

Tartu Ülikool
Arstiteaduskond
Õendusteaduse osakond

Ljudmila Linnik

**EESTI TERVISHOIUKÕRGKOOLOIDE ÕE ÕPPEKAVA VIIMASE KURSUSE
ÜLIÕPILASTE ENESETÕHUSUS HOOLIVUSE VÄLJENDAMISEL PATSIENTIDE
SUHTES: ENESEHINDAMISE MÕÕDIKU „CES“ TULEMUSED**

Magistritöö

Tartu 2014

Juhendaja: Reet Urban, RN, MSc

/allkiri/

/kuupäev/

Kaasjuhendaja: Ere Uibu, RN, MSc

/allkiri/

/kuupäev/

Kaasjuhendaja: Sigrid Vorobjov, PhD

/allkiri/

/kuupäev/

Otsus magistratöö kohta: _____

/TÜ AROT nõukogu otsus, koosoleku protokoll nr ja kuupäev/

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina Ljudmila Linnik_

Sünnikuupäev: 02.07.1969

Annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose:

EESTI TERVISHOIUKÕRGKOOIIDE ÕE ÕPPEKAVA VIIMASE KURSUSE ÜLIÕPILASTE ENESETÕHUSUS HOOLIVUSE VÄLJENDAMISEL PATSIENTIDE SUHTES: ENESEHINDAMISE MÕÕDIKU „CES“ TULEMUSED

Mille põhijuhendaja on Reet Urban RN, MSc

Kaasjuhendajad: Sigrid Vorobjov PhD, Ere Uibu 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 _____ (kuupäev)

KOKKUVÕTE

Eesti Tervishoiukõrgkoolide õe õppekava viimase kursuse üliõpilaste enesetõhusus hoolivuse väljendamisel patsientide suhtes: enesehindamise mõõdiku „CES“ tulemused

Üliõpilase usk oma võimesse, et ta suudab õena oma töös hoolivust väljendada, aitab tal patsientidega usaldusväärseid ja terapeutilisi suhteid luua ning hoolimatust rollimudelitest hoiduda. Õppija saab enesetõhusust tõsta tulemusliku tegutsemise, eeskuju järgimise ning verbaalse veenmise abil. Õppekava ülesehitus võib olla põhjuseks, miks üliõpilane ei kasuta enesetõhususe allikaid piisavalt. Näiteks ei hinnata õppeprotsessis eraldi hoolivust kui õpiväljundit, üliõpilasele ei anta praktika käigus hoolivuse väljendamise kohta tagasisidet või ei anna õpetajad ja õed alati positiivset hoolivuse eeskuju. Seega pole teada, mil määral usub kooli lõpetav üliõpilane oma võimesse väljendada patsientide suhtes hoolivust. Magistritöö eesmärk oli kirjeldada Eesti tervishoiukõrgkoolide õe õppekaval õppivate viimase kursuse üliõpilaste enesetõhusust hoolivuse väljendamisel patsientide suhtes ning kirjeldada erinevusi üliõpilaste enesetõhususe ja taustamuutujate vahel. Uurimistöös kasutati kirjeldavat, empiirilist ja kvantitatiivset meetodit. Andmeid koguti ajavahemikus 10.09.–30.10.2013 mõõdikuga „*Caring Efficacy Scale*“ (CES), mida varem on kasutatud Ameerika Ühendriikides. Uurimistöö viidi läbi Tallinna ja Tartu tervishoiu kõrgkoolides. Valim oli kõikne. 285-lt uuritavalt laekus 200 (71%) ankeeti, millest analüüsiti 199 ankeeti. Andmeid analüüsiti statistiliselt, kasutades kirjeldavat statistikat, t–testi ning ANOVA analüüsi.

Uurimistöö tulemuste põhjal selgus, et eesti tervishoiukõrgkoolide õe õppekava viimase kursuse üliõpilaste enesetõhususe määr hoolivuse väljendamisel patsientide suhtes ei ole kõrge, kuna keskmine CES-määr oli 4,69 (SD=1,15). Määr oli madalam kui Ameerika teadlaste Coatesi (CES=5,33), Sadleri (CES=5,09) ja Fassetta (CES=5,02) uurimistöodes osalenud üliõpilastel. Eesti üliõpilaste enesetõhususe määr hoolivuse väljendamisel oli naisüliõpilastel kõrgem kui meesüliõpilastel ning eestlastel kõrgem kui mitte-eestlastel. Uurimistöö tulemused andsid õendusharidusele esmase teabe eesti üliõpilaste enesetõhususest hoolivuse väljendamisel. Tulemusi saab kasutada õppeprotsessis eesmärgiga arendada üliõpilaste hoolivuse väljendamist enesetõhususe parandamise kaudu.

Märksõnad: *hoolivus, üliõpilane, enesetõhusus, õendus.*

SUMMARY

Self-efficacy of last year students of nurse curriculum in Health Care Colleges in Estonia in expressing care towards patients: results of “CES” self-assessment scale

Students' faith in their abilities to express care helps them establish reliable and therapeutic relationships with patients in different situations more easily and does not let an uncaring role model affect them to such a significant extent. The opportunities for improving self-efficacy include efficient action, following good examples and verbal persuasion. In learning process, it is possible to encounter situations where the opportunities for improving self-efficacy are not used adequately enough. For example, caring is not evaluated separately as a learning output, during practical training students do not receive any feedback about expressing care or the teachers and nurses do not always provide a positive caring example. Thus, it is not known to which extent a student who graduates from school believes in their ability to express care towards their patients. The aim of this Master's thesis was to describe the self-efficacy of last year students of nurse curriculum in Health Care Colleges in Estonia in expressing care towards patients and describe differences between the self-efficacy of students and background variables. The research used descriptive, empirical and quantitative methods. The data was collected in the period from 10 September to 30 October 2013 using the “Caring Efficacy Scale” (CES), which has been used earlier in the United States of America. The research was conducted in Tallinn and Tartu Health Care Colleges. Sampling was exhaustive. Out of the 285 questionnaires distributed to nurses, 200 (71%) were returned, of which 199 questionnaires were analysed. The data was analysed statistically, using descriptive statistics, t-test and the ANOVA analysis.

The results of the research demonstrate that the self-efficacy rate of last year students of nurse curriculum in Health Care Colleges in Estonia in expressing care towards patients is not high, since the average CES rate was 4.69 (SD=1.15). The rate was lower than that of the students who participated in the researches of Coates (CES=5.33), Sadler (CES=5.09) and Fassetta (CES=5.02). The self-efficacy rate of students in Estonia in expressing care was higher in the event of female students than in the event of male students and higher in the event of Estonians than in the event of non-Estonians. The results provide a basis for developing, in the learning process, how the students express caring by relying on the opportunities for improving self-efficacy.

Keywords: *caring, student, self-efficacy, nursing.*

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

1. SISSEJUHATUS.....	8
2. ENESETÕHUSUSE JA HOOLIVUSE KÄSITLUS ÕENDUSES VARASEMATELE UURIMISTÖÖDELE TUGINEDES	11
2.1. Hoolivus õenduses.....	11
2.2. Enesetõhusus õenduses Bandura (1977, 1994) sotsiaal-kognitiiv teooria põhjal	14
2.3. Õe õppekava üliõpilaste enesetõhususe määr hoolivuse väljendamisel.....	15
3. METOODIKA.....	18
3.1. Metodoloogilised lähtekohad	18
3.2. CES-mõõdiku valiidsus ja reliaablus.....	19
3.3. CES-mõõdiku kohandamine eesti ja vene keelde.....	20
3.4. Uuritavad	22
3.5. Andmete kogumine.....	22
3.6. Uurimiseetika aspektid	23
3.7. Andmete analüüs	23
4. TULEMUSED.....	25
4.1. Uuritavate taustaandmed	25
4.2. Uuritavate enesetõhususe määr hoolivuse väljendamisel.....	27
4.2.1. Uuritavate sagedusjaotus keskmise CES-määra järgi	30
4.3. Keskmise CES-määr ja erinevad taustamuutujad	31
5. ARUTELU	34
5.1. Uurimistöö olulisemad tulemused ja nende kasulikkus õenduspraktikale.....	34
5.2. Uurimistöö usaldusväarsuse tagamine	37
5.3. Uurimistöö eetilised aspektid	38
5.4. Uurimistöö kitsaskohad.....	39
5.5. Uued uurimisprobleemid.....	40
6. JÄRELDUSED.....	41
KASUTATUD KIRJANDUS	42
LISAD	46
LISA 1. Prooviuuringu küsimused.....	46
LISA 2. Luba “ <i>Caring Efficacy Scale</i> ” (CES) mõõdiku tõlkimiseks ja kasutamiseks.	47

LISA 3. CES-nõõdik. Originaal	48
LISA 3.1. CES-mõõdik. Eesti keelne variant	50
LISA 3.2. CES-mõõdik. Vene keelne variant	54
LISA 4. Luba Tartu Ülikooli Inimuuringute eetika komiteelt	58
LISA 5. CES-mõõdiku tõlkimise korrektsuse otsus.....	60

1. SISSEJUHATUS

Hoolivus on üks õenduse põhiväärtusi. Toetudes Watsoni (1985) hoolivuse teooriale saab väita, et hoolivus määrab ja suunab õe suhtumist patsientidesse ning väljendub õe tegevuses kümne hoolivusteguri kaudu. Hoolivuse väljendamisel on põhirõhk õe ja patsiendi vahelisel terapeutilise usaldusväärse suhte loomisel ning õe juhendumine hoolivusest kui väärtusest määrab, kas suhet õnnestub luua või ei. Hoolivuse väljendamise kaudu on õel võimalik jõuda patsiendi inimliku keskmeni (*human center*), näha patsienti kui tervikut ning säilitada tema inimväärikus koos kogemuste, emotsioonide, tõekspidamiste ja väärtustega. Hoolivuse väljendamise kaudu on võimalik rahuldada patsiendi vajadusi. (Watson 1988.)

Õenduspraktikas esineb üha enam situatsioone, kus õdedelt oodatakse, et nad pakuksid tehniliselt kompleksset õendust järjest lühema ajaperioodi vältel järjest vähemate ressursside abil (Fassetta 2011). See toob kaasa prioriteetide triaazi, kus tehnilised professionaalsed õendusoskused on esikohal ning hoolivustegurid, mis võimaldavad luua usaldusväärset suhet, jäävad tagaplaanile. Selline olukord mõjutab ka õenduspraktikal viibivad üliõpilasi, kes imiteerivad eeskujuna esitletud käitumisviisi. Käesoleva uurimistöö autor saab enda praktilisele kogemusele tuginedes väita, et kuigi üliõpilane enamasti esialgu kahtleb, kas juhendava õe mittehooliv käitumine patsiendi suhtes on ikka õige, järgib ta praktikas siiski tegelikus töösituatsioonis nähtud käitumist.

Uurimistööde tulemused tõendavad, et üliõpilased peavad kõige tähtsamateks hoolivust väljendavateks tegevusteks ravi teostamist ja ravimite õigeaegset manustamist ning vähemtähtsaks tegevuseks patsiendiga usaldussuhte loomist (Greenhalgh jt 1998, Khademian ja Vizeshfar 2008, Suliman jt 2009, Mlinar 2010, Labrague 2012). Õppimisperioodi jooksul kaovad ka hoolivuse väljendamise ideaalid (Watson ja Deary 1999, Branch 2000, Khademian ja Vizeshfar 2008). Nii Watson (1985) kui ka Fassetta (2011) väidavad, et tehnilisest pädevusest ei piisa usaldusväärse suhte loomiseks, patsientide vajaduste mõistmiseks ja patsientide käsitlemiseks tervikuna. Lisaks esineb õenduspraktikas olukordi, mis tekitavad üliõpilaste seas segadust, sest neid pole selleks ette valmistatud: nad näevad, et kõik patsiendid ei tervene, kõik ei soovi ravi ja elu hoidmine iga hinna eest ei pruugi tagada patsiendile head elukvaliteeti (Clouder 2005). Üliõpilased kogevad, et raskes seisundis patsiendid ei soovi, et üliõpilased nendega tegeleksid ning et teooria, mida õpetati koolis, ei pruugi alati kehtida praktikas (Ghun-

Heung 1997). Sellised olukorrad ei võimalda üliõpilastel tajuda hoolivuse väljendamise olulisust ega paku võimalust praktika jooksul hoolivuse väljendamise oskust arendada ja kujundada.

Üheks eelduseks, et üliõpilane suudaks erinevates õenduspraktika situatsioonides patsiendiga heaolu võimaldavaid usaldusväärseid ja terapeutilisi suhteid luua, on tema usk oma võimesse väljendada hoolivust (Coates 1997, Sadler 2003). Kui üliõpilane usub oma võimetusse, julgeb ta käitumisviisi osas kindlamalt otsustada ning ei lase end mittehoolivast rollimudelitest sedavõrd tugeval määral mõjutada (Zylkosky 2009, Fassetta 2011, Robb 2012). Usku oma võimesse sooritada teatud tegevusi käsitletakse kui enesetõhusust (*self-efficacy*) (Bandura 1994, Zulkosky 2009, Robb 2012). Coates (1997) ja Sadler (2003) väidavad, et kõrge enesetõhusus näitab, et üliõpilasel on soovitud tulemuse saavutamiseks vajalik suhtumine ja kohased hoolivuse väljendamise võtted.

Inimese enesetõhusus muutub soovitud suunas, kui teadlikult rakendada kolme põhitegevust: tegevuste tulemuslik sooritamine, verbaalne veenmine ja eeskuju järgimine (Bandura 1977, Bandura 1994). Hoolivus kui väärtus on küll üks õe õppekava filosoofilisi aluseid, mis kajastub ka õpiväljundites, kuid tavaliselt ei hinnata seda õppeprotsessis eraldi õpiväljundina (Duffy 2009). Samuti ei arutleta õppeprotsessi käigus järjepidevalt hoolivuse väljendamise vajalikkuse üle ega anta üliõpilastele süsteemset arendavat tagasisidet hoolivuse väljendumise kohta praktiliselt (Clouder 2005, Duffy 2009). Kahjuks ei toimi ka õpetajad ja õed ise alati positiivsete hoolivuse eeskujudena (Wilkes ja Wallis 1998, Cool ja Cullen 2003, Sadler 2003). Seega pole teada, mil määral usuvad õe õppekava lõpetajad ja õena tööle asuvad üliõpilased enda võimesse väljendada patsientide suhtes hoolivust. Eesti õendusteaduses ei ole seni kirjeldatud õe õppekaval õppivate üliõpilaste hoolivust ja ka mõiste „enesetõhusus“ ei ole õenduses kuigi sageli kasutusel.

Käesoleva magistr töö eesmärgiks on kirjeldada Eesti tervishoiukõrgkoolide õe õppekaval õppivate viimase kursuse üliõpilaste enesetõhusust hoolivuse väljendamisel patsientide suhtes ning kirjeldada erinevusi üliõpilaste enesetõhususe määra ja taustamuutujate vahel.

Uurimisküsimusteks on:

1. Mil määral usuvad Eesti tervishoiukõrgkoolide õe õppekava viimase kursuse üliõpilased oma võimesse väljendada hoolivust patsiendi suhtes?
2. Millised on erinevused üliõpilaste taustamuutujate ja enesetõhususe määra vahel?

Käesolev uurimistöö annab uut teavet viimase kursuse üliõpilaste enesetõhususe kohta hoolivuse väljendamisel ning aitab saadud teavet arvesse võttes panustada hoolivuse kujundamisse nii õe õppes kui ka professionaalse õendustegevuse arendamisel laiemalt. Magistritöö eesmärgi saavutamiseks kasutatakse Coates (1997) poolt välja töötatud „*Caring Efficacy Scale*“ (CES) mõõdikut.

2. ENESETÕHUSUSE JA HOOLIVUSE KÄSITLUS ÕENDUSES VARASEMATELE UURIMISTÖÖDELE TOETUDES

2.1. Hoolivus õenduses

Hoolivus on valdav kutseväärtust väljendav mõiste, mida kasutatakse õendusüliõpilaste ja õdede õenduspraktika kirjeldamisel. Hoolivust ootavad õdedelt nii patsiendid kui ka nende pered. Õde saab väljendada hoolivust patsiendi suhtes, kui mõistab hoolivuse olemust ja tähtsust ning püstitab ja saavutab ametialast professionaalsust tõstvaid eesmärgid (Daffy 2009). Õendusteaduslikus erialakirjanduses ühtset hoolivuse definitsiooni ei ole. Erinevad autorid kirjeldavad hoolivuse erinevaid aspekte. Cook ja Cullen (2003) ning Fassetta (2011) väidavad, et hoolivus on suhtumine, mis väljendub teatud käitumuslike elementide kaudu. See on inimese altruistlik väärtustamine teise inimese poolt, mis motiveerib hoolitsejat tagama hooldatava heaolu. Wilkin (2003) ja Amendolair (2007) väidavad, et hoolivus on õe ja patsiendi vaheline terapeutilise eesmärgiga suhe, mille tulemuseks on patsiendi heaolu ja tervenemine. Baldursdottir ja Jonsdottir (2002) ning Finfgeld-Connett (2008) kirjeldavad hoolivust kui kontekstispetsiifilist interpersonaalset protsessi, mille käigus muutub õde teise inimese eest vastutajaks ning suudab arvesse võtta hoolealuse individuaalsust ja tundeid. Liu (2006) kirjeldab hoolivust suhtumise, professionaalsete teadmiste ja vilunud oskustena, mille abil on võimalik pakkuda patsientidele emotsionaalset ja füüsilist toetust ning vajalikku informatsiooni. Brilowski ja Wendler (2005) kirjeldavad hoolivust kui suhtumist, suhet, tegutsemist, aktsepteerimist ja vaheldusrikkust. Duffy (2009) väidab, et hoolivus hõlmab suhtumist, füüsilisi tegusid, suhtlemist, sideme loomist ja teise inimese tundmist.

Eelpool nimetatud autorid toetuvad hoolivuse kirjeldamisel peamiselt Watsoni hoolivuse teooriale (1985), mis sisuliselt tähistab hoolivust kui õenduse väärtust, mis on seotud õe: 1) sügava lugupidamisega inimese elu ime ja salapära vastu; 2) suure austusega inimese hingelise-vaimuliku keskme vastu ja 3) altruistliku püüdega aidata inimesel omandada rohkem teadmisi enese ja enesevalitsemise kohta tervendamise ning heaolu saavutamise protsessis. Nii Watson (1985) kui ka Fassetta (2011) väidavad, et väärtused peegelduvad õe suhtumises. Suhtumist saab väljendada sõnaliselt või vaevumärgatava mittesõnalise kehakeelega, nt näoilme või tegevuse kaudu. Õe üks ja sama tegu võib patsiendi heaolu kas suurendada või vähendada, sõltuvalt suhtumisest, millega seda tegu tehti. Seega sisaldab hoolivus alati suhtumist, mis motiveerib õde tegutsema patsiendi heaolu ja tervenemise nimel.

Watson (1985) kirjeldab hoolivuse teoorias, et hoolivust väljendatakse kümne teguri kaudu, millest esimesed kolm hoolivustegurit moodustavad hoolivuse nn filosoofilise aluse. Neid peetakse õe professionaalse küpsemise protsessis olulisteks, sest just need tegurid soodustavad nii enda kui ka teiste suhtes altruistliku suhtumise arenemist. Ülejäänud seitse tegurit toetuvad esimesele kolmele põhitegurile. Watsoni (1985) kümme hoolivustegurit on:

- 1) **humanistliku-altruistliku väärtuste süsteemi loomine** – algab varases lapseas vanematelt saadud väärtustega, kujuneb elukogemuse, eeskuju ja õppimise abil ning kandub edasi ametisisese kultuuri kaudu. Kui hoolivus kujuneb õppeprotsessi käigus üliõpilase jaoks väärtuseks, püüab ta ka õenduspraktikas järjekindlalt patsientide suhtes hoolivust väljendada;
- 2) **usu ja lootuse sisendamine** – õde ei tohi igapäevases töös ignoreerida usu-lootuse põhimõtet. Kui kaasaegne teadus ei suuda patsiendile enam rohkemat pakkuda, saab õde jätkata usu-lootuse kasutamist, et pakkuda heaolu tunnet indiviidi jaoks olulise uskumise kaudu;
- 3) **tundlikkuse arendamine enda ja teiste suhtes** – õel tuleb esialgu arendada tundlikkust iseenda suhtes, kuna neil õdedel, kel ei ole tundlikkust oma isiklike tunnete suhtes, on keeruline teise inimese tundeid tabada. Teadlik suhtumine iseendasse mõjutab käitumist oluliselt;
- 4) **abistava-usaldava suhte arendamine** – õe kuulamis-, empaatia- ja sotsiaalse soojuse väljendamise võime. Kuulamisel suhtub õde patsiendisse eelarvamustevabalt ning loob suhtlemiseks soodsa avameelse õhkkonna, mis aitab patsiendil ennast täpsemalt väljendada. Empaatia võimaldab märgata tundeid ja vajadusi, mida konkreetne patsient sel hetkel kogeb. Õe soojus – puudutus, hääletoon, näoilme, silmside, avatus – aitab luua usaldusväärset suhet;
- 5) **positiivsete ja negatiivsete tunnete väljendamise soodustamine ja aktsepteerimine** – emotsioonid mõjutavad mõtlemist, otsuste tegemist ja käitumist. Kui patsient on turvalises keskkonnas, on võimalik negatiivseid mõtteid vähendada või vältida;
- 6) **probleemi lahendusmeetodite süstemaatiline kasutamine otsuste tegemisel** – õde peab lisaks oma kogemustele rakendama ka süstemaatilisi teaduslike probleemide lahendamise meetodeid, mis aitavad õe tegevust ja otsuseid suunata nii, et patsiendi jaoks kujuneb välja turvaline keskkond;
- 7) **õpetamise-õppimise soodustamine** – õde peab alal hoidma õpetamist kui patsiendiga suhte loomise olulist tegurit. Tervisehäire nõuab patsiendilt uusi teadmisi, oskusi ja mõnikord varasemast erinevat käitumist. Õpetamine ja asjakohane informatsioon

vähendab patsiendi hirmu, ebamugavustunnet ja ärevust ning alandab emotsionaalset reaktsiooni ravi- ja diagnostiliste protseduuride ning kirurgilise sekkumise suhtes;

- 8) **toetava ja turvalise keskkonna tagamine** – õde selgitab patsienti tähelepanelikult kuulates välja tema hirmu ja ärevuse põhjused, aktsepteerib kuuldot ja püüab jõuda patsiendi mõistmiseni. Järgneb selliste tegevuste valik, mis tagavad patsiendile mugavuse, privaatsuse, ohutuse ning puhta ja esteetilise keskkonna;
- 9) **patsiendi vajaduste rahuldamisele kaasaaitamine** – konfliktid ja rahulolematus tekivad siis, kui suhte loomisel ignoreeritakse patsiendi vajadusi;
- 10) **eksistentsiaalsete-fenomenoloogiliste jõudude lubamine** – patsienti saab mõista ainult tema elu kontekstis. Tervisega seotud muutuste tõttu võivad patsiendi probleemide põhjuseks olla eksistentsiaalsed küsimused, mis puudutavad selliseid teemasid nagu surm, vabadus ja üksindus. Seda tegurit kasutades saab õde liikuda patsiendi sisemaailma suunas, otsides tema väärtusi, tugevusi, elu mõtet ja -kogemust ning probleemi lahendamisel neist lähtuda.

Õendusprotsessis rakendatakse hoolivuse tegureid järk-järgult, võimaldades õel luua patsiendiga terapeutilist ja usaldusväärset suhet. Watsoni hoolivuse teooria (1985) kohaselt on oluline teadvustada, et mida enam pühendub õde suhte loomisele, seda suuremal määral võib hoolivus aidata täita patsiendi vajadusi tema olemasolule ja kogemusele mõtte leidmise kaudu, sisemise jõu avastamise ja selle võimendamise kaudu.

Fealy (1995) ja Duffy (2009) väidavad, et hoolivus pole lihtsalt õe tegude jada, vaid ka tegutsemise viis. Tegutsemine väljendab hoolivust ainult siis, kui see kutsub patsiendis esile hoolivuse tunde. Seega on hoolivus keeruline nähtus, mille puhul tuleb teada, kuidas inimesed väljendavad oma vajadusi ja kuidas tuleks teise inimese toetamiseks-abistamiseks tegutseda või reageerida. Professionaalne hoolivuse väljendamine kujuneb üliõpilase erialase õppeprotsessi käigus (Fassetta 2011). Benner (1984) väidab, et algajana toetatakse tegevuste sooritamisel teoreetilistele teadmistele, mis on selgeks õpitud ilma konkreetse kontekstita. Algaja sooritab teatud protseduure ja ülesandeid, kuid tal puudub töökogemus. Kogemus tekib siis, kui reaalses situatsioonis pannakse järjepidevalt proovile eeldatud arvamused, ootused ja teoreetilised teadmised. Üliõpilasel, kes on tegelenud paljude patsientidega, on rikkalik baas, millele tuginedes on võimalik üha julgemalt uusi situatsioone tõlgendada. Sarnasele järeltulele on jõudnud ka Wilkin ja Wallis (1998), kes kirjeldavad, et õpingute edenedes muutub hoolivuse väljendamine keerulisemaks, kuna üliõpilase teadmised haigustest ja haiguste mõjust patsiendile

on juba põhjalikumad ning hoolivuse väljendamise aluseks saab üha enam professionaalne kogemus. On tähtis, et üliõpilase kogemus oleks positiivne, mis annaks võimaluse märgata, kui oluline on hoolivus patsientide jaoks ja innustaks veelgi hoolivuse väljendamise oskust arendama (Fassetta 2011). Ruohotiele (2009) väidab, et tegevuse ebaõnnestumine ei näita alati üliõpilase tegevuse sooritamise võimet, vaid seda, et töökeskkond piirab mingil moel üliõpilase tegutsemisvõimalusi või et üliõpilane on kaotanud motivatsiooni.

Seega, selleks et üliõpilane suudaks oma tegevusega luua suhteid, mis aitavad patsiendil terveneda või heaolu saavutada, peaks üliõpilane olema piisavalt teadlik hoolivuse olemusest ning viisidest, kuidas hoolivust oma tegevuse kaudu välja näidata; samuti peaks tal olema esmane positiivne kogemus.

2.2. Enesetõhusus õenduses Bandura (1977, 1994) sotsiaal-kognitiivse teooria põhjal

Õenduspraktika paneb proovile üliõpilaste teoreetilised teadmised. Praktika on teooria viimistlemine ja rikastamine paljude praktiliste situatsioonide kaudu, mis hõlmavad nüansse, mida teooria ei väljenda (Benner 1984). Õenduspraktika on palju keerukam kui mistahes mudeli või teooria kirjeldus. Seistes silmitsi kliiniliste situatsioonide mitmekesisusega, peab üliõpilane uskuma, et ta suudab väljendada kõiki hoolivuse tegureid. Usk oma võimetesse määrab selle, kas toimetulemiseks vajalikku tegevust rakendatakse, missuguseid jõupingutusi selleks tehakse ja kui kaua tegevusega jätkatakse (Bandura 1994, Zylkosky 2009, Robb 2012). Usku oma võimesse sooritada teatud tegevusi käsitletakse kui enesetõhusust (*self-efficacy*) (Bandura 1994). Enesetõhususe mõiste defineeris sotsiaal-kognitiivse teooria raames Albert Bandura 1977. aastal. Enesetõhusust rakendatakse erinevates valdkondades, et tugevdada inimese isiklikku tahet ja võimet tulla toime erinevate ülesannete, raskuste ja väljakutset nõudvate olukordadega (Bandura 1994, Robb 2012). Oluline on Bandura (1994) väide, et enesetõhusus mõjutab inimese tundeid, mõtteid ja enesemotivatsiooni käitumisviisi valikul. Mida kõrgem on enesetõhusus, seda kõrgem on inimese poolt endale seatud eesmärk. Inimesed, kellel on kõrge enesetõhusus, püüavad rohkem ning nende mõtlemine on suunatud positiivsetele tulemustele. Selline hoiak aitab kaasa erinevate ülesannete lahendamisele. Eesmärkide edukas saavutamine tõstab enesetõhusust, mõjutab endaga rahulolu ning ergutab inimest seadma keerukamaid sihte. (Bandura 1989, Bandura 1994.) Lisaks sellele rõhutab Fassetta (2011), et kõrge enesetõhususega üliõpilane märkab võimalust seal, kus teised seda ei näe, ning julgeb proovida erinevaid võimalusi eesmärgi saavutamiseks. Seevastu inimesed, kellel on madal enesetõhusus, suunavad oma mõtted sellele,

mis kõik võib minna halvasti, ning nad ei ootagi tulemust, ei sea endale uusi väljakutsuvaid eesmärke ega pole sageli ise motiveeritud midagi ette võtma või muutma (Bandura 1994). Kogetud ebaõnnestumised alandavad enesetõhusust veelgi ning tulemuseks on vältiv käitumisviis, millele mõnikord lisandub ka kõrge ärevuse tase (Bandura 1977). Zulkosky (2009) ja Bandura (1994) väidavad, et inimene väldib toiminguid, milles tema enesetõhusus on madal, ning püüab tegeleda sellega, mida ta on võimeline edukalt sooritama.

On oluline teada, mille kaudu hindab inimene oma enesetõhusust, et oleks võimalik aidata tal oma enesetõhusust tõsta. Bandura (1994) väidete kohaselt on inimese enesetõhususe allikateks tegevuse tulemuslik sooritamine, eeskuju järgimine, verbaalne veenmine ning psühholoogiline stimulatsioon. **Tegevuse tulemuslik sooritamine** on kõige usaldusväärsem ja olulisem allikas, kuna tuleneb inimese enda kogemusest. Tegevuse sooritamine annab võimaluse märgata ja analüüsida, millises situatsioonis on inimese enesetõhusus kõrge ja millises madal. **Eeskuju järgimisel** tekib tegevuse vaatlejal usk, et ta võib jälgitava tegevuse sooritamisel edukas olla. **Verbaalse veenmisega** on võimalik suurendada usku, et inimene suudab ülesandega edukalt toime tulla. Verbaalne veenmine on võimalik, kui on teada, milliste hoolivustegurite väljendamisel on üliõpilase enesetõhusus madal (Fassetta 2011). **Psühholoogiline stimulatsioon** on oluline ohusituatsioonides, kuid pole eriti hea õpitegevuses. Stressiolukord kutsub esile emotsiooni, mis mõjutab käitumist. Usk edu saavutamisse võib ärevuse eemale tõrjuda. Seega saab järeldada, et enesetõhusus ei ole püsiv nähtus ning õpituatsioonides tehtavad tegevused ja psühholoogilised tegurid muudavad üliõpilase enesetõhusust.

2.3. Õe õppekava üliõpilaste enesetõhususe määr hoolivuse väljendamisel

Coates (1997), Sadler (2003) ja Fassetta (2011) on seostanud üliõpilaste hoolivuse väljendamist enesetõhususega, mis seob uskumust ja hoolivuse tegurite väljendamist. Autorid kasutasid uurimistöö läbiviimiseks 6-pallise skaalaga enesehinnangu mõõdikut „*Caring Efficacy Scale*“ (CES). CES-mõõdiku skaala abil saadud näitajat nimetatakse käesolevas magistritöös CES-määraks. Erinevad autorid peavad keskmist hoolivuse väljendamise CES-määra kõrgeks, kui selle väärtus on üle 5,0. Coates (1997) väidab, et usk oma võimetesse näitab, et üliõpilasel on soovitud tulemuse saavutamiseks vajalik suhtumine ja hoolivuse väljendamise võtted olemas. Kuid enesetõhususe hindamine nõuab üliõpilastelt ausat ja kriitilist enesehindamist. Lejk ja Wyvill (2001) väidavad, et tugevad üliõpilased kalduvad andma endale madalamat hinnangut ning nõrgemad üliõpilased kipuvad end üle hindama. Coates (1997) ja Sadler (2003) väidavad, et

enesetõhususe hindamisel võib vastuse valik sõltuda ka sotsiaalsetest teguritest, mille alusel eelistatakse vastata viisil, mis jätab vastajast hea mulje. Vastaja, kes valib oma võimekuse kirjeldamiseks negatiivseid vastuseid, võib tunda, et on sotsiaalselt häbimärgistatud, ning seetõttu eelistada enesehinnangu küsimustele pigem ebaausalt vastata. Uuritavad võivad leida, et sotsiaalselt aktsepteeritavam on valida positiivseid numbreid isegi juhul, kui need on madalad. Samale probleemile viitavad ka Essen ja Sjoden (1995), kes väidavad, et inimese arvamus oma võime kohta ja tema tegelik käitumine pole kaugeltki üks-üheses vastavuses. Duffy (2009) kirjeldab, et enesehindamine, olgu see siis subjektiivne või objektiivne, on oluline iga üliõpilase jaoks, kuna annab võimaluse märgata enda hoolivuse väljendamise võimet. Samuti väidavad Watson (1985) ja Fassetta (2011), et suure tõenäosusega väljendavad üliõpilased hoolivust ainult siis, kui see muutub nende jaoks suhtumist ja käitumist suunavaks väärtuseks. Seega tuleb enesehindamise mõõdiku kasutamisel erinevate autorite poolt esile toodud tähelepanekuid kriitiliselt arvesse võtta.

Coates (1997) uurimistöö oli metodoloogiline. Nimelt testis autor CES-mõõdiku valiidsust ja reliaablust. Valimisse kuulusid õe õppekava viimase kursuse üliõpilased erinevatelt õppeastmetelt: bakalaureusest, magistriastmest ja õendusdoktorantuurist. Valimi põhjenduseks toob autor, et just viimase kursuse üliõpilaste arvamus enesetõhususe kohta patsientide suhtes hoolivuse väljendamisel võimaldab hinnata õppekava asjakohasust hoolivuse kujundamisel. Coates (1997) uuringutulemuste põhjal oli viimase kursuse üliõpilaste enesetõhususe keskmine CES-määr hoolivuse väljendamisel 5,33 (SD=0,37). Seega suutsid suudavad oma tegevustes hoolivustegureid väljendada ja patsientidega usaldusväärseid suhteid luua, nende enesetõhusus oli kõrge. Samuti oli uurimistöö tulemuseks sisemiselt terviklik CES-mõõdik, millel on positiivne seos kliinilise pädevuse mõõdikuga.

Sadleri (2003) uurimistöö eesmärgiks oli kirjeldada õe õppekava viimase kursuse üliõpilaste enesetõhusust hoolivuse väljendamisel patsientide suhtes. Uurimistööst ilmnas, et viimase kursuse üliõpilaste (n=28) keskmine CES-määr oli 5,09 (SD=0,38), mis on küll kõrge, kuid madalam kui Coates'i (1997) uurimuse tulemustest järeldus. 28 uuritavatest 17 (61%) uuritavat märkis, et vanemad on neile hoolivuse eeskujuks, ning ainult 5 (18%) üliõpilast märkis, et said hoolivuse eeskju õpingute ajal. Eelnevast võib järeldada, et õe õppekava ei ole oluliselt arendanud üliõpilaste enesetõhusust väljendada patsientide suhtes hoolivust. Seda kinnitavad ka esimese ja viimase kursuse näitajad. Nimelt oli esimese kursuse üliõpilaste keskmine CES-määr (5,17) kõrgem kui vanemal kursusel õppijatel (5,05) (Sadler 2003). Sadler (2003) järeldab, et

üliõpilaste järjepidev hindamine iga õppekava lõpus on vajalik, et hinnata enesetõhususe määra, seda tähtsustada ja tõsta. Ainult sel moel saab tagada hoolivuse praktiseerimist õenduspraktikas.

Fassetta (2011) uurimistöö eesmärgiks oli kirjeldada viimase kursuse üliõpilaste ja nende õpetajate enesetõhusust hoolivuse väljendamisel patsientide suhtes. Tulemustest ilmnest, et viimase kursuse üliõpilaste ($n=230$) enesetõhusus oli kõrge 5,05. Autor kirjeldas kolmes erinevas koolis õppivate viimase kursuse üliõpilaste enesetõhusust ja tõi esile, et kõikide koolide üliõpilaste enesetõhususe määr oli kõrge, kuna õe õppekaval õppivate üliõpilaste õpikeskkonnas töötas palju kõrge enesetõhususega õpetajaid, kes andsid head eeskujut hoolivuse väljendamise arendamiseks. Fassetta (2011) kirjeldab, kuidas uuritavate taustamuutujad mõjutavad enesetõhususe määra hoolivuse väljendamisel. Üliõpilaste keskmine CES-määr ei erine, kui aluseks võtta erinev sugu ($p=0,725$) või rahvus ($p=0,601$). Kuid mida vanem on uuritav üliõpilane, seda enam usub ta, et suudab hoolivust väljendada ($p<0,001$). Keskmine enesetõhususe määr on erinev ka üliõpilase õppe edukuse ehk keskmise hindega ($p=0,009$) võrreldes. Keskmisest kõrgema õppe edukusega üliõpilastel oli ka keskmine enesetõhususe määr hoolivuse väljendamisel kõrge. Samas oli keskmine enesetõhususe määr kõrge ka neil üliõpilastel, kelle õppe edukuse näitajad jäid alla keskmise. Selline vastuoluline teave on mõtlemapanev. Trump (2012) kirjeldab, et kordaminekud õppetöös tugevdavad üliõpilase enesetõhusust ja motiveerivad veel paremaid tulemusi saavutama. Samas ei pruugi head akadeemilised tulemused olla mõjutatud vaid enesetõhususest. Siin mängivad rolli ka muud motivatsioonilised tegurid ja üliõpilase isikuseomadused. Seega jääb õppe edukuse ja keskmise CES-määra erinevus ebaselgeks ning olemasolevatele uuringutulemustele tuginedes ei saa teha järeldusi. Coates (1997) ja Sadler (2003) ei too esile keskmise CES-määra erinevusi seoses demograafiliste näitajatega.

Fassetta (2011) kirjeldab oma uurimistöös üliõpilaste hoolivuse eeskujusid. Kõige olulisemaks eeskujuks on vanemad. Õed on vanemate järel teisel kohal. Fassetta (2011) arutleb, et kui õdede keskmine töölt lahkumise vanus on 55 aastat, siis mõjutab see tõenäoliselt töökohal nähtavat ja tajutavat hoolivuse määra, millest võtavad eeskujut üliõpilased ja värsked lõpetanud. Seega on pikka aega praktiseerinud õed tulevastele õdedele olulised hoolivuse eeskujud. Fassetta (2011) rõhutab, et nii koolis kui ka kliinilises keskkonnas peavad töötama kvalifitseeritud juhendajad, kes annavad oma hoolivusega positiivset eeskujut.

3. METOODIKA

3.1. Metodoloogilised lähtekohad

Uurimistöös oli uuritavaks nähtuseks üliõpilaste enesetõhusus hoolivuse väljendamisel patsientide suhtes. Uurimistöös valiti nähtuse kirjeldamiseks empiiriline kvantitatiivne meetod. Magistritöö eesmärgi saavutamiseks vajati kvantitatiivseid näitajaid. Teadusliku teabe hankimisel juhinduti positivismi teadusfilosoofilistest põhimõtetest, mille kohaselt taandatakse uuritav tegelikkus väliselt mõõdetavatele näitajatele. Õendusteaduses on antud nähtuse kirjeldamiseks ka varem kasutatud peamiselt kvantitatiivset meetodit: autorid Coates (1997), Sadler (2003) ja Fassetta (2011). Toetudes Burnsi ja Grove (2005) ning Sauga (2005) seisukohtadele toob magistritöö autor esile kvantitatiivse meetodi tugevused – kvantitatiivne meetod on formaalne, objektiivne ja süstematiseeritud protsess, mille abil on võimalik uuritava nähtuse kohta statistiliselt usaldusväärseid arvandmeid leida. Nende andmete kaudu saab kirjeldada uuritava nähtuse tunnuseid ning uurida tunnustevahelisi seoseid. Kvantitatiivne meetod võimaldab analüüsida suure valimi kohta kogutud infot. Uuritavad vastavad ankeedile kirjalikult ja uurijast sõltumatult, mis suurendab objektiivsust andmete kogumisel. Kvantitatiivse meetodi puuduseks on see, et osa uuritavatest ei pruugi vastata kõikidele küsimustele või võivad jätta ankeedi tagastamata.

Coates (1997), Sadler (2003) ja Fassetta (2011) on üliõpilaste enesetõhusust hoolivuse väljendamise kirjeldamiseks õendusteaduses kasutanud „*Caring Efficacy Scale*“ (CES) mõõdikut (vt lisa 3). Sadler (2003) ja Fassetta (2011) sõnul võimaldavad enesehindamise mõõdikuga kvantitatiivselt kogutud andmed üldistatult kirjeldada olemasolevat olukorda, andes baastadmisi, millele toetudes saab õppeprotsessi käigus tõsta üliõpilaste enesetõhususe määra hoolivuse väljendamisel. CES-mõõdik on oma olemuselt järjestusskaala. Hirsjärvi jt (2005) väidavad, et inimeste uskumuste kirjeldamiseks sobib järjestusskaala väga hästi. Väited, mida hinnatakse skaala abil, võimaldavad kirjeldada, kui kõrge või madal on vastaja usk oma võimesse konkreetset ülesannet täita (Trump 2012). CES-mõõdikus on „konkreetses ülesandes“ uuritavat nähtust iseloomustavad tunnused. CES-mõõdik koosneb 15 positiivsest ja 15 negatiivsest väitest, mis kirjeldavad üliõpilase enesetõhusust iga hoolivuse teguri väljendamisel. Iga väide sisaldab ühte tunnust, mida üliõpilane hindab. Tunnuste väärtushinnangud on järjestatud 6-punkti skaalal: *-3 ei nõustu üldse, -2 ei nõustu, -1 pigem ei*

nõustu, +1 nõustun vähesel määral, +2 pigem nõustun, +3 nõustun täielikult. Seega on CES-mõõdiku abil käesoleva töö eesmärk saavutatav.

3.2. CES-mõõdiku valiidsus ja reliaablus

Mõõdiku koostas Caroline Coates 1997. aastal Watsoni (1985) hoolivuse teooriale ja Bandura (1977) enesetõhususe kontseptsioonile tuginedes. CES-mõõdiku valiidsuse hindamiseks kasutas Coates (1997) sisu- (*content validity*) ja konkureerivat valiidsust (*concurrent validity*). Sisuväidust hinnati ekspertide abil. Colorado Ülikooli Inimhoolivuse Keskuse õppejõudude komitee analüüsis, kas mõõdik on kooskõlas selle taustaks oleva Watsoni (1985) hoolivuse teooriaga ja kas mõõdik kirjeldab kõiki olulisi hoolivuse tunnuseid. Ekspertide hindamisprotsessi tulemusel selgus, et mõõdik on kooskõlas teooria sisuga ning kirjeldab kümnest hoolivuse tunnusest üheksat (Coates 1997). Seejärel viis Coates (1997) läbi pilootuuringud erinevatel kursustel õppivate üliõpilaste seas. Piloteerimise järel parandati CES-mõõdikut ja jäeti 46 küsimusest 16 välja, kuna need ei seostunud otseselt teiste küsimustega. Küsimustiku usaldusväarsuse määramiseks kasutati faktoranalüüsi. Mõõdiku *Cronbachi alfa* näit oli 0,92.

Konkureeriv valiidsus (*concurrent*) näitab, mil määral korreleeruvad testitava mõõtmisvahendi tulemus ja valideeritud mõõtmisvahendi tulemus (Sproull 2002). Coates (1997) hindas CES-mõõdiku tulemuste korreleerumist tunnustatud pädevuse „*Clinical Evaluation Tool*“ (CET) mõõdiku tulemusega. Autor väitis, et CES- ja CET-mõõdikute saadud tulemused peaksid olema positiivses seoses, kuna hoolivus ja pädevus on õenduspraktikas positiivselt seotud. CET-mõõdik oli standardiks millele CES mõõdik pidi vastama. Coates (1997) kasutas nii CES- kui ka CET-mõõdikut samas valimis ja samaaegselt. Hindamine näitas, et CES- ja CET-mõõdikuga saadud tulemused olid positiivselt seotud ($r = 0,37$, $n = 63$, $p = 0,01$).

Reliaablus (*reliability*) on stabiilsuse ja järjekindluse näitaja, mille võrra mõõdik mõõdab samal viisil iga kord, kui seda kasutatakse sarnase valimi puhul (Sproull 2002). Seesmise järjekindluse reliaabluse hindamiseks kasutas Coates (1997) *Cronbachi alfa* kordajat, mille näitaja väärtus oli 0,85-0,88 vahel, mis tähendab seesmise reliaabluse aktsepteeritavat taset. *Cronbachi alfa* hindab mõõdiku seesmist järjekindlust, kuid ei viita stabiilsusele ajas, mistõttu tuleks seda iga kord uuesti testida. CES-mõõdiku tunnuste omavahelise korrelatsiooni *Cronbachi alfa* väärtus on 0,85–0,90 vahel (Sadler 2003, Fassetta 2011). Mis tähendab seda, et CES-mõõdikus olevad

tunnused, mis koos mõõdavad enesetõhusust hoolivuse väljendamisel, on omavahel kooskõlas ehk kõik tunnused mõõdavad sama nähtust.

3.3. CES-mõõdiku kohandamine eesti ja vene keelde

Magistritöös valiti andmete kogumiseks „*Caring Efficacy Scale*“ (CES) mõõdik (vt lisa 3), kuna see on kooskõlas uurimistöö teoreetiliste ja meetodiliste lähtekohtadega. Mõõdiku kasutamise loa andis mõõdiku autor 2012. aasta detsembris (vt lisa 2). Mõõdikule lisati ankeetküsimustiku sissejuhatav osa ning taustaandmete ankeet, mis sisaldab informatsiooni vastaja vanuse, soo, rahvuse, keskmise hinde ja varasemate hooliva käitumise eeskujude kohta. Demograafilised andmed hõlmavad muutujaid, mis erialakirjanduse põhjal võivad olla seotud enesetõhususega hoolivuse väljendamisel.

Ingliskeelne originaalküsimustik tõlgiti eesti ja vene keelde, kuna Tallinna ja Tartu tervishoiu kõrgkoolides õpivad nii eesti kui ka vene emakeelega üliõpilased. Tõlke korrektsuse tagamiseks pöördus autor tõlkebüroo AS Dialoog poole, kus kontrolliti tõlke vastavust ja õigsust võrreldes ingliskeelse variandiga (vt lisa 5). Magistritöö autorile tehti suuline ettepanek sõnastada ümber 4. väite tõlge. 4. väite ingliskeelne variant oli: „*I convey a sense of personal strength to my clients/patients*“. Autori tõlke: „Ma suudan aidata oma klientidel/patsientidel leida sisemist jõudu“ asemel pakkus tõlkebüroo sõnastust: „Annan oma klientidele/patsientidele edasi meeiekindlust“. Autor kaalus nende kahe variandi vahel ning otsustas tõlkebüroo versiooni kasuks.

Eraldi tähelepanu väärib veel paari väite tõlkimisega seotu. Nende väidete puhul ei ole tegemist sõna-sõnaliste tõlgetega, kuna uurimistöö autor püüdis säilitada neutraalsust, jälgida väidete sisulist vastavust originaalile ning võtta arvesse nende väidete sobivust Eesti konteksti. Näiteks CES-mõõdiku 5. väite sõnastus originaalkeeles oli: „*Clients/patients can tell me most anything and I won't be shocked*“. Uurimistöö autor tõlkis selle eesti keelde järgmiselt: „Patsiendid võivad rääkida mulle ükskõik millest ning see ei häiri mind“. CES-6 ingliskeelne väide kõlas: „*I have an ability to introduce a sense of normalcy in stressful conditions*“. Autor tõlkis selle eesti keelde selliselt: „Stressirohketes situatsioonides oskan taastada normaalse olukorra“, kuigi otsetõlkes oleks lauset võinud sõnastada ka nii: „Stressirohketes situatsioonides suudan ma säilitada tavapärase käitumise.“ Tõlkebüroo kinnitas mõlema näiteks toodud tõlke sisulist õigsust.

Mõõdikuks oleva küsimustiku tõlkimisel pidas autor riskiteguriks asjaolu, et osa väiteid oli esitatud eitavas vormis. Kui väide on esitatud eitavas vormis ja üliõpilane ei nõustu sellega, peaks ta valima vastusevariandiks -3 , -2 või -1 . Kui vastaja ei süvene, võib ta valida vale vastuse, mis ei kanna vastaja soovitud sisu ning sellisel juhul ei saa tulemusi inglise keelt rääkivate vastajate tulemusega võrrelda. Erialakirjanduses ei ole mõõdiku negatiivsete väidete kohta ühtset arvamust. Coates (1997) ja Fassetta (2011) ei kirjeldanud väidete negatiivse vormiga seotud probleeme, kuid Sadler (2003) rõhutas, et edaspidi on vaja sõnastusele tähelepanu pöörata, kuna küsimuste erineva vormistuse tõttu ei olnud üliõpilastel mugav vastata.

Väidete esitamise vormist tuleneva riski vähendamiseks püüdis autor pilootuuringu käigus eitavatele väidetele erilist tähelepanu pöörata. Pilootuuring viidi läbi Tartu Tervishoiu Kõrgkooli IV kursuse üliõpilaste seas. Uurimistöö autor jagas uuritavatele ümbrikutesse pandud mõõdikud, jälgides, et kasutusel oleksid nii eesti- kui ka venekeelsed versioonid. Samuti palus autor pilootuuringus osalenud üliõpilastel vastata lisaküsimustele (vt lisa 1). Pilootuuring 30 üliõpilase seas toimus ajavahemikul 01.09.–10.09.2013. Eestikeelse mõõdikuvariandi valis 25 ja venekeelse 5 üliõpilast. Mõõdikuid täideti keskmiselt 15 minutit. Pilootuuringus osalejad märkisid, et kõik väited on arusaadavad, kuid negatiivsetele väidetele vastamine nõuab keskendumist. Seega ei tee eitav sõnastus väidetele vastamist keerulisemaks, kuid nõuab tähelepanu ja keskendumist. Uurimistöö autor leiab, et negatiivsed väited koos positiivsete väidetega isegi tõstavad vastuste usaldusväärust, kuna panevad üliõpilase väidet lõpuni lugema ja hoolega mõtlema, millist vastust valida. Üks uuritav märkis lisaküsimuste lõpus: „Raske on mõista CES 30. väidet: „Ma ei kasuta loomingulisi või ebatavalisi viise, et väljendada hoolivust oma patsientide suhtes“. Üliõpilane ei saanud aru, mida mõeldakse „loominguliste või ebatavaliste viiside“ all. Hinnanud esitatud märkust kriitiliselt, otsustas uurimistöö autor mõõdiku väiteid siiski mitte muuta. Pilootuuringust selgus, et mõõdiku edasine arendamine või muutmine ei osutunud vajalikuks ning seetõttu oli võimalik juba täidetud mõõdikuid uurimistöös kasutada.

Pärast pilootuuringut hindas käesoleva uurimistöö autor nii eesti- kui ka venekeelse mõõdiku reliaablust. *Cronbachi alpha* näitaja oli 0,88.

3.4. Uuritavad

Üldkogumi moodustasid kõik Tartu ja Tallinna tervishoiu kõrgkooli õe põhiõppe õppekava 2013/14. õppeaasta viimase kursuse üliõpilased, kes sellel ajahetkel olid üliõpilaste nimekirjas (N=285) (15.09.2013 seisuga). Uurimistöö läbiviimiseks kasutati kõikset valimit. Andmete kogumiseks viidi küsitlus läbi ajavahemikul 10.09.–30.10.2013. Üldkogumi kõikidelt objektidelt teabe kogumine võib tekitada probleeme, kuna erinevatel põhjustel ei ole alati võimalik objektide hulka täielikult haarata (Tiit ja Möls 1997). Uuritavate arvu suurendamiseks koguti andmeid erinevatel päevadel nii loengutes, seminarides kui ka praktikumides, kus osales viimase kursuse üliõpilasi.

Välja jagati 285 ankeeti, tagasi saadi 200 (71%) ankeeti. Analüüsi käigus eemaldati üks ankeet, milles olid pooled küsimused vastamata. Seega kuulus lõplikku valimisse 199 üliõpilast. Statistilise käsitlemise jaoks piisav uuritavate arv peaks olema vähemalt 164 uuritavat (*Resolution Research* 2012). Seega on käesolevas uurimistöös uuritavate arv piisavalt suur statistiliselt oluliste järelduste tegemiseks.

3.5. Andmete kogumine

Põhiuuringu andmeid koguti 10.09.–30.10.2013 nii Tartu kui ka Tallinna tervishoiu kõrgkoolis. Ümbrikutesse pandud mõõdikud anti viimase kursuse vastutava õpetaja kätte, kes jagas ümbrikud eelneva kokkuleppe kohaselt viimase kursuse üliõpilastele. Eelnevalt informeeris uurimistöö autor õpetajaid uurimistöö eesmärgist, mõõdiku täitmise ja tagastamise viisist ning jagas instruksioonid uurimisaluste kohta – nii vene- kui ka eestikeelsed mõõdikud tuli jagada vaid neile, kes olid ise nõus uuringus osalema. Uuritavate anonüümsus tagati sellega, et vastaja isikuandmeid ei küsitud ning mõõdikud koguti kokku suletud ümbrikutes. Uuritavad tagastasid suletud ümbrikud vastutavale õpetajale. Andmete kogumise perioodil toimus uurimistöö autori ning õpetaja vahel pidev infovahetus.

3.6. Uurimiseetika aspektid

Käesolevas töös jälgis autor uurimiseetika põhimõtteid:

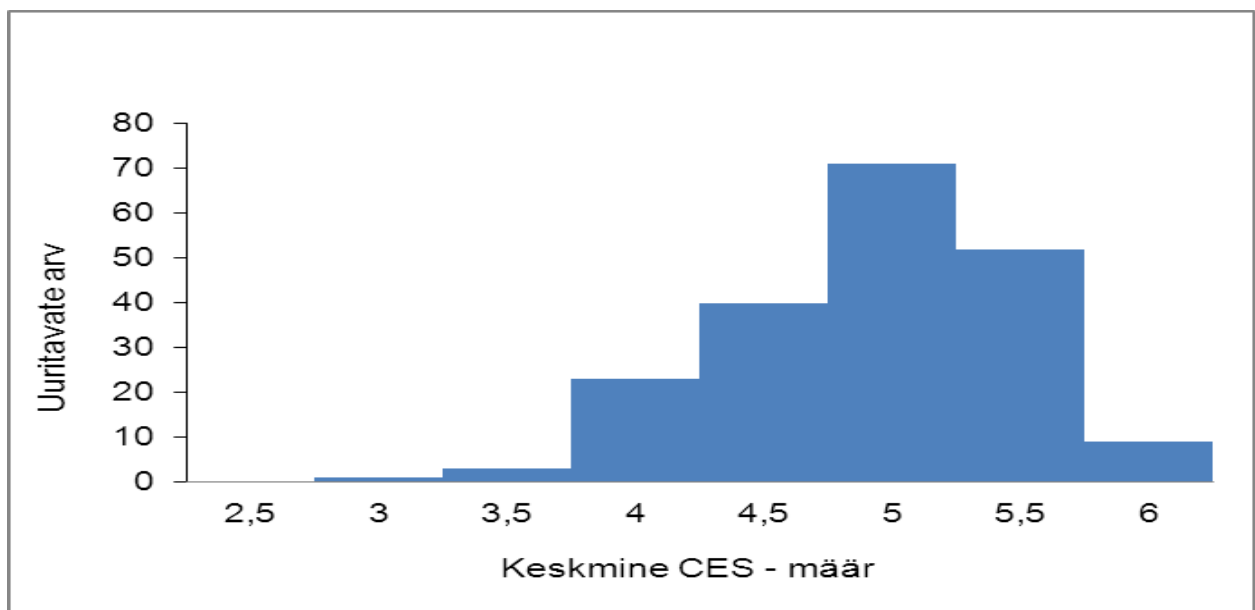
- Valitud mõõdiku (CES) kasutamiseks oli selle autorilt küsitud ja saadud kasutamise ning tõlkimise luba (vt lisa 2).
- Uurimistöö läbiviimiseks oli sõlmitud kirjalikud kokkulepped Tartu ja Tallinna kõrgkooli esindajatega.
- Oli taotletud ja saadud luba Tartu Inimuuringute Komiteelt (protokoll 228/T-10, 26.08.2013) (vt lisa 4)
- Andmeid koguti anonüümse ankeediga, mille sissejuhatavas osas kirjeldati uurimistöö eesmärki ja protsessi.
- Andmete kogumisel ning säilitamisel arvestati konfidentsiaalsuse nõuetega.
- Saadud andmekogumit kasutatakse ainult käesolevas uurimistöös.
- Andmeid säilitatakse paberkandjal ja elektroonilisel kujul kuni kaitsmise lõpuni.
- Andmeid kasutab ainult käesoleva uurimistöö autor.
- Üliõpilaste osalemine uurimistöös oli vabatahtlik.
- Kõikidele osalejatele tagati anonüümsus.
- Magistritöös kasutatud kirjandusallikatele on viidatud korrektselt.
- Magistritöö tulemused on esitatud selgelt ja täpselt.

3.7. Andmete analüüs

Käesolevas uurimistöös kasutati *STATSCRUNCH* andmetöötlusprogrammi ning andmeanalüüsi meetodina kirjeldavat statistikat, t-testi ja dispersioonanalüüsi ehk ANOVA analüüsi. Joonised koostati tabelitöötlusprogrammis *Excel*. Enne andmete sisestamist kodeeriti järjestustunnuste väärtused numbritega, et anda tunnustele analüüsimiseks sobiv kuju. Positiivsete väidete koodid olid järgmised: (-3) üldse mitte nõus – kood 1; (-2) üldiselt mitte nõus – kood 2; (-1) pigem mitte nõus – kood 3; (+1) pigem nõus – kood 4; (+2) üldiselt nõus – kood 5; (+3) täiesti nõus – kood 6. Negatiivseid väiteid kodeeriti vastupidiselt. Uurimistöö autor jälgis, et koodid säilitaksid väärtuste sisulise järjestuse.

Tunnuste esinemissagedust kirjeldati joonistuste ja tabelite abil. Kirjeldavad statistikud arvutati tunnuste väärtuste põhjal, kasutades summat, miinimumi ja maksimumi. Summeritud andmete

põhjal arvutati keskmised väärtused koos standardhälbega. Uuritavate enesetõhususe määr esitati keskmist väärtust kasutades, et oleks võimalik uurimistöö andmeid varasemate töödega võrrelda. Toetudes Tiiti ja Mölsi (1997) allikale saab väita, et valimi keskvärtus on informatiivne eelkõige ligikaudse normaaljaotusega andmete korral ja väike hajuvus näitab, et objektid käituvad sarnaselt. Suur varieeruvus näitab, et tunnuse väärtused on väga erinevad ja seetõttu keskmine väärtus valimit ei kirjelda (Tiit ja Möls 1997, Roomets 2000). Arvuliste tunnuste ühise käitumise visualiseerimiseks sobib hästi histogramm (Jureviš 2004). Uuritavate keskmise CES-määra histogramm näitab, et tegemist on normaaljaotusega (vt joonis 1). Järelikult sobib arvutatud keskmine tunnuseid iseloomustama.



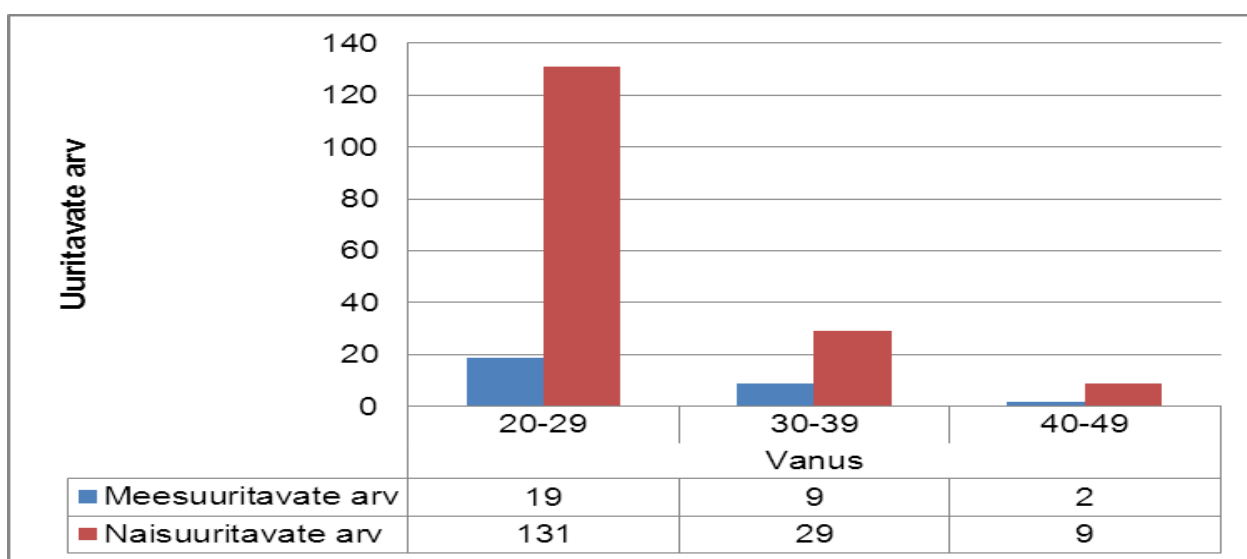
Joonis 1. Uuritavate keskmise CES-määra jaotus

Magistritöös kasutati kahe üldkogumi keskmise grupi võrdlemiseks t-testi. Tulemustes on esitatud t-testi põhjal arvutatud statistilise olulisuse tõenäosus. T-test võimaldab analüüsida, kas erinevus kahe grupi vahel on statistilistelt oluline või mitte. Kui p väärtus on väiksem kui 0,05, siis esineb kahe grupi vahel oluline erinevus. Kahe grupi analüüsimiseks saab t-testi meetodit kasutada, kui tegemist on normaaljaotuse valimiga ja uuritav tunnus on pidev (Tiit ja Möls 1997). Olulise usaldusvahemiku nivooks seati 0,05 ehk 95%. Enam kui kahe grupi keskmise võrdlemiseks kasutati dispersioonanalüüsi ehk ANOVA analüüsi. Ka ANOVA kasutamisel eeldatakse, et andmed on normaaljaotusega (Tiit ja Möls 1997). Seega sõltub uurimistöö statistilise analüüsi meetodi valik andmete tüübist, andmete jaotusest ja gruppide arvust.

4. TULEMUSED

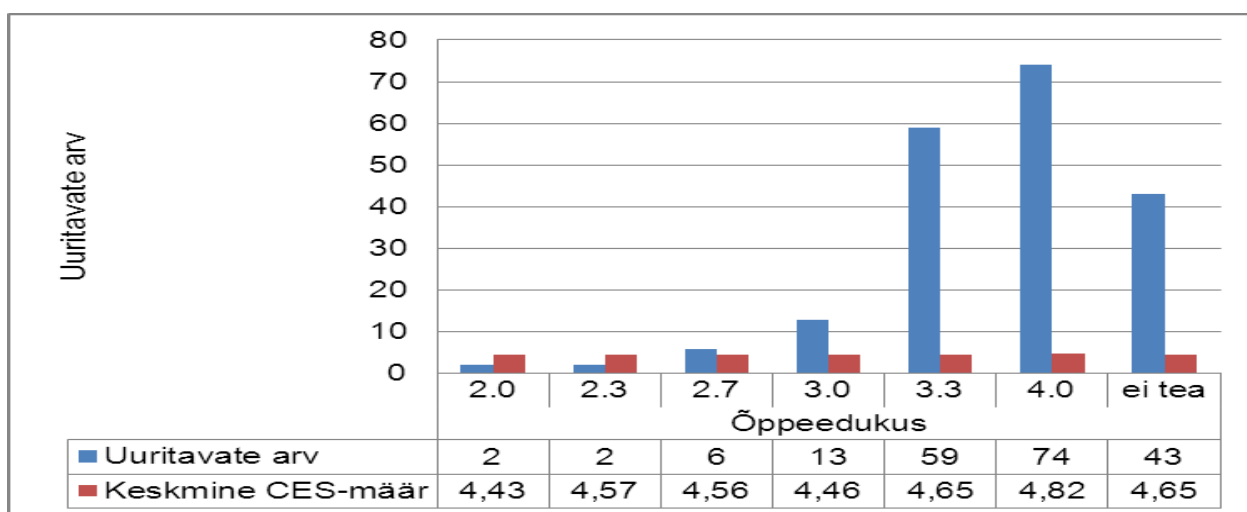
4.1. Taustaandmed

Valimisse kuulus 199 õe õppekava viimase kursuse üliõpilast (vt joonis 2). Uuritavate seas oli 169 naisüliõpilast (85%) ja 30 meesüliõpilast (15%). Kuna rahvuse kategoorias „muu“ oli 8 uuritavat, siis liideti kokku kategooriad „venelane“ ja „muu“ ning tehti uus kategooria „mitte-eestlane“. Uuritavatest 105 (53%) olid eestlased ja 94 (47%) mitte-eestlased.



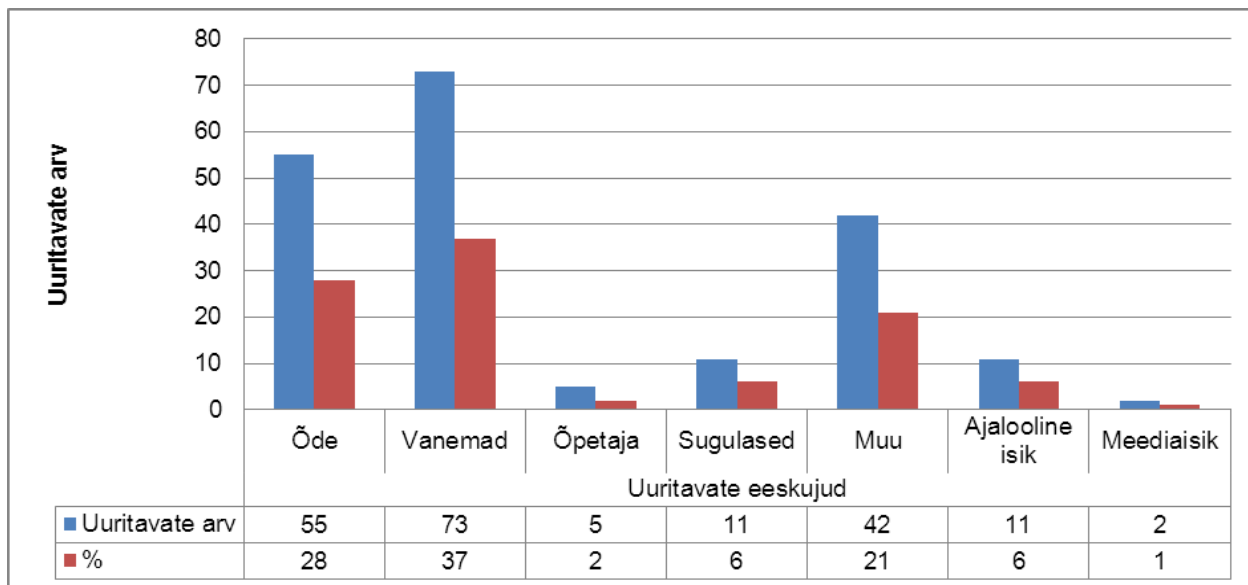
Joonis 2. Uuritavate jaotus vanuse ja soo järgi

199st uuritavast 74 (37%) õppeedukus oli 4,0 (vt joonis 3). 43 (22%) uuritavat ei teadnud oma õppeedukust (neist 30 üliõpilast ehk 70% kuulus vanuserühma 20–29).



Joonis 3. Uuritavate keskmine CES-määr ja õppeedukus

199st uuritavast 73 (37%) nimetas hoolivuse eeskujuna oma vanemaid (vt joonis 4). Kuna kategooriad „noor kolleeg“ (12%) ja „vanem kolleeg“ (16%) ei erinenud, siis andmetest parema ülevaate saamiseks liideti need kategooriad üheks „õde“ kategooriaks. Õde oli hoolivuse eeskujuna teisel kohal. Hoolivuse eeskujuna nimetati 5 korral (2%) õpetajat.



Joonis 4. Uuritavate hoolivuse eeskujud

4.2. Uuritavate enesetõhususe määr hoolivuse väljendamisel

Uuritavate üldine (*overall mean*) hoolivuse väljendamise keskmine CES-määr oli 4,69 (SA=1,15) (vt tabel 1). Keskmiste CES-väärtuste vahemik jäi 3,66–5,23 vahele.

Tabel 1. Uuritavate üldine keskmine CES-määr

CES väide	Min	Max	Keskmine	SD
CES1	1	6	5,08	1,07
CES2	1	6	4,86	1,19
CES3	1	6	4,69	1,31
CES4	1	6	4,81	0,84
CES5	1	6	4,97	1,08
CES6	2	6	4,62	0,83
CES7	1	6	4,70	1,09
CES8	1	6	4,39	1,34
CES9	1	6	5,00	0,91
CES10	1	6	4,87	1,01
CES11	2	6	4,75	0,83
CES12	1	6	4,81	1,25
CES13	1	6	4,54	1,36
CES14	1	6	4,41	1,17
CES15	1	6	4,58	1,31
CES16	1	6	4,97	1,21
CES17	1	6	5,17	1,21
CES18	1	6	4,38	1,21
CES19	1	6	4,95	0,92
CES20	2	6	4,54	1,14
CES21	1	6	5,11	1,15
CES22	2	6	5,23	0,87
CES23	1	6	4,93	1,22
CES24	1	6	4,99	1,27
CES25	1	6	4,08	1,23
CES26	1	6	4,89	1,23
CES27	1	6	4,03	1,39
CES28	1	6	4,35	1,12
CES29	1	6	4,47	1,32
CES30	1	6	3,66	1,41
Overall mean	1,13	6	4,69	1,15

Väited, mille keskmine CES-määr oli vahemikus 5,0–5,99 (vt joonis 5):

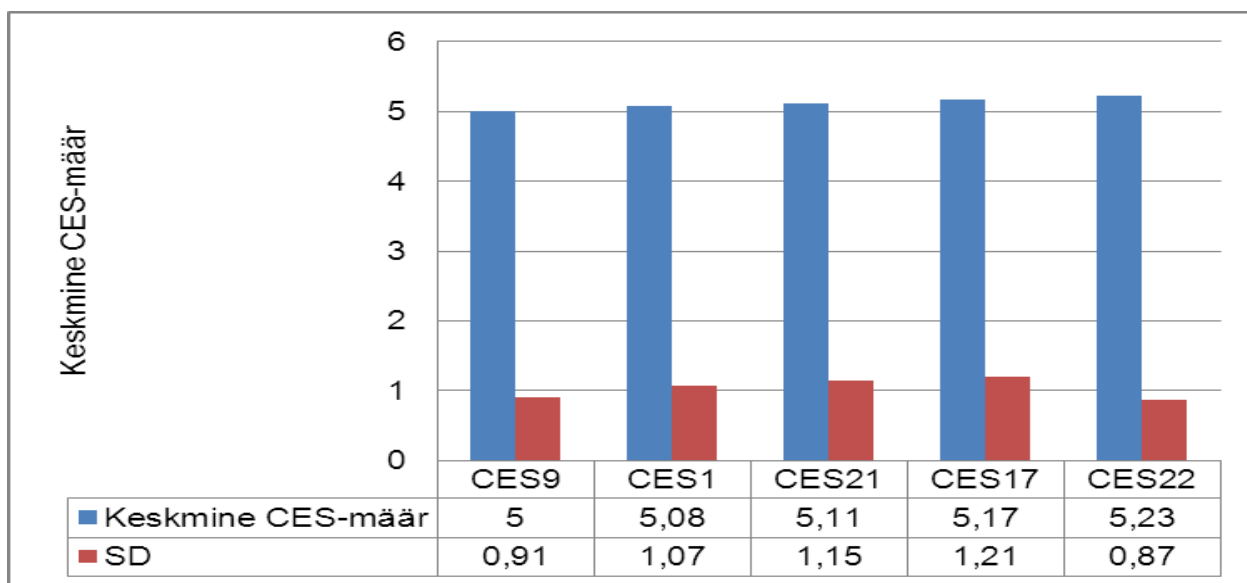
CES 1 väide – Ma ei ole kindel, et suudan väljendada hoolivust oma patsientide suhtes.

CES 9 väide – Suudan siseneda ruumi meelerahu ja energiaga, mis paneb patsiente end paremini tundma.

CES 17 väide – Mul on raskusi patsientidega suheldes.

CES 21 väide – Püüdes lahendada konflikti patsiendiga, muudan olukorra tavaliselt halvemaks.

CES 22 väide – Kui mulle tundub, et patsient on murelik või vajab abi, siis proovin temaga rääkida.



Joonis 5. Väidete keskmine CES-määr vahemikus 5,0–5,99 ja väärtuste standardhälve

Tunnuste väärtuste hajuvus on homogeenne. Kõige kõrgem keskmine CES-määr on 22. CES-väitel. Sellel väitel on ka kõige väiksem väärtuste hajuvus (SD =0,87) selles kategoorias.

Väited, mille keskmine CES-määr on vahemikus 4,0–4,99 (vt joonis 6):

CES 2 – Kui ma ei suuda patsiendiga häid suhteid luua, siis püüan analüüsida, mida teha, et temani jõuda.

CES 3 – Patsiendi puudutamine hooldamise käigus ei tekita minus ebamugavust.

CES 4 – Annan oma patsientidele edasi meelekindlust.

CES 5 – Patsiendid võivad rääkida mulle ükskõik millest ning see ei häiri mind.

CES 6 – Stressirohketes situatsioonides oskan taastada normaalse olukorda.

CES 7 – Minu jaoks ei ole keeruline pakkuda patsiendile igakülgset hoolivust teda samal ajal kuulates.

CES 8 – Minu jaoks on raske alla suruda isiklike tõekspidamisi ja eelarvamusi selleks, et kuulata ja aktsepteerida patsienti kui isiksust.

CES 10 – Olen võimeline häälestuma konkreetse patsiendi lainele unustades isiklikud mured.

CES 11 – Oskan tavaliselt leida tee iga patsiendini.

CES 12 – Ma ei ole kindel, et suudan rääkida patsientidega, kelle taust on minu omast erinev.

CES 13 – Tunnen, et kui räägin patsientidega isiklikel teemadel, siis võin kaotada olukorra üle kontrolli.

CES 14 – Kasutan patsientide vestlustest saadud teavet isikupärasema hoolduse pakkumisel.

CES 15 – Ma ei tunne end piisavalt kindlalt patsientide hirme ja muresid kuulates.

CES 16 – Isegi kui ma olen enesekindel enamikes asjades, ei suuda ma ikkagi suhelda patsientidega.

CES 18 – Suudan tavaliselt luua lähedasi suhteid oma patsientidega.

CES 19 – Suudan tavaliselt end oma patsientidele meeldivaks teha.

CES 20 – Mul on sageli raske edastada oma seisukohti patsientidele kui mul seda vaja on.

CES 23 – Kui mul on raske patsiendiga suhelda, siis loobun temaga koostööd tegemast.

CES 24 – Mul on sageli raske suhelda teistsuguste kultuuritaustaga patsientidega.

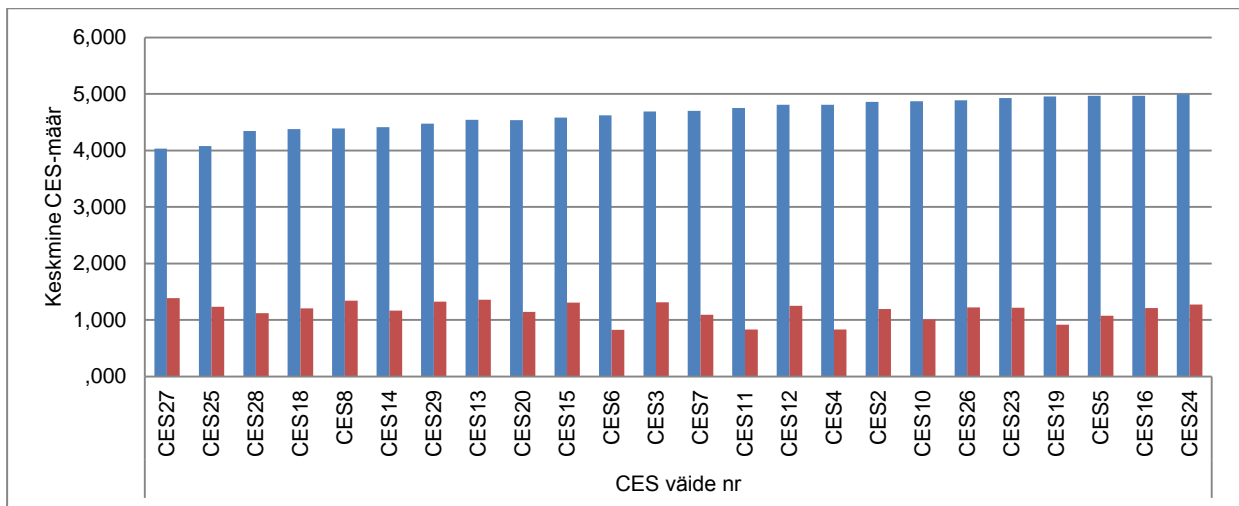
CES 25 – Olen aidanud palju patsiente luues lähedasi ja sisukaid suhteid.

CES 26 – Mul on sageli raske väljendada empaatiatunnet patsientide suhtes.

CES 27 – Tunnen sageli, et elan liialt kaasa patsientide probleemidele.

CES 28 – Kui patsiendil on raskusi minuga suhtlemisel, siis suudan ma end temaga ühele tasandile viia.

CES 29 – Isegi kui ma väga pingutan, ei suuda ma leida ühist keelt keerukate patsientidega.



Joonis 6. Keskmise CES-määr vahemikus 4,0–4,99 ja väärtuste standardhälve

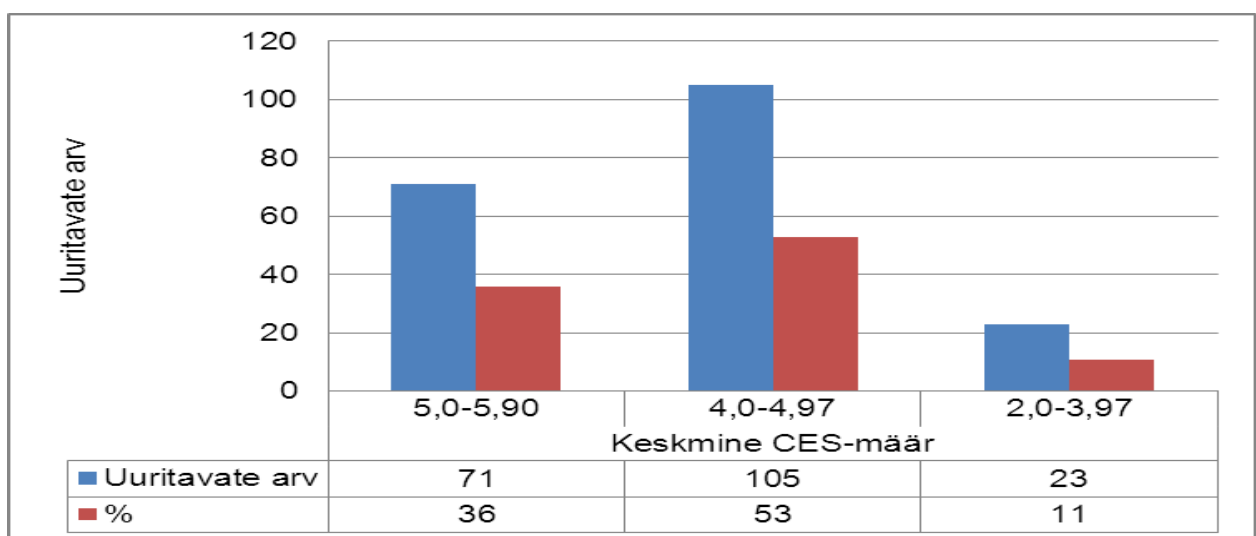
Tunnuste väärtuste hajuvus on homogeenne. Kõige kõrgem keskmise CES-määr oli 24. CES-väitel (CES=4,99). Selle väite väärtuste hajuvus oma kategoorias on üks kõrgematest SD=1,27.

Väited, mille keskmise CES-määr oli vahemikus 3,0–3,99:

Väide CES 30 – „Ma ei kasuta loominguilisi ega ebatavalisi viise, et väljendada hoolivust patsientide suhtes“. Väite keskmise CES-määr oli 3,66 (SD=1,41). Väärtuste hajuvus on heterogeenne ja kolme kategooria väidetest kõige kõrgem.

4.2.1. Uuritavate sagedusjaotus keskmise CES-määra järgi

Uuritavad on jaotatud keskmise CES-määra järgi kolme gruppi (vt joonis 5).



Joonis 5. Uuritavate sagedusjaotus keskmise CES-määra järgi

71 (36%) uuritaval oli keskmine CES-määr vahemikus 5,00–5,99.

Neist 50 (70%) kuulus vanuserühma 20–29; 64 (90%) oli naissoost ja 41 (58%) olid eestlased. 31 (44%) uuritavat nimetas hoolivuse eeskujuks oma vanemaid ning 18 (25%) nimetas oma eeskujuks õde ehk nooremat või vanemat tervishoiutöötajast kolleegi.

105 (53%) uuritaval jäi keskmine CES-määr vahemikku 4,0–4,99.

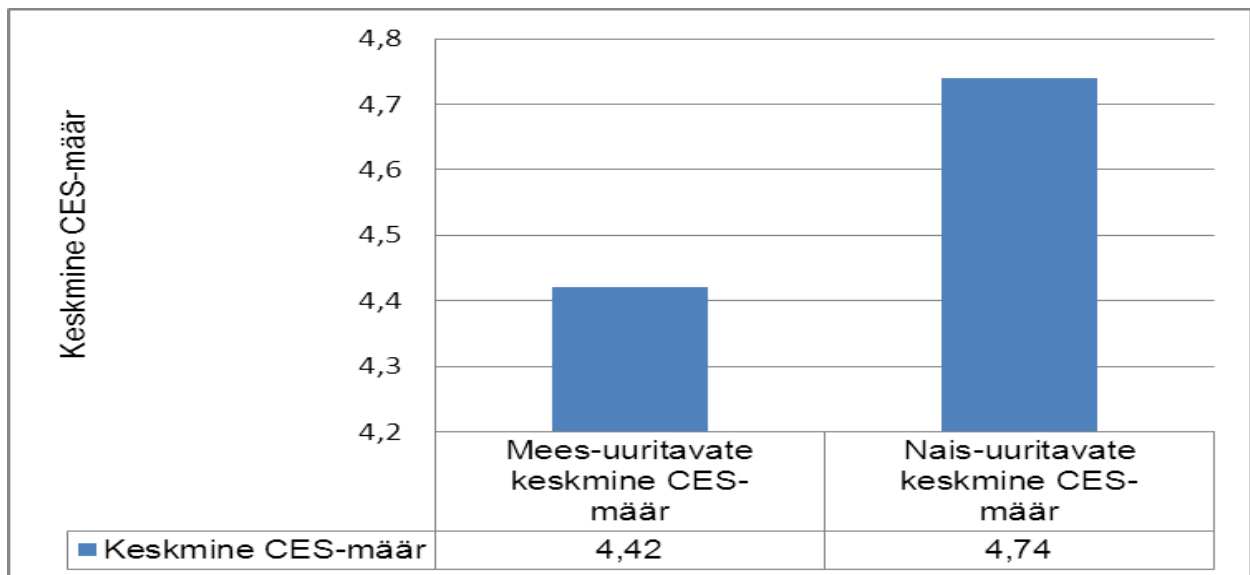
Neist 84 (80%) kuulus vanuserühma 20–29 ja 6 (5,7%) kuulus vanuserühma 40–49. 61 (58%) vastanut olid mitte-eestlased (sh kuuest vanemaalisest vastajast 5 (83%) mitte-eestlast). Uuringus osalenud 30st meesüliõpilasest kuulus siia gruppi 14 (47%). 105 (53%) uuritavat pidas hoolivuse eeskujuks oma vanemaid 34 (32%) ja 30 (29%) nimetas hoolivuse eeskujuna õde.

23 (11%) uuritava keskmine CES-määr oli vahemikus 2,0–3,99.

Neist 10 (65%) kuulus nooremaste 20–29-aastaste vanuserühma ja 8 (73%) 30–39-aastaste vanuserühma. Väärib esiletoomist, et 11st 40–49-aastasest uurimisel kuulub sellesse gruppi koguni 8 (73%) uuritavat. 23st uuritavast 7 (30%) pidas hoolivuse eeskujuks oma vanemaid ja 7 (30%) õde. Sellest grupist 13 (57%) olid mitte-eestlased ja nendest 5 (38%) tõi hoolivuse eeskujuna esile õde. 23st uuritavast 11-l (48%) oli kõige madalam keskmine CES-määr (CES=1,90) 29. väite: „Isegi kui ma väga pingutan, ei suuda ma leida ühist keelt keerukate patsientidega“ osas.

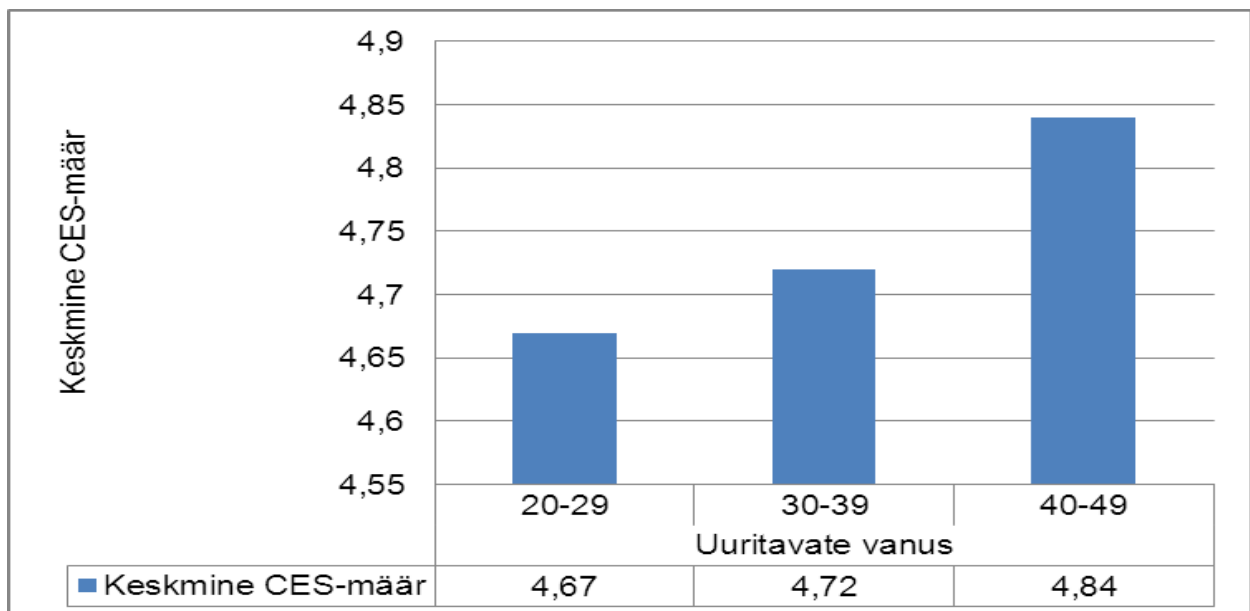
4.3. Keskmine CES-määr ja erinevad taustamuutujad

Hinnates keskmist CES-määra meeste ja naiste vahel, selgus, et naiste keskmine CES-määr oli 4,74 ja meestel 4,42 (vt joonis 6). Kui võrrelda meeste ja naiste CES-määra keskmisi, siis näeme, et need erinevad oluliselt $p=0,004$. Naisüliõpilaste enesetõhususe määr hoolivuse väljendamisel on kõrgem kui meesüliõpilastel. Uuriti ka erineva õppeedukusega üliõpilaste keskmist CES-määra. Erineva õppeedukusega üliõpilaste keskmine CES-määr ei erine need oluliselt $p=0,253$.



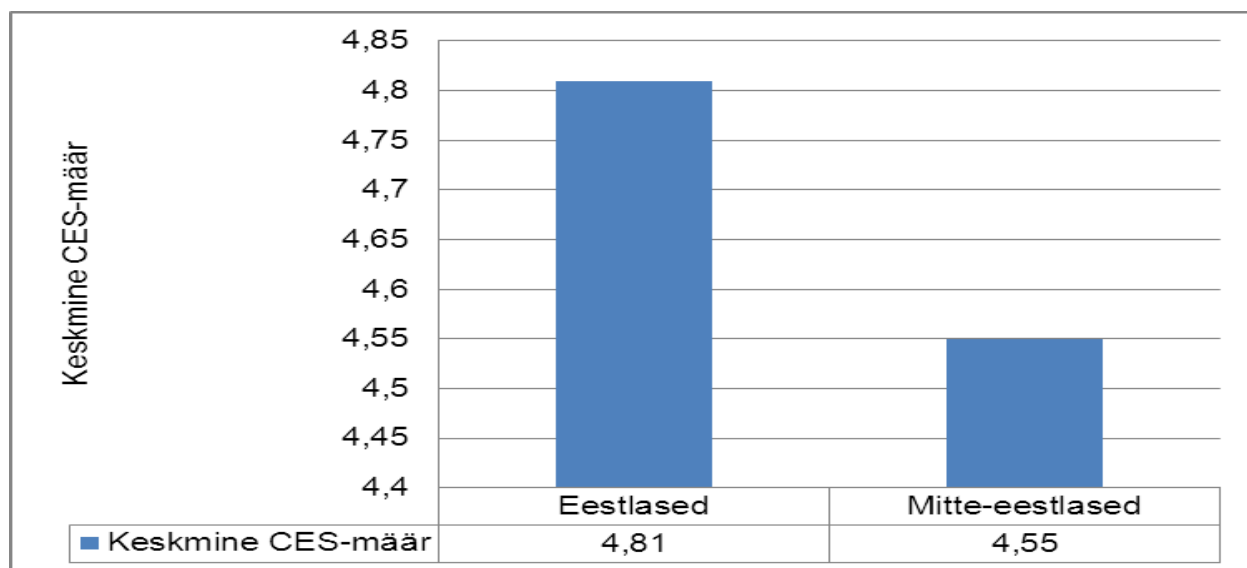
Joonis 6. Uuritavate sugu ja keskmine CES-määr

Võrreldes vanust ja keskmist CES-määra ilmnes, et erinevate vanusegruppide (20–29, 30–39 ja 40–49) CES-määra keskmised ei olnud erinevad $p=0,768$ (vt joonis 7). Sama kinnitab ka kahe vanusegrupi võrdlus. Selleks jaotati vanusegrupid kaheks 20–29 ja 30–49. Vanusegrupis 20–29 aastat ($n=148$) oli keskmine CES-määr 4,68 ning vanusegrupis 30–49 ($n=49$) oli keskmine CES-määr 4,75. Nende keskmised ei erine olulisel määral ($p=0,389$).



Joonis 7. Uuritavate vanus ja keskmine CES-määr

Lisaks võrreldi uuritavate rahvust ja keskmist CES-määra. Eestlaste keskmine CES-määr oli 4,81 ja mitte-eestlaste keskmine CES-määr oli 4,55. Eestlaste ja mitte-eestlaste keskmised erinesid oluliselt $p=0,008$ (vt joonis 8).



Joonis 9. Uuritavate rahvus ja keskmine CES-määr

5. ARUTELU

5.1. Uurimistöö olulisemad tulemused ja nende mõju õenduspraktikale

Eesti õendusabi liigub patsiendikesksuse suunas. Watsoni (1985) hoolivuse teooria põhjal võib väita, et õde jõuab patsiendi vajadusteni, kui väljendab tema suhtes hoolivust ja pühendub terapeutilise suhte loomisele – käsitleb patsienti tervikuna, säilitab patsiendi inimväärikuse koos tema kogemuste, emotsioonide, teadmiste, tõekspidamiste ja väärtustega. Seega sõltub õendusabi patsiendikesksus sellest, kui hooliv on õde patsiendi suhtes. Õendusüliõpilaste professionaalne hoolivuse väljendamise võime kujuneb õppetöö ja kliinilise praktika vältel saadud teadmiste, kogemuste ning eeskujude põhjal. Õendusalasest erialakirjandusest nähtub, et õde õppekava üliõpilane ei vali, ei rakenda ega arenda õenduspraktika jooksul kõiki hoolivuse tegureid, et patsiendiga usaldusväärset suhet luua, et tema vajadusi mõista. Coates (1997), Sadler (2003) ja Fassetta (2011) kinnitavad, et hoolivuse väljendamise oskuste kujunemisel on üliõpilase enesetõhusus ehk usk oma võimetesse määrava tähtsusega. Mida kõrgem on üliõpilase enesetõhusus hoolivuse väljendamisel, seda tõenäolisem on tema suutlikkus jõuda patsiendi vajaduste rahuldamiseni, mis laiemas plaanis ongi patsiendikeskse tervishoiu alus.

Eestis on õde õppekaval õppivate viimase kursuse üliõpilaste keskmine CES-määr 4,69 (SD=1,15) ehk suhteliselt madal, kui võtta arvesse, et Coates' (1997) samalaadses uuringus oli sama näitaja 5,33; Sadleril (2007) – 5,09 ja Fassettal (2011) – 5,02. Eestis uuritud 199 üliõpilasest koguni 128-l (64%) jääb keskmine enesetõhususe määr alla 5,0 ning 71-l (36 %) on keskmine CES-määr 5,0 või kõrgem. Kui toetuda Bandura (1977, 1994) teooriale, mille kohaselt üliõpilase enesetõhusus hoolivuse väljendamisel lähtub varasemast tegevuse sooritamisest, kogemusest, eeskuju järgimisest ja verbaalsest veenmisest, saab järeldada, et edaspidi on vaja õppeprotsessis nendele aspektidele rohkem tähelepanu pöörata.

CES-mõõdik kirjeldab üliõpilaste enesetõhususe määra hoolivustegurite kaupa. Eesti tulemustest selgus, et kõige madalam keskmine CES-määr 3,66 (SD=1,41) on väitel: „Ma ei kasuta loomingulisi ega ebatavalisi viise, et väljendada hoolivust patsientide suhtes“. Magistritöö autor võib oma kogemuse põhjal kinnitada, et loomingulisuse rakendamine on aidanud teda mitmete endassetõmbunud patsientidega suhete loomisel. Üliõpilase enesetõhusus võib loomingulisuse rakendamisel olla madal, kuna üliõpilasel jääb vajaka nii kogemusest kui ka pädevusest. Ka Benner (1984) kirjeldab, et algajad toetuvad vaid teoreetilistele teadmistele ega julge nendest

kõrvale astuda. Samas saab Bandurale (1977, 1994) toetudes väita, et enesetõhususe allikate kasutamine tõstab enesetõhusust nii lihtsamate kui ka keerulisemate ülesannetega toime tulemisel. Sadler (2003) ja Fassetta (2011) toovad enesetõhususe tõstmisel esile ka eeskju olulisust. Seega tuleb hea tulemuseni jõudmiseks võimaldada üliõpilastele mitmekesisest praktilist kogemust, mille kestel saavad nad end erineva keerukusega ülesannete täitmisel proovile panna, kogevad praktiseerivate õdede hoolivat eeskju ning muutuvad positiivse tagasiside mõjul tõhusamaks.

Väite „tunnen sageli, et elan liialt kaasa patsiendi probleemile“ väärtus CES=4,03 (SD=1,39) annab teavet selle kohta, et üliõpilane ei taju, kui palju võiks patsiendi suhtes kaastunnet ja empaatiat välja näidata. Tunnete väljendamine on usaldusväärse suhte loomisel oluline (Watsoni 1985), kuid samas ka kõige keerukam osa. Suhte loomisel on esmalt tähtis märgata, mis tegelikult peitub patsiendi vaoshoitud ja näiliselt rahuliku oleku taga, märgata unikaalseid tundeid ja vajadusi, mida patsient kogeb ning teisalt ära tunda, kuivõrd sobilik on õel ühes või teises situatsioonis oma tundeid välja näidata. Magistritöö autor leiab, et õdede õppes on oluline anda üliõpilastele võimalus kogeda, mil määral ja kuidas patsiendiga usaldusliku suhte loomiseks oma tundeid väljendada. See kogemus on edaspidiste hoolivate suhete loomise aluseks.

Väite „olen aidanud paljusid patsiente, luues lähedasi ja sisukaid suhteid“ keskmine CES-määr on teiste väidete väärtustega võrreldes küll madal (CES=4,08 SD=1,23), kuid üliõpilased väljendavad siiski üldist usku, et „oskavad väljendada hoolivust oma patsientide suhtes“ (CES=5,08 SD=1,07). Saadud näitajad ühtivad Duffy (2009) väidega, mille kohaselt ei arenda pelgalt hoolivuse sisu õpetamine hoolivuse väljendamise oskust. Toetudes Bandura (1977, 1994) teooriale saab väita, et teadmisele peab alati järgnema praktiline kogemus. See on seotud erinevates situatsioonides toimimisega, mis annab üliõpilasele võimaluse märgata ja analüüsida, millises situatsioonis on ta enesetõhusus kõrge ja millises madal, ning püstitada eesmärged oma võimete arendamiseks. Seega tõuseb üliõpilaste hoolivuse väljendamise kujundamisel taas esile kliinilise praktika olulisus. Tänu sellisele praktikale areneb hoolivuse väljendamine kõikides hoolivustegurites, üliõpilaste enesetõhusus muutub kõrgemaks ning ta ei kahtle enam oma valikutes. Kui üliõpilaste võimeid hoolivuse väljendamisel mitte arendada, katkeb loogiline seos teoreetiliste teadmiste ja praktiliste oskuste vahel ning vajalik kogemus jääb saamata.

Käesoleva töö tulemustele toetudes on hea tõdeda, et Eestis õe õppekava lõpetav üliõpilane suudab patsiendiga rääkida, kui ta näeb, et patsient on murelik (CES 22=5,23 SD=0,87), suudab siseneda ruumi meelerahu ja energiaga, mis paneb patsienti end paremini tundma (CES 9=5,0 SD=0,91), suudab konflikti lahendamisel mitte muuta olukorda keerulisemaks (CES 21=5,11 SD=1,15) ning usub, et tal ei ole raskusi patsiendiga suhtlemisel (CES 17=5,17 SD=1,21).

Käesolevas magistritöös kirjeldatakse üliõpilaste keskmise CES-määra erinevust võrreldes erinevate taustamuutujatega. Fassetta (2011) väitel on vanematel üliõpilastel enesetõhusus hoolivuse väljendamisel kõrgem kui noorematel. Käesoleva magistritöö tulemused seda väidet ei kinnita, sest vanusegruppide keskmised ei erine märkimisväärselt.

Fassetta (2011) on saanud huvitava tulemuse ka keskmise hinde ja keskmise CES-määra võrdlemisel: keskmine CES-määr oli kõrge neil üliõpilastel, kelle õppeedukus oli väga hea, ning neil, kelle õppeedukus oli väga madal. Eestis kogutud andmed ei näita üliõpilaste keskmise CES-määra eristumist õppeedukuse põhjal. Pigem kerkib esile sugudevaheline erinevus: naisüliõpilastel on enesetõhususe määr kõrgem kui meesüliõpilastel. Eristavad on ka emakeele alusel jagatud tulemused: eesti keelt kõnelevate üliõpilastel on enesetõhususe määr kõrgem kui mitte-eestlastel.

Fassetta (2011) uuringus ei erinenud keskmine CES-määr uuritavate rahvusest. Magistritöö autor leiab, et Eestis võivad mitte-eestlastest üliõpilaste teistsugused tulemused olla tingitud õpingute käigus edastava teooria mõistmise raskustest ning edaspidi võiks sellele rohkem tähelepanu pöörata. Magistritöö autori hinnangul ei määra hoolivuse väljendamise keskmist CES-määra mitte üliõpilase õpitulemuste, keele või rahvusega seotud taust, vaid pigem kodust kaasa antud väärtused, üliõpilase kogemused, eeskujud ning õppeprotsessi jooksul saadud tagasiside (vrdl Watson (1985), Bandura (1977, 1994) teooriaid). Selle arvamuse kinnitamiseks leiab argumente nii Eestis kogutud andmetest kui ka Sadleri (2003) ja Fassetta (2011) uurimistulemustest.

Watsoni (1985) hoolivuse teooria kohaselt peab üliõpilaste hoolivuse kujunemine jätkuma ametisisese kultuuri kaudu – kogemuse ja eeskuju najal. Nii käesolevas töös kui ka Fassetta (2011) uurimistöös nimetasid üliõpilased õdesid kui hoolivuse eeskujusid teisena, kohe vanemate järel. Käesoleva magistritöö autor leiab, et õenduse seisukohast on see tulemus väga oluline, kuna annab selgelt teada, et üliõpilane õpib hoolivust väljendama, kui praktiseeriv õde näitab ette hoolivat käitumist. Kui õppesituatsioonides ei rõhutata ega rakendata õpitavat oskust

järjepidevalt, ei pea üliõpilased sõnumit piisavalt tähtsaks, et selle nimel pingutada. Fassetta (2011) väidab, et kui üliõpilane ei võta õpingute jooksul omaks sellist ametialast väärtust nagu hoolivus, ei suuda ta suure tõenäosusega seda ka hiljem järgida. Käesoleva magistr töö tulemustest väärib esiletõstmist, et üliõpilased, kelle keskmine CES-määr oli vahemikus 5,0–5,90, tõid peamise hoolivuse eeskujuna 31 korral (44%) esile oma vanemaid. Õde nimetasid neist eeskujuna vaid 18 (25%). Teise ja kolmanda rühma üliõpilased, kelle keskmine CES-määr oli alla 5,0, nimetasid eeskujudena võrdselt nii vanemaid kui ka õdesid.

Sadleri (2003), Fassetta (2011) ning ka käesoleva uurimuse põhjal võib pere ja õdede järel hoolivuse eeskujuna esile tuua õpetajaid. Kuigi Sadleri uurimuses (2003) ning käesolevas magistr töös tõid üliõpilased õpetajat kui hoolivuse eeskujuna esile harva, siis Fassetta (2011) uurimuses nimetati õpetajat eeskujuna sageli. Selle tulemusega on seotud ka Fassetta (2011) väide, et kooli eesmärk on kujundada tugevat ja kestvaid ametialast identiteeti ametiala poolt edendatavate uskumuste ja väärtuste põhjal. Seega on põhjust arvata, et Eesti tervishoiu kõrgkoolide õppejõudude ja õenduspraktika juhendajate väärtuspõhisus ning selle tähtsustamine oma töös vajab paranemist.

5.2. Uurimistöõ usaldusväarsuse tagamine

Uurimistöõ usaldusväarsuse tagamiseks pöörati tähelepanu nii uuritava nähtuse mõõtmise, analüüsi kui ka tulemuste usaldusväarsusele. Uuritava nähtuse taustaks on Bandura (1977, 1994) enesetõhususe teooria ja Watsoni (1985) hoolivuse teooria. Nimetatud teooriad olid aluseks magistr töös uuritava nähtuse tunnuste määramisel ja mõõtmisel. Andmete kogumiseks kasutati *Caring Efficacy Scale* (CES) mõõdikut, mille Coates (1997) koostas nendele kahele teooriale toetudes, et kirjeldada üliõpilaste enesetõhusust hoolivuse väljendamisel. Mõõdik on kooskõlas planeeritava uurimistöõ teoreetiliste ja meetoodiliste lähtekohtadega. CES-mõõdiku eesti ja vene keelde kohandatud väidete õigsust on kontrollinud ja kinnitatud tõlkebüroo Dialog. Pilootturing näitas, et kohandatud väited on arusaadavad. Eri uuringute põhjal võib väita, et CES-mõõdik on valiidne ja reliaabne (Coates 1997, Sadleri 2003, Fassetta 2011). Käesolev kohandatud mõõdiku seesmine kooskõla omab aktsepteeritavat taset - *Cronbachi alfa* on 0,88. Reliaablus ja valiidsus on omavahel seotud. Valiidsuse eelduseks on hea reliaablus. Kui mõõdik on valiidne ja mõõtmise reliaabne, on uuringust saadud andmed usaldusväärsed (Sproull 2002).

CES-mõõdikut ei ole Eestis varem kasutatud. Seega on uurimistööl nii teoreetiline kui ka praktiline väärtus. Kuna osa mõõdiku väiteid oli esitatud eitavas vormis, tekkis autoril nende analüüsimisel ja tõlkimisel kartus, et vastamine võib tekitada probleeme, kui eitavale väitele vastates pakutakse vastuseks negatiivseid väärtusi. Samale probleemile viitas ka Sadler (2003). Magistritöö pilootuuring ning hiljem ka põhiuuring kinnitasid siiski, et negatiivsed väited ei ole mõõdiku täitmisel probleemiks.

Kuna tulemuste usaldusväärsuse tagab esinduslik valim, on magistritöös kasutatud kõikset valimit. Kõikidel valimisse kuulunud üliõpilastel oli õigus otsustada, kas nad soovivad uuringus osaleda või mitte. Mingit sundust ei rakendatud. Uurimistöö tulemuste usaldusväärsuse tõstmiseks ja vastamisprotsendi suurendamiseks kasutati ka venekeelset mõõdikut. Küsitluslehtede tagastamise protsent oli 71%. 199st uuritavast 94 (47%) olid mitte-eestlased. Venekeelseid ankeete kasutati 35 korral, mis kinnitab vajadust venekeelse mõõdiku järele. Kõikse valimiga kogutud andmeid saab üldistada tervele kogumile.

Uurimistöö analüüsi usaldusväärsus sõltub valitud analüüsimeetodi adekvaatsusest ja korrektsusest. Magistritöös on uuritava nähtuse kirjeldamiseks kasutatud kirjeldavat statistikat. Meetod võimaldab kirjeldada üliõpilaste enesetõhusust hoolivuse väljendamisel ja teha kindlaks, milliste hoolivustegurite väljendamisel on üliõpilaste enesetõhusus madal ja milliste puhul kõrge. Enesetõhususe määr on käesolevas töös esitatud keskmist väärtust kasutades. Üliõpilaste enesetõhususe määra ja taustamuutujate erinevuste võrdlemiseks kasutati t-testi ja dispersioonanalüüsi ehk ANOVAt. Tiit ja Möls (1997) väidavad, et kahe-kolme keskmise võrdlemisel on just need meetodid standardseks vahendiks. Seega on tulemuste kirjeldamiseks valitud asjakohane meetod.

5.3. Uurimistöö eetilised aspektid

Enne magistritöö jaoks andmete kogumist uuris autor põhjalikult eetikareegleid, mis puudutavad uurimistöö planeerimist ja teostamist. Reeglitega kursisolek võimaldab ennetada eetiliste probleemide tekkimist ja eetikareeglite rikkumist. Magistritöös on eetikareegleid järgitud korrektselt. Kõige keerukamaks osutus andmete kogumine, sest kuigi täidetud ankeedid koguti kinnistes ümbrikutes ja anonüümselt, kogusid neid siiski ju õpetajad ja sellest tulenevat võisid üliõpilased tunda kohustust uurimistöös osaleda. Sellisele järeldusele on autor jõudnud isikliku kogemuse põhjal, leides kinnitust faktist, et kui mõõdikuid jagatakse elektroonselt, on vastamise

protsent tunduvalt madalam. Uurimistöös osalevad pigem need, kes ise on uurimistööd kirjutanud ja teavad, kui raske on leida vabatahtlikke osalejaid ning kui oluline on iga täidetud mõõdik. Magistritöö autor leiab, et uurimistöös osalemise passiivsus võib olla tingitud sellest, et õenduspraktikas ja õenduspedagoogikas ei väärtustata ega kasutata uurimistööde tulemusi piisavalt.

5.4. Uurimistöö kitsaskohad

Mõõdiku väited on tõlgitud inglise keelest. Selle tulemusel ei kõla kõik väited eesti ja vene keeles nii hästi kui originaalkeeles. Edaspidi oleks oluline kohandada mõõdiku väiteid keeleliselt paremaks, kuid samas tuleb säilitada nende sisuline vastavus originaalile. Kindlasti tasub üle vaadata järgmiste väidete tõlkimine. CES 14: *I use what I learn in conversations with clients/patients to provide more individualized care.* Autori kasutatud tõlge: „kasutan patsientide vestlustest saadud teavet isikupärasema hoolduse pakkumisel“. Tänapäeval ei kasutata õenduses terminit „isikupärane“, vaid „individuaalne“ õendusabi.

Magistritöös on uuritavateks eesti kõrgkoolide viimase kursuse üliõpilased. Kuna vastajate nimesid uuringu käigus ei küsitud ja andmete kogumine kestis mitu päeva, siis puudus ülevaade, kes on juba vastanud ja kes mitte. Sellist olukorda on raske vältida, kui soovitakse vastajatele tagada anonüümsus. Essen, Sjoden (1995) ja Sadler (2003) on arvamusel, et anonüümsuse puudumine soodustab ebaausat vastamist, mistõttu tuleb vastajatele kindlasti anonüümsus tagada. Samuti tekitas muret asjaolu, et tegemist on enesehindamise mõõdikuga. Coates (1997) ja Sadler (2003) on välja toodud mõningaid olulisi enesehindamise puudusi, mida peaks seda laadi mõõdikuid kasutades arvestama. Magistritöö autor leiab, et tulemuste usaldusväärsuse tõstmiseks võiks üliõpilasega samal ajal mõõdikut täita ka tema õpetaja või patsient.

Uurimistöös küsiti üliõpilastelt taustaandmeid ja ilmnes, et küsimus hoolivuse eeskju kohta vajab täiendamist. Nimelt märkis 199st uuritavast 42 (21%), et nende hoolivuse eeskjuks on „keegi muu“. Tulemusi analüüses leiab autor, et antud küsimust peaks täiendama laiendiga, et uuritav saaks ise lisada, kes see muu on. Laiendi lisamine annaks parema ülevaate võimalikest hoolivuse eeskjudest.

5.5. Uued uurimisprobleemid

Uurimistulemustele ja arutelule tuginedes teeb töö autor järgmised ettepanekud:

1. Viia läbi uuring, kus CES-mõõdiku küsimustele vastavad paralleelselt nii üliõpilased kui ka samade üliõpilaste õpetajad või patsiendid.
2. Viia läbi longituuduuring, mille puhul küsitletakse samu üliõpilasi esimesel ja viimasel kursusel ning saadud tulemuste põhjal analüüsida, kas õe õppekava arendab üliõpilastes enesetõhusust hoolivuse väljendamisel.

6. JÄRELDUSED

Enesetõhusust hoolivuse väljendamisel mõõdeti 1997. aastal loodud ja mujal maailmas rakendust leidnud usaldusväärse CES-mõõdikuga. Eesti üliõpilaste enesetõhususe määr hoolivuse väljendamisel oli 4,69 (SD=1,15). Erinevate väidete keskmine CES-määr jäi vahemikku 3,66–5,23.

Eesti tervishoiukõrgkoolide õe õppekava viimase kursuse naisüliõpilaste enesetõhususe määr hoolivuse väljendamisel on kõrgem kui meesüliõpilastel ning eestlastel kõrgem kui mitte-eestlastel. Üliõpilaste keskmine CES-määr ei eristu õppeedukuse ja vanuse põhjal. Tähelepanuväärne on, et hoolivuse väljendamise eeskujudena nimetasid üliõpilased enamasti oma vanemaid, harvem teisi õdesid ning mõnel juhul oma õpetajaid.

KASUTATUD KIRJANDUS

Amendolair, D. (2007). Caring behaviors and job satisfaction: A study of registered nurses in medical surgical units in north and south carolina acute care hospitals. Capella University.

Baldursdottir, G., Jonsdottir, H. (2002). The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart and Lung*, 31(1): 67-75.

Benner, P. (1984). From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Addison-Wesley Publishing Company, California.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unified theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*, Vol 44, 9, 1175-1184.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Eds.), *Encyclopedia of human behavior*, 4, 71-81. New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Eds.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).

Branch, W. T. (2000). Supporting the moral development of medical students. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 503-508.

Brilovski, G. A., Wendler, M. C. (2005). An evolutionary concept analysis of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6): 641–650.

Burns, N., Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique and Utilization*. Elsevier, Saint Louis.

Chun-Heung, L., French, P. (1997). Education in the practicum: a study of the ward learning climate in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 26(3): 455-462.

(järgneb)

Coates, C. J. (1997). The caring efficacy scale: Nurses self-reports of caring in practice settings. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3(1): 53-59.

Clouder, L. (2005). Caring as a threshold concept: transforming students in higher education into health (care) professionals. *Teaching in Higher Education*, 10(4): 505-517.

Cook, P., Cullen, J. (2003). Caring as an Imperative for Nursing Education. *Nursing Education Perspectives*, 24(4): 192-198.

Duffy, J. (2009). Quality caring in nursing. Applying Theory to Clinical Practice, Education, and Leadership. New York.

Greenhalgh, J., Vanhanen, V., Kyngas, H. (1998). Nurse caring behaviors. *Journal of Advanced Nursing*, 27(5): 927-932.

Essen, L., Sjoden, P. O. (1995). Perceived occurrence and importance of caring behaviours among patient and staff in psychiatric, Medical and nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 266-276.

Fassetta, M. E. (2011). Faculty utilization of role modeling to teach caring behaviors to baccalaureate nursing students. *Proquest LLC*

Fealy, G. M. (1995). Professional caring: the moral dimension. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6): 1135-1140.

Finfgeld-Connett, D. (2008). Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 196-204.

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

Jurevitš, N. (2004). Rakendusstatistika. Tallinn, Ilo AS.

(järgneb)

Khademian, Z., Vizesfar, F. (2008). Nursing students perceptions of the importance of caring behaviors. *Journal of Advanced Nursing*, 61(4): 456-462.

Labrague, L. J. (2012). Caring competencies of baccalaureate nursing students of samar state university. *Journal of nursing Education and Practice*, 2(4): 105-113.

Lejk, M., Wyvill, M. (2001). Peer Assessment of Contributions to a Group Project: a comparison of holistic and category-based approaches. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 26(1): 61-72.

Liu, J., Mok, E., Wong, T. (2006). Caring in nursing: investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijing, China. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 188-196

Mlinar, S. (2010). First- and third- year student nurses perceptions of caring behaviours. *Nursing Ethics*, 17(4): 491-500.

Resolution research: A Full Service Market Research Company Performing both Qualitative Market Research and Quantitative Market Research.

<https://www.resolutionresearch.com/results-calculated.html> (30.10.2013)

Robb, M. (2012). Self-Efficacy with application to nursing education: a concept analysis. *Nursing forum*, 47(3): 166-173.

Roomets, S. (2000). Statistika algkursus. Teine, täiendatud trükk. AS Relellis. Tallinn.

Ruhotiele, P. (2009). Ametialane kompetentsus ja selle arendamine. *Elukestev õpe: õppimise kunst*, 2, 6-15.

Sadler, J. (2003). A pilot study to measure the caring efficacy of baccalaureate nursing students. *Nursing Education Perspectives*, 24(6): 295-300.

(järgneb)

Sauga, A. (2005). Kvantitatiivsed meetodid majanduses. Tallinn.

http://www.sauga.pri.ee/audentes/download/kvantmeetod_lk1_18.pdf (01.02.2014).

Spruull, N. L. (2002). Handbook of research methods: a guide for practitioners and students in the social sciences. Scarecrow Press. London.

Suliman, W. A., Welmann, E., Omer, T., Laisamma, T. (2009). Applying Watsonis nursing theory to assess patient perceptions of being vared for in a multicultural environment. *Journal of Nursing Research*, 17(4): 293-300.

Tiit, E. M., Möls, M. (1997). Rakendusstatistika lühikursus. Tartu Ülikooli Kirjastus.

Trump, K. (2012). Akadeemilise enesetõhususe skaala psühhomeetriliste omaduste hindamine. Seminaritöö. Psühholoogia instituut. Tartu Ülikool.

Watson, J. (1985). Nursing: human science and human care: a theory of nursing. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Watson, J. (1988). Nursing: Human Science and Human Care: A Theory of Nursing. National League for Nursing, New York.

Watson, R., Deary, I. J. (1999). A longitudinal study into the perceptions of caring and nursing among student nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5), 1228-1237.

Wilkes, L., Wallis, M. (1998). A model of professional nurse caring: nursing students experience. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 582-589.

Wilkin, K. (2003). The meaning of caring in the practice of intensive care nursing. *Journal of Nursing Research*, 12(20), 1178-85.

Zulkosky, K. (2009). Self-Efficacy: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 44(2): 92-100.

LISAD

LISA 1. Proovi uuringu küsimused

Prooviuuringus osalejatel palutakse anda tagasisidet küsimuste/väidete selguse ja asjakohasuse ning küsimustiku täitmise kohta.

1. Millised väited või sõnad olid raskesti mõistetavad? (Märkige väite number ja/või sõna.)

2. Millised väited olid halvasti sõnastatud? (Märkige väite number.)

3. Millistele väidetele oli raske vastata? (Märkige väite number.)

Põhjendage, miks oli raske vastata? _____

4. Kas mõni väide oli puudu?(Märkige ristiga sobiv vastusevariant.)

Ei Jah*

*** Kui vastasite jah, siis mida peaks veel küsima?**

5. Kas mõni väide oli üleliigne või sobimatu? (Märkige ristiga sobiv vastusevariant.)

Ei Jah*

*** Kui vastasite jah, siis mille peaks välja jätma? (Märkige küsimuse/väite number.)**

Põhjendage, miks selle väite peaks välja jätma?

6. Kui kaua võttis küsimustiku täitmine aega?

7. Mida soovite lisada küsimustiku või selle täitmise kohta

LISA 2. LUBA „Caring Efficacy Scale“ (CES) mõõdiku tõlkimiseks ja kasutamiseks.

Coates Research and Measurement Consulting

1441 Snowmass Court

Boulder, Colorado 80305

Tel. and FAX 303 499-5756

Email: coatescj@comcast.net

Website: www.caringefficacyscale.com

December 12, 2012

Ljumila Limnik

Department of Nursing Science

Faculty of Medicine, University of Tartu

9 Nooruse Street

Tartu, Estonia 50411

.Re: Request to use the Caring Efficacy Scale in your thesis project

Dear Ms. Limnik,

Thank you for your request to use the Caring Efficacy Scale (CES), a 30-item self-report scale for your thesis research project. You have my permission to use the CES in your study outlined in your email of December, 2012.

Please keep in touch about the scoring process and your progress. I am interested in the validity and reliability information you will generate relevant to the CES.

I ask that you send me a copy of your completed research study and any resulting publications.

Sincerely, Carolie J. Coates PhD

LISA 3. CES-mõõdik. Originaal

Coates (Copyright)

Version B

30 items

Instructions: When completing these items, think of your work in clinical settings and/or similar experiences. Complete the following scale based on your work with clients or patients. Please indicate your degree of agreement with each item. (Circle the number which best expresses your opinion.)

Rating Scale:

-3 strongly disagree	+1 slightly agree
-2 moderately disagree	+2 moderately agree
-1 slightly disagree	+3 strongly agree

1. I do not feel confident in my ability to express a sense of caring to my clients/patients
-3 -2 -1 +1 +2 +3
2. If I am not relating well to a client/patient, I try to analyze what I can do to reach him/her.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
3. I feel comfortable in touching my clients/patients in the course of care giving.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
4. I convey a sense of personal strength to my clients/patients.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
5. Clients/patients can tell me most anything and I won't be shocked.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
6. I have an ability to introduce a sense of normalcy in stressful conditions.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
7. It is easy for me to consider the multi-facets of a client's/patient's care, at the same time as I am listening to them.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
8. I have difficulty in suspending my personal beliefs and biases in order to hear and accept a client/patient as a person.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
9. I can walk into a room with a presence of serenity and energy that makes clients/patients feel better.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
10. I am able to tune into a particular client/patient and forget my personal concerns.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
11. I can usually create some way to relate to most any client/patient.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
12. I lack confidence in my ability to talk to clients/patients from backgrounds different from my own.

(järgneb)

- 3 -2 -1 +1 +2 +3
13. I feel if I talk to clients/patients on an individual, personal basis, things might get out of control.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
14. I use what I learn in conversations with clients/patients to provide more individualized care.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
15. I don't feel strong enough to listen to the fears and concerns of my clients/patients.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
16. Even when I'm feeling self-confident about most things, I still seem to be unable to relate to clients/patients.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
17. I seem to have trouble relating to clients/patients.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
18. I can usually establish a close relationship with my clients/patients.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
19. I can usually get patients/clients to like me.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
20. I often find it hard to get my point of view across to patients/clients when I need to.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
21. When trying to resolve a conflict with a client/patient, I usually make it worse.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
22. If I think a client/patient is uneasy or may need some help, I approach that person.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
23. If I find it hard to relate to a client/patient, I'll stop trying to work with that person.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
24. I often find it hard to relate to clients/patients from a different culture than mine.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
25. I have helped many clients/patients through my ability to develop close, meaningful relationships
-3 -2 -1 +1 +2 +3
26. I often find it difficult to express empathy with clients/patients.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
27. I often become overwhelmed by the nature of the problems clients/patients are experiencing.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
28. When a client/patient is having difficulty communicating with me, I am able to adjust to his/her level.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
29. Even when I really try, I can't get through to difficult clients/patients.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
30. I don't use creative or unusual ways to express caring to my clients/patients.
-3 -2 -1 +1 +2 +3

Word file: CARINGB.SLF

Please contact Dr. Carolie Coates, 1441 Snowmass Court, Boulder, Colorado 80305 USA for permission and scoring information. Email: coatescj@comcast.net tel. and fax: 303-499-5756
<http://www.caringefficacyscale.com>

LISA 3.1. CES-mõõdik. Eesti keelne variant.

Lugupeetud viimase kursuse üliõpilased!

Kutsun Teid osalema uurimistöös: EESTI TERVISHOIUKÕRGKOOLOIDE ÕE ÕPPEKAVA VIIMASE KURSUSE ÜLIÕPILASTE ENESETÕHUSUS HOOLIVUSE VÄLJENDAMISEL PATSIENTIDE SUHTES: ENESEHINDAMISE MÕÕDIKU „CES“ TULEMUSED mille eesmärgiks on kirjeldada Tartu ja Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolide viimase kursuse üliõpilaste arvamust oma võime kohta väljendada hoolivust patsientide suhtes. Hoolivus on õendusteooria ja –praktika lahutamatu osa ja üks kutseala põhiväärtustest. Professionaalse hoolivuse kujundamine õeks õppimise ja kujunemise protsessis peab olema süsteemne, järjepidev ja tõenduspõhine tegevus. Uuringutulemustest lähtuvalt on vajadusel võimalik edaspidi õppeprotsessi suunata ning nimetatud oskust täiendada.

Uuringus osalemine on vabatahtlik. Küsimustikule saate vastata kirjalikult paberkandjal. Teie anonüümsus on tagatud, kuna küsimustikku täites ei küsita Teie nime. Täidetud küsimustikud tagastage kinnises ümbrikus teie õpetajale. Kogutud andmed summeeritakse, uurimistöö tulemused üldistatakse ning neid ei ole võimalik seostada Teie isikuga.

Küsimustik koosneb 30-st väitest ning oleks hea, kui varuksite selle täitmiseks umbes pool tundi. Kui olete otsustanud küsimustiku täita, siis palun Teil kindlasti **vastata kõigile küsimustele**.

Küsimustiku täitmisel ette tulevate probleemide korral või küsimuste tekkimisel saate ühendust võtta uurimistöö läbiviijaga, Tartu Ülikooli arstiteaduskonna õendusteaduse magistrandiga, Ljudmila Linnikuga, helistades 53318112 või kirjutades aadressile ljudmila.linnik@kliinikum.ee

Teid koostöö eest ette tänades,

Ljudmila Linnik

Õendusteaduse magistrant

Tartu Ülikool

(järgneb)

HOOLIVUSE TÕHUSUSE MÕÕDIK

Juhised: Arvamuse avaldamisel mõelge oma tööle tervishoiuasutuses ja/või samalaadsetele kogemustele.

Avaldage oma arvamust toetudes oma tööle klientide või patsientidega.

Palun näidake, mil määral nõustute iga punktiga (tõmmake ring ümber numbrile, mis väljendab teie arvamust kõige paremini).

Hindamiskaala:

-3 üldse mitte nõus	+1 pigem nõus
-2 üldiselt mitte nõus	+2 üldiselt nõus
-1 pigem mitte nõus	+3 täiesti nõus

1. Ma ei ole kindel, et oskan väljendada hoolivust oma patsientide suhtes.

-3 -2 -1 +1 +2 +3

2. Kui ma ei suuda patsiendiga häid suhteid luua, siis püüan analüüsida, mida teha, et temani jõuda. -3

-2 -1 +1 +2 +3

3. Patsiendi puudutamine hooldamise käigus ei tekita minus ebamugavust.

-3 -2 -1 +1 +2 +3

4. Ma suudan aidata oma patsientidel leida sisemist jõudu.

-3 -2 -1 +1 +2 +3

5. Patsiendid võivad rääkida mulle ükskõik millest ning see ei häiri mind.

-3 -2 -1 +1 +2 +3

6. Stressirohketes situatsioonides oskan taastada normaalse olukorra.

-3 -2 -1 +1 +2 +3

7. Minu jaoks ei ole keeruline pakkuda patsiendile igakülgset hoolitsust teda samal ajal kuulates. -3

-2 -1 +1 +2 +3

8. Minu jaoks on raske alla suruda isiklike tõekspidamisi ja eelarvamusi selleks, et kuulata ja

aktsepteerida patsienti kui isiksust. -3 -2 -1 +1 +2 +3

9. Suudan siseneda ruumi meelerahu ja energiaga, mis paneb patsiente end paremini tundma. -3 -2

-1 +1 +2 +3

10. Olen võimeline häälestuma konkreetse patsiendi lainele unustades isiklikud mured.

-3 -2 -1 +1 +2 +3

11. Oskan tavaliselt leida tee iga patsiendini.

-3 -2 -1 +1 +2 +3

(järgneb)

Hindamiskaala:

-3 üldse mitte nõus	+1 pigem nõus
-2 üldiselt mitte nõus	+2 üldiselt nõus
-1 pigem mitte nõus	+3 täiesti nõus

12. Ma ei ole kindel, et suudan rääkida patsientidega, kelle taust on minu omast erinev.

-3 -2 -1 +1 +2 +3

13. Tunnen, et kui räägin patsientidega isiklikel teemadel, siis võin kaotada olukorra üle kontrolli. -3 -2

-1 +1 +2 +3

14. Kasutan patsientide vestlustest saadud teavet isikupärasema hoolduse pakkumisel. -3 -2 -1

+1 +2 +3

15. Ma ei tunne end piisavalt kindlalt patsientide hirme ja muresid kuulates.

-3 -2 -1 +1 +2 +3

16. Isegi kui ma olen enesekindel enamikes asjades, ei suuda ma ikkagi suhelda patsientidega. -3 -2

-1 +1 +2 +3

17. Mul on raskusi patsientidega suheldes.

-3 -2 -1 +1 +2 +3

18. Suudan tavaliselt luua lähedasi suhteid oma patsientidega.

-3 -2 -1 +1 +2 +3

19. Suudan tavaliselt end oma patsientidele meeldivaks teha.

-3 -2 -1 +1 +2 +3

20. Mul on sageli raske edastada oma seisukohti Patsientidele kui mul seda vaja on.

-3 -2 -1 +1 +2 +3

21. Püüdes lahendada konflikti patsiendiga, muudan olukorra tavaliselt halvemaks.

-3 -2 -1 +1 +2 +3

22. Kui mulle tundub, et patsient on murelik või vajab abi, siis proovin temaga rääkida.

-3 -2 -1 +1 +2 +3

23. Kui mul on raske patsiendiga suhelda, siis loobun temaga koostööd tegemast.

-3 -2 -1 +1 +2 +3

24. Mul on sageli raske suhelda teistsuguse kultuuritaustaga patsientidega.

-3 -2 -1 +1 +2 +3

25. Olen aidanud palju patsiente luues lähedasi ja sisukaid suhteid

-3 -2 -1 +1 +2 +3

(järgneb)

Hindamiskaala:

-3 üldse mitte nõus	+1 pigem nõus
-2 üldiselt mitte nõus	+2 üldiselt nõus
-1 pigem mitte nõus	+3 täiesti nõus

26. Mul on sageli raske väljendada empaatiatunnet patsientide suhtes.

-3 -2 -1 +1 +2 +3

27. Tunnen sageli, et elan liialt kaasa patsientide probleemidele.

-3 -2 -1 +1 +2 +3

28. Kui patsiendil on raskusi minuga suhtlemisel, siis suudan ma end temaga ühele tasandile viia. -3

-2 -1 +1 +2 +3

29. Isegi kui ma väga pingutan, ei suuda ma leida ühist keelt keerukate patsientidega.

-3 -2 -1 +1 +2 +3

30. Ma ei kasuta loomingu- ega ebatavalisi viise, et väljendada hoolivust patsientide suhtes. -3 -2

-1 +1 +2 +3

A. Te olete:

Naine Mees

B. Te vanus aastates:

20-29 30-39 40-49 50-59 60 ja üle

C. Teie rahvus?

Eestlane Venelane Muu ...

D. Milline on Teie õpeedukuse keskmine näitaja:

1.7 (70-72.9) 2.0 (73-76.9) 2.3 (77-79.9) 2.7 (80-82.9)
 3.0 (83-86.9) 3.3 (87-89.9) 4.0 (96-100) ei tea edukust

E. Kes on Teile hoolivuse eeskujuks (võib olla mitu varianti)?

Ajalooline isik

Tuntud meediaisik

Noor kolleeg (tervishoiu töötaja)

Vanem kolleeg (vanuse poolest, tervishoiu töötaja)

Vanemad

Sugulased

Õpetaja

Muu

LISA 3.2. CES-mõõdik. Vene keelne variant

Уважаемые студенты выпускных курсов!

Приглашаю вас принять участие в исследовательской работе: „**МНЕНИЕ СТУДЕНТОВ ВЫПУСКНЫХ КУРСОВ ЭСТОНСКИХ ВЫСШИХ МЕДИЦИНСКИХ ШКОЛ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ МЕДСЕСТРА ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОТЫ О ПАЦИЕНТАХ**“ целью которой является описание мнений студентов Высших медицинских школ Тарту и Таллинна о возможности проявления заботы о пациентах. Исходя из результатов исследования, при необходимости, возможно в дальнейшем корректировать учебный процесс и дополнять названные умения. На вопросы можете отвечать письменно на бумажном носителе. Анонимность гарантирована, так как при заполнении анкеты Ваше имя не требуется. Заполненный вопросник возвратите в запечатанном конверте вашему преподавателю. Собранные данные суммируются, итоги исследовательской работы обобщаются, и данные невозможно связать с конкретным лицом.

Вопросник состоит из 30 тезисов, и было бы хорошо, если бы Вы нашли для этой работы примерно полчаса. Если Вы решили заполнить вопросник, пожалуйста, **обязательно ответьте на все вопросы.**

При возникновении проблем или вопросов во время заполнения вопросника, можете связаться с лицом, проводящим исследовательскую работу. Это Людмила Линник, магистрант отделения обучения медицинских сестер медицинского факультета Тартуского Университета. Ей можно позвонить по номеру 53318112 или написать по адресу ljudmila.linnik@kliinikum.ee

Спасибо и Благодарю за сотрудничество!

Людмила Линник

Магистрант отделения обучения медицинских сестер медицинского факультета

Тартуского Университета

(järgneb)

Шкала оценки:

-3 абсолютно не согласен/не согласна -2 умеренно не согласен/не согласна
-1 в слабой степени не согласен/не согласна +1 в слабой степени согласен/согласна
+2 умеренно согласен/согласна +3 абсолютно согласен/согласна

11. Как правило, я умею находить способ наладить контакт с большинством моих пациентов. -3
-2 -1 +1 +2 +3
12. Мне не хватает уверенности при общении с пациентами, которые имеют воспитание, отличное от моего. -3 -2 -1 +1 +2 +3
13. Мне кажется, что если я буду использовать слишком индивидуальный подход к пациентам, ситуация может выйти из-под контроля.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
14. Чтобы предоставить пациентам более индивидуальный уход, я использую в разговорах полученную от них информацию.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
15. Я не чувствую себя достаточно сильным/сильной, чтобы выслушивать страхи и проблемы своих пациентов. -3 -2 -1 +1 +2 +3
16. Даже если я чувствую себя уверенно относительно большинства вопросов, я всё-таки не могу наладить контакт с пациентами.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
17. У меня имеются проблемы с налаживанием контакта с пациентами.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
18. Как правило, мне удастся наладить тесный контакт с моими пациентами.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
19. Как правило, я нравлюсь пациентам. -3 -2 -1 +1 +2 +3
20. Мне часто сложно объяснить пациентам свою точку зрения, когда мне нужно это сделать. -3
-2 -1 +1 +2 +3
21. Если мне нужно уладить конфликтную ситуацию с пациентом, как правило, я только усугубляю её. -3 -2 -1 +1 +2 +3
22. Если мне кажется, что пациент чувствует себя неловко или нуждается в помощи, я подхожу к этому человеку и предлагаю свою помощь.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
23. Если мне сложно наладить контакт с пациентом, я прекращаю работу с таким человеком. -3
-2 -1 +1 +2 +3
24. Зачастую мне сложно наладить контакт с пациентами, которые имеют культурное происхождение, отличное от моего. -3 -2 -1 +1 +2 +3
25. Я помог/помогла многим пациентам посредством своей способности налаживать тесные, прочные отношения. -3 -2 -1 +1 +2 +3

LISA 4. Luba Tartu Ülikooli Inimuuringute eetika komiteelt

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Research Ethics Committee of the University of Tartu (UT REC)

Protokolli number: 228/T-10

koosolek: 26.08.2013

Vastutav uurija (asutus):

Ljudmila Linnik (Tartu Ülikool, arstiteaduskond, õendusteaduse osakond, Nooruse 9, 50411 Tartu)

Uurimistöö nimetus:

Eesti tervishoiukõrgkoolide õe õppekava viimase kursuse üliõpilaste arvamus enesetõhususest väljendada hoolivust patsientide suhtes

Komitee koosseis:

Nimi	Asutus, amet	Osalemine otsuse tegemisel
Aime Keis (esimees)	TÜ arstiteaduskond, lektor	+
Oivi Uibo (aseesimees)	TÜ arstiteaduskond, dotsent	+
Ruth Kalda	TÜ arstiteaduskond, professor	+
Vahur Ööpik	TÜ kehakultuuriteaduskond, professor	+
Vallo Olle	TÜ õigusteaduskond, dotsent	+
Arvo Tikk	TÜ arstiteaduskond, emeritprofessor	+
Mare Remm	Tartu Tervishoiu Kõrgkool, õppejõud-dotsent	+
Anu Masso	TÜ sotsiaal- ja haridusteaduskond, vanemteadur	-
Maire Peters	TÜ arstiteaduskond, vanemteadur	+
Küllli Jaako	TÜ arstiteaduskond, vanemteadur, vanemassistent	-
Kaia Kastepõld-Tõrs	TÜ sotsiaal- ja haridusteaduskond, lektor	+
Naatan Haamer	TÜK naistekliinik, hingehoidja	+
Kristi Lõuk	TÜ filosoofiateaduskond, projektijuht	+

Komiteele läbivaatamiseks esitatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt, täiendatud 10.09.2013
2. Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm
3. Uuritavate demograafilised andmed ja taustaandmed
4. Originaalmõõdik- Caring efficacy scale (CES)
5. Luba Caring efficacy scale (CES) mõõdiku tõlkimiseks ja kasutamiseks
6. Hoolivuse tõhususe mõõdik (eesti keeles ja vene keeles), täiendatud 10.09.2013
7. Pilootuuringu küsimused
8. Vastutava uurija CV (L.Linnik), juhendaja CV (R.Urban) ja kaasjuhendaja CV (E.Uibu)

Komitee otsus: Luba antud uurimistööks.

Uuringu lõpp: juuni 2014

Komitee aseesimees: Oivi Uibo



(järgneb)

Eveli Kadarik

Komitee vastutav sekretär: Eveli Kadarik

Väljastatud: 17.09.2013

Tartu Ülikool
Teadus-ja arendusosakond
Lossi 3
51003, Tartu, Eesti

tel: (+372) 7 375 514

LISA 5. CES mõõdiku tõlkimise korrektsuse otsus

HOOLIVUSE TÕHUSUSE MÕÕDIK

Coates (autoriõigus)

Variant B

30 punkti

Juhised: Arvamuse avaldamisel mõelge oma tööle meditsiinasutuses ja/või samalaadsetele kogemustele. Avaldage oma arvamust toetudes oma tööle klientide või patsientidega. Palun näidake, mil määral nõustute iga punktiga. (Tõmmake ring ümber numbrile, mis väljendab teie arvamust kõige paremini.)

Hindamiskaala:

-3 üldse mitte nõus	+1 pigem nõus
-2 üldiselt mitte nõus	+2 üldiselt nõus
-1 pigem mitte nõus	+3 täiesti nõus

	üldse mitte nõus				täiesti nõus	
1. Ma ei ole kindel, et oskan väljendada hoolivust oma klientide/patsientide suhtes.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
2. Kui ma ei suuda kliendi/patsiendiga häid suhteid luua, siis püüan analüüsida, mida teha, et temani jõuda.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
3. Tunnen end mugavalt, kui puudutan kliente/patsiente nende eest hoolitsemise käigus.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
4. Annan oma klientidele/patsientidele edasi meelekindlust.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
5. Kliendid/patsiendid võivad rääkida mulle ükskõik millest ning see ei häiri mind.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
6. Stressirohketes situatsioonides oskan taastada normaalse olukorra.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
7. Minu jaoks ei ole keeruline pakkuda kliendile/patsiendile igakülgset hoolitsust teda samal ajal kuulates.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
8. Minu jaoks on raske alla suruda isiklike tõekspidamisi ja eelarvamusi selleks, et kuulata ja aktsepteerida klienti/patsienti kui isiksust.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
9. Suudan siseneda ruumi meelerahu ja energiaga, mis paneb kliente/patsiente end paremini tundma.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
10. Olen võimeline häälestuma konkreetse kliendi/patsiendi laienele ja unustama isiklikud mured.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
11. Oskan tavaliselt leida tee iga kliendini/patsiendini.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
12. Ma ei ole kindel, et suudan rääkida klientide/patsientidega, kelle taust on minu omast erinev.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
13. Tunnen, et kui räägin klientide/patsientidega isiklikel teemadel, siis võin kaotada olukorra üle kontrolli.	-3	-2	-1	+1	+2	+3

(järgneb)

14. Kasutan klientide/patsientide vestlustest saadud teavet isikupärasema hoolduse pakkumisel.

-3 -2 -1 +1 +2 +3

Hindamiskaala:

-3 üldse mitte nõus +1 pigem nõus
 -2 üldiselt mitte nõus +2 üldiselt nõus
 -1 pigem mitte nõus +3 täiesti nõus

	üldse mitte nõus				täiesti nõus
15. Ma ei tunne end piisavalt kindlalt klientide/patsientide hirme ja muresid kuulates.	-3	-2	-1	+1	+2 +3
16. Isegi kui ma olen enesekindel enamikes asjades, ei suuda ma ikkagi suhelda klientide/patsientidega.	-3	-2	-1	+1	+2 +3
17. Mul on raskusi klientide/patsientidega suheldes.	-3	-2	-1	+1	+2 +3
18. Suudan tavaliselt luua lähedasi suhteid oma klientide/patsientidega.	-3	-2	-1	+1	+2 +3
19. Suudan tavaliselt end oma patsientidele/klientidele meeldivaks teha.	-3	-2	-1	+1	+2 +3
20. Mul on sageli raske edastada oma seisukohti patsientidele/klientidele, kui mul seda vaja on.	-3	-2	-1	+1	+2 +3
21. Püüdes lahendada konflikti kliendi/patsiendiga, muudan olukorra tavaliselt halvemaks.	-3	-2	-1	+1	+2 +3
22. Kui mulle tundub, et klient/patsient on murelik või vajab abi, siis proovin temaga rääkida.	-3	-2	-1	+1	+2 +3
23. Kui mul on raske kliendi/patsiendiga suhelda, siis loobun temaga koostööd tegemast.	-3	-2	-1	+1	+2 +3
24. Mul on sageli raske suhelda teistsuguse kultuuritaustaga klientide/patsientidega.	-3	-2	-1	+1	+2 +3
25. Olen aidanud palju kliente/patsiente luues lähedasi ja sisukaid suhteid.	-3	-2	-1	+1	+2 +3
26. Mul on sageli raske väljendada empaatiatunnet klientide/patsientide suhtes.	-3	-2	-1	+1	+2 +3
27. Tunnen sageli, et elan liialt kaasa klientide/patsientide probleemidele.	-3	-2	-1	+1	+2 +3
28. Kui kliendil/patsiendil on raskusi minuga suhtlemisel, siis suudan ma end temaga ühele tasandile viia.	-3	-2	-1	+1	+2 +3
29. Isegi kui ma väga pingutan, ei suuda ma leida ühist keelt keerukate klientide/patsientidega.	-3	-2	-1	+1	+2 +3
30. Ma ei kasuta loominguilisi ega ebatavalisi viise, et väljendada hoolivust klientide/patsientide suhtes.	-3	-2	-1	+1	+2 +3

(järgneb)

Wordi fail: CARINGB.SLF

Palun võtke loa ja hindamisteabe saamiseks ühendust dr Carolie Coatesiga, 1441 Snowmass Court, Boulder, Colorado 80305
Ameerika Ühendriigid. E-post: coatescj@comcast.net tel ja fax: 303-499-5756 <http://www.caringefficacyscale.com>

*Tekst on kontrollitud ja korrigeeritud tõlkebüroos DIALOG. Reg. Nr. 10050341,
Turu 9, Tartu 51004, Eesti.*

Maria Piik
Tõlkekorraldaja asendaja



(järgneb)

ШКАЛА ЭФФЕКТИВНОСТИ УХОДА

Coates (Copyright)

Версия В

30 утверждений

Инструкции: Прорабатывая эти утверждения, подумайте о Вашей работе в клинических условиях и/или о другом аналогичном опыте работы. Заполните шкалу, основываясь на Вашей работе с клиентами или пациентами. Пожалуйста, укажите, насколько Вы согласны с каждым из утверждений. (Обведите цифру, которая наилучшим образом отображает Вашу точку зрения).

Шкала оценки:

-3 абсолютно не согласен/не согласна	+1 в слабой степени согласен/согласна
-2 умеренно не согласен/не согласна	+2 умеренно согласен/согласна
-1 в слабой степени не согласен/не согласна	+3 абсолютно согласен/согласна

		абсолютно не согласен/не согласна				абсолютно согласен/согласна
1. Я не уверен/не уверена в своей способности выражать заботу по отношению к своим клиентам/пациентам.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
2. Если у меня не получается наладить контакт с клиентом/пациентом, я пытаюсь проанализировать, что я могу сделать, чтобы наладить контакт.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
3. Я чувствую себя вполне комфортно, когда дотрагиваюсь до клиентов/пациентов во время общения с ними.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
4. Я внушаю чувство уверенности своим клиентам/пациентам.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
5. Клиенты/пациенты могут рассказывать мне всё, что угодно, и меня это не шокирует.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
6. Я умею возвращать людей к реальности в стрессовой ситуации.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
7. Мне легко воспринимать многогранность ухода за клиентом/пациентом, пока я выслушиваю их.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
8. Мне сложно отстраниться от собственных взглядов и предубеждений, пытаюсь выслушать клиента/пациента и принять его/её, как личность.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
9. Я захожу в помещение, вселяя безмятежность и даря энергию, благодаря чему мои клиенты/пациенты чувствуют себя намного лучше.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
10. Я могу проникнуться проблемами конкретного клиента/пациента и забыть о собственных проблемах.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
11. Как правило, я умею находить способ наладить контакт с большинством моих клиентов/пациентов.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
12. Мне не хватает уверенности при общении с клиентами/пациентами, которые имеют воспитание, отличное от моего.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
13. Мне кажется, что если я буду использовать слишком индивидуальный подход к клиентам/пациентам,						

(järgneb)

ситуация может выйти из-под контроля. -3 -2 -1 +1 +2 +3

14. Чтобы предоставить клиентам/пациентам более индивидуальный уход, я использую в разговорах полученную от них информацию. -3 -2 -1 +1 +2 +3

Шкала оценки:

-3 абсолютно не согласен/не согласна +1 в слабой степени согласен/согласна
 -2 умеренно не согласен/не согласна +2 умеренно согласен/согласна
 -1 в слабой степени не согласен/не согласна +3 абсолютно согласен/согласна

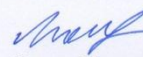
	абсолютно не согласен/не согласна				абсолютно согласен/согласна		
15. Я не чувствую себя достаточно сильным/сильной, чтобы выслушивать страхи и проблемы своих клиентов/пациентов.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	
16. Даже если я чувствую себя уверенно относительно большинства вопросов, я всё-таки не могу наладить контакт с клиентами/пациентами.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	
17. У меня имеются проблемы с налаживанием контакта с клиентами/пациентами.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	
18. Как правило, мне удается наладить тесный контакт с моими клиентами/пациентами.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	
19. Как правило, я нравлюсь клиентам/пациентам.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	
20. Мне часто сложно объяснить клиентам/пациентам свою точку зрения, когда мне нужно это сделать.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	
21. Если мне нужно уладить конфликтную ситуацию с клиентом/пациентом, как правило, я только усугубляю её.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	
22. Если мне кажется, что клиент/пациент чувствует себя неловко или нуждается в помощи, я подхожу к этому человеку и предлагаю свою помощь.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	
23. Если мне сложно наладить контакт с клиентом/пациентом, я прекращаю работу с таким человеком.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	
24. Зачастую мне сложно наладить контакт с клиентами/пациентами, которые имеют культурное происхождение, отличное от моего.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	
25. Я помог/помогла многим клиентам/пациентам посредством своей способности налаживать тесные, прочные отношения.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	
26. Зачастую мне сложно сопереживать своим клиентам/пациентам.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	
27. Меня часто переполняют эмоции в связи с теми проблемами, с которыми сталкиваются мои клиенты/пациенты.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	
28. Если клиент/пациент испытывает затруднения при общении со мной, я могу подстроиться под его/её уровень.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	
29. Даже если я очень сильно стараюсь, я не могу наладить контакт с трудными клиентами/пациентами.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	
30. Я не использую творческий или необычный подход, чтобы выразить клиентам/пациентам свою заботу.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	

(järgneb)

Файл Word: CARINGB.SLF

Свяжитесь с доктором Кароли Коутс, 1441 Snowmass Court, Boulder, Colorado 80305 USA, чтобы получить разрешение на использование материала и информацию о шкале оценки. E-mail: coatescj@comcast.net Тел. и факс: 303-499-5756 <http://www.caringefficacyscale.com>

*Проверено и откорректировано в бюро переводов Диалог (Эстония, 51004
Тарту, ул. Туру 9)*



Ольга Мартинен

Организатор бюро переводов

