (Merriam Webster dictionary.) Patsiendi poolt kogetud positiivne suhtlus tervishoiutöötajaga tagab suurema rahulolu tervishoiuteenustega, lisaks aitab kaasa uue informatsiooni talletamisele ning hilisemale meenutamisele. Positiivset suhtlemist kogunud patsiendid jälgivad suurema tõenäosusega tervishoiutöötajate poolt määratud ravi ning antud ravisoovitusi. (Hann jt 2006.)

Seevastu halba kommunikatsiooni kogunud patsiendid on altimad kahtlema tervishoiutöötajate poolt antud ravisoovituste osas ning pöörduvad suurema tõenäosusega TAMi meetodite kasutamise juurde (Hann jt 2006, Salamonsen 2012). Patsiendid, kes kasutavad leebid TAMi meetodeid (nt kehalised harjutused) võivad suurema tõenäosusega mittepiisava tervishoiutöötaja poolse suhtluse järgselt proovida ka teisi TAMi meetodeid, mis informatsiooni puuduse ning vähese teadlikkuse tõttu võivad tekitada koostoimet keemiaraviga. (Hann jt 2006.)

Pihlak jt (2014) uurimistulemustest selgus, et ligi pooled patsientidest (47%) ei räägi TAMi kasutamisest tervishoiutöötajale (Pihlak jt 2014). Patsientide mitterääkimise põhjused peituvad nii nende sisemistes kui ka välistes tegurites. Tervishoiutöötaja ning patsiendi vahelist suhtlust võivad mõjutada patsiendi taust, kasutatav TAMi meetod ning konsultatsiooni aeg. Kõige suuremaks mõjuteguriks on siiski patsientide sisemised arvamused ja hoiakud nii iseenda kui ka tervishoiutöötaja suhtes. (Davis jt 2012.) Üldjuhul ei räägi patsiendid oma täiendava või alternatiivmeditsiini kasutamisest tervishoiutöötajale, sest kardavad saada negatiivset vastust ning seeläbi rikkuda ka edasist suhtlemist. Patsientidel on negatiivseid kogemusi, kus rääkimise

järgselt vastuvõtu ajal teda noomiti. Sellest tingituna tekib edasise suhtlemise ees hirm. (Saxe jt 2008, Shelley jt 2009, Smith jt 2014.)

Frenkel jt (2010) toovad samuti välja patsientide hirmud, et TAMi kasutamine paralleelselt keemiaraviga ning kasutamiskogemusest rääkimine võib rikkuda nende edasised suhted tervishoiutöötajaga. Patsiendid arvavad, et tervishoiutöötajad eelistavad toetuda pigem tõenduspõhisele meditsiinile (Saxe jt 2008, Frenkel jt 2010) ning arutelud täiendava ning alternatiivmeditsiini teemadel on tervishoiutöötajatele pigem takistuseks (Frenkel jt 2010). Ka Hübner jt (2013) tööst selguvad patsientide hirmud, et suhtluse järgelt esitavad tervishoiutöötajad vastuväiteid TAMi meetodite kohta, mis läheks vastuollu patsientide sisemiste hoiakutega, seetõttu leiavad patsiendid, et tervishoiutöötajaid ei ole vajalik informeerida nende TAMi meetodite kasutamisest keemiaravi ajal. (Hübner jt 2013.)

Suhtlemist pärssivaks teguriks võib olla lisaks eelnevale ka asjaolu, et tervishoiutöötajatele antav haridus on tõenduspõhine, mistõttu eeldavad patsiendid, et vestlused TAMi teemal ei vii kuhugile, sest tervishoiutöötajad ei ole saanud TAMi meetodite kohta koolitusi (Tasaki jt 2002). Seejuures on patsiendid sisimas pettunud, kui ei saa rääkida neile olulistel teemadel. Sisemised hoiakud võivad süvendada lõhet patsiendi ja tervishoiutöötaja omavahelises suhtlemises, mille tõttu suureneb patsientide hulk, kes ei informeerii tervishoiutöötajat piisavalt oma TAMi kasutamisest keemiaravi perioodil. (Frenkel jt 2010.)

Patsientide mitterääkimise põhjustena on välja toodud ka seda, et tervishoiutöötaja ei ole nendelt vastavasisulist informatsiooni küsinud (Saxe jt 2008) ning patsiendid on tajunud, et vastav tervishoiutöötaja ei ole adekvaatne andmaks neile sellist informatsiooni, mida nad sisimas ootavad. Patsientide kahtlustel on alust, sest varasemate uuringute järgi väike osa tervishoiutöötajatest tunneb ennast kindlalt TAMi meetoditest rääkides ning patsiendile teemakohast informatsiooni andes. (Hübner jt 2013.) Mitmetes uurimistödest on selgunud, et juhul, kui patsiendid räägivad, teevad nad seda vastumeelselt. TAMi kasutamisest rääkimine oli 38% juhtudest patsiendi enda algatatud, 25% juhtudest sellest said patsiendid neid veelgi rohkem segadusse ajavaid vastuseid ning 11% ignoreeriti teemat tervishoiutöötaja poolt täielikult. Samuti on patsientide poolsed mitterääkimise põhjused ka sisemised kartused sellest, et tervishoiutöötaja ei poolda TAMi meetodite kasutamist. (Shelley jt 2009, Tautz jt 2012, Hübner jt 2013.)

Tasaki jt (2002) poolt läbiviidud kvalitatiivses uuringus (N=143) kirjeldasid patsiendid oma suhtlemiskogemusi tervishoiutöötajatega. Mõned patsiendid kirjeldasid positiivseid kogemusi, kuid enamikul olid valdavalt negatiivsed kogemused seoses tervishoiutöötajaga TAMi teemadel suhtlemises. Uurimistöö käigus selgitati välja peamised kommunikatsiooni takistused tervishoiutöötaja ning patsiendi vahel. Edukat suhtlemist takistavateks teguriteks olid tervishoiutöötajate ükskõiksus ning vastuseis, mistõttu anti patsientidele valdavalt napisõnalisi vastused TAMi kohta. Samuti kogesid patsiendid, et tervishoiutöötajad rõhutavad ainult tõenduspõhiste ravimeetodite kasutamist, TAMi meetodeid kasutava patsiendi suhtes ei olnud tervishoiutöötaja empaatiline ning tal puudus tahe laskuda patsiendiga vestlusesse teemade üle, millesse tervishoiutöötaja ise ei usu.

Enamjaolt on patsientidel jäänud suhtlemisel tervishoiutöötajaga negatiivne kogemus. Siiski on patsiendid kirjeldanud ka oma positiivseid kogemusi, kus nad on tervishoiutöötajatelt saanud adekvaatset tagasisidet, toetust ning omapoolseid soovitusi TAMi osas. Hann jt (2006) poolt läbiviidud uurimistöös osalenud patsientidest hindas 19% (N=164) uuritavatest suhtlust tervishoiutöötajaga positiivseks. King jt (2015) uuringu tulemusel 70% patsientidest (N=481) tundsid ennast tervishoiutöötajaga suheldes mugavalt, kuigi enamik patsientidest ei arutle TAMi teemadel põhjalikult.

Salamonsen (2012) uuringutulemustest selgus, et patsiendid hindasid positiivseks suhtlemiskogemusi juhul kui tervishoiutöötajad olid avatud aruteludeks TAMi teemadel. Isegi kui tervishoiutöötajad olid patsientide arvates TAMi suhtes skeptilised, hindasid patsiendid neid suhtlemiskogemusi positiivseks, sest nad andsid patsientidele vajalikku informatsiooni TAMi kõrvaltoimete ning koostoime kohta paralleelselt keemiaravi kasutamisega. Seejuures jätsid tervishoiutöötajad patsiendile valikuvabaduse TAMi kasutamise osas. Suhtlemiskogemusel on suur mõju patsiendi edasise ravi valikul. Osad patsiendid võivad isegi loobuda traditsioonilisest vähiravist peale negatiivset suhtlemiskogemust tervishoiutöötajatega. (Salamonsen 2012.)

Suhtlemise järgselt tekkinud emotsioon jääb püsima ning kujunenud arvamused ning hoiakud intensiivistuvad. Selleks, et tõhustada TAMi teemadel suhtlemist on kõige olulisemaks aspektiks avatus nii patsientide kui ka tervishoiutöötajate poolt. Kuigi paljudele tervishoiutöötajatele võib tunduda TAM ebateaduslik ning mittevajalik on see patsientide jaoks siiski oluline. Patsiendid soovivad, et neil lastakse TAMist rääkida, neid kuulatakse ning neil on seeläbi võimalus osaleda ise ravi otsuste langetamise protsessis. (Tasaki jt 2002.)

2.3. Patsientide nõustamisvajadus täiendava ning alternatiivmeditsiini teemadel

Patsientidel on vajadus saada oma tervist puudutavate teemade kohta tervishoiutöötajatelt professionaalset ning usaldusväärset nõu. Tuginedes Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegiale on tervishoiuteenuse osutamisel prioriteetsel kohal patsiendikesksus. Tervishoiuteenuse osutamisel peab tervishoiutöötaja lähtuma ennekõike patsiendi individuaalsetest väärtustest, vajadustest ning eelistustest. Oluline on, et patsientidele antakse neile vajalik ning arusaadav informatsioon. (Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia...) Tervishoiutöötaja saab olulist teavet patsiendile edastada nõustamise teel.

Nõustamine (*Counselling*) on konsultatsiooni kaudu teisele isikule informatsiooni, professionaalse abi ning juhiste andmine, selleks, et lahendada nõustatava isiklike või psühholoogilisi probleeme. Nõustamine on oma olemuselt pigem ametlik tegevus. (Merriam Webster dictionary.) **Vajadus** (*Need*) on miski, mis on inimesele oluline aitamaks kaasa edasisele elutegevusele või arengule (Merriam Webster dictionary). Vähihaigete patsientide **nõustamisvajadus** (*Need for counselling*) on seotud psühholoogilise distressi, ebaadekvaatse informatsiooni tõhustamisega, samuti patsiendi enda kui ka lähedaste emotsioonide toetusega (Söllner jt 2001). Käesolevas magistritöös kasutatakse mõistet nõustamisvajadus ainult täiendava ning alternatiivmeditsiini meetodite kohta.

Patsiendid usaldavad tervishoiutöötajaid ning nad tahavad, et tervishoiutöötajad mängiksid rolli selles, kuidas ja milliseid TAMi meetodeid nad kasutavad (King jt 2015). Paljud patsiendid soovivad suhelda tervishoiutöötajaga täiendava ja alternatiivmeditsiini teemadel ning saada tervishoiutöötajatelt informeeritud nõuandeid. Kahepoolne vestlus on oluline loomaks patsientidega usalduslikku suhet, kindlustamaks nende rahulolu. (Frenkel jt 2010.) Tervishoiutöötajate kohustus on pakkuda patsientidele optimaalset ravi, mis peaks sisaldama ka TAMi meetodite võimalike riskide ning kasu käsitlemist. Paljud patsiendid eeldavadki, et tervishoiutöötajad seda omaalgatuslikult teevad. Siiski on olukord tegelikkuses vastupidine, paljud tervishoiutöötajad ei adu, et TAMist informeerimine kuulub nende pädevusse, samuti puuduvad neil vajalikud koolitused ning koostöö spetsialistidega. (King jt 2015.) Oluliseks võtmekohaks saab avatud ning erapooletu suhtlemine selleks, et leida patsientide teadmiste puudused ning läbi nõustamise tagada patsiendile maksimaalne kasu (Ben-Arye jt 2013). Eduka suhtluse tulemusel on võimalik tervishoiutöötajal suunata patsiendi täiendava ning alternatiivmeditsiini kasutamist teadlikumaks ning läbimõeldumaks (Frenkel jt 2010).

Patsiendid peavad TAMi sageli kahjutuks meetodiks, mistõttu neil puuduvad asjakohased teadmised TAMi ning keemiaravi võimalikest koostoimetest. Sellest tingituna ei peagi nad vajalikuks tervishoiutöötajale TAMi kasutamisest rääkida. (Smith jt 2014.) Patsiendid ei pruugi olla teadlikud, et nad kasutavad TAMi meetodeid, nad võivad uskuda, et taimsed toiduained, ravimtaimed ning ürdid on midagi muud kui TAM (Saxe jt 2008). Oluline on siiski saada patsientidelt täielikku informatsiooni, selleks on vaja aktiivselt küsida, erapooletult selgitada ja nõustada võimalike negatiivsete tagajärgede osas TAMi ning keemiaravi koostoimes. See võimaldab saada endale patsientide usalduse. (Smith jt 2014.)

Patsientide jaoks on oluline, et tervishoiutöötajad ei mõistaks hukka nende valikuid TAMi osas vaid annaksid asjakohaseid ning professionaalseid juhiseid (Smith jt 2014), nõustamisel peab vältima hinnangute andmist ning keskenduda tuleks inimese terviklikkusele (Paat-Ahi jt 2013). Ligi kolmveerand TAMi kasutavatest patsientidest sooviks saada edasist nõustamist tervishoiutöötaja poolt (Pihlak jt 2014). Patsiendid soovivad saada erapooletut nõustamist, pigem arutelu stiilis, selleks, et nad saaksid ise otsustada TAMi plusside ning miinuste üle. Patsientide jaoks on parim individuaalne ning silmast silma toimuv nõustamine. Patsientide tervise seisukohast on oluline kiire nõustamisteenuse kättesaadavus, selleks, et võimaluse korral välistada keemiaravi ning TAMi meetodi võimalik potentsiaalne koostoime. Nõustamisteenust osutaval tervishoiutöötajal peab olema asjakohane ettevalmistus ning läbitud koolitused, mis võimaldavad anda tõendus põhiseid andmeid TAMi kohta, seda ootavad ka patsiendid. Tõendus põhine TAMi nõustamine on oluline tagamaks patsientide informatsiooni vajadused. (Hübner jt 2013.) Paat-Ahi jt (2013) toovad välja, et vähihaigetele patsientidele peaks nõustamisteenus olema kättesaadav võimalikult väikeste kulutustega ning varajases ravi etapis. Patsientide jaoks on tähtis, et teda nõustava tervishoiutöötajaga tekiks neil hea koostöö ning suhe.

Enamik patsiente eeldavad, et tervishoiutöötaja võiks osata anda neile TAMi teemadel nõu ning lisainformatsiooni. Juhul kui tervishoiutöötaja ei ole patsiendi silmis usaldusväärne allikas saamaks täiendavaid teadmisi TAMi kohta, siis pöörduvad nad informatsiooni kogumiseks muude allikate poole. Informatsiooni saadakse sõpradelt, lähedastelt, teemakohastest raamatutest ning internetist leiduvatest allikatest. Saadud informatsioon ei pruugi olla tõendus põhine ning toetada patsiendi ravi. Mitteteaduslik allikas võib anda soovitusi kasutada TAMi meetodeid, mis võivad kujuneda koostoimes keemiaraviga ohtlikuks kombinatsiooniks. (Saxe jt 2008, Frenkel jt 2010.)

Patsientide TAMi teemaline nõustamine esitab tervishoiutöötajatele mitmeid väljakutseid. Ühelt poolt hindavad patsiendid seda, kui nende valikuid ning soove aktsepteeritakse, teiselt poolt peab tervishoiutöötaja lähtuma tõenduspõhisusest. Seetõttu saab nõustamises oluliseks patsientide teavitamine meetoditest, mis on aktsepteeritavad kasutamaks keemiaravi ajal ning meetoditest, mis võivad suure tõenäosusega koostoimes keemiaraviga põhjustada kahjulikke kõrvaltoimeid ning mõjutada ravitulemusi. (Ben-Arye jt 2013.) Kuigi patsiendid on teadlikud sellest, et informatsioon peab tuginema tõenduspõhisele allikale, jätkavad pooled patsiendid TAMi meetodite kasutamist isegi juhul, kui nad on saanud informatsiooni selle kohta, et nende poolt kasutatav TAMi meetod on teaduslikus mõttes mittevajalik. Seetõttu on oluline tervishoiutöötaja poolne nõustamise järjepidevus (Hübner jt 2013) ning patsiendi kaasamine tema ravi otsustusprotsessi (Tasaki jt 2002).

3. UURIMISTÖÖ METOODIKA

3.1. Metodoloogilised lähtekohad

Käesolev magistritöö on empiiriline, kirjeldav ja kvalitatiivne uuring. Kvalitatiivne uurimismeetod tuleneb fenomenoloogilisest filosoofilisest suunast, mis sobib kirjeldamiseks inimeste kogemusi mingi kindla nähtuse suhtes. Käesolev magistritöö tugineb Edmund Husserli kirjeldaval fenomenoloogial. Husserli järgi põhineb inimeste teadmine alati kogemustel (Laherand 2008) ning teadmisi tegelikkusest saab kirjeldada ainult läbi inimeste kogemuste (Converse 2012). Fenomenoloogilise suunaga uuringu eesmärgiks ei ole luua tulemusi, mida saaks üldistada, oluline on kirjeldada ning mõista uuritavate kogemusi uuritava nähtuse kohta. Sellest tingituna võib fenomenoloogilise suunaga uuringutes uuritavaid olla küllaltki väike. Fenomenoloogilise meetodika kasutamine nõuab aega ning uurija isiklikku osalemist. Eriline on see, et andmete analüüsi kaasatakse nii kognitiivne pool (tekstiline osa) kui ka mitte-kognitiivne pool (uuritavate emotsioonid ning rõhuasetused). (Converse 2012, Tuohy jt 2012.)

Varasemalt on täiendava ning alternatiivmeditsiini kasutamist patsientide seas uuritud enamasti kvantitatiivsete uurimismeetoditega. Käesolevas magistritöös kasutati kvalitatiivset uurimismeetodikat, kuna see toetas uurimistöö eesmärgi saavutamist ning võimaldas saada uuritavatega vahetut kontakti kogemuste kirjeldamiseks. Kvalitatiivse uurimismeetodika eesmärgiks on sügavuti mõista, tehes uuritavate (patsientide) „maailma“ nähtavaks (Õunapuu 2014). Seetõttu sobis autori arvates käesoleva magistritöö eesmärgist lähtuvalt kvalitatiivne uurimismeetod.

Kvalitatiivseid andmeid saab koguda uuritavatega läbiviidavate intervjuudega, antud meetod kogub tervishoiu alastes uuringutes üha rohkem populaarsust. Andmete kogumise meetodiks valiti poolstruktureeritud intervjuu. Intervjuudega saab andmeid koguda inimestelt, kellel on uuritava nähtuse suhtes isiklik kogemus. (Dicicco-Bloom ja Crabtree 2006.) Intervjuu oli uuringu läbiviimiseks sobiv meetod, sest materjal, mida koguti oli tundlik ning selle käsitlemine nõudis usaldust (Laherand 2008). Uuritavatel ning uurijal oli teada teema, võimalikud edasised suunavad küsimused tekkisid intervjuu käigus, mida uurija uuritavatele esitas täpsustamiseks. (Rabiee 2004, Dicicco-Bloom ja Crabtree 2006.)

3.2. Uuritavad

Uurimistöö viidi läbi SA Tartu Ülikooli Kliinikumi hematoloogia-onkoloogia kliiniku, radio- ja onkoteraapia osakonnas. Uuritavateks olid keemiaravi saavad patsiendid, kes kasutasid paralleelselt keemiaravile ka mingit täiendavat ja alternatiivmeditsiini meetodit. SA Tartu Ülikooli Kliinikumi vähiravikeskus on hetkel Eestis ainus rahvusvaheliselt akrediteeritud kliiniline vähikeskus (SA Tartu Ülikooli Kliinikumi vähikeskus). Eesti Haigekassa andmetel oli 2016. aastal SA Tartu Ülikooli Kliinikumis saanud onkoloogilisel erialal kemoterapiat 1071 isikut (Tervishoiuteenuste sh DRG...). Uuritavaid oli kokku seitse. Tegu oli käepärase valimiga.

Uuritavate valiku aluseks oli uuritavate sobivus uurimistöö teema ning eesmärgiga (Laherand 2008). Uuritavate uuringusse kaasamistingimusteks olid:

- nad on saanud vähemalt ühe kuuri keemiaravi;
- nad on kasutanud paralleelselt keemiaravi kuuride ajal mõnda täiendavat ja alternatiivmeditsiini meetodit;
- nad osalesid uuringus vabatahtlikult;
- neil oli uuritava nähtuse kohta isiklikke kogemusi;
- nad olid suutelised oma kogemusi jagama eesti keeles;
- nad olid nõus jagama kogemusi individuaalintervjuus.

Uuritavate teavitamine ja värbamine uuringusse toimus uuringus osalemise üleskutse alusel (vt lisa 1). Üleskutsel oli kirjas uuringu teema, eesmärk, olulisus, uuritavate kaasamistingimused, uuritavate õigused (uurimistöö kohta informatsiooni saamine, vabatahtlikkus), samuti uurija poolsed andmed, mille kaudu oli võimalik küsida täiendavat informatsiooni uuringu kohta. Uuringus osalemise üleskutse viidi onkoloogia vastuvõtu kabinetti, kus vastuvõtus töötav õde andis üleskutse lehe patsiendile kaasa pärast vastuvõtu lõppu. Uuringu kohta andis vastavasisulist informatsiooni ainult uurija, seetõttu ei instrueeritud vastuvõtu kabinettides töötavaid õdesid uuringu olemusest ning läbiviimise protsessist. Uuringusse värbamise üleskutse oli nähtaval kohal ka radio- ja onkoteraapia osakonna ambulatoorse keemiaravi kabinettides. Juhul, kui patsient soovis uuringust osa võtta, kontakteerus ta üleskutsel kirjas olnud uurijaga e-maili teel või silmast silma. Uurija täpsustas vajadusel veelkord uuringu kohta käivat informatsiooni ning uuritavate poolseid õiguseid. Kui patsient soovis uuringus osaleda, lepiti kokku intervjuu toimumise aeg uuritavale sobivas kohas.

Üleskutse aeg ehk uuritavate uuringusse kaasamise aeg oli algselt planeeritud 19. juuni - 31. juuli. Esialgset planeeritud uuritavate uuringusse kaasamise aega pikendati veel kuu aja võrra

(kuni 31. august 2016). Andmete kogumine toimus ajavahemikul 1. juuli - 31. august 2016. Intervjueeritavate värbamine lõpetati, kui andmete kogumisel tekkis andmebaasi küllastumine. Andmete küllastatus tähendab kui intervjuude ning analüüsi tulemusel ei lisandu uuritava nähtuse suhtes uut teavet juba olemasolevale teabele (Dicicco-Bloom ja Crabtree 2006). Peale viienda uuritavaga tehtud intervjuud ei lisandunud eelnevate intervjuude käigus kogutud andmebaasile uut informatsiooni. Viienda intervjuu toimumise järgselt oli uurijale uuringus osalemise soovist teada andnud veel kolm patsienti. Uuriija viis veel kahe uuritavaga läbi intervjuud, et veenduda andmebaasi küllastumises. Andmebaasi küllastumine oli kindel peale seitsmenda intervjuu läbiviimist. Kaheksas uuringus osalemissoovist eelnevalt teada andnud patsient ei kontakteerunud hiljem uurijaga. Seega kujunes valimi suuruseks seitse uuritavat.

3.3. Andmete kogumine

Uurimistöö andmete kogumine toimus vahemikus 1. juuli - 31. august 2016. Andmeid koguti poolstruktureeritud intervjuudega, kus olid eelnevalt ettevalmistatud küsimused (vt lisa 2), mis tulenesid uurimistöö eesmärgist. Poolstruktureeritud intervjuudes kasutati kahte uurimistöö eesmärgist tulenevat avatud lõpuga küsimust: „*Millised on Teie kogemused suhtlemisel tervishoiutöötajaga täiendavast ning alternatiivmeditsiinist?*“ ning „*Milline on Teie edasine nõustamisvajadus täiendava ning alternatiivmeditsiini kohta?*“. Küsimuste moodustamisel lähtuti uurimistöö eesmärgist ning Laherand (2008) põhimõttest, et andmete kogumise juures on oluline küsimuste piisavalt suur avatus ehk struktureerimatus, selleks, et uuritavatel oleks võimalus lisada vastusele oma elamusi ning kujutlusi (Laherand 2008). Avatud lõpuga küsimused on vajalikud, kui soovitakse, et uuritavad vastaksid ning kirjeldaksid uuritavat nähtust oma sõnadega. Avatud lõpuga küsimused võimaldavad leida uusi nähtusega seotud aspekte, mida suletud lõpuga küsimuste puhul ei oleks uurija osanud arvestada. Samuti aitab küsimuste suur avatus koguda võimalikult palju uut informatsiooni uuritava nähtuse kohta. (LoBiondo-Wood ja Haber 2006.)

Enne uuringu alustamist viidi läbi pilootuuring intervjuuküsimuste sobivuse ning mõistetavuse väljaselgitamiseks. Pilootuuring toimus SA Tartu Ülikooli Kliinikumi, hematoloogia-onkoloogia kliiniku ruumides, privaatses kabinetis. Dicicco-Bloom ja Crabtree (2006) järgi pilootuuringus olevad küsimused, mis ei ole efektiivsed edasise uuringu läbiviimiseks, muudetakse või jäetakse välja. Juhul kui muudatusi ei tehta, siis kaasatakse pilootuuringuga kogutud andmed üldisesse uuringu analüüsi. Muutusteks põhjust ei olnud ning kogutud andmeid kasutati uurimistöö andmete analüüsil.

Uuritavad peavad saama oma kogemusi jagada vabas ning neile sobivas keskkonnas (Laherand 2008). Kuus intervjuud viidi läbi SA Tartu Ülikooli Kliinikumi, hematoloogia-onkoloogia kliiniku, radio- ja onkoterapia osakonnas, privaatses kabinetis, kus viibisid sel hetkel ainult uurija ning uuritav. Üks intervjuu viidi läbi uuritava soovil kohvikus. Uurija tagas, et keegi kõrvaline isik ei pääsenud intervjuu toimumise hetkel segama. SA Tartu Ülikooli Kliinikumis toimunud intervjuude ajal lukustas uurija seestpoolt kabineti ukse. Kohvikus oli intervjuu tegemise ajal kaks külastajat ning seetõttu valiti vaiksem nurgake, kus keegi ei tulnud intervjuude lindistamise ajal segama.

Enne intervjuu algust tutvustas uurija veelkord uuritavat teemat, samuti informeeritud nõusoleku vormi (vt lisa 3), milles on sarnaselt uuringusse kaasamise üleskutsega välja toodud kõik uuringus oluline. Informeeritud nõusoleku vorm allkirjastati kahes eksemplaris, millest üks jäi uurijale, teine uuritavale. Informeeritus tähendab seda, et uuritav teab, mis toimub uuringu käigus ning nad on neile antud infot mõistnud. Nõusolek uuringus osalemise kohta seisneb selles, et uuritav on valmis andma ratsionaalseid hinnanguid ning ta osaleb uuringus vabatahtlikult. (Laherand 2008.)

Boyce ja Neale (2006) järgi peab uurija üksikasjalike ning rikkalike andmete saamiseks tagama uuritavale intervjuu läbiviimiseks mugavuse. Uurija oli valmis selleks, et uuritav võib esialgselt kavast kõrvale kalduda, kuid selle vältimiseks esitas uuritavale teemast tulenevaid täpsustavaid küsimusi ning kasutas kuulnud informatsiooni reflekteerimist, näiteks „*Nagu ma aru saan olete te ise otsinud tervishoiutöötajaga kontakti.*“, „*Palun kirjeldage täpsemalt, mida te selle all mõtlesite?*“. Täpsustavate küsimuste esitamisel lähtus uurija põhimõttest, et ta ei avaldaks omapoolset mõju uuritavate vastustele (Laherand 2008).

Intervjuud lindistati diktofoniga. Tõrgeteta lindistamise tagamiseks kontrollis uurija eelnevalt diktofoni patareide täituvust ning lindistas ühte intervjuud kindluse mõttes kahe diktofoniga. Uurija märkis intervjuu jooksul üles uuritavatel esinevad emotsioonid, muud mitteverbaalsed märgid ning rõhuasetused. Tuginedes Dicicco-Bloom ja Crabtree`le (2006), saab neid märkmeid hiljem andmete analüüsis kasutada. Intervjuude kestus oli vahemikus 20-40 minutit.

3.4. Andmete analüüs

Kõik lindistatud intervjuud transkribeeriti ehk kirjutati sõna-sõnalt ümber paari päeva jooksul peale intervjuu läbiviimist. Sõna-sõnalt ümber kirjutatud tekstile lisati ka intervjuude jooksul

üles märgitud uuritavate emotsioonid, mitteverbaalsed märgid ning rõhuasetused. Andmete kogumise ning andmete analüüsi protsess toimus samaaegselt (ajavahemikul 1. juuli - 31. august 2016), uurija sai seeläbi hinnata andmebaasi küllastumist. 19. juuni - 30. juuni 2016 toimus ainult uuritavate uuringusse värbamise üleskutse, mistõttu andmeid sel perioodil ei kogutud ega analüüsitud.

Magistritöös kasutati andmete analüüsimisel induktiivset sisuanalüüsi meetodit. Andmete analüüsiprotsess toimus üksikult üldisele. Kvalitatiivse uuringu analüüsitavad andmed on tekstilisel kujul (LoBiondo-Wood ja Haber 2006, Elo ja Kyngäs 2008). Transkribeeritud tekst loeti korduvalt läbi ning tekstis märgiti üles analüüsitavad üksused, milleks olid nii fraasid kui ka laused, mis kirjeldasid uuritavat nähtust ning olid kooskõlas uurimistöö eesmärgiga. Tekstist leitud analüüsitavad üksused märgiti üles teise värviga. Analüüsitavad üksused omakorda kodeeriti, moodustati substantiivsed koodid. Leitud substantiivsed koodid rühmitati ning jagati mõtte sarnasuse alusel alakategooriatesse. Alakategooria nimetuse leidmisel kontrolliti kõiki algandmeid, et alakategooria nimetus kataks kõikide substantiivsete koodide sisu. Alakategooriad omakorda moodustasid ning koondusid mõtte sarnasuse alusel ülakategooriaks.

Kategoriseeritud andmeid vaadati mitmeid kordi üle, tagamaks seda, et teksti analüüsides ei jääks välja mitte ühtegi olulist üksust, mis kirjeldas analüüsitavat nähtust. Laherand (2008) järgi iseloomustab kvalitatiivseid uurimistöid pidev tagasipöördumine juba tehtu poole, andmete kogumine, analüüsimine ning töö kirjutamine on paralleelsed tegevused. Uuringu erinevad etapid on omavahel põimunud ning vastastikusel seoses.

Uurimistöö tulemuste osas on esitatud katked intervjuudest, et näitlikustada tulemusi ning selgitata analüüsiprotsessi. Uuritavate tsiteeritud ning kaldkirjas edastatud teksti sees on uurija poolt üles märgitud uuritavatel esinenud emotsioonid, muud mitteverbaalsed märgid ning rõhuasetused sulgudes. Näitena toodud tsitaadi mittesobiv osa (teemast kõrvale kalduv tekst) on märgistatud kolme kaldkriipsude vahel oleva punktiga (/.../) ning iga tsitaadi lõppu on sulgudes toodud intervjuu unikaalne number, tagamaks uuritavate anonüümsust.

3.5. Uurimistöö usaldusvärsus

Uurimistöö läbiviimiseks taotleti luba uurimistöösse kaasatud asutuselt, mis registreeriti SA Tartu Ülikooli Kliinikumi korra kohaselt teadusuuringute registris ning Tartu Ülikooli inimuuringu eetikakomiteelt (vt lisa 4). Töö autor on uurimistöö käiku selgelt ja läbipaistvalt kajastanud. Uuritav nähtus piiritleti töös selgesõnaliselt. Uuritava nähtuse kirjeldamiseks oli valitud sobiv

andmete kogumise meetod ehk poolstruktureeritud intervjuu. Uuringus osalenud uuritavad vastasid kõik valiku kriteeriumitele ning neil kõigil oli isiklike kogemusi uuritava nähtuse kohta. Uuringus osalemine oli kõigile uuritavatele vabatahtlik ning nad olid teadlikud võimalusest uuringus osalemine enda soovil katkestada. Intervjuude ajal esitas uurija uuritavatele täpsustavaid, ümbersõnastavaid küsimusi, kuid ei mõjutanud uuritavaid ega intervjuude kulgu, ei esitanud enda poolseid arvamusi ning ei sildistanud, kuigi uurija töötas intervjuude läbiviimise ajal samas asutuses õena. Uuritavad olid teadlikud, et nendega läbiviidav intervjuu ei mõjuta kuidagi nende edasist suhtlust käesoleva töö autoriga ega teiste tervishoiutöötajatega.

Intervjuud lindistati ning kirjutati sõna-sõnalt ümber. Andmete analüüsiprotsess on läbipaistvalt kirjeldatud, et lugeja saaks ülevaate, kuidas substantiivsed koodid, ala- ning ülakategooriad tekkisid. Andmeid hakati analüüsima kohe peale intervjuu läbiviimist, tagamaks uuringutulemuste sisuline täpsus, ennekõike uurija enda tehtud märkmete koha pealt. Uurimistöo tulemuste ossa on lisatud uurimistulemuste kohta tabel. Andmete analüüsiprotsessis vältis töö autor tulemuste mõjutamist, andmed esitati sellisel kujul nagu need uurijal olid. Transkribeeritud tekstidele oli ligipääs ainult uurijal, kuid andmete analüüsiprotsessis osales ka uurija põhijuhendaja, mis aitas kaasa töö objektiivsuse tagamisele, sest põhijuhendaja sai hinnata kategoriseeritud andmete mõistetavust ning anda omapoolseid soovitusi kõrvaltvaatajana. Elo ja Kyngäs (2008) järgi tõstab uuringu usaldusväarsust ka see, kui uurimistöo tulemuste osa ilmestatakse näidetena, mis lisatakse tsiteeritud lausetena, mida uuritavad on öelnud uuritava nähtuse kohta. Andmed on avalikustatud üldistatud kujul, mis tagab uuringus osalenud patsientide anonüümsuse.

Uurija säilitab kuni kaitsmiseni lindistatud intervjuud ning transkribeeritud teksti. Magistritöös kasutatud allikate usaldusväarsust hindas töö autor kriitiliselt ning kõikidele allikatele on korrektselt tekstisiselt viidatud ning kasutatud kirjanduse loetelus märgitud.

4. TULEMUSED

4.1. Patsientide suhtlemiskogemused tervishoiutöötajaga täiendavast ning alternatiivmeditsiinist

Andmete analüüsi käigus koondusid substantiivsed koodid seitsmesse (7) alakategooriasse, mis kirjeldavad patsientide kogemusi suhelda tervishoiutöötajaga TAMi teemadel. Moodustunud alakategooriad on järgnevad: „Patsiendi poolt algatatud suhtluse põhjused“, „Patsiendi sisemised põhjused rääkimiseks“, „Patsiendi sisemised põhjused mitterääkimiseks“, „Välised põhjused rääkimiseks“, „Välised põhjused mitterääkimiseks“, „Tervishoiutöötaja poolne positiivne reaktsioon patsiendi algatatud suhtlusele“ ning „Tervishoiutöötaja poolne negatiivne reaktsioon patsiendi algatatud suhtlusele“. Seitse alakategooriat koondusid üheks ülakategooriaks „Patsientide suhtlemiskogemused tervishoiutöötajaga täiendavast ning alternatiivmeditsiinist“ (vt tabel 1).

Tabel 1. Patsientide suhtlemiskogemusi tervishoiutöötajaga täiendavast ning alternatiivmeditsiinist kirjeldavad substantiivsed koodid ning neist moodustunud alakategooriad ning ülakategooria.

Substantiivsed koodid	Alakategooria	Ülakategooria
-varasemate teadmiste täpsustamine -kasutamiskogemuste jagamine -tervise seisundist informeerimine	Patsiendi poolt algatatud suhtluse põhjused	Patsientide suhtlemiskogemused tervishoiutöötajaga täiendavast ning alternatiivmeditsiinist
-küsimisjulgus -arutlemisjulgus -aktiivsus -tervise teadlikkus -oma õiguste tundmine -järjekindlus -emotsionaalse toe vajadus	Patsiendi sisemised põhjused rääkimiseks	
-teadmiste olemasolu -oma mõtetes olemine -kinnine iseloom -vajaduse puudumine -kartlikkus -piinlikkus -tagasihoidlikkus	Patsiendi sisemised põhjused mitterääkimiseks	
-usaldusväärsed tervishoiutöötajad -kasutatav üldlevinud TAMi meetod	Välised põhjused rääkimiseks	

-keemiaravi spetsiifilisus -tervishoiutöötaja passiivsus teema algatamisel		
-tervishoiutöötajate ebakompetentsus TAMi teemadel -konkreetselt tervishoiutöötaja olemus -tervishoiutöötajate suur koormus -ajapuudus vastuvõtul/ravil -tervishoiutöötajate arvutikesksus -tervishoiutöötajate negatiivne hoiak -ebatraditsiooniline kasutatav TAMi meetod	Välised põhjused mitterääkimiseks	
-toetumissoovituste andmine -rõõmu tundmine patsiendi heaolu üle -erinevate spetsialistide kontaktide jagamine -TAMi meetodite kasutamisega nõustamine -omapoolsete soovituste andmine -informeeritud valikuvabaduse andmine patsiendile -üldine positiivne hoiak suhtlusele	Tervishoiutöötaja poolne positiivne reaktsioon patsiendi algatatud suhtlusele	
-lakooniline tagasiside -emotsioonitu tagasiside -olematud kommunikatsioonioskused -tervishoiutöötaja ebamugavus teemal suheldes	Tervishoiutöötaja poolne negatiivne reaktsioon patsiendi algatatud suhtlusele	

4.1.1. Patsiendi poolt algatatud suhtluse põhjused

Patsiendid on kogenud, et täiendava ning alternatiivmeditsiini teemadel rääkimiseks peavad nemad **algatama tervishoiutöötajaga kontakti**. Põhilisteks patsiendipoolseteks suhtluse algatamise põhjusteks on **varasemate teadmiste täpsustamine**, täiendava ning alternatiivmeditsiini **kasutamiskogemuse jagamine** tervishoiutöötajale ning oma **terviseseisundist informeerimine**, juhul kui neil on olnud positiivseid kogemusi TAMi kasutamisega.

„/./ kusagilt lugesin, et seal olid ka, et mingid vabad radikaalid tekivad, mille kohta ma ei ole lugenud, mida see tähendab, aga igatahes ma ütlesin talle, et mina tarbisin, et mul oli ikkagi positiivne tulemus, et järelikult see ei ole õige.“ (1).

„Ma olen küsinud näiteks, kas D-vitamiini tohib ikkagi võtta?“ (3).

„No peale ravi hästi nõrk ja uimane ja vilets oli. Küsisin, et kas midagi turgutamiseks võib võtta?“ (4).

4.1.2. Patsiendi sisemised põhjused rääkimiseks

Iga inimene on individuaalne, seega on patsientidel ka erinevad sisemised põhjused, miks nad soovivad või ei soovi täiendava ning alternatiivmeditsiini teemadel tervishoiutöötajaga rääkida. Alakategooria patsiendi sisemised põhjused rääkimiseks moodustasid patsientide iseloomust ning isiksusest tulenevad põhjused, näiteks nagu **küsimisjulgus, arutlemisjulgus, järjekindlus, emotsionaalse toe vajadus ning aktiivsus.**

„Algul olin ise aktiivsem, siis küsisin raviarsti käest toitumise kohta muidugi /./“ (4).

„Ma alati julgen tihti küsida, mis mind huvitab ja ja ja nõu pidada ja.“ (1).

„Mõne küsimuse olen ma selles mõttes ka nagu edasi lükanud järgmiseks korraks, et äkki siis nagu õnnestub.“ (3).

Patsientide rääkimist mõjutavad lisaks iseloomust tulenevatele põhjustele veel patsientide **terviseteadlikkus** ning **oma õiguste tundmine**, mis on tingitud informatsiooni kättesaamise vajadusest.

„Alati ma loen need pakendi infolehed nagu läbi, et mida, kui palju, et siis muidugi ma arstiga kooskõlastan.“ (1).

„Aga ma leian, et minu õigus (rõhutatult) on minu enda keha, minu enda elu. Ma võin ju küsida, mul on õigus teada asju, noh.“ (2).

4.1.3. Patsiendi sisemised põhjused mitterääkimiseks

Patsientide sisemised põhjused täiendava ning alternatiivmeditsiini teemadel mitterääkimiseks on tingitud nii patsiendi iseloomu omadustest kui isikust tulenevatest põhjustest, mis koondusid kokkuvõtlikult patsiendi sisemisteks põhjusteks. Kui patsient leiab, et tal on **piisavalt teadmisi**

TAMist ning **ei ole vajadust** tervishoiutöötajaga TAMi teemadel rääkida, siis ei pea ta ka oluliseks suhelda tervishoiutöötajaga TAMist. Samuti takistab suhtlust **õige ajahetke mitteleidmine**.

„Et kui nagu, et kui sa hakkad nagu sellest rääkima, see nõuab ka minul süvenemist, /.../ ma ei leia seda aja kohta /.../“ (3).

„Sest ma ei ole otsinud seda kontakti, /.../ ma lihtsalt lähengi praegult seda raviteed pidi ja teen ja sünn seda mida ma tunnen.“ (6).

Patsiendid on kirjeldanud mitmeid nende iseloomust tulenevaid põhjuseid, miks ei räägita tervishoiutöötajaga TAMi teemadel, isegi kui soovitakse seda sisimas teha. Patsientide sisemised põhjused TAMi teemadel mitterääkimiseks on **kinnine iseloom, kartlikkus, piinlikkus ning tagasihoidlikkus**.

„Ma ei ole kõikides kasutamistest rääkinud ja ei tahagi nagu kõikidest rääkida (naer).“ (2).

„Eesti inimene on nii kinnine ka, et ta ei oskagi küsida abi.“ (2).

„See on niimoodi, et sa lihtsalt kardad seda teha.“ (7).

4.1.4. Välised põhjused rääkimiseks

Indiviidi sisemiste põhjuste kõrval mõjutavad suhtlemist ka välised põhjused, mis võivad olla nii rääkimist toetavad kui ka rääkimist mittetoetavad ning asuvad kontakti loojast ehk patsiendi mõjualast väljaspool. Põhjused, miks patsiendid tervishoiutöötajaga räägivad TAMi teemadel, tulenevad tervishoiutöötajast kui ka **keemiaravi spetsiifilisusest ning kasutatavast täiendavast ja alternatiivmeditsiini meetodist**. Patsiendid peavad **tervishoiutöötajaid ka usaldusväärseteks**.

„Sest patsient tegelikult jubedalt usub arsti, absoluutselt kõik.“ (7).

„Et kui ikkagi jah meditsiini põhjaga inimene sulle räägib, mida võib ja mida ei või, siis sa usud ikka palju rohkem ju.“ (5).

„Et nagu selle D-vitamiini kohalt, seda ma täiesti küsisin, et midagi sellist nagu a la toidulisandeid, need ma olen ikkagi nagu üleküsinud.“ (3).

Välised põhjused, miks patsiendid räägivad TAMi teemadel tervishoiutöötajaga on tingitud keemiaravi keerukusest ning erilisusest samuti keemiaravi järgselt tekkinud tervises seisundi

muutustest, mille üle patsiendil endal puudub kontroll. Patsiendid tajuvad, et **keemiaravi on spetsiifiline** ning seetõttu soovivad nad tervishoiutöötajaga rääkida TAMist.

„/.../ keemiaraviga võivad teised asjad väga konflikti minna.“ (5).

„Olen tarbinud toidulisandeid, seepärast, et kuna ma sõin kontrollimatult. /.../ Ma tarbisin mingeid, aga minimaalselt. /.../ Ma leian, et neid asju saab omavahel ühendada. Ravida nii füüsilist kui ka vaimset poolt. Aga ma ikkagi pean oma raviarstiga kõigest nõu, et mitte asja ära rikkuda.“ (1).

„Just keemiaravi on nii keeruline asi, et sellega pole kõike katsetatud.“ (1).

4.1.5. Välised põhjused mitterääkimiseks

Patsiendid on kirjeldanud ka mitmeid takistavaid tegureid, mille tõttu nad ei räägi TAMi teemadel tervishoiutöötajaga. Kuigi patsiendid peavad tervishoiutöötajaid usaldusväärseteks, leiavad nad samas, et **TAMi teemadel puuduvad tervishoiutöötajatel teadmised** ning nad on kohati **ebakompetentsed**. Samuti eeldatakse, et tervishoiutöötajad eelistavad pigem traditsioonilist ravi, kui TAMi ning suure tõenäosusega suhtuksid nad TAMi meetoditesse **negatiivselt**.

„Klassikalise meditsiini hariduse saanud inimesed enamasti suhtuvad suure põlgusega sellesse kõigesse.“ (5).

Ma ei tea, kas nad ei taha tunnistada seda või nad ei usu või nad ei tea või ma ei tea, mis see viga on, et ei tule sellist õiget (rõhutatult) õpetust.“ (4).

Negatiivne kogemus suhtlemisel tervishoiutöötajaga mõjutab patsiendi edasist suhtlust ning kontakti loomist. Kui patsient tunneb, et **tervishoiutöötaja isiksusest** tulenevalt usalduslikku kontakti ei teki, siis on suhtlemine häiritud.

„See esimene (arst) andis hästi palju infot. /.../ Aga nüüd, ma ütlen, see arsti vahetus, kui arsti käest küsida, siis... (raputab pead ja jääb väga mõtlikuks).“ (7).

„Ja siis ma leidsin, et ei ole nagu sügavat mõtet ka nende asjade kohta küsida, kui juba vitamiinid on keelatud.“ (5).

Patsiendid on välja toonud ka praeguse tervishoiusüsteemi puuduseid, mis mõjutavad nende suhtlemist tervishoiutöötajaga. Patsiendid tunnetavad, et tervishoiutöötajatel on **suur**

töökoormus ning sellest tingitud **ajapuudus** personaalseks lähenemiseks nii vastuvõtul kui ka keemiaravi seansi ajal. Vastuvõtul oleval patsiendil on raske rääkida TAMi teemadel, kui nad tajuvad tervishoiutöötajate kiirustamist, näevad üha suurenevat tervishoiutöötajate **arvutikesksust** ning seeläbi ei leia õiget ajahetke silmast silma suhtlemiseks.

„Aga jah, põhimõtteliselt jah, inimene peab saama rääkida. Ja mina ütlen, et sõna otseses mõttes silmast silma. Mitte nii, nagu praegused arstid, kui ma sinna kabinetti lähen, ta ei vaata mulle selle 15 minuti jooksul otsagi, vaid on peadpidi arvutis.“ (2).

„Selge on see, et minu meelest siin ei ole üldse selliseid inimesi, kes sellega tegeleda jõuaksid või saaksid. Sest noh, arstil on tema see mingi 20 minutit, mil ta sinuga tegeleda saab, õdedel on omad tööd. Rohkem nagu polegi kedagi.“ (5).

„Teades seda koormust, mis onkoloogias on, siis on loogiline, et neil ei jätku selleks mitte mingisugust aega ega tahtmist. /.../ Nad ei jõua (rõhutatult), ma saan sellest ju täiesti aru.“ (2).

„Seda on keeruline teha ütleme selle lühikese aja jooksul. Ma ise arvan, et sellesse aega see hetkel ei mahu. /.../ Ma ei leia seda aja kohta, kui ta klõbistab seda arvutit. /.../ Patsiente on palju ja aega on väga limiteeritud.“ (3).

Tervishoiutöötajaga TAMi teemadel rääkimist mõjutab ka patsiendi poolt **kasutatav TAMi meetod**. Juhul kui kasutatav TAMi meetod on ühiskonnas enamuse arvates mittevajalik või ebatraditsiooniline, siis patsiendid ei julge sellest tervishoiutöötajale rääkida.

„Tütar jälle kuskilt otsis mingisuguse mehe välja, et vot tema nüüd aitab telefoni toru otsas. /.../ Või no jälle, kuskilt Jõhvist või kust ta tuli, igavene tark /.../ lihtsalt vaatab oma pilguga või kuidas, noh ja nüüd ongi korras. No kust ta korras on (rõhutatult). Selliseid asju ma ei hakka arstile rääkimagi.“ (4).

„Mõningad kasutamised on jäänud jah rääkimata, mida isegi ei taha tunnistada (naer). On igasuguseid asju jah katsetatud.“ (4).

4.1.6. Tervishoiutöötaja poolne positiivne reaktsioon patsiendi algatatud suhtlusele

Osad uuritavad kogesid valdavalt positiivset tagasisidet, teised seevastu olid kokkupuutunud valdavalt negatiivse tagasisidega. Positiivse tagasisidena on kirjeldatud, kuidas tervishoiutöötaja **tunneb siirast rõõmu** patsiendi heaolu üle, kui patsient rääkis oma TAMi kasutamiskogemustest.

„Ja sellest ma ka rääkisin oma arstile, et ma juhtusin selle inimesega kokku, et ma käin reikis ja selle üle oli temal väga hea meel kohe.“ (1).

Tervishoiutöötaja on patsientidele andnud omapoolseid soovitusi sh **toitumissoovitusi**. Keemiaraviga koostoiimet mitte omavate **TAMi meetodite kasutamise**ga on tervishoiutöötajad **nõustunud**.

„Et seda Oomega-3 võib küll võtta, et selle vastu ei olnud tal midagi. Aga neid teisi ta ütleski, et vali siis kust sa neid ostad (toidulisandeid).“ (1).

„Ma küsisin, et keemia ajal eksju, kas ma pean mingisuguseid vitamiine või lisandeid tarvitama. Siis ta ütles, et toidust saad kõik kätte, /.../ ning kõike asju peab sööma.“ (7).

Juhul kui tervishoiutöötaja hinnangul ei ole patsiendi kasutatav TAMi meetod vajalik või on ebasobiv, siis üldjuhul informeeriti patsienti sellest ning **anti omapoolseid soovitusi**. Siiski on jätnud tervishoiutöötajad **patsiendile lõpliku otsuse tegemine**.

„Selles mõttes, et kuna ma raviarstilt küsisin, kas ma võin keemiaravi ajal midagi täiendavat kasutada, siis ta oli väga ettevaatlik selles suhtes, et kuna neid koostoimeid ei ole piisavalt uuritud, siis ta leidis, et parem üldse hoiduda.“ (5).

„Ta konkreetselt soovitas, et ärge siis selle asjaga üle pingutage, noh igasuguste asjadega. Iga asja tuleb võtta mõistusega. Ei tohi nagu langeda mingisugusesse äärmusesse.“ (2).

„Küsisin, et kas midagi turgutamiseks. Noh arst muidugi ütles, et ei tohigi. Ei võtnud.“ (4).

Tervishoiutöötaja poolne positiivne tagasiside on väljendunud toetavas suhtumises ning nõuannetes. Üks uuritav kirjeldas, et on saanud tervishoiutöötajalt **erinevate spetsialistide kontakte**, mis võiksid talle abiks olla keemiaravi ajal.

„Ta soovitas mulle sellist, ühte nagu psühholoogilist abi, nõustamist ja siis tema pakkus, ee, kust tema nagu abi sai (arst).“ (2).

4.1.7. Tervishoiutöötaja poolne negatiivne reaktsioon patsiendi algatatud suhtlusele

Patsiendid on kogunud tervishoiutöötaja poolset negatiivse alatooniga reaktsiooni suhtlemise ajal. Patsiendid tajuvad, et tervishoiutöötajad tunnevad ennast TAMi teemadel rääkides **ebamugavalt**, samuti on tagasiside jäänud **emotsioonituks, lakooniliseks** ning napisõnaliseks.

„Aga jah, muid asju olen küsinud küll, no just neid toitumisi ja ravimteesid ja kõike. No ei tule nagu mingit tarka vastust. Võid ju võtta, aga kas ka aitab? /.../ Ja siis ise kobamisi, mida haarad kinni, mida kuuled-näed, no aga see ei ole kah nagu päris.“ (4).

„Lihtsalt vastavad ja ongi kõik.“ (7).

„Et jah, need arstid, kellele mina olen konkreetset ka küsimusi esitanud, ma ei tea, võib-olla nii mõnigi ei ole mugavust tundnud.“ (2).

Üks uuringus osalenud patsient viitas ka tervishoiutöötajate **vähestele kommunikatsiooni oskustele**. Juhul, kui tervishoiutöötaja annab adekvaatset tagasisidet, siis on patsientide jaoks ka määrava tähtsusega kõneviis ning hääletoon, kuidas ja mis määral temaga räägitakse.

„Selle seitsme aasta sisse võiks neile mahtuda siiski mingisugune pisikene kursus kommunikatsioonist, sest et arsti sõna on tohutu (rõhutatult) suure kaaluga ja eestlane eriti ei saa sellega hakkama, nagu tõesti (rõhutatult) ei saa hakkama. Ma olen, no väga üksikud tulevad toime patsientidega suhtlemisega. /.../ Ma ei tea, seda peetakse ikkagi niivõrd ebaoluliseks veel, aga samas on see hästi oluline. See võib teinekord mingi 50% ravist olla. Sest sa annad selle usu ja sa võtad talt ka selle usu ära.“ (5).

4.2. Patsientide nõustamisvajadus täiendava ning alternatiivmeditsiini teemadel

Andmete analüüsi käigus koondusid substantiivsed koodid viide (5) alakategooriasse, mis kirjeldavad patsientide nõustamisvajadust TAMi teemadel. Moodustunud alakategooriad on järgnevad: „Nõustamise puudujäägid“, „Soovitud nõustamiskanaliid“, „Soovitud nõustamisteemad“, „Nõustamise olulisus“, „Nõustamise ebaolulisus“. Viis alakategooriat koondusid üheks ülakategooriaks „Patsientide nõustamisvajadus täiendava ning alternatiivmeditsiini teemadel“ (vt tabel 2).

Tabel 2. Patsientide nõustamise vajadust täiendava ning alternatiivmeditsiini teemadel kirjeldavad substantiivsed koodid ning neist moodustunud alakategooriad ning ülakategooria

Substantiivsed koodid	Alakategooria	Ülakategooria
-spetsialiseerunud töötajate puudus -meditsiiniline terminoloogia -patsient nõustab patsienti -TAMi teemadel mittenõustamine	Nõustamise puudujäägid	Patsientide nõustamisvajadus täiendava ning alternatiivmeditsiini teemadel <i>(järgneb)</i>

-silmast silma suhtlus -spetsialiseerunud õde -eraldi nõustamise kabinet -infovoldikud/brošüürid -raamatud	Soovitud nõustamiskanalid	
-koostoimed traditsioonilise vähiraviga -mittelubatud TAMi meetodid -soovitatud TAMi meetodid -paremat toimetulekut toetavad vahendid -igapäevased toitumissoovitused	Soovitud nõustamisteemad	
-ühiskond on meditsiini usku -palju šarlatane ja posijaid -iga patsiendini jõudmine -järjepidev suunamine -patsiendi rahulolu, turvatunde tagamine -patsiendi teadlikkuse tõstmine -informatsiooni tõenduspõhisus -infomaterjali üleküllus -informatsiooni hankimise allikad	Nõustamise olulisus	
-info piisav kättesaadavus -iga inimene on individuaalne -keha/sisetunde kuulamine	Nõustamise ebaolulisus	

4.2.1. Nõustamise puudujäägid

Uuritavate jaoks oli peamiseks probleemiks asjaolu, et haiglates **ei nõustata järjepidevalt patsiente TAMist**. Patsientide arvates on järjepidev nõustamine TAMi teemadel oluline. Hetkel puuduvad TAMi teemadel nõustamises **spetsialiseerunud töötajad** ning seda puudujääki kompenseerivad osaliselt **teised patsiendid**, kes nõustavad üksteist TAMist tuginedes oma varasematele kogemusele. Patsiendid leiavad, et täiendava ning alternatiivmeditsiini teemat haiglateskkonnas pigem välditakse.

„Siin onkoloogias konkreetselt toitumishõustajat ju ei ole, /.../ see võiks tulla rohkem siit meditsiini poole pealt, nõuandja. /.../ Minu käest on tulnud ka palju küsima, aga no mis nõuandja mina olen, ma räägin“ (2).

„Ma olen väga paljudega kokku puutunud, kes küsivadki sellepärast, et ma olen olnud asja sees ja et kuidas on ja et kuidas sellega toime tulla.“ (1).

„No oleks muidugi tore, kui oleks mingisuguseid adekvaatseid soovitusi, sest minu arvates justnimelt see, et arstid inimestega ei räägi, siis inimesed satuvadki igasuguste šarlatanide kütüsi. /.../ Nii, et siis põhimõtteliselt, kui sa siit haiglast välja astud, siis sa oledki üksi kõigi oma muredega. Ja siis ongi nii, et igauks vastavalt oma hariduse tasemele, kes, kus seda abi siis saab. Ja sellepärast meil ongi Eestis neid posijaid nii palju ja see äri nii hästi õitseb.“ (5).

Kui tervishoiutöötaja annab patsiendile tagasisidet ning edastab informatsiooni, siis peaks ta seda tegema võimalikult „lihtsas keeles“. Hetkel tunnevad patsiendid, et TAMist informeerides kasutatakse **meditsiinilist terminoloogiat**, mille tõttu võib osa uuest teabest kaduma minna.

„ /.../ nii öelda inimeste keeles lahti rääkida, mitte võib-olla mitte nii meditsiiniliselt, meditsiiniliste terminitega, millest sa tihti väga aru ei saa ka.“ (3).

4.2.2. Soovitud nõustamiskanalid

Kõige rohkem eelistavad patsiendid **silmast silma suhtlemist** ning informatsiooni saamist näiteks **spetsialiseerunud õelt**, kes oskab adekvaatselt anda teadmisi ning soovitusi ka täiendava ning alternatiivmeditsiini teemadel. Nõustamine võiks toimuda **eraldi kabinetis**, et tagada privaatsus ning personaalne lähenemine.

„Enne, kui ma keemiasse oleks läinud, oleks mingi kabinet, et enne käige sealt läbi, küsige asjad ära ja siis hakake keemias käima. Vot see oleks suurepärane olnud.“ (7).

„Silmast silma kohtumine ning suuline vestlus on okei. Kirja vestlus on selline, et ei viitsi seda väga teha. /.../ Sest kirjapildis on võib-olla natuke raske seda edasi anda. Sest kui sa ikkagi kohtud inimesega silmast silma, siis sa saad juba mõneti palju paremini aru.“ (3).

„Selle jaoks peaks olema tõesti kas lisa koolitatud õde, kes siis natukene aitaks lihtsalt, et suunaks sind, annaks sulle kasvõi materjali lugeda või räägiks.“ (2).

Samuti leiti, et informatiivsed **infovoldikud** ning **raamatud** oleks asjakohased. Kuigi antud hetkel on mitmeid erinevaid **brošüüre** ning materjale, mida haiglast kaasa antakse, ei sisalda nendest ükski piisavalt informatsiooni täiendava ning alternatiivmeditsiini kohta.

„Siis ju onju kirjandust niipalju ilmunud, /.../ siis on vaja lihtsalt suunata, et on see ja see. Et mis sa sealt siis ise loe. Või paljud tuhnivad ju netis, mina ei ole netituhnija, mina loen raamatut parema meelega. Aga just see ja noh jah mingi ligilähedane brošüür jah võib-olla selles mõttes, et mida vaadata ja kuhu minna ja kuidas olla.“ (2).

4.2.3. Soovitud nõustamisteemad

Patsiendid peavad keemiaravi raskesti talutavaks ning tajuvad, et keemiaravi paralleelselt täiendava ning alternatiivmeditsiini kasutamisega võib põhjustada kahe ravimeetodi vahel **koostoimeid**. Siiski puuduvad patsientidel sellekohased täpsemad tõenduspõhised teadmised ning nad sooviksid teada saada tervishoiutöötajalt, millised **TAMi meetodid on mittelubatud** keemiaravi ajal. Tervishoiutöötaja peaks olukorda objektiivselt hindama ning suutma anda patsiendile adekvaatset informatsiooni TAMi kasutamisega kaasnedavatest koos- ja kõrvaltoimetest.

„Mis tõesti (rõhutatult) ei sobi kokku, et mis on täielikult välistatud. Et mida nagu ei tohi teha, sest ma ütlen näiteks tänase päeva seisuga mina ei tea ka, mis on selles mõttes, mis on täiesti keelatud või no mis ei käi kokku sellega.“ (3).

„Mis on kohe vastunäidustatud või jah, seda tahaks teada kohe.“ (4).

„Ma arvan ,et seal ongi see, et neid peaks alguses maa peale tooma ja keelama seda (liigset kasutamist). /.../ Pigem vist peaks rääkima seda, et mida ei tohi. /.../ Aga just need kõrvalmõjud /.../ jah, et seda on just vaja, nende ravimite kõrval- ja koosmõjudest.“ (1).

Keemiaravi ajal muutuvad patsientide maitsemeeled ning seetõttu peavad patsiendid **toitumissoovituste** saamist tervishoiutöötaja ja/või toitumisenõustaja poolt vajalikuks.

„Võiks rohkem toitumist küll rääkida.“ (7).

„Aga samas, võiks olla see rohkem siit meditsiini poole pealt, nõuandja. Ütleme, psühholoogiline nii, kellele sa rääkida saad. Kui oleks ka see, kes aitaks sind toitumises.“ (2).

Patsientide arvates võiksid tervishoiutöötajad suunata patsiente ka TAMi meetodeid kasutama, mis tagaksid **parema toimetuleku** keemiaravi ajal.

„Kasvõi suunata teda kusagile mingisugustesse kohtadesse, kus pakutakse hingele mingit tuge või ta hakkab kasvõi joogat tegema või mida iganes, igasuguseid võimalusi on. /.../ Kasvõi soovitusi, proovige kuskile spaasse minna, mis teile head teeb.“ (5).

„Aga võiks olla täitsa soovitus kohe (rõhutatult), ja, ja, et mida proovida julgemalt ja. Ise kobamisi, mida haarad kinni, mida näed, aga see ei ole kah nagu päris.“ (4).

„Ma arvan ,et ikka võib öelda, et mida inimene võib proovida, et sellega toime tulla.“ (1).

4.2.4. Nõustamise olulisus

Patsiendid toovad tervishoiutöötajate poolt nõustamise olulisuse välja, sest tänapäeval on liiga palju erinevaid **ravitsejaid** ning **posijaid** ning patsiendid tunnevad, et nende juures käimine ei ole õige ning ei aita neid. Inimesed on **meditsiini usku**. Kui toetus, tugi ja nõustamine tuleks haiglakeskkonnast, siis patsiendid ei näe vajadust minna seda mujalt otsima. Olulisel kohal peab olema ka patsiendi **järjepidev suunamine**.

„Et oleks nagu minu meelest mõistlik pakkuda siis juba traditsioonilises raviastutuses inimestele selliseid alternatiivseid võib-olla mingeid märguandeid, kontrollitud. /.../ Inimene ei lähe posija juurde, vaid ta saab mingisugust noh korralikku, kasvõi tuge.“ (5).

„Et tegelikult see suunamine (rõhutatult) peaks olema selles suhtes, et ei, noh väga raske on ju positiivset selles asjas leida, aga samas on võimalik ikka.“ (2).

„(Tervishoiutöötaja poolne nõustamine) aitaks nagu selles mõttes väga palju kaasa. /.../ Ma arvan, et see aitaks suunata kiiremini nagu sellisele õigele rajale. Et see on, see oleks igal juhul väärt ja vägagi vajalik.“ (3).

„Mina usun arsti ja meditsiini. Ja kui sealt tuleb mulle, et vot seda võid võtta, siis mina võtan ja süön kohe hoolega.“ (4).

Patsiendid on kogenud, et **informatiivseid allikaid on liiga palju** ning nad ei suuda selles infos orienteeruda. Allikad sisaldavad vastuolulist informatsiooni, mis tekitab segadust ning lisaküsimusi. Tekkinud küsimusi ei saa nad tihti läbi arutada tervishoiutöötajaga. Patsiendid otsivad meelepärasest kirjandusest TAMi kohta iseseisvalt või kellegi soovitusi peale, kuid informatsioon, mida nad sealt saavad ei ole alati tõendus põhine, seetõttu esineb erinevust allikate sisu osas.

„No kirjandus, neid raamatuid ma loen, nad on head jah, saad teada küll midagi jah, aga, aga oleks vaja arsti, kes ütleks. /.../ Rahvaravitsejad, tervendajas need artiklid, sealt tegin mingit /.../ samas jällegi alkoholi ei tohi ju, aga need on alkoholi baasil.“ (4).

„Loed mingisugust riulite kaupa raamatuid läbi, need on küllaltki vastukäivad ka ju.“ (5).

„Ääretult palju (rõhutatult) on tõesti ka seda kirjandust ka, aga kui sa ei oska orienteeruda, sa ei tea onju.“ (2).

Järjepidev nõustamine on vajalik selleks, et **tõsta patsientide teadlikkust** ning individuaalse nõustamise käigus on võimalik **jõuda iga patsiendini**.

„Ja paljud lähevadki seda teed, et nad ongi nõus kõike proovima ja kõik oma raha ei tea mille peale kulutama ja et tegelikult on ikkagi vaja seda ,et see jah, et inimesi natukenegi teavitada, et paljud ei oska lugeda, paljud ei oska küsida. /.../ Võib-olla jõuab midagi pärale ka, et kui keegi räägib.“ (1).

„Kui sa saad sellest tulemusest (diagnoosist) kohe teada, et sul see asi on ja sul hakkab pihta siin see vereanalüüs ja siis sa jooksed tohutute arstide vahet. Siis peaks kohe siinsamas kõrval olema olemas see, kes sulle, ära kuulab sind ja vastavalt sellele suunab.“ (2).

4.2.5. Nõustamise ebaolulisus

Samuti toovad patsiendid välja aspekte, miks ei ole tervishoiutöötajate poolt nõustamine TAMi teemadel vajalik. **Infomaterjale on piisavalt** TAMi kohta ning kes soovib, leiab endale huvipakkuva teema kergesti üles. Patsiendid rõhutavad, et iga **inimene on individuaalne** ning see, mida keegi arvab, et temale sobib ei pruugi tegelikkuses nii olla. Väga palju sõltub edasisest nõustamisest ning nõustamise teemadest. Hetkel peavad patsiendid oluliseks **iseenda keha kuulamist** ning edasiste valikute tegemist vastavalt sellele, mida „keha ütleb“.

„Sellest nõust oleneb kõik, mida nad räägivad. Et kas see ajaks nüüd pea rohkem segamini, kui ta, eks seda infot ole igal pool, kui sa tahad seda kätte saada, on seda igal pool, onju. Aga noh, nii nagu on erinevad inimesed on, et kes mida, seda kehavärki pead sa ikka tunnetama, sa pead oma sisetunnet kuulama.“ (6).

„Aga need asjad on ikkagi nii erinevad, et mis ühele sobib, mis teisele mitte. Aga muidugi jah, need infovoldikud on olemas, mida lugeda.“ (1).

5. ARUTELU

5.1. Patsientide suhtlemiskogemused tervishoiutöötajaga täiendavast ning alternatiivmeditsiinist

Üha rohkem patsiente kasutavad paralleelselt keemiaraviga mingit täiendava ning alternatiivmeditsiini meetodit (Horneber jt 2012). Olenemata tänapäevase traditsioonilise meditsiini tõenduspõhisusest ning pidevast edasiarengust on täiendava ning alternatiivmeditsiini kasutajate hulk pidevas tõusutendentsis (Avcı jt 2011). Mitmed uuringud (Scott jt 2005, Tascilar jt 2006, Avcı jt 2011, Saghatchian jt 2014, Smith jt 2014) on kirjeldanud erinevaid põhjuseid, miks patsiendid kasutavad keemiaravi kuuride ajal lisaks traditsioonilisele ravile veel erinevaid täiendava meditsiini meetodeid. Suurimaks probleemiks on sealjuures asjaolu, et patsiendid ei informeerinud tervishoiutöötajaid TAMi meetodite kasutamisest. Sarnaselt erinevates riikides saadud uurimistulemustega (Scott jt 2005, Avcı jt 2011, Smith jt 2014), selgus ka Eestist läbiviidud uuringust, et ligi pooled patsientidest ei rääginud TAMi teemadel tervishoiutöötajatega (Pihlak jt 2014).

Käesoleva uurimistöö tulemustest selgus, et kõikidel juhtudel algatavad patsiendid ise suhtlust tervishoiutöötajaga, sest soovivad anda tervishoiutöötajatele tagasisidet TAMi kasutamiskogemustest ning terviseseisundist. Tingituna informatsiooni küllusest soovivad patsiendid ka täpsustada varasemaid teadmisi. Saxe jt (2008) tulemustest selgub samuti, et tavaliselt tervishoiutöötajad ei küsinud patsientidelt TAMi kasutamise kohta ning patsiendid peavad seetõttu ise algatama suhtlemist tervishoiutöötajaga.

Patsientide suhtlemist tervishoiutöötajaga TAMi teemadel mõjutavad patsientide sisemised põhjused, mis on suhtlust soodustavateks teguriteks. Davis jt (2012) järgi on kõige suuremaks tervishoiutöötaja ja patsiendi vahelist suhtlust mõjutavaks teguriks patsientide sisemised arvamused ja hoiakud. Varasemates uuringutes on vähe käsitletud suhtlemise aspektist lähtuvalt patsientide sisemisi põhjuseid, mis tulenevad nii patsiendi iseloomust kui ka isikust. Käesolevas töös käsitleti patsiendi sisemiste põhjustena ainult patsiendi indiviidist ning iseloomust tulenevaid tegureid. Patsiendid, kes on iseloomu poolest julgemad, aktiivsemad, järjekindlamad ning emotsionaalsemad suhtlevad tervishoiutöötajatega tõenäoliselt rohkem ka TAMi teemadel. Lisaks iseloomu omadustele on patsiendi sisemisteks põhjusteks TAMi suhtlemisel veel oma õiguste tundmine ning terviseteadlikkus, mistõttu patsiendid julgevad asjakohastel teemadel ka tervishoiutöötajaga arutleda.

Patsientide sisemised põhjused võivad olla ka TAMi teemadel mitterääkimise teguriteks. Patsiendid, kes on iseloomu poolest kinnisemad ja tagasihoidlikumad ning tunnevad rääkimise ees piinlikust või kardavad, sel juhul ei algata nad ka TAMi teemadel suhtlust tervishoiutöötajaga. Kartuse ja hirmutunnet on välja toodud ka mitmetes teistes uurimistöodes (Saxe jt 2008, Shelley jt 2009, Frenkel jt 2010, Hübner jt 2013, Smith jt 2014). Lisaks isikuomadustele nagu kinnine iseloom, kartlikkus ning tagasihoidlikkus, tõid uuritavad välja, et neil on vajalikud teadmised olemas ning seetõttu ei ole tervishoiutöötajaga TAMi teemal suhtlemine üldsegi oluline. Vastupidiselt käesoleva töö tulemustele on varasemalt leitud, et patsiendid ei ole sageli teadlikud kasutatavast TAMi meetodist, sest nende jaoks tähendavad taimsed toiduained, ravimtaimed ning ürdid midagi muud kui täiendav ning alternatiivmeditsiin, mille alla eelpool loetletu tegelikult kuulub. Oma teadlikkuse ülehindamine võib kujuneda seetõttu pigem ohuks. (Saxe jt 2008.)

Suhtlust patsiendi ja tervishoiutöötaja vahel mõjutavad lisaks patsiendi sisemistele põhjustele ka patsiendist mitteolenevad välised põhjused, mis võivad olla nii rääkimist soodustavad kui ka mittesoodustavad. Mitmed tegurid on seetõttu samaaegselt suhtlust toetavad kui ka mittetoetavad. Välised põhjused, miks patsiendid TAMi teemal räägivad on seotud patsiendi poolt kasutatava TAMi meetodiga ning keemiaravi spetsiifilisusega. Juhul, kui patsient tarvitab üldkasutatavaid vahendeid (nt toidulisandeid), siis on ta valmis sellest tervishoiutöötajale rääkima. Kui kasutatav TAMi meetod on ühiskonna silmis pigem kaheldava väärtusega ning kummaline, siis suure tõenäosusega sellest ei räägita. Ka Davis jt (2012) uurimistöö tulemusest selgus, et kasutatav TAMi meetod mõjutab patsiendi ja tervishoiutöötaja vahelist suhtlust.

Smith jt (2014) järgi peavad patsiendid TAMi kahjutuks meetodiks ning ei oska seetõttu näha võimalikke kõrvaltoimeid keemiaraviga. Seevastu käesoleva uurimistöö tulemusel patsiendid tunnetavad keemiaravi spetsiifilisust ning oleks valmis arutlema üldlevinud TAMi meetodite üle, tajudes võimalikku ohtlikku koostoimet keemiaravi ning teatud TAMi meetodite vahel. Näiteks toidulisandid liigitavad patsiendid TAMi meetodi alla ning soovivad seetõttu tervishoiutöötajatega suhelda sellel teemal.

Lisaks kasutatavale TAMi meetodile ning keemiaravile mõjutab suhtlust ka tervishoiutöötaja olemus. Rääkimist toetavaks teguriks on asjaolu, et patsiendid peavad tervishoiutöötajaid üldjuhul usaldusväärseteks. Davis jt (2012) leiavad samuti, et oluline suhtlust mõjutav tegur on patsiendi hoiak tervishoiutöötaja suhtes. King jt (2015) järgi usaldavad patsiendid

tervishoiutöötajaid ning on seetõttu valmis suhtlema TAMi teemadel. Hübner jt (2013) rõhutavad, et patsientide ootustele vastavalt peavad tervishoiutöötajad olema ning mõjuma usaldusväärselt. Tervishoiutöötajatest tulenev teine põhjus, miks patsiendid räägivad TAMi teemadel on seotud asjaoluga, et tervishoiutöötajad on TAMi teemadel suhtluse algatamisel passiivsed. Sarnaselt käesoleva töö tulemustele on ka varasemalt selgunud, et tervishoiutöötajad on passiivsed patsiendilt TAMi kasutamise kohta küsima (Saxe jt 2008, King jt 2015).

Rääkimist mittetoetavaks teguriks on patsientide arvamused, et tervishoiutöötajad eelistavad toetuda pigem tõenduspõhisele meditsiinile (Tasaki jt 2002, Saxe jt 2008, Frenkel jt 2010) ning nad ei ole seetõttu piisavalt adekvaatsed andmaks sellist informatsiooni, mida patsiendid sisimas ootavad. Patsiendid on kogenud ka seda, et tervishoiutöötajalt saadakse segadusse ajavaid vastuseid ning osadel juhtudel lausa ignoreeritakse suhtlemist. (Shelley jt 2009, Tautz jt 2012, Hübner jt 2013.) Käesolevas töös selgus sarnaselt varasematele uurimistulemustele, et tervishoiutöötajad on TAMi teemadel suhtlemisel ebakompetentsed ning negatiivse hoiakuga.

Käesolevas uurimistöös kirjeldati läbivalt praeguse tervishoiusüsteemi kitsaskohti, mis samuti mõjutavad patsientide TAMi teemadel rääkimist negatiivsest aspektist. Uuritavad kirjeldasid tervishoiutöötajate suurt koormust ja patsientide rohkust ning sellest tingituna tekkivat ajapuudust. Patsiendid kogevad vastuvõtul ning ravil olles, et tervishoiutöötajad on üha arvutikesksemad ning patsiendid ei leia sobivat ajahetke, et TAMi teemadel suhelda ning arutleda. Varasemates uurimistöodes ei ole selgunud mitterääkimise põhjusena ajapuudus, kuid Davis jt (2012) siiski märgivad, et suhtlemist võib mõjutada ka konsultatsiooni aeg. Seetõttu on võimalik, et Eesti kontekstis räägitaks TAMi teemadel rohkem, kui patsiendid ei tajuks tervishoiutöötajate ajapuudust ning süvenevat arvutikesksust. Kvalitatiivse uurimistöö tulemusi ei saa küll tervele ühiskonnale üldistada, kuid siiski on autori arvates tegu mõttekohaga, millele peaks jätkuvalt tähelepanu juhtima.

Uuritavat nähtust kirjeldades on patsiendid tajunud nii positiivset kui ka negatiivset tervishoiutöötaja poolset reaktsiooni patsiendi algatatud suhtlusele. Uurimistulemused võivad olla mõjutatud ka eelpool kirjeldatud patsiendi isikust ning iseloomust tulenevatest põhjustest. Töö autorile tundub, et juhul, kui patsient on ise optimistlikum, positiivsema ellusuhtumisega, aktiivsem ning julgeb küsida, siis võib ta tajuda ka rohkem positiivset tervishoiutöötaja poolset reaktsiooni. Patsiendid, kes on altimad küsima, on saanud tervishoiutöötajatelt tagasisidet kasutatava TAMi meetodi kohta, samuti on antud soovitusi edasise kasutamise otstarbekusest. Üks uuritav kirjeldas, kuidas tervishoiutöötaja tundis siirast rõõmu patsiendi heaolu üle, mille oli

tinginud TAMi meetodi kasutamine. Valdavalt on patsiendid saanud tervishoiutöötajatelt tagasisidet, omapoolseid soovitusi ning erinevate spetsialistide kontakte, siiski mitte kõikidel teemadel ja mahus, mida patsiendid ootaksid. Arvesse peab võtma ka olukorda, et patsiendid ei räägi kõikidest TAMi kasutamiskogemustest. Salamonsen (2012) järgi hindavad patsiendid suhtlemiskogemusi tervishoiutöötajatega positiivselt, kui neile antakse adekvaatset tagasisidet ning nad saavad sellest vajalikku informatsiooni ning ka toetust. Positiivne suhlemine on oluline ka seetõttu, et siis jälgivad patsiendid suurema tõenäosusega nende määratud ravi ning antud soovitusi (Hann jt 2006).

Suhtlemiskogemuse negatiivse aspektina on patsiendid välja toonud, et tervishoiutöötajad annavad neile emotsioonitut ning lakoonilist tagasisidet TAMi kohta. Põhilisemaks probleemiks on asjaolu, et tervishoiutöötajad vastavad lihtsalt patsiendi küsimusele ning võimalikku edasist arutelu ei kujunda. Minimaalse tagasiside andmine võib olla tingitud tervishoiutöötajate koormusest ning ajapuudusest. Ajapuuduse tõttu on patsiendi ja tervishoiutöötaja vaheline suhtlemiskontakt lühike ning infovahetus sageli lakooniline. Teisest küljest võib tervishoiutöötajate poolne lakooniline ning emotsioonitu tagasiside olla tingitud sellest, et neil puuduvad teadmised TAMi meetodite kohta, seetõttu püütakse võimalikult vähe TAMi teemadel suhelda ning sügavamatesse aruteludesse langeda. Kindlasti oleks seetõttu oluline edaspidi uurida tervishoiutöötajate teadlikkust ning nõustamiskogemusi TAMi teemadel.

Teise suhtlemiskogemust mõjutava tegurina toodi välja tervishoiutöötaja poolset ebamugavustunnet TAMi teemadel vestelda. Tasaki jt (2002) järgi takitab edukat suhtlemiskontakti lisaks tervishoiutöötajate poolsele ebamugavustundele ka tervishoiutöötajate ükskõiksus ning vastuseis TAMi teemade osas. Üks uuritav tõi esile üldised tervishoiutöötajate madalad kommunikatsioonioskused. Patsiendid on arvamusel, et eestlased ongi vaiksemad, sh tervishoiutöötajad ning seetõttu võivad patsiendid tajuda suhtluse tagasisidet tervishoiutöötajate poolt napisõnalisemalt, kui nad ootasid. Varasemates uurimistöodes ei ole kommunikatsioonioskuste aspekti eraldi käsitletud, kuid tulenevalt töö teemast ning spetsiifikast võib töö autori arvates TAMi teemadel suhlemine olla mõjutatud ka kultuurilistest eripäradest.

5.2. Patsientide nõustamisvajadus täiendava ning alternatiivmeditsiini teemadel

Patsiendid on kirjeldanud mitmeid nõustamispuudujääke. Põhiliselt toodi välja, et onkoloogias on puudu spetsialiseerunud töötajatest, kes oleks võimelised andma asjakohast nõu TAMi teemade kohta. Patsiendid tunnevad, et TAMi teemasid pigem välditakse. Samuti selgub

kirjandusest, et tervishoiutöötajad ei ole võimelised andma sellises ulatuses TAMi kohta informatsiooni nagu patsiendid vajavad ning soovivad (Tasaki jt 2002, Shelley jt 2009, Tautz jt 2012, Hübner jt 2013). Hetkel toetuvad patsiendid üksteise kogemustele ning küsivad teineteiselt nõu, mis ei ole kindlasti tõenduspõhise meditsiini alustala. Põhjused, miks patsiendid üksteise käest informatsiooni küsivad võivad olla tingitud sellest, et neil on teadmised ning kasutamiskogemus. Samuti võib olla üheks põhjuseks asjaolu, et tervishoiutöötajad annavad patsientidele tagasisidet kasutades liigselt meditsiinilist terminoloogiat.

Patsiendid peavad nõustamisvajadust TAMi teemadel oluliseks ning näevad võimaliku nõustamiskanalina spetsialiseerunud õde. Koolitatud õe plussiks on teadmised, ajaressurs ning silmast silma kontakt patsiendiga. Samuti tahaksid patsiendid saada toitumissoovitusi kas siis toitumisspetsialistilt või õelt. Suulist vestlust peavad patsiendid kõige olulisemaks, sest nii saab kiiresti informatsiooni vahetada ning veenduda, et asjast on õigesti aru saadud. Ka Hübner jt (2013) toonitavad, et patsientide jaoks on parim individuaalne, silmast silma toimuv nõustamine. Kuna hetkel on olemasolevatel tervishoiutöötajatel suur koormus ning neil puudub ettevalmistus TAMi teemadel nõustamiseks, siis oleks iseseisev õe vastuvõtt põhjendatud. Samuti oleks patsientide arvates olulised infovoldikud või brošüürid, mis sisaldaks informatsiooni TAMi kohta.

Patsiendid peavad tervishoiutöötajate poolset suunamist ning nõustamist oluliseks, selleks, et tõsta TAMi teemadel inimeste teadlikkust. Paat-Ahi jt (2013) toovad välja, et nõustamine peaks toimuma võimalikult varases etapis ning tervishoiutöötaja ja patsiendi suhtlus peab olema usalduslik. Frenkel jt (2010) järgi tagab usalduslik suhe patsientidele rahulolu. Patsientide arvates on tänapäeval liiga palju erinevaid ravitsejaid ning posijaid. Kuigi inimesed on meditsiiniusku, pöörduvad nad ravitsejate poole põhjusel, et tervishoiutöötajate poolt jäetakse nad asjakohasest toetusest ilma. Keemiaravi ning sellega kaasnevaid kõrvaltoimeid on patsientidel raske taluda, seetõttu haaratakse kinni igast vahendist, mis lubab patsiendi olukorda leevendada. Sisimas ei pea patsiendid seda õigeks ning soovivad saada tõenduspõhist ning kontrollitud informatsiooni TAMi teemade kohta tervishoiutöötajatelt.

Sarnaselt varasemate uurimistulemustega (Saxe jt 2008, Frenkel jt 2010, Salamonsen 2012, Hübner jt 2013, Smith jt 2014) soovivad patsiendid saada tervishoiutöötajatelt asjakohaseid juhiseid koos- ning kõrvaltoimete kohta, samuti soovitusi lubatud ning tõhusatest TAMi meetoditest. Patsiendid tahavad, et tervishoiutöötajad jagaksid neile rohkem igapäevaseid toitumissoovitusi ning soovitaksid TAMi meetodeid, millega oleks võimalik tagada parem

igapäevane toimetulek keemiaravi seansi järgselt. Patsiendid hindavad seda, kui neid informeeritakse, samuti seda, kui neile jäetakse otsustamise võimalus. Ka Hübner jt (2013) ning Salamonsen (2012) on välja toonud, et patsiendid eelistavad seda, kui neile jäetakse informeeritud valikuvabadus.

Osad patsiendid leiavad samas, et informatsiooni on piisavalt TAMi kohta ning kes soovib, leiab asjakohase informatsiooni kergesti üles. Samas rõhutati, et edasine nõustamisvajadus sõltub ka nõustatavast teemast ning antavatest soovitudest. Tuleks lähtuda põhimõttest, et iga inimene on individuaalne ning kõikidele kehtivaid soovitusi ei saagi anda. Patsiendid peavad oluliseks ka oma „keha kuulamist“ ning sellest tulenevalt ei võtaks nad kindlasti kõiki saadud informatsiooni kasutusele.

5.3. Uurimistöö kitsaskohad ning eetilised aspektid

Algaja uurijana ei osanud töö autor kõiki võimalikke probleeme uurimistöö planeerimisel ette näha. Kuigi uurijal oli ettevalmistatud kindel intervjuu läbiviimise kava, kaldusid uuritavad uurimistöö teemast vahepeal kõrvale ning rääkisid üsna palju ka sellest, milliseid TAMi meetodeid kasutatakse ning mis on kasutamise peamised põhjused. Uuriija pidi korduvalt teemast tulenevate täpsustavate küsimustega uuritavaid uurimistöö teema sisus hoidma. Intervjuu küsimuste moodustamisel lähtuti Laherand (2008) ning LoBiondo-Wood ja Haber (2006) põhimõtetest, et andmete kogumise juures on oluline küsimuste piisavalt suur avatus ehk struktureerimatus. Seetõttu moodustati kaks uurimistöö teemat katvat avatud lõpuga küsimust, mis võimaldasid koguda võimalikult palju uut informatsiooni uuritava nähtuse kohta ning mitte liigselt uuritavaid piiritleda. Teisest küljest leiab töö autor, et teadmised patsientide TAMi kasutamiskogemustest olid vajalikud, sest TAMi kasutamise põhjused ning meetodid on tugevalt seotud patsientide suhtlemiskogemustega ning asjakohase nõustamisvajadusega.

Eetiliste aspektidega arvestati uurimistöö läbiviimisel kõikides etappides. Selleks järgiti täpselt uurimistöö koostamisel planeeritud uurimistöö käiku ning järgiti uurimistöö koostamiseks kehtestatud nõudeid. Uuringus osalemine oli uuritavatele vabatahtlik. Uuritavatele anti enne uuringu algust ülevaade uurimistöö eesmärgist, korraldusest ning uuritavate õigustest. Uuriija kindlustas kogu uurimistöö protsessis uuritavate anonüümsuse ning konfidentsiaalsuse. Uuriija tagas, et uuringus osalemine ei tekitaks uuritavatele kahju ja et uuringus osalevad patsiendid jääksid anonüümseks teistele tervishoiutöötajatele ning uuritavatele.

Uurija ja uuritavad sõlmisid enne intervjuu algust informeeritud nõusoleku vormi. Uuritavad olid teadlikud, et neil on võimalus igal ajal oma osalemine uurimistöös katkestada, kui nad selleks soovi avaldavad. Kogu uurimistöoga seotud andmebaas oli kättesaadav vaid uurijale, mis uurimistöo kaitsmise järgselt hävitatakse paberihundis (paberkandjal andmebaas) ning kustutatakse arvutist (elektroonne andmebaas). Uurimistöo andmete analüüsi osa on läbipaistev ning selgelt kirjeldatud. Andmete analüüsi protsessis püüti jääda võimalikult objektiivseks, andmeid esitati esialgsel kujul ning ei muudetud. Tulemustes puuduvad isikustatud viited uuritavatele ning kasutatakse neutraalset keelekasutust. Uurimistöös kasutati korrektset viitamist ning kõik kasutatud allikad on märgitud kasutatud kirjanduse loetellu. Käesoleva töö autor ei kasuta plagieerimist.

Antud töö autor oli paralleelselt tervishoiutöötaja osakonnas, kus uuring läbi viidi. Töö autor oli teadlik võimalikust huvide konfliktist, mis võis antud teemat uurides tekkida. Seetõttu hoiti kogu uuringus kogutud materjal ning igapäevane erialane töö eraldi. Uuringu läbiviimiseks loodi intervjuud toetavad tingimused nagu piisav aeg suhtlemiseks, tähelepanelik kuulamine, huvitundmine, võimalikult privaatne ning rahulik keskkond. Uurija ei mõjutanud ega suunanud uuritavaid. Uuritavad olid teadlikud, et uurimistöös osalemine ei mõjuta nende edasist koostööd tervishoiutöötajatega. Uurija ei kuritarvitanud uuritavate head tahet uuringus osaleda ning kõik uuritavad olid oma õigustest teadlikud. Uurija ei lasknud ennast mõjutada vaid kirjeldas tulemusi nii nagu uuritavad neid esitasid.

5.4. Tulemuste olulisus praktikale ning edasist uurimist vajavad teemad

Käesoleva magistr töö uurimistulemustele ning varasemale kirjandusele toetudes saab väita, et keemiaravi saavate patsientide jaoks on täiendava ning alternatiivmeditsiini teemaline nõustamine oluline. Seetõttu on uurimistulemustele tuginedes võimalik täiendada SA Tartu Ülikooli Kliinikumi, hematoloogia-onkoloogia kliiniku, radio- ja onkoteraapia osakonna õe iseseisva vastuvõtu nõustamisjuhendeid. Hetkel on nõustamisjuhendid loomisprotsessis, sellest tulenevalt on võimalik täiendava ning alternatiivmeditsiini teemaline informatsioon integreerida nõustamisjuhenditesse protsessi ajal. Tuginedes antud töö tulemustele võiksid nõustamisjuhendid sisaldada tõendus põhiseid teavet, millised TAMi meetodid on soovitatud ning millised mittesoovitatud kasutamiseks keemiaravi ajal. Patsiendid soovivad keemiaravi kuuride ajal saada ka järjepidevalt toitumissoovitusi. Seetõttu muutub üha olulisemaks erinevate spetsialistide (sh toitumisenõustaja) integreeritud meeskonnatöö.

Käesolevas töös olid uuritavateks patsiendid, kes rääkisid eesti keelt emakeelena. Varasemale kirjandusele ning uurimistöö arutelu tulemustele toetudes võib patsientide TAMi teemalist suhtlust tervishoiutöötajaga ning asjakohase nõustamise vajadust mõjutada ka kultuuriline taust. Seetõttu võiks edaspidi uurida kas ja kuidas mõjutavad patsientide tausta andmed suhtlemist ning TAMi teemadel nõustamise vajadust.

Töö autori hinnangul võiks edaspidi uurida ka tervishoiutöötajate poolset teadlikkust täiendava ning alternatiivmeditsiini kohta. Samuti vajaks lisauurimist tervishoiutöötajate TAMi teemadel nõustamise võimekus ning asjakohase koolituse vajadus. Koos käesoleva magistritööga saaks tervikpildi nii patsientide kui ka tervishoiutöötajate kogemustest täiendava ning alternatiivmeditsiini teemadel.

6. JÄRELDUSED

Patsiendid algatavad ise tervishoiutöötajatega suhtlust täiendava ning alternatiivmeditsiini teemadel. Kontakti loomise põhjuseks on põhiliselt TAMi kasutamiskogemuste jagamine, varasemate teadmiste täpsustamine ning tervises seisundist informeerimine. Suhtlemiskogemust tervishoiutöötajaga võivad mõjutada nii patsientide sisemised kui ka patsientidest sõltumatud välised põhjused. Peamisteks teguriteks, miks patsiendid ei räägi tervishoiutöötajatega TAMi teemadel on seotud tervishoiutöötajate koormusega, ajapuudusega, ebakompetentsusega TAMi teemadel kui ka kasutatava TAMi meetodiga. Samuti mõjutavad suhtlust patsientide iseloomu ning isikuomadused näiteks hirmutunne tervishoiutöötaja poolse noomimise ees, millega kardetakse rikkuda „head suhted“. Valdavalt on patsiendid siiski kogenud suhtlusel positiivseid reaktsioone nagu näiteks saanud tervishoiutöötajalt soovitusi ning seeläbi ka informeeritud valikuvabadust edasise osas. Negatiivse reaktsioonina on patsiendid kirjeldanud tervishoiutöötajate poolset lakoonilist ning emotsioonitut tagasisidet. Samuti on välja toodud tervishoiutöötajate vähesed kommunikatsioonioskused, mis võivad saada takistuseks uue suhtluse loomisel.

Patsiendid peavad asjakohast nõustamist oluliseks. Patsiendid sooviksid TAMi teemadel informatsiooni saada väljaõppe saanud tervishoiutöötajalt ning nõustamine võiks toimuda pigem suulise vestluse käigus. Samuti peeti oluliseks asjakohaste brošüüride olemasolu. Patsiendid soovivad saada asjakohast informatsiooni TAMi meetodite ning nende võimalike koostoimete kohta keemiaravi ajal. Lisaks soovitakse teada, milliseid TAMi meetodeid oleks hea kasutada ning milliseid meetodeid keemiaravi ajal pigem vältida. Samuti soovitakse saada igapäevaseid toitumissoovitusi, tulemaks toime keemiaravist tingitud kõrvaltoimetega. Patsiendid eelistavad saada individuaalset nõustamist eraldi nõustamiskabinetis.

KASUTATUD KIRJANDUS

Andersen, M.R., Sweet, E., Lowe, K.A., Standish, L.J., Drescher, C.W., Goff, B.A. (2013). Dangerous Combinations: Ingestible CAM Supplement Use During Chemotherapy in Patients with Ovarian Cancer. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19(8): 714-720.

Avci, I.A., Koc, Z., Saglam, Z. (2011). Use of Complementary and Alternative Medicine by Patients with Cancer in Northern Turkey: Analysis of Cost and Satisfaction. *Journal of Clinical Nursing*, 21: 677-688.

Ben-Arye, E., Polliack, A., Schiff, E., Tadmor, T., Samuels, N. (2013). Advising Patients on the Use of Non-Herbal Nutritional Supplements During Cancer Therapy: A Need for Doctor-Patient Communication. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(6): 887-896.

Boyce, C., Neale, P. (2006). *Conducting In-Depth Interviews: A Guide for Designing and Conducting In-Depth Interviews for Evaluation Input*. Pathfinder International.

Converse, M. (2012). Philosophy of phenomenology: how understanding aids research. *Nurse Researcher*, 20(1): 28-32.

Davis, E., Oh, B., Butow, P.N., Mullan, B.A., Clarke, S. (2012). Cancer Patient Disclosure and Patient-Doctor Communication of Complementary and Alternative Medicine Use: A Systematic Review. *The Oncologist*, 17: 1475-1481.

DiCicco-Bloom, B., Crabtree, B.F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40: 314-321.

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

Ernst, E. (2000). The Role of Complementary and Alternative Medicine in Cancer. *The Lancet Oncology*, 1: 176-179.

Frenkel, M., Ben-Arye, E., Cohen, L. (2010). Communication in Cancer Care: Discussing Complementary and Alternative Medicine. *Integrative Cancer Therapies*: 1-9.

Frenkel, M., Cohen, L. (2014). Effective Communication About the Use of Complementary and Integrative Medicine in Cancer Care. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 20(1): 12-18.

Hann, D., Allen, S., Ciambone, D., Shah, A. (2006). Use of Complementary Therapies During Chemotherapy: Influence of Patients` Satisfaction With Treatment Decision Making and the Treating Oncologist. *Integrative Cancer Therapies*, 5(3): 224-231.

Horneber, M., Bueschel, G., Dennert, G., Less, D., Ritter, E., Zwahlen, M. (2012). How Many Cancer Patients Use Complementary and Alternative Medicine: A Systematic Review and Metaanalysis. *Integrative Cancer Therapies*, 11(3): 187-203.

Hübner, J., Muenstedt, K., Muecke, R., Micke, O., Stoll, C., Kleeberg, U.R., Buentzel, J., Dennert, G., Prott, F.J. (2013). Counseling cancer patients on complementary and alternative medicine. Background, theory, and implementation of nationwide counseling facilities. *Strahlentherapie und Onkologie*, 8(189): 613-317.

Kaheksa sammu inimese tervise heaks. Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia aastateks 2011–2020. Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing. Tallinn.

Kidron, A. (2004). Suhtlemine. Inimsuhted ja suhtlemispsühholoogia. Tallinn. Ühiselu.

King, N., Balneaves, L.G., Levin, G.T., Nguyen, T., Nation, J.G., Gard, J., Truant, T., Carlson, L.E. (2015). Surveys of Cancer Patients and Cancer Health Care Providers Regarding Complementary Therapy Use, Communication and Information Needs. *Integrative Cancer Therapies*, 14(6): 515-524.

Laherand, M-L. (2008). Kvalitatiivne uurimisviis. OÜ Infotrükk.

LoBiondo-Wood, G., Haber, J. (Eds.) (2006). Nursing Research. Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice. Mosby Elsevier, St. Louis.

Merriam Webster dictionary. <http://www.merriam-webster.com> (10.12.2016).

National Center of Complementary Alternative Medicine. <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health> (13.02.2017).

Paat-Ahi, G., Sikkut, R., Veldre, V. (2013). Vähipatsientide elukvaliteet ja seda mõjutavad tegurid. Poliituuringute Keskus Praxis: Tallinn.

Pihlak, R., Liivand, R., Trelin, O., Neissar, H., Peterson, I., Kivistik, S., Lilo, K., Jaal, J. (2014). Complementary Medicine Use Among Cancer Patients Receiving Radiotherapy and Chemotherapy: Methods, Sources of Information and the Need for Counselling. *European Journal of Cancer Care*, 23: 249-254.

- Rabiee, F. (2004). Focus-group interview and data analysis. *Proceeding of the Nutrition Society*, 63: 655-660.
- Richardson, M.A., Sanders, T., Palmer, J.L., Greisinger, A., Singletary, S.E. (2000). Complementary/Alternative Medicine Use in a Comprehensive Cancer Center and the Implications for Oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 18(13): 2505-2514.
- SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Vähikeskus. SA Tartu Ülikooli Kliinikum. <http://www.kliinikum.ee/vahikeskus/> (24.03.2017).
- Saghatchian, M., Bihan, C., Chenailier, C., Mazouni, C., Dauchy, S., Delalogue, S. (2014). Exploring Frontiers: Use of Complementary and Alternative Medicine Among Patients with Early-Stage Breast Cancer. *The Breast*, 23: 279-285.
- Salamonsen, A. (2012). Doctor-Patient Communication and Cancer Patients' Choice of Alternative Therapies as Supplement or Alternative to Conventional Care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27:70-76.
- Saxe, G.A., Madlensky, L., Kealey, S., Wu, D.P., Freeman, K.L., Pierce, J.P. (2008). Disclosure to Physicians of Cam use by Breast Cancer Patients: Findings from the Women's Healthy Eating and Living Study. *Integrative Cancer Therapies*:7(3): 122-129.
- Scott, J.A., Kearney, N., Hummerston, S., Molassiotis, A. (2005). Use of Complementary and Alternative Medicine in Patients with Cancer: A UK Survey *European Journal of Oncology Nursing*, 9: 131-137.
- Shelley, B.M., Sussmann, A.L., Williams, R.L., Segal, A.R., Crabtree, B.F. (2009). "They Don't Ask Me So I Don't Tell Them": Patient-Clinician Communication About Traditional, Complementary, and Alternative Medicine. *Annals of family medicine*, 7(2): 139-147.
- Smith, P.J., Clavarino, A., Long, J., Steadman, K.J. (2014). Why do some cancer patients receiving chemotherapy choose to take complementary and alternative medicines and what are the risks? *Journal of Clinical Oncology*, 10: 1-10.
- Söllner, W., DeVries, A., Steixner, E., Lukas, P., Sprinzl, G., Rumpold, G., Maislinger, S. (2001). How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *British Journal of Cancer*, 84(2): 179-185.

Tasaki, K., Maskarinec, G., Shumay, D.M., Tatsumura, Y., Kakai, H. (2002). Communication Between Physicians and Cancer Patients About Complementary and Alternative Medicine: Exploring Patients Perspectives. *Psycho-Onkology*, 11: 212-220.

Tascilar, M., de Jong, F.A., Verweij, J., Mathijssen, R.H.J. (2006). Complementary and Alternative Medicine During Cancer Treatment: Beyond Innocence. *The Oncologist*, 11: 732-741.

Tautz, E., Momm, F., Hasenburg, A., Guethlin, C. (2012). Use of Complementary and Alternative Medicine in breast cancer patients and their experiences: A cross-sectional study. *European Journal of Cancer*, 48: 3133-3139.

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus (RT I 2001, 50, 284; RT I, 21.02.2017, 5).

Tervishoiuteenuste sh DRG kasutus raviastutustes (va üldarstiabi) 2016. aastal. Eesti Haigekassa. <https://www.haigekassa.ee/et/haigekassa/aruanded-eelarved-statistika/tervishoiuteenused> (24.03.2017).

Tuohy, D., Cooney, A., Dowling, M., Murphy, K., Sixsmith, J. (2012). An overview of interpretive phenomenology as a research methodology. *Nurse Researcher*, 20(6): 17-20.

Vähi esinemine. (2015). Eesti Vähihiit MTÜ. Tallinn. <http://cancer.ee/info-vahist/statistika/> (24.03.2017).

Vähihaigestumus Eestis 2014. Tervise Arengu Instituut. <http://www.tai.ee/et/tegevused/registrid/vahiregister/statistika> (24.03.2017).

Õunapuu, L. (2014). Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes. Tartu. Tartu Ülikool.

LISAD

Lisa 1. Üleskutse uuringus osalemiseks

ÜLESKUTSE UURINGUS OSALEMISEKS

Lugupeetud patsient!

Olen Tartu Ülikooli õendusteaduse õppetooli II kursuse magistrant Elina Mürsepp ning palun Teie osalemist oma planeeritava magistritööga seotud uurimuses „Keemiaravi saavate patsientide kogemus suhelda tervishoiutöötajaga täiendavast ja alternatiivmeditsiinist ning asjakohase nõustamise vajadus – kvalitatiivne uuring“. Uurimus planeeritakse läbi viia SA Tartu Ülikooli Kliinikumi, hematoloogia- onkoloogia kliiniku, radio- ja onkoterapia osakonnas.

Uurimustöö eesmärgiks on kirjeldada patsientide kogemusi suhelda tervishoiutöötajaga täiendavast ja alternatiivmeditsiinist ning asjakohase nõustamise vajadust.

Teie poolt saadud andmete põhjal koostatud uurimistöö aitab kaasa nõustamisteenuse kvaliteedi arendamisele ning parandamisele.

Uuringu läbiviimise aeg: juuni- august 2016 a.

Uuritavateks on patsiendid, kes:

- on saanud vähemalt ühe kuuri keemiaravi või on saanud varasemalt ka keemiaravi;
- on kasutanud paralleelselt keemiaravi kuuride ajal mõnda täiendava ja alternatiivmeditsiini meetodit;
- omavad uuritava nähtuse kohta isiklikke kogemusi;
- on suutelised oma kogemusi jagama eesti keeles;
- on nõus osalema individuaal intervjuus (kestusega 1-2 tundi).

Uuringus osalemine on Teile vabatahtlik. Intervjuu viiakse läbi Teile sobivas kohas ning ajal. Kui Te tunnete, et sooviksite jagada oma kogemusi täiendava ning alternatiivmeditsiini kasutamise teemadel, siis palun Teil enne intervjuude toimumist mõelda oma isikliku kogemuse üle järgnevatele küsimustele toetudes:

- Millised on minu kogemused suhtlemisel tervishoiutöötajaga (täiendava ning alternatiivmeditsiini teemadel)?
- Millist nõu ma sooviksin saada tervishoiutöötajatelt täiendava ning alternatiivmeditsiini kohta?

Kui Te olete huvitatud andma etteantud teemal intervjuud, siis palun Teil kontakteeruda uurijaga, kas telefoni või e-posti teel. Samuti on Teil võimalik saada lisainformatsiooni kogu uuringut puudutavate küsimuste osas. Intervjuu toimumise aeg ning koht lepitakse kokku individuaalselt Teile sobival ajal.

Uurija andmed: Elina Mürsepp; elina.myrsepp@gmail.com

Lisa 2. Poolstruktureeritud intervjuu läbiviimise kava

Sissejuhatus – Uuriija enese tutvustus; uuritava teema tutvustus; intervjuu üldine kulg (diktofoniga lindistamine, ajaline kestus); uuritava poolset võimalikud küsimused enne intervjuu algust.

Poolstruktureeritud intervjuu küsimused:

- **Millised on Teie kogemused suhtlemisel tervishoiutöötajaga täiendavast ning alternatiivmeditsiinist?**

(lähtuvalt uuritava tekstist esitab uurija suunavaid/täpsustavaid küsimusi nt: „Nagu ma aru sain, mõtlesite Te....“, „Palun kirjeldage täpsemalt, mida Te sellega mõtlesite.“ jne.)

Võimalikud täpsustavad küsimused seoses tervishoiutöötajale täiendavast ning alternatiivmeditsiinist rääkimise või mitterääkimise osas.

- **Milline on Teie edasine nõustamisvajadus täiendava ning alternatiivmeditsiini kohta?**

(lähtuvalt uuritava tekstist esitab uurija suunavaid/täpsustavaid küsimusi nt: „Nagu ma aru sain, mõtlesite Te....“, „Palun kirjeldage täpsemalt, mida Te sellega mõtlesite.“ jne.)

Paralleelselt intervjuu toimumisega märgib uurija üles uuritavate emotsioonid ning muud mitte-verbaalsed märgid.

Kas Te sooviksite midagi antud teema kohta veel lisada?

Intervjuu lõpp – uuritava uuringus osalemise eest tänamine; selgitamine, mis toimub andmetega edasi (lühike tutvustus analüüsiprotsessi kohta).

Lisa 3. Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm

UURITAVA INFORMEERIMISE NING NÕUSOLEKU VORM

Lugupeetud patsient!

Olen Tartu Ülikooli õendusteaduse õppetooli II kursuse magistrant Elina Mürsepp ning palun Teie osalemist oma planeeritava magistritööga seotud uurimuses „Keemiaravi saavate patsientide kogemus suhelda tervishoiutöötajaga täiendavast ja alternatiivmeditsiinist ning asjakohase nõustamise vajadus – kvalitatiivne uuring“

Uurimustöö eesmärgiks on kirjeldada patsientide kogemusi suhelda tervishoiutöötajaga täiendavast ja alternatiivmeditsiinist ning asjakohase nõustamise vajadust.

Täiendava ning alternatiivmeditsiini kasutamine on keemiaravi saavate patsientide seas pidevas tõusutendentsis. Täiendava ning alternatiivmeditsiini kasutamise kogemusi ei ole varasemalt Eestis uuritud kvalitatiivselt st intervjuudega. Seetõttu on oluline teada saada Teie isiklike kogemusi, mida saab edaspidi rakendada tervishoiuteenuse parandamisel sh. onkoloogia õdede iseseisvate vastuvõttude nõustamisjuhendites.

Uurimus planeeritakse läbi viia SA Tartu Ülikooli Kliinikumi, hematoloogia- onkoloogia kliiniku, radio- ja onkoterapia osakonnas. Teil on võimalus uuringus osaleda juhul kui olete saanud vähemalt ühe kuuri keemiaravi ja kasutanud keemiaravi kuuride ajal mõnda täiendava ja alternatiivmeditsiini meetodit ning omate seeläbi uuritava nähtuse kohta isiklike kogemusi.

Uuringus osalemine on Teile vabatahtlik. Intervjuu viiakse läbi Teile sobivas kohas ning ajal. Teil uuritavana on õigus igal hetkel katkestada osalemine uurimuses. Intervjuu käigus kogutud andmetele on ligipääs ainult uurijal ning peale magistritöö kaitsmist uurimistöö käigus kogutud andmed hävitatakse. Uurija käest saab igal hetkel tagasisidet küsida uurimistöö protsessi kohta. Uurija on alati valmis vastama uuringut puudutavatele küsimustele.

Kui Te olete nõus andma uuringu tarbeks intervjuud (kestusega 1-2 tundi), siis palun Teil enne intervjuude toimumist mõelda veelkord uuritava teema (täiendav ning alternatiivmeditsiin) üle järele järgnevate pidepunktide alusel:

- Millised on minu kogemused suhtlemisel tervishoiutöötajaga?
- Millist nõu ma sooviksin saada tervishoiutöötajatelt täiendava ning alternatiivmeditsiini kohta?

Kui Te olete tutvunud eelneva uuringut puudutava informatsiooniga ning olete nõus uuringus osalema, siis palun kinnitage seda oma allkirjaga. Enne allkirja panemist palun veenduge, et Teil ei ole tekkinud lisaküsimusi uuringu kohta ning kõik uuringut puudutav informatsioon on Teile selge. Uurimuse käigus tekkinud küsimuste korral saate vajadusel informatsiooni uuringu läbiviijalt: Elina Mürsepp, e-mail: elina.myyrsepp@gmail.com

Mind,, on informeeritud uuringust „Keemiaravi saavate patsientide kogemus suhelda tervishoiutöötajaga täiendavast ja alternatiivmeditsiinist ning asjakohase nõustamise vajadus – kvalitatiivne uuring“. Olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist ning uuringu meetodikast. Annan nõusoleku intervjuude jooksul kogitud andmete kasutamiseks uurimistöös ning kinnitan seda oma allkirjaga.

Uuritava allkiri.....

Kuupäev:.....

Uuritavale informatsiooni andnud isik (ees- ja perekonnanimi) ning allkiri:

.....

Kuupäev.....

Käesolev patsiendi informeerimise ning nõusoleku vorm allkirjastatakse kahes eksemplaris, milles üks jääb uuritavale, teine uurijale (Elina Mürsepp).

Lisa 4. Tartu Ülikooli Inimuuringute eetika komitee luba

Protokolli number: 258/T-7