

Tartu Ülikool  
Meditsiiniteaduste valdkond  
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut  
Õendusteaduse õppetool

**Ilse Laasen**

**PATSIENDI LÄHEDATE VAJADUSTE OLULISUS JA NENDEGA ARVESTAMINE  
PÄRNU HAIGLA ERAKORRALISE MEDITSIINI OSAKONNAS -  
KÜSITLUSUURIMUS**

Magistritöö

Tartu 2022

Juhendaja: Jekaterina Šteinmiller, PhD (terviseteadused)

Juhendaja (vastutav): Ere Uibu, MSc (õendusteadus)

Retsensent: Ilona Berzinja, MSc (õendusteadus)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendajate otsusega 02.05.2022. Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

## **LIHTLITSENTS LÕPUTÖÖ REPRODUTSEERIMISEKS JA ÜLDSUSELE KÄTTESAADAVAKS TEGEMISEKS**

Mina, Ilse Laasen,

1. Annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Patsiendi lähedaste vajaduste olulisus ja nendega arvestamine Pärnu Haigla erakorralise meditsiini osakonnas - küsitlusuuringus“, mille juhendajad on Jekaterina Šteinmiller ja Ere Uibu, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

*Ilse Laasen*

**02.05.2022**

## SISUKORD

### KOKKUVÖTE

### SUMMARY

1. SISSEJUHATUS.....	8
2. PATSIENDI LÄHEDASED ERAKORRALISE MEDITSIINI OSAKONNAS .....	10
2.1. Erakorralise meditsiini osakond ja selle spetsiifika.....	10
2.2. Patsiendi lähedased ja nende vajaduste uurimine EMOs .....	11
3. PATSIENDI LÄHEDASTE VAJADUSED JA NENDEGA ARVESTAMINE VARASEMALE TEADUSKIRJANDUSELE TUGINEDES.....	14
3.1. Infovajadus ja suhtlemine.....	14
3.2. Kaasamise vajadus.....	14
3.3. Toetuse vajadus .....	16
3.4. Kindlustunde vajadus .....	16
3.5. Heaolu vajadused.....	17
4. METOODIKA.....	18
4.1. Metodoloogilised lähtekohad .....	18
4.2. Uuritavad ja uurimiskeskond.....	18
4.3. Andmete kogumine.....	19
4.4. Andmete analüüs .....	22
5. TULEMUSED.....	24
5.1. Uuritavate demograafilised ja taustaandmed.....	24
5.2. Lähedaste hinnangud vajaduste olulisusele ja vajadustega arvestamisele .....	24
5.2.1. Hinnangud heaolu tagamise olulisusele .....	25
5.2.2. Hinnangud toetuse olulisusele.....	26
5.2.3. Hinnangud kaasamise olulisusele.....	26
5.2.4. Hinnangud informatsiooni- ja suhtlemisevajaduse olulisusele .....	27
5.2.5. Hinnangud heaoluvajadusega arvestamisele .....	28
5.2.6. Hinnangud toetusevajadusega arvestamisele .....	28
5.2.7. Hinnangud kaasamisevajadusega arvestamisele .....	29
5.2.8. Hinnangud informatsiooni- ja suhtlemisevajadusega arvestamisele .....	29
5.2.9. Seosed vajaduste olulisuse, nendega arvestamise ja lähedaste taustaandmete vahel..	30
6. ARUTELU .....	32
6.1. Uurimistöö olulisemad tulemused .....	32
6.2. Uurimistöö eetilised aspektid .....	36
6.3. Uurimistöö kitsaskohad .....	36
7. JÄRELDUSED.....	38
KASUTATUD KIRJANDUS.....	39
LISAD .....	44
Lisa 1. Luba küsimustiku tõlkimiseks ja kasutamiseks.....	44
Lisa 2. Kutse uuringus osalemiseks eesti keeles .....	45
Lisa 3. Kutse uuringus osalemiseks vene keeles .....	46
Lisa 4. Tõlkeõigsuse kinnitus eestikeelsele ja venekeelsele küsimustikule .....	47
Lisa 5. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee uurimistöö kooskõlastus .....	48
Lisa 6. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus uurimistöö jätkamiseks ....	50
Lisa 7. Prooviuringu lisaküsimused eesti keeles .....	52
Lisa 8. Prooviuringu lisaküsimused vene keeles .....	53
Lisa 9. Küsimustiku kaaskiri ja küsimustik eesti keeles .....	54
Lisa 10. Küsimustiku kaaskiri ja küsimustik vene keeles .....	58
Lisa 11. Vajaduste kategooriate skoorid vastavalt taustaandmetele (tabel 11) .....	62

## KOKKUVÕTE

### **Patsiendi lähedaste vajaduste olulisus ja nendega arvestamine Pärnu Haigla erakorralise meditsiini osakonnas - küsitlusuuring**

Erakorralise meditsiini osakonnas pakuvad lähedased patsiendile olulist tuge ning on seega väärtuslik lisaressurss nii patsiendile kui ka osakonna personalile. Lähedaste vajadustega arvestamine vähendab nende ärevust ja muret, mis omakorda võimaldab lähedastel paremini toetada patsienti kodus järelravi jätkamisel ning suurendab rahulolu erakorralise meditsiini osakonna teenusega. Lähedastel on seoses patsiendi haigestumisega mitmeid spetsiifilisi vajadusi, millega tervishoiuteenuse osutajad peaksid oskama arvestada. Samas ei ole teada missugused nendest vajadustest on olulised just erakorralise meditsiini osakonnas viibivatele lähedastele ja kuidas nende vajadustega Eesti haiglates arvestatakse. Uurimistöö eesmärk oli kirjeldada patsiendi lähedaste vajaduste olulisust ja nendega arvestamist ühe Eesti keskhaigla, Pärnu Haigla erakorralise meditsiini osakonnas.

Uuritavateks olid Pärnu Haigla erakorralises meditsiini osakonnas patsiendi saatjana viibinud 44 lähedast. Andmeid koguti ajavahemikul 01.12.2020-31.12.2021 paber kandjal ja veebikeskkonnas asuva *Critical Care Family Needs Inventory for the Emergency Department (CCFNI-ED)* ja *Needs Met Inventory (NMI)* küsimustikuga. Andmete analüüsiks kasutati statistikaprogrammi STATA 17. Andmed analüüsiti, kasutades kirjeldavat ja analüüsivat statistikat.

Tulemustest selgus, et kõige olulisemaks vajaduseks hindasid lähedased heaolu tagamist, millele järgnesid toetuse ja kaasamise vajadus ning informatsiooni- ja suhtlemise vajadus. Lähedastele oli olulisim, et personal kohtleks neid viisakalt ning tunda, et on lootust. Seoses patsiendiga oli lähedastele olulisim olla kindel, et patsiendi heaolu on tagatud ning personal hoolib patsiendist. Kõigis vajaduste kategooriates hindasid naised meestest vajadusi olulisemaks. Kõige enam arvestati lähedaste hinnangul heaolu tagamisega, vähem kaasamise ja toetuse vajadusega ning kõige vähem informatsiooni- ja suhtlemisvajadusega. Üldiselt nõustusid naised meestest vähem, et nende vajadustega arvestati. Taustaandmete põhjal moodustatud gruppide võrdluses nõustusid kõrgharidusega lähedased ja patsiendi lapsed kõige vähem, et nende informeerimise ja suhtlemise kategooria vajadustega arvestati. Edaspidi tuleks välja selgitada informatsiooni- ja suhtlemisvajaduse vähese arvestamise põhjused ja leida võimalusi parendada lähedaste informeerimist ja nendega suhtlemist, pöörates enam tähelepanu naissoost lähedastele.

**Märksõnad:** patsiendi lähedased, vajadustega arvestamine, erakorralise meditsiini osakond

## SUMMARY

### **The importance of the needs of the persons close to the patient and taking these into account in the emergency department of Pärnu Hospital - survey**

The persons close to the patient provide important support to the patient in the emergency department and are therefore a valuable additional resource for both the patient and the staff of the department. Addressing the needs of the close persons reduces their anxiety and concerns, which in turn allows the close ones to better support the patient in continuing after-care at home and increases satisfaction with the service of the emergency department. It is well known that the persons close to the patient have a number of specific needs related to the patient's illness that healthcare providers should be able to consider. At the same time, it is not known which of these needs are important for the close ones staying in the emergency department and how their needs are taken into account in the Estonian hospitals. The aim of the survey was to describe the importance of the needs of the persons close to the patient and how these are taken into account in the emergency department of Pärnu Hospital, one of the Estonian central hospitals.

The subjects of the survey were 44 close persons who accompanied the patient in the emergency department of Foundation Pärnu Hospital. The data were collected from 1 December 2020 up to 31 December 2021 by using the questionnaire of *Critical Care Family Needs Inventory for the Emergency Department* (CCFNI-ED) and *Needs Met Inventory* (NMI) provided on paper and online. The data were analyzed by applying the STATA 17 statistical programme. The data were analyzed by using descriptive and analytical statistics.

The results revealed that the most important need, assessed by the close persons, was ensuring of well-being, followed by the need for support and involvement as well as for information and communication. The most important thing for the close persons was that the staff would treat them politely and they could feel hopeful. With regard to the patient, the most important thing for the relatives was to make sure that the patient's well-being was ensured and that the staff cared for the patient. In all categories of needs women valued needs more than men. According to the close persons the need to ensure well-being was taken into account most. The need for involvement and support was less considered and the need for information and communication was least taken into account. In general, women agreed less than men that their needs were taken into account. In the comparison of the groups established on the basis of the background data the close persons with higher education and the children of the patients agreed the least that their needs of the category of communication and information had been taken into account. In the future the reasons of the

lack of consideration of information and communication needs should be identified and the ways should be found to improve information and communication with the close ones by paying more attention to the female close ones.

**Keywords:** the close to the patient, consideration of needs, emergency department

## 1. SISSEJUHATUS

Nagu kogu maailmas, kasvab ka Eestis nõudlus erakorralise meditsiiniabi teenuse järele. Eestis suurenes erakorralise meditsiini osakonda (lühendatult ja edaspidi töös EMO) pöördumiste arv aastaks 2017 võrreldes 2006. aastaga 23% võrra. (Kuusepalu ja Vain 2018.) EMO vastuvõttu pöördus 2020. aastal kokku umbes 424 000 inimest (Erakorralise meditsiini vastuvõttu...2021) ja paljudel nendest on saatjana kaasas lähedane, näiteks abikaasa või elukaaslane, ema, isa, tütar või sõber (Paavilainen jt 2008, Demidenko jt 2018a). Seejuures on lähedase kohalolu oluline nii patsientidele, osakonna õdedele kui ka lähedastele endile. Patsiendid kasutavad EMOs hakkama saamiseks ja neile tundmatus olukorras toimetulekuks lähedaste abi, et saada informatsiooni ja sotsiaalset tuge. Samuti on tänuväärt lähedaste abi patsiendi eest hoolitsemisel. (Paavilainen jt 2008, Elmqvist ja Frank 2015, Demidenko jt 2018a, Demidenko jt 2018b.) Osakonna õed omakorda saavad lähedastelt informatsiooni patsiendi eelnevast toimetulekust ja terviseandmetest (Ekwall jt 2009, Morphet jt 2015, Manijas jt 2016, Palonen jt 2016). Lähedastele on kohalolu oluline, sest see võimaldab neil patsienti seoses haiguse või hooldusvajadusega toetada nii EMOs kui ka hiljem kodus (Paavilainen jt 2008, Barreto jt 2017, Youngson jt 2017).

Varasematest uurimistöödest on teada, et lähedaste vajadustega arvestamine, nende informeerimine, õpetamine ja kaasamine patsiendi raviprotsessi ja -otsustesse EMOs vähendab lähedaste ärevust ja leevendab muret. Samuti võimaldab lähedaste vajadustega arvestamine neil paremini toetada patsienti kodus järelravi jätkamisel ja suurendab lähedaste rahulolu EMOst saadud abiga. (Ekwall jt 2009, Morphet jt 2015, Manijas jt 2016, Palonen jt 2016, Youngson jt 2017.) Eestis on seni uuritud perekonna koostoimimist ning sotsiaalset tuge eakaid patsiente saatvatele lähedastele kahe regionaal- ja kahe keskhaigla EMOs. Uuringust selgus, et perekonna koostoimimist ja sotsiaalset tuge EMOs hindasid lähedased ja osakonna õed mitte heaks ega halvaks vaid mõõdukaks ehk keskmiseks. Lähedased hindasid saadavat sotsiaalset tuge madalamaks kui õed. Selle võimalike põhjustena nimetati osakonna õdede oskamatus pakkuda perekeskset abi, nende liigset hõivatust protseduuridega ning õdede vähesusest tingitud ajapuudust. Kõik see põhjustab ülerahvastatud EMOs puudujääke suhtlemisel patsientide ja nende lähedastega. Uurimistöö tulemusena leiti, et nii EMO töökorraldus kui ka seal osutatav tervishoiuteenus peaks olema perekesksemad. (Demidenko jt 2018a, Demidenko jt 2018b.)

Erakorralises seisundis patsientide lähedastel on seoses nende lähedaste haigestumisega eriomased vajadused. Näiteks, täiskasvanute intensiivravi patsientide lähedaste vajadustena on kirjeldatud informatsiooni, patsiendi lähedal olemise, kindlustunde, toetuse ja sobiva keskkonna vajadust (Janvest 2010, Uibu 2012, Majumdar ja Bohle 2018). Vähktõvega täisealiste patsientide lähedastel on olulised kindlustunde, informatsiooni, patsiendi hoolduses osalemise ja emotsionaalse toe vajadus (Gross 2009). Redley jt (2003b) on uurinud EMOs viibinud patsiendi lähedaste vajadusi mõõdikuga CCFNI (*Critical Care Family Needs Inventory*), kirjeldanud lähedaste vajadusi ning nendest lähtuvalt mõõdikut täiendanud. Vastavalt uurimistöö tulemustele olid lähedaste jaoks olulised kindlustunne (*assurance*), informatsioon ja suhtlemine (*information and communication*), lähedus (*proximity*), toetus (*support*) ning heaolu (*comfort*).

Eestis ei ole uuritud patsientide lähedaste vajadusi ja nendega arvestamist EMOs. Samas, teades lähedaste jaoks olulisi vajadusi, on haiglal võimalik planeerida abinõusid, arendus- ja koolitustegevusi ning juhiseid lähedaste vajaduste paremaks arvestamiseks. Eestis on kokku 19 erakorralise meditsiini osakonda ja vastuvõtupunkti, mis asuvad haiglavõrgu arengukava haiglate juures (Erakorraline meditsiin 2018). SA Pärnu Haiglal, kui ühel keskhaiglatest, on erakorralise meditsiini osakond, kuhu pöörduakse umbes 30 000 visiidiga aastas. Olles Edela-Eesti ainsaks tervise- ja healuteenuse osutajaks, on haigla inimesekeskse strateegias kõige tähtsam patsient ja tema lähedane. Seega lähtutakse haigla tegevuste planeerimisel, uute protsesside ja teenuste arendamisel ning olemasolevate parendamisel eelkõige inimesest ja tema vajadustest. (Pärnu haigla arengukava 2019–2023.) Inimkeskses tervishoius on oluline patsiendi lähedaste toetamine ja kaasamine, et nad saaksid olla toeks patsiendile raviprotsessis ning inimkesksuse põhimõtete rakendamine nii praktikas kui ka teaduses. (Rahvastiku tervise arengukavas 2020–2030, Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegias 2021–2030).

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada patsiendi lähedaste vajaduste olulisust ja nendega arvestamist Pärnu Haiglas EMOs. Eesmärgist tulenevalt püstitati järgmised uurimisküsimused:

- 1) Kui oluliseks hindavad patsiendi lähedased suhtlemise, kaasamise, toetuse ja heaolu tagamise vajadust EMOs?
- 2) Millise hinnangu annavad lähedased nende vajadustega arvestamisele EMOs?
- 3) Millised on seosed lähedaste taustamuutujate, vajaduste olulisuse ja nende vajadustega arvestamise vahel?

## 2. PATSIENDI LÄHEDASED ERAKORRALISE MEDITSIINI OSAKONNAS

### 2.1. Erakorralise meditsiini osakond ja selle spetsiifika

Erakorralist meditsiini on defineeritud kui praktikavaldkonda ja meditsiinilist eriala, mis pühendub ettenägematute haiguste või vigastuste diagnoosimisele ja ravile. Erakorralise meditsiini praktika hõlmab patsiendi esmast hindamist, diagnoosimist, ravi, ravi koordineerimist mitme arsti või kogukonna ressursside vahel ning iga kiiret meditsiinilist, kirurgilist või psühhiaatrilist abi vajava patsiendi paigutamist haiglasse. (International Federation for...2020, Definition of Emergency Medicine 2021.) Rahvusvahelise Erakorralise Meditsiini Föderatsiooni kuulub tänaseks rohkem kui 65 organisatsiooni üle kogu maailma, kes esindavad erakorralist meditsiini oma riigis (International Federation for...2020). Eestis tunnustati erakorralist meditsiini iseseisva erialana esmakordselt aastal 2000 (Arstide ja hambaarstide...2000). Erakorralise meditsiini erialane tegevus põhineb Erakorralise meditsiini arengukava 2012–2020 alusel haiglas EMOI, olles tihedalt seotud teiste erialadega (radioloogia, laborimeditsiin, intensiivravi, traumatoloogia, kirurgia, kardioloogia jne).

**Erakorraline meditsiini osakond** (*emergency department, emergency medical department, accident and emergency department, emergency room, emergency ward or casualty department*) on tervishoiuasutuse allüksus haigla liikide nõuetele vastava aparatuuri ja sisustusega, kus tegeletakse elanikkonna erakorraliste ja vältimatute terviseprobleemide lahendamise (Redley ja Beanland 2004, Anderson 2019). Sealt saadav abi ulatub esmatasandi arstiabist kuni eluohtlike haiguste ja vigastuste käsitlemise (Redley ja Beanland 2004, Erakorraline meditsiin 2018). Tervishoiuteenuse osutamine EMOs keskendub eelkõige patsiendi elupäästvate sekkumisele või seisundi stabiliseerimisele ja kiirele üleviimisele teise osakonda (Redley ja Beanland 2004, Definition of Emergency Medicine 2021).

EMOsse saabuvad erakorralised haiged nii kiirabiga kui ka iseseisvalt, perearsti ja eriarstide saatekirjadega ning transpordiga teistest haiglatest. Seejuures on iseseisvalt saabuvate patsientide hulk hüppeliselt suurenenud ja jätkuvalt tõusutendentsiga. (Erakorralise meditsiini arengukava 2012–2020.) Iseseisvalt EMOsse pöördujate osakaal suurenes 2006.–2017. aastani 59%-lt ligi 72%-ni (Erakorraline meditsiin 2018), 2018. aastal 73%-ni (Erakorralise meditsiini osakonda ...2019). Kiirabiga saabujaid on viiendik, nende osakaal aastate lõikes on olnud stabiilselt 19–20% (Erakorraline meditsiin 2018, Erakorralise meditsiini osakonda...2019). EMOsse pöördunud

patsientidest 2017. aastal ei olnud 57% erakorralise seisundiga. Aastatel 2010–2017 kasvas 10% pöördumiste osakaal, mille puhul patsiendi terviseprobleemi oleks saanud EMO asemel lahendada esmatasandil (vastavalt 39%ilt 49%ni). (Erakorraline meditsiin 2018.)

Erakorralise abi vajadus selgitatakse EMOs triaazikategooria kindlaksmääramisega. Triaazikategooria viitab patsiendi käsitlemise kiirusele ning määrab maksimaalse aja mille jooksul patsient peab jõudma arsti vastuvõtuni. Triaazi alusel jaotatakse haiged kategooriatesse lähtudes patsiendi seisundist ja võimalikust ohust tema elule ning tervisele. Kasutatakse neljaastmelist triaazisüsteemi, kus patsiendid jagatakse „punasteks“ ja „oranžideks“, kes vajavad kohe abi, „kollasteks“, kelle seisund on erakorraline, kuid stabiilne ning „rohelisteks“ või siis ka „sinisteks“, kes üldjuhul ei vaja erakorralist abi. (Erakorraline meditsiin 2018.)

Kokkuvõttes on EMO piiratud ajaga patsiendi triaazi, ravi ja jälgimise peatuskoht, kus peale diagnoosi saamist otsustatakse tema suunamine haiglasse, hoolekandetasutusse või koju (Rance jt 2020). EMOs toimuvat tegevust ei ole võimalik ajalisel määrata, see võib kesta minutitest tundideni ning seega mõjutada nii personali kui ka patsientide ja nende lähedaste toimetulekut olukorra ja suhtlemisega. Kui lähedastel on väga vähe aega või puudub üldse aeg ette valmistuda olukorraga tegelemiseks, võib see nendes tekitada ebakindlust ja rahulolematust, takistada hakkama saamist EMOs, kohanemist keskkonnaga ning koostööd personaliga. (Readley ja Beanland 2004, Morphet jt 2015.)

## **2.2. Patsiendi lähedased ja nende vajaduste uurimine EMOs**

Patsiendid kaasavad toimetulekuks EMOs lähedasi informatsiooni saamiseks, toetuse ja heaolu saavutamiseks (Elmqvist ja Frank 2015) ja enamusele patsientidest (75%) on lähedase juuresolek EMOs oluline (Paavilainen jt 2008). Patsiendi lähedasena (*family, family members, relatives, accompanying person, next-of-kin, people close to him or her, friends, significant others*) võidakse määratleda igäüht, kes on patsiendiga sugulus- ja/või lähedases suhtes kas emotsionaalselt, vaimselt või füüsiliselt, ning keda patsient ise peab enda lähedaseks (Redley jt 2003b). EMO personali jaoks võib lähedane olla ka patsiendi seaduslik esindaja või eestkostja (Tsiviilseadustiku üldosa seadus 2002). Lähedased on patsientide jaoks oluline ressurss, pakkudes patsiendile psühholoogilist ja sotsiaalset tuge (Paavilainen jt 2008, Ekwall jt 2009, Morphet jt 2015, Manijas jt 2016, Palonen jt 2016, Demidenko jt 2018b) ning enamasti nad soovivad olla kaasatud patsiendi eest hoolitsemisse (Morphet jt 2015).

Patsiendi lähedaste vajaduste uurimisega intensiivravi osakondades, kus ravitakse kriitilises seisundis patsiente, hakati tegelema juba 1970ndate lõpus (Redley ja Beanland 2004). Seejuures on kasutatud uurimistöode läbiviimiseks Molteri (1979) ja Leske (1986) poolt loodud küsimustikku *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI) ning selle modifikatsioone (Redley jt 2003a, 2003b). CCFNI küsimustik on omakorda võetud aluseks EMOs patsiente saatvate lähedaste vajaduste uurimiseks Redley ja Beanland'i (2004) loodud küsimustikule *Critical Care Family Needs Inventory for the Emergency Department* (CCFNI-ED). Patsiendi lähedaste vajadusi EMOs on uuritud nii kvantitatiivselt (Redley jt 2003b, Ekwall jt 2009, Hsiao jt 2017, Sucu Dağ jt 2017, Yildirim ja Özlü 2018, Adineh Menbar jt 2019, Demirtaş jt 2020) kui ka kvalitatiivselt (Cypress 2014, Morphet jt 2015, Manias jt 2016, Palonen jt 2016, Barreto jt 2017, Youngson jt 2017).

CCFNI-ED küsimustikuga on läbi viidud uuringuid Austraalias (Redley jt 2003b), Tais (Hsiao jt 2017), Türgis (Sucu Dağ jt 2017, Yildirim ja Özlü 2018, Demirtaş jt 2020) ja Iraanis (Adineh Menbar jt 2019). Kvantitatiivsete uuringute fookuses on olnud nii vajaduste olulisus lähedastele (Sucu Dağ jt 2017, Yildirim ja Özlü 2018, Adineh Menbar jt 2019) kui ka nendega arvestamine EMOs, milleks on kasutatud kaheosalist küsimustikku (CCFNI-ED ja *Need Met Inventory* (NMI)) (Redley jt 2003b, Hsiao jt 2017, Demirtaş jt 2020). Kõige olulisemaks on hinnatud **suhtlemise** (Hsiao jt 2017, Yildirim ja Özlü 2018, Adineh Menbar jt 2019, Demirtaş jt 2020), **kindlustunde** (Redley jt 2003b) ja **kaasamise** vajadust (Sucu Dağ jt 2017). Kõige vähemoluliseks **heaolu** (Hsiao jt 2017, Yildirim ja Özlü 2018, Adineh Menbar jt 2019), **toetuse** vajadust (Redley jt 2003b, Sucu Dağ jt 2017) ja **kaasamise** vajadust (Demirtaş jt 2020). Lähedaste vajadusega arvestamisel on enim nõustunud **kaasamise** (Redley jt 2003b, Hsiao jt 2017) ja **suhtlemise** vajaduse arvestamisega (Yildirim ja Özlü 2018, Demirtaş jt 2020) ning kõige vähem on nõustunud **heaolu** tagamisega (Hsiao jt 2017) ja **toetuse** vajadusega arvestamisega (Redley jt 2003b). Demirtaş jt (2020) uuringus nõustus 52% lähedastest, et nende vajadused täideti EMOs hästi ja 29% väitis, et nende vajadustega on arvestatud täielikult. Umbes viiendik (19%) leidis, et nende vajadustega ei arvestatud.

Lisaks on uuritud, et kes EMOs lähedaste vajadustega arvestab, kas arst, õde, muu tervishoiutöötaja või lähedane ise. Uuringust selgus, et on kaasamisega seotud vajadusi, millega arvestamiseks tuli tegeleda lähedastel endal. (Yildirim ja Özlü 2018). Hsiao jt (2017) uuringus hindasid lähedaste vajaduste olulisust ja nendega arvestamist EMOs nii lähedased kui ka osakonna õed ning uuringust järeldus, et lähedased peavad tõhusa suhtlemise vajadust olulisemaks kui EMO

õed. Demirtaş jt (2020) on uurinud samuti EMOs erakorralist abi vajavate täiskasvanud patsientide lähedaste ärevuse taset. Selles uurimuses kasutati lisaks CCFNI-EDle lähedaste ärevuse taseme määramiseks „*Spielberger State Trait Anxiety Inventory-State Scale*” (STAI-S) küsimustikku. Statistiliselt oluline seos leiti soo ja STAI-S skoori vahel. Kuna ärevust esines sagedamini naistel, siis järeldati, et naispatsiendid ja naissoost lähedased võivad vajada EMO personalilt suuremat tähelepanu. Ekwall jt (2009) uurisid kuidas mõjutab lähedaste ärevustase nende rahulolu EMO teenusega. Uuringust selgus, mida madalam oli lähedaste ärevuse tase EMOst lahkudes, seda enam nad visiidiga rahule jäid.

Kvalitatiivsetes uuringutes on kasutatud patsientide, neid saatvate lähedaste ja personali intervjuerimist (Cypress 2014, Manias jt 2014, Morphet jt 2015, Palonen jt 2016) ja/või vaatlemist (Manias jt 2016, Barreto jt 2017, Youngson jt 2017). Uuritud on lähedaste kaasamist õpetamise eakate patsientide EMOst väljakirjutamisel (Palonen jt 2016) ja ravimiinformatsiooni meelde jätmist ja ravimite kasutamist (Manias jt 2014, jt 2016). Vaatluse käigus avastati ligi 43% juhtudest tõrkeid suhtlemises seoses ravimite haldamisega haigla personali, patsientide ja lähedaste vahel (Manias jt 2016). Ravimitega seotud suhtlusvigadest olulise osa põhjustasid üksteisest möödarääkimised, samuti lähedaste ja patsientide eemale jäämine suhtlemisest. (Manias jt 2014). Cypress (2014) ja Morphet jt (2015) on toonud olulisimana välja selgelt arusaadava suhtlemise vajaduse, lähedaste aktsepteerimise patsienti puudutavate raviotsuste tegemisel, eakatesse patsientidesse piisava empaatiaga suhtumise ja spetsiifilise tervishoiuteenuse osutamise oskuse vajaduse. Uuritud on EMOsse sattunud erakorraliste patsientide lähedaste käitumismustreid (Barreto jt 2017) ning arstide, patsientide ja lähedaste vahelist interaktiivsust täiskasvanud patsiendi tervises seisundi halvenemisel EMOs (Youngson jt 2017). Uurimistulemusena selgus, et lähedaste rahulikku käitumist soodustasid tõhus suhtlemine personaliga, saadud kogemus EMOst ning võimalus viibida patsiendi juures (Youngson jt 2017, Barreto jt 2017).

### 3. PATSIENDI LÄHEDASTE VAJADUSED JA NENDEGA ARVESTAMINE VARASEMALE TEADUSKIRJANDUSELE TUGINEDES

#### 3.1. Infovajadus ja suhtlemine

**Infovajadus** (*information need*) on defineeritud arusaamisena, et antud ajahetkel puuduvad teadmised eesmärgi saavutamiseks eriomases seisundis/olukorras. Infovajadus on individuaalne ja subjektiivne ning isikuomadused mõjutavad infovajaduse valikut, olulisust ja eripära. (Ormandy 2010.) Patsiendi lähedaste infovajadus (*family members' need for information*) hõlmab endas korduvalt teabe saamist, konkreetselt patsiendi ravi käsitlevaid fakte ja edusamme. Soovitakse teada, millised on toimingud mis on patsiendiga läbi viidud ja milleks need tehti. Tahetakse informatsiooni patsiendi seisundi muutusest, teavet, mida võib oodata (prognoos) ja ennetavaid suuniseid asjakohase käitumise kohta. (Redley jt 2003a, 2003b, Gross 2009, Janvest 2010.)

**Suhtlemine** (*communication*) hõlmab personali poolt kiire kontakti loomist lähedastega info edastamiseks, nende murede ära kuulamist ja avatud küsimuste esitamist. Lisaks aktiivset kuulamisoskust (reflekteerimine ja selgitamine), kontrolli arusaamisest, ausust ja täpsust, asjakohaste ja spetsiifiliste selgituste pakkumist, visuaalseid abivahendeid ja kordamist. (Redley jt 2003a, 2003b, Cypress 2014, Morphet jt 2015.) Suhtlemine hõlmab samuti lähedaste julgustamist küsimuste esitamiseks, seda isegi pärast EMOst lahkumist (Palonen jt 2016). Lähedased peavad suhtlemist EMO personaliga oluliseks (Cypress 2014, Morphet jt 2015, Barretto jt 2017), sest suhtlemine on üks osa, mis aitab õdedel pakkuda patsiendile paremat ravi (Cypress 2014). Lähedastele on oluline teada, kuidas patsient peab võtma ravimeid ja millised on ravimite kõrvaltoimed, mismoodi tulla toime kodus ja jätkata raviga pärast haiglast väljakirjutamist (Manias jt 2016, Palonen jt 2016). Lähedased on valmis ise alustama suhtlemist, et mitte jääda ootama kuni EMO personal neile teavet annab (Morphet jt 2015, Palonen jt 2016).

#### 3.2. Kaasamise vajadus

**Kaasamine** (*involment*) EMOs seisneb eelkõige patsiendiga koosolemise võimaldamises. Koosolemise või lähedal viibimise vajadus on kõige suurem patsiendi erakorralise haigestumise esmasel etapil. Lähedal viibimise vajadus seisneb võimaluses patsienti puudutada, temaga rääkida või intiimsust jagada. (Redley jt 2003a, 2003b.) Lähedastele on oluline näha patsienti nii kiiresti kui võimalik. Nad soovivad olla koos patsiendiga ning pakkuda neile füüsilist lohutust ja

emotsionaalset tuge. (Barreto jt 2017, Youngson jt 2017). Lähedased on EMOs kartlikud ja neil puudub kontroll olukorra üle. Raskelt haigete lähedaste seas on negatiivsete tunnete nagu kurbus, ärevus, mure ja ebakindlus tavalised. Lähedaste kannatuste süvenemist ja jätkumist soodustavad tegurid on seotud EMO keskkonnaga, nagu ebasõbralik õhkkond ja ebaprofessionaalne käitumine lähedastega. (Barreto jt 2017.) Lähedasi patsiendi juurde lubamata, võttes neilt võimaluse näha mis patsiendiga juhtub või võimaldades juuresolekut toimuva kohta selgitusi andmata, ei saa pereliikmed hiljem täita oma rolli patsiendi toetajana ega lohutajana (Youngson jt 2017).

Sellised vajadused, nagu näha oma lähedast nii kiiresti kui võimalik, olla lähedase juures igal aja ja näha mis lähedasega juhtus, rahuldavad enamasti patsiendi eest hoolitsemisse kaasatud lähedased ise. Kõige vähem on arvestatud vajadusega, mis on seotud personalilt selgituste saamisega EMO töökorra kohta enne lähedase juurde laskmist. (Yildirim ja Özlü 2018.) Arvestada tuleb patsiendi lähedaste kultuurilise tausta ja sellest tulenevate vajadustega. (Readley ja Beanland 2004, Barreto jt 2017, Sucu Dağ jt 2017). Türgi ühiskonnas on näiteks patsiendi kõige olulisemad toetajad tema lähedased, kus iga pereliige võib olla hooldaja ning oluline on nende kaasamine hooldusprotsessi. (Sucu Dağ jt 2017).

Lähedusvajaduste hulka kuulub ka pereliikmete informeerimine patsiendi üleviimise plaanidest (Redley jt 2003a, 2003b, Morphet jt 2015) ja patsiendi läheduses ootamise lubamine (Barreto jt 2017). Lähedased tunnevad pettumust, kui EMO personal ei tunnista nende õigust osaleda patsiendi puudutavate otsuste tegemisel või jätab kõrvale patsiendi eest hoolitsemisest ja tehtud raviotsustest (Morphet jt 2015). Lähedased hindavad EMO personali kaasamise eest õpetamise vaatamata kiiret tegevust täis keskkonnale. Kõrvaletõrjumine muudab lähedasi rahulolematuks, kui nad tunnevad, et neil ei ole voli eakate patsientide väljakirjutamise üle või nad ei saa osaleda väljakirjutamisega kaasnevast õpetamisest. Lähedasi ei kaasata alati patsientide väljakirjutamisest. Mõnel juhul teavitatakse lähedasi patsiendile erakorralise arstiabi andmisest alles pärast väljakirjutamist või kui neil palutakse patsiendile haiglasse järele tulla. (Palonen jt 2016.)

Õdede suhtumine lähedaste kaasamisse on kahetine. Ühelt poolt tunnustavad nad lähedaste kaasamise vajadust, teisalt toonitavad selle sõltuvust olukorrast ja/või isikust. (Palonen jt 2016, Hoffmann ja Riis Olsen 2018.) Õed tunnustavad lähedasi kui olulist ressursi patsiendi eest hoolitsemisel, ravimite ja tervises seisundi kohta informatsiooni saamisel ning patsientide toimetuleku tagamisel EMOs (Ekwall jt 2009, Morphet jt 2015, Manijas jt 2016, Palonen jt 2016, Hoffmann ja Riis Olsen 2018). Õed aktsepteerivad ausaid, aktiivseid, abivalmis, mõistvaid ja

realistlike ootustega lähedasi, kes sobituvad EMO süsteemiga. Raske on suhelda ebareaalsete ootustega, patsiendi seisundit õdedest teisiti hindavate ja seoses sellega nende tegevusse kriitiliselt suhtuvate lähedastega. Õdede jaoks on oluline, et nende suhtlemine lähedastega mõjutaks positiivselt patsiendi EMOs viibimist. Lähedased, kes ei toeta patsiendile erakorraliste või vältimatute protseduuride tegemist, võivad riskeerida sellega, et neid jäetakse kõrvale ning ei kaasata patsiendi raviga seotud otsustesse. Lähedasi peetakse nõudlikeks ja suhtlemist raskeks, kui nad ei allu EMO personali jaoks sissejuurdunud tavadele ja ootustele. (Hoffmann ja Riis Olsen 2018.)

### 3.3. Toetuse vajadus

**Toetuse** (*support*) vajadust on lähedased hinnanud vähem tähtsaks kui läheduse, kindlustunde ja infovajaduse (Redley jt 2003b, Janvest 2010, Sucu Dağ jt 2017). Toetusvajaduse korral soovitakse, et oleks keegi, kes jagaks muret patsiendi tervisega seoses ja julgustaks väljendama emotsioone, annaks juhiseid, kuidas käituda haigevoodi juures olles ning selgitaks osakonnas toimuvat. Tahetakse võimalust eraldatusele. Väga oluliseks on lähedased hinnanud seda, et EMOsse saabumisel võtaks neid vastu arst või õde (Redley jt 2003a, 2003b). Oluline on seegi, et õed tutvustaksid ennast ja kannaksid nähtavat nimesilti (Cypress 2014). Lähedasi mõjutab esmane mulje, mille nad saavad personaliga suhtlemisest ja suhtumisest neisse. Kui lähedastele tundub, et personalil puudub empaatiavõime, piisav mõistmine või kaastunne eaka patsiendi vajaduste suhtes, tekitab see nendes ahastust. (Morphet jt 2015). Õdedelt oodatakse empaatilisust ja toetust. Nad peaks selgitama patsiendile ja lähedastele, mis juhtuma hakkab, rääkima tehtavast protseduurist, ravimitest mida antakse, valmistama neid ette arsti tulekuks ja arstiga rääkimiseks. (Cypress 2014). Lähedastele on olulised lihtsad asjad, nagu meeles pidada, et eakatega, kellel on kuulmislangus, tuleb valjemini rääkida või toiminguid arusaadaval viisil selgitada (Morphet jt. 2015).

### 3.4. Kindlustunde vajadus

**Kindlustunde** (*assurance and meaning*) vajadus on seotud teadmise ja kindluse saamisega sellest, mida oodata, sh patsiendi ellujäämise või suremise kohta (Redley jt 2003a, 2003b). Lähedasi paneb muretsema neile edastatava informatsiooni arusaadavus ja selgus, sest see kuidas lähedastega räägitakse patsiendi elulõpu teemadel võib olla häiriv (Morphet jt 2015). Oodatakse ausaid vastuseid oma küsimustele ja parima võimaliku abi tagamist patsiendile (Majumdar ja Bohle

2018). Pereliikmed väljendavad vajadust kaitsta ja säilitada tõsise terviseprobleemiga patsiendi väärikust (Redley jt 2003a, 2003b) ning patsiendi privaatsuse ja tervisega seotud teabe konfidentsiaalsuse tagamist (Cypress 2014).

Patsientide, lähedaste ja õdede koostöö kvaliteet mõjutab seda, kuidas üksikisik oma haiglakogemust tajub. Oluline on EMO personali suutlikkus pakkuda spetsiifilist eakatele patsientidele vajalikku ravi, sest see vajab rohkem aega ja teadmisi, et patsiendi ja tema lähedastega asjakohaselt suhelda (Morphet jt 2015). Lähedased leidsid samuti, et õdedel peavad olema kriitilise mõtlemise oskused, et nad saaksid töötada tänapäeva keerukas, kiires ja ülerahvastatud EMOs. Lähedased on kirjeldanud õdede kriitilise mõtlemise oskuse vajadust triiaži- ja raviotsuste kiireks tegemiseks ning patsientide seisundi korduvaks hindamiseks ja jälgimiseks. (Cypress 2014.)

### **3.5. Heaolu vajadused**

**Heaolu vajadusi** (*comfort*) on hinnatud kõige madalamaks võrreldes teiste vajadustega. Kõrgeimalt on hinnatud patsiendi ravi ja hooldusega seotut, et oleks tagatud nende heaolu. Teisi aspekte (aktsepteerimist personalilt, isiklikku vajadust privaatsusele, söögile, joogile ja tualeti kasutamise võimalust) nii olulisteks ei peeta. Suurema tõenäosusega hindasid heaolu oluliseks vanemaealised pereliikmed ja need, kellel olid varasemad kogemused tõsise terviseprobleemiga. (Redley jt 2003a, 2003b.) Lähedasi on pannud muretsema, et EMOs ei ole piisavalt ressursse eakate patsientidega tegelemiseks. EMO ruum, kus toimub ravi, on "liiga lärmakas ja ülerahvastatud", mis tekitab patsientides segadust. Lähedased on soovitanud, et eakaid patsiente võiks ravida eraldi, eelistatavalt eemal üldisest EMOst. (Morphet jt 2015.) Uuring on näidanud, et vajaduse - olla kindel lähedase heaolu tagamisest, rahuldavad patsiendi lähedased peamiselt (97%) ise (Yildirim ja Özlü 2018).

## 4. METOODIKA

### 4.1. Metodoloogilised lähtekohad

Käesolev uurimistöö on empiiriline, kvantitatiivne ja kirjeldav. Kvantitatiivne uurimismeetod on objektiivne ja süstemaatiline protsess, milles kasutatakse numbrilisi andmeid saamaks informatsiooni mingist nähtusest (Grove 2017). Paljudes teadusvaldkondades, sh õendusteaduses, kasutatakse andmete kogumiseks küsimustikke teadmiste, hoiakute, emotsioonide, tunnetuse, soovide või käitumise uurimiseks. Küsimustikud, millega kogutakse patsientide ja/või lähedaste isiklike tähelepanekuid, võimaldavad hinnata arusaamu erinevate tervishoiuga seotud vaadete kohta. Küsitlusmeetodi kasulikkus seisneb selles, et küsimustikule vastamine ei võta kaua aega, küsitlemine on suhteliselt ökonoomne ja andmeid saab statistiliselt analüüsida. Kui uurimistöös kasutatakse esinduslikku valimit, siis saab küsitlustulemusi laiendada suuremale hulgale populatsioonist, mis on oluline osutatava teenuse tulemuslikkuse hindamisel. (Rattray ja Jones 2007.) Käesolevas uurimistöös kasutati valideeritud küsimustikku, et hinnata patsiendi lähedastele olulisi vajadusi ja nendega arvestamist EMOs. Samuti uuriti vajaduste olulisusele ja nende vajadustega arvestamisele antud hinnangute seoseid uuritavate taustaga.

### 4.2. Uuritavad ja uurimiskeskond

Uuritavateks olid patsienti EMO visiidil saatvad lähedased, keda patsient ise nii nimetas. Uuringus kutsuti osalema teovõimelisi täisealisi ( $\leq 18$ -aastane) lähedasi, kes uurimistöö andmete kogumise perioodil olid EMOs kohapeal ja võimelised küsimustikku täitma kas eesti või vene keeles. Eesti tsiviilseadustiku üldosa seaduse (2002) järgi on teovõimeline isik täisealine ehk vähemalt 18-aastane, kelle teovõime ei ole vaimuhaiguse, nõrgamõistuslikkuse või muu psüühikahäire tõttu piiratud.

Patsiendina määratleti käesolevas uurimistöös selle läbiviimise ajal 16–64-aastaseid isikuid. Uuringusse ei kaasatud laste lähedasi, sest uurimus viidi läbi täiskasvanute EMOs. Eakate lähedasi on uurinud Demidenko (2018a, 2018a) seoses perekonna koostoimimise ja sotsiaalse toega EMOs, seega neid sellesse uurimusse ei kaasatud. Tervise Arengu Instituudi (TAI) andmetel külastas 2019.a. Eesti keskhaiglate EMOsid umbes 159 000 patsienti vanuses  $\leq 15$ -aastased s.o ligikaudu 13 300 patsienti kuus (Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas 2020). Ligi poole EMOsse pöördujatest moodustasid 2017.a täiskasvanud vanuses 19–62 (Erakorraline meditsiin 2018).

Pärnu Haigla EMOt külastab aastas umbes 30 000 patsienti (Pärnu Haigla arengukava 2019–2023). Võttes eelduseks, et vähemalt ühel kolmandikul täiskasvanud patsientidest on kaasas saatjana lähedane, siis ühes kalendrikuus on nende arvuks umbes 400, üheksakuulisel perioodil arvestuslikult 3600. Tõenäosusliku valimi (n) suuruse arvutamine *MaCorr Research Solutions Online* veebikalkulaatoriga (usaldusnivoo 95% ja veapiir +/-5) andis uuringusse kaasatavate lähedaste arvuks kokku 345.

Uurimuses osales kokku 57 inimest ja lõplik valim oli 44. Patsiendi lähedasi esindava valimi suurust mõjutas uuritavate soov uurimistöös osaleda ja patsiendi vanuseline vastavus uurimistöö kriteeriumitele. Uurimistöös osalevate uuritavate lõplik arv sõltus samuti koroonaviiruse SARS-CoV-2 levikust Eestis, mille tõttu piirati patsienti saatvate lähedaste viibimist EMOs. Seoses koroonaviiruse SARS-CoV-2 levikuga Eestis planeeris uurija andmete kogumise pikema ajavahemiku jooksul (07.12.2020–31.08.2021) ja uurija piirdus uurimistöö läbi viimisega SA Pärnu Haigla EMOs. Uurimistöö andmete kogumise aega pikendati kuni 31.12.2021 uuringus osalenute tagasihoidliku arvu tõttu. Kokku oli 13 küsimustikku (kaks paberkandjal ja 11 elektroonilist), mis ei olnud kaasatavad uurimistöösse, sest vastajad olid hinnanud vähem kui 1/3 väidetest.

Pärnu Haigla on Pärnu linna poolt asutatud sihtasutus, millel on vastavalt Vabariigi Valitsuse määrusele (Haiglavõrgu arengukava 2003) kohustus keskhaiglana osutada laiapõhjalist eriarstiabi teenust, sh erakorralist meditsiiniabi. SA Pärnu Haigla teeninduspiirkonna moodustavad umbes 83 000 Pärnumaa alalist elanikku. Nendele lisanduvad teiste maakondade lähivaldade, eelkõige Läänemaa, patsiendid. Oluline roll on haiglal Pärnut kui turismi- ja kuurortlinna külastavate sisening välisturistide teenindamine. (Pärnu Haigla arengukava 2019–2023.) Pärnu Haigla EMOt külastas 2020. aastal umbes 25 000 patsienti (Erakorralise meditsiini osakonna...2022).

### **4.3. Andmete kogumine**

Erakorraliste patsientide lähedaste vajaduste mõõtmiseks EMOs kasutati Redley jt (2003b) ning Redley ja Beanland poolt (2004) Austraalias koostatud ja täiendatud kaheosalist küsimustikku „*Critical Care Family Needs Inventory for the Emergency Department*“ (CCFNI-ED) koos „*Needs Met Inventory*“ga (NMI). Küsimustiku kasutamiseks ja tõlkimiseks nii eesti kui vene keelde saadi kirjalik luba (vt lisa 1) autoriõiguste hoidjalt ja põhiautorilt B.Redleylt. Küsimustikku on kasutatud lähedastele oluliste vajaduste ja nendega arvestamise uurimiseks Austraalias, Türgis, Tais ja

Iraanis (Redley jt 2003b, Hsiao jt 2017, Sucu Dağ jt 2017, Yildirim ja Özlü 2018, Adineh Menbar jt 2019).

Küsimustik koosnes vajaduste olulisuse (A osa) ning nendega arvestamise (B osa) väidetest (40), mis on jagatud neljaks lähedastele oluliste vajaduste kategooriaks. Esimene, **suhtlemise kategooria** (10), hõlmas lähedaste informeerimist ja suhtlemist personaliga. Teise, lähedaste **kaasamise kategooria** väited (14), peegeldasid lähedaste vajadusi osaleda patsiendi hooldamises ja temaga koos olemises. Kolmas ehk **heaolu kategooria** (9) kajastas institutsiooni süsteemset ja struktuurilist heaolu lähedastele. Neljanda, **toetuse kategooria** väited (7), olid seotud EMO personalilt toetuse saamisega. Küsimustikuga hinnati lähedaste vajadusi informatsiooni, kaasamise ning heaolu ja toetuse tagamise osas, kasutades neljapunktilist Likerti skaalat, kus A osas 1 = ebaoluline, 2 = väheoluline, 3 = pigem oluline, 4 = väga oluline ja B osas 1 = ei nõustu üldse, 2 = nõustun osaliselt, 3 = pigem nõustun ja 4 = nõustun täielikult. Küsimustiku lõpus olid küsimused uuritavate tausta kohta. Taustaandmetest sooviti teada uuritava sugu, vanust, haridustaset, rahvust ja seotust patsiendiga. Uuritavate taustaandmeid koguti üksnes selleks, et oleks võimalik ülevaatlikult kirjeldada uurimistöö valimit ning võrrelda uurimistöö tulemusi varasemate uurimistöö tulemustega.

Eestis CCFNI-EDd ja NMId varasemalt uurimistöös kasutatud ei ole. Kuna Eesti rahvastikust umbes 30% inimestest räägib emakeelena vene keelt (Tammur 2017), tõlgiti küsimustik ja koostati kutse uurimuses osalemiseks (vt lisa 2 ja 3) nii eesti kui ka vene keeles. Küsimustiku tõlge kooskõlastati usaldusväärse tagamiseks juhendajate, kui ekspertide ning tõlkebüroo inglise ja vene keele filoloogiga, misjärel tõlkeõigsus tõlkebüroo poolt kinnitati (vt lisa 4).

Mõõdiku valiidsust tuleb hinnata iga kord, kui mõõdikut kasutatakse. CCFNI-ED valiidsuse tõendamiseks kasutasid Redley ja Beanland (2004) erinevaid meetodeid. Olemasoleva kirjanduse ülevaade toetas mõõdiku näilist valiidsust, kvalitatiivsed intervjuud sisuvaliidsust, viieliikmeline ekspertgrupp kinnitas näilist ja sisuvaliidsust. Mõõdiku konstruktsiooni valiidsuse kehtivuse testimiseks kasutati faktoranalüüsi. Selleks, et küsimustik oleks uuritavatel lihtsam täita, rühmitasid uurijad väited sisu järgi vajaduste kategooriatesse ja taustaandmed esitati küsimustiku lõpus. CCFNI-ED Cronbach alfa-koefitsient oli mõõdikul 0,90, alamjaotistel 0,56 kuni 0,87. Aktsepteeritavaks Cronbach alfa väärtuseks loetakse 0,70–0,95 ja maksimaalseks väärtuseks soovitatakse 0,90 (Tavakol ja Dennick 2011).

Magistritöö kavandi kinnitamise järgselt põhi- ja kaasjuhendaja poolt ja uurimiskeskcondadesse sisenemiseks, pöördus uurija haiglas uurimistöid korraldava volitatud isiku, EMO osakonna juhataja ning vanemõe poole. Uurimistöo läbiviimiseks sai uurija nõusoleku ja kooskõlastuse esmalt SA Pärnu Haiglast ja seejärel Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt (vt lisa 5 ja 6). Pärast seda leppis uurija EMO juhtkonnaga kokku infotunni läbiviimise. Infotunnis tutvustas uurija EMO personalile uurimistöo plaani, selgitas töö vajalikkust ja saadavat kasu. Uurija kooskõlastas osakonnas uuringus osalemise üleskutse ja paber kandjal küsimustiku patsiendi lähedastele edastamise võimalused. Uurija leppis kokku, kes on tema kontaktisikuteks EMOs. Uurimistöo viidi läbi vastavalt kooskõlastatud tegevuskavale ja koostöös EMO personaliga järgides kõiki uurimiseetika põhimõtteid.

Küsimustiku testimiseks viidi läbi prooviuuring, mis toimus pärast inimuuringute eetika komiteelt kooskõlastuse saamist, detsember 2020 kuni jaanuar 2021 (kaasaarvatud). Prooviuuringu eesmärk oli saada tagasisidet küsimustikus toodud väidete arusaadavusest ja nende sobivusest Eesti kontekstiga. Sellel otstarbel lisati prooviuuringul põhiküsimustikule lisaküsimused (vt lisa 7 ja 8). Pärast prooviuuringu tulemuste analüüsi sisulisi muudatusi küsimustikku vaja teha ei olnud. Peale konsulteerimist juhendajatega korregeeris uurija küsimustikus lähedaste taustaandmete punktis kahe kirje sõnastust. Muudetud sõnastused olid: „Selles jaotises palume vastata Teid puudutavatele küsimustele“ asendati lausega „Selles punktis palume vastata Teie enda kohta käivatele küsimustele“ ja „Seotus patsiendiga“ asendati „Teie ise olete patsiendile“. Sõnastuse korregeerimine oli vajalik, sest vanemaerialisel lähedasel tekkis probleem küsimusele vastamisega. Kuna prooviuuringu küsimustikus sisulisi muudatusi vaja teha ei olnud, siis kaasati nende andmed (8 uuritava vastused) põhiuuringusse. Põhiuuring toimus ajavahemikul 01.02.–31.12.2021.

Lähedaste uurimistööst teavitamiseks ja sellesse kaasamiseks koostati kutse uuringus osalemiseks. Üleskutse uurimistöös osalemiseks pandi haigla loal EMO infostendile patsientide ootealas. Üleskutses oli ära toodud vajalik informatsioon käimasoleva uurimuse kohta (eesmärk, andmete kogumine jms). Kui lähedane soovis uuringus osaleda, siis sai ta elektroonilise küsimustiku täita üleskutsel kirjas oleval veebiaadressil või paber kandjal, mille sai EMO ooteruumist ja/või triaazhõelt.

Uuringus kasutati nii elektroonset kui ka paber kandjal küsimustikku. Elektroonsete andmete kogumiseks kasutati Tartu Ülikooli (TÜ) veebipõhiste küsimustike koostamise keskkonda  *LimeSurvey*, mis võimaldas kaasata suuremat hulka uuritavaid, küsimustikule vastamist neile

sobival ajal ja kohas ning lihtsustas saadud andmete töötlemist. Laekunud küsimustike vastused salvestati TÜ turvalises serveris asuvas andmebaasis, mis on kaitstud rünnete eest väljastpoolt ja millele puudub kolmandate isikute juurdepääs. Uuritavate IP-aadresse (*Internet protocol address*) ei salvestatud, mistõttu ei ole võimalik nende hilisem tuvastamine vastamiseks kasutatud arvuti või nutiseadme järgi.

Uuritavatele, kes veebikeskkonnas küsimustikku täita ei soovinud/ei saanud, anti võimalus seda teha paber kandjal. Paber kandjal küsimustiku (vt lisa 9 ja 10) sai täita kohapeal või kodus. Kui uuritav soovis küsimustiku täita kohapeal, sai ta selle peale täitmist sisestades EMO ootealas olevasse lukustatavasse küsitluskasti. Kasti tühjendamine toimus uurija poolt kord nädalas. Kui uuritav soovis küsimustiku täita kodus, anti talle küsimustik ümbrikus, mis oli margistatud ja millele oli märgitud postituse saaja (uurimistöö läbiviija) nimi ja aadress. Küsimustik paluti uuritaval täita ja postitada vähemalt nädala jooksul peale EMO külastust. Posti teel ei laekunud uurijale ühtegi küsimustikku.

Uuringusse kaasamisel oli tagatud uuritavate autonoomia ja õigus ise otsustada uuringus osalemise üle. Oma nõusoleku uuringus osalemiseks andis uuritav küsimustiku ära saatmisega uurijale. Selle hetkeni sai uuritav osalemisest loobuda, pärast küsimustiku ära saatmist ta seda enam teha ei saanud, sest küsimustikud olid anonüümsed ja neid uuritavatega seostada ei olnud võimalik. Küsitud taustaandmed olid kooskõlas küsimustiku eesmärkidega ega sisaldanud tundlikke ja eriliiki isikuandmeid, mis võimaldanuks füüsilist isikut edaspidi tuvastada.

Uurimistöös lähtuti mittekahjustamise printsiibist ja uuringuga ei kaasnenud uuritavatele füüsilist ega vaimset kahju. Uuritavatel kulus aega küsimustiku täitmiseks umbes 15 minutit. Uuringus osalemise eest hüvesid ja tasu ei antud. Uuringust saadav kasu on kaudne. Teades patsiendi lähedaste vajadusi ja nendega arvestamist EMOs, on võimalik pakkuda paremat teenust ja suurendada lähedaste üldist rahulolu. Uurimistöö teostamisega seotud kulud kandis uurimistöö teostaja.

#### **4.4. Andmete analüüs**

Andmebaas moodustus küsimustike arvulistest vastustest, mis koondati Exceli tabelisse paber kandjal küsimustikest ja LimeSurveyst. Andmete kvantitatiivseks analüüsimiseks kasutati andmetöötlusprogrammi STATA 17. Lähedaste hinnangute kirjeldamiseks kasutati kirjeldavat

statistikat (tunnuste sageduse jaotus, protsent, miinimum, maksimum, aritmeetiline keskmine ja standardhälve). Statistiliste testide valik sõltus mõõdetavate tunnuste tüübist ja jaotusest. Seoste hindamiseks uuritavate taustaandmete ning vajaduste olulisuse ja nendega arvestamise vahel kasutati protsentide võrdlemiseks Fisheri täpset testi, enam kui kahe kategooria keskmise võrdlemiseks kasutati ANOVA dispersiooni analüüsi. Olulisuse nivooks valiti  $p < 0,05$ . Uurimistöö tulemused on esitatud tekstina ja graafiliselt (tabelid, joonised). Mõõdiku valiidsuse hindamiseks, kuigi uuritavate arv oli väike ja arvutus nii väikese valimi pealt ei ole usaldusväärne, arvutati mõõdiku eri osade ja mõõdiku kui terviku Cronbach'i alfa ( $\alpha$ ) väärtused. Cronbachi alfat kasutatakse testi või skaala sisemise kooskõla mõõtmiseks ja seda väljendatakse arvuna vahemikus 0 kuni 1 (Tavakol ja Dennick 2011). Alfa tõlgendamisel peetakse rahuldavaks väärtust alates 0,58 ja soovitavaks väärtust ligikaudu 0,70 või rohkem (Taber 2017). Mõõdiku A-osa Cronbachi  $\alpha$  väärtused jäid vahemikku 0,59–0,78 ja B-osa vahemikku 0,80–0,95. Cronbachi  $\alpha$  väärtused kategooriate kaupa on esitatud tabelis 1.

**Tabel 1. Mõõdiku kategooriate Cronbachi alfa väärtused**

Vajaduse kategooria	Väidete arv	Vajaduse olulisus	Vajadusega arvestamine
Suhtlemine	10	0,60	0,86
Kaasamine	14	0,78	0,80
Heaolu tagamine	9	0,78	0,95
Toetus	7	0,59	0,86
Kokku	40	0,84	0,94

Demograafiliste ja taustaandmete osas grupeeriti omavahel sobivad andmed (tabel 2). Selle tulemusel moodustati „Seotus patsiendiga“ kategoorias kaks uut alakategooriat - „vanem“ ning „abikaasa“. Alakategooria „elukaaslased“ ja „lapsed“ jäeti muutmata ja „muud“ alla lisati ka sõbrad. Lapselapsi ega patsiendi seaduslikku esindajat/eestkostjat uuringus ei osalenud. Põhiharidusega (kuni 6 klassi) inimesi uuringus ei osalenud, seega moodustati uus alakategooria „põhiharidus“ alakategooriate „kutseharidus“ ja „põhiharidus (kuni 9 klassi)“ alusel. „Keskharidus“ ja „keskeri-või kutsekeskharidus“ alusel moodustati uus alakategooria „keskharidus“. Kuna rahvuse alakategoorias „muu“ oli uuritavaid vaid 2 ja „venelane“ 4, siis koondati nad uueks alakategooriaks „mitte-eestlane“.

## 5. TULEMUSED

### 5.1. Uuritavate demograafilised ja taustaandmed

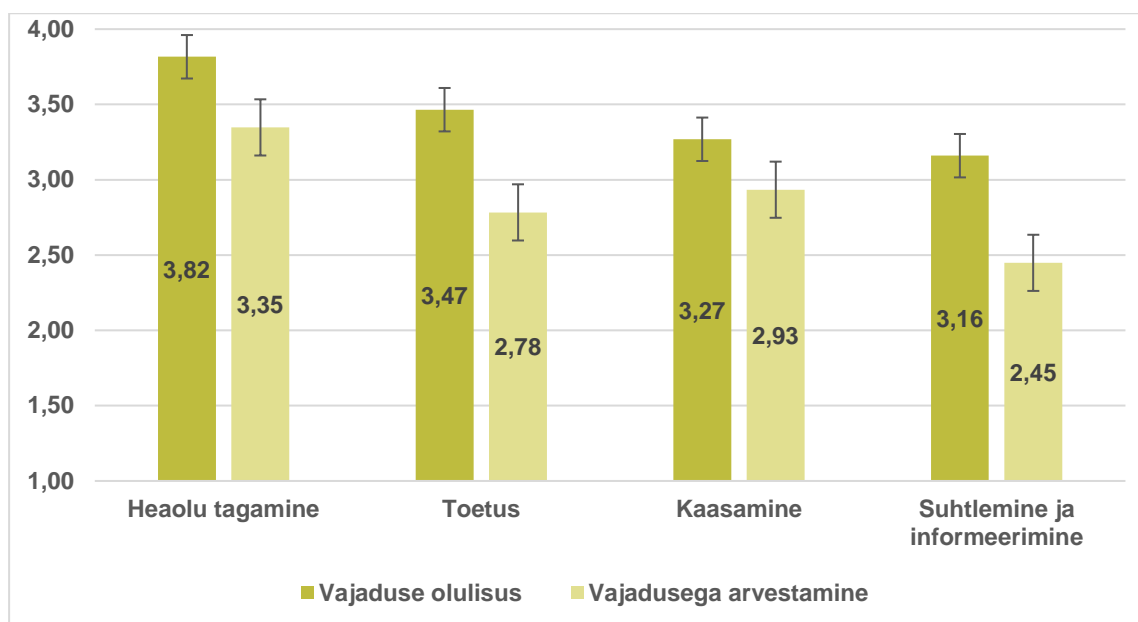
Patsiendi lähedasi osales uuringus kokku 44, kellest pisut enam kui pooled olid naised ja pea pooled mehed. Uuritavatest ligi pooled (48%) olid vanuses 26-45 aastat. Enam kui pooled uuritavatest (57%) olid patsiendile kas abikaasa või elukaaslane. Võrdselt oli vastanute hulgas kõrgharidusega ja keskharidusega uuritavaid. Põhiharidusega oli peaaegu üks neljandik vastanutest. Enamus uuritavatest olid eestlased ja 14% märkisid end mitte-eestlasteks (tabel 2).

**Tabel 2. Lähedaste demograafilised ja taustaandmed (n=44)**

Taustaandmed		n	%	Taustaandmed		n	%
Sugu	Mees	19	43	Rahvus	Eestlane	38	86
	Naine	25	57		Mitte-eestlane	6	14
Vanus	18-25	8	18	Seotus patsiendiga	Vanem (ema, isa)	6	13
	26-35	10	23		Abikaasa	13	30
	36-45	11	25		Laps	7	16
	46-55	7	16		Elukaaslane	12	27
	56 ja vanem	8	18		Muu (naaber, sugulane, sõber)	6	14
Haridus	Põhiharidus	10	22				
	Keskharidus	17	39				
	Kõrgharidus	17	39				

### 5.2. Lähedaste hinnangud vajaduste olulisusele ja vajadustega arvestamisele

Lähedased hindasid oluliseks kõiki vajadusi (hinnangute skaalal 1–4 keskmine skoor >3). Kõige olulisemaks hinnati heaolu tagamist. Olulisuselt järgmised vajaduste kategooriad olid toetuse ja kaasamise vajadus ning kõige vähem oluline informeerimise ja suhtlemise vajadus. Kõige enam arvestati lähedaste hinnangul heaolu tagamisega, vähem kaasamise ja toetuse vajadusega. Kõige vähem arvestati lähedaste hinnangul suhtlemise ja informeerimise vajadusega (joonis 1).



**Joonis 1. Vajaduste kategooriate olulisus ja nendega arvestamine vastavalt keskmisele skoorile**

### 5.2.1. Hinnangud heaolu tagamise olulisusele

Heaolu tagamisel oli lähedastele ühtmoodi väga oluline olla viisakalt koheldud ja tunda personali hoolimist patsiendist. Sama oluline oli olla kindel, et patsiendi heaolu on tagatud ning, et on lootust. Kõigi eelpoolnimetatud väidete puhul oli hinnangute varieeruvus väike. Samuti oli lähedastele väga oluline olla kindel, et patsient saab parimat võimalikku ravi, saada ausalt vastatud oma küsimustele ja võtta hiljem personaliga ühendust küsimuste esitamiseks (tabel 3).

**Tabel 3. Lähedaste hinnangud heaolu tagamise olulisusele**

Väited	Vajaduse olulisus				
	n	Keskmine skoor	SD	Min	Max
<b>Heaolu tagamine</b>		3,82	0,33	2,56	4,00
Mind koheldi viisakalt	41	3,90	0,30	3,00	4,00
Tundsin, et personal hoolib minu lähedasest	42	3,90	0,30	3,00	4,00
Võisin olla kindel, et lähedase heaolu on tagatud	42	3,90	0,30	3,00	4,00
Tundsin, et on lootust	39	3,90	0,31	3,00	4,00
Olin kindel, et minu lähedane saab parimat võimalikku ravi	41	3,80	0,56	1,00	4,00
Minu küsimustele vastati ausalt	39	3,79	0,70	1,00	4,00
Hiljem oli võimalus küsimuste esitamiseks personaliga ühendust võtta	39	3,79	0,47	2,00	4,00
Minuga räägiti lähedase üleviimise plaanidest kui need olid tehtud	34	3,71	0,80	1,00	4,00
Sain rääkida arstiga	40	3,58	0,81	1,00	4,00

n – vastajate arv

SD – standarthälve e varieeruvus

### 5.2.2. Hinnangud toetuse olulisusele

Toetuse kategoorias oli lähedastele väga oluline EMO personali poolt antavatest selgitustest aru saamine. Oluline oli saada teavet patsiendi seisundi hetkeolukorra kohta ning seda enne kui dokumente allkirjastada paluti. Pigem oluliseks hinnati privaatsuse ootamise koha olemasolu, kusjuures hinnangu varieeruvus oli suur (tabel 4).

**Tabel 4. Lähedaste hinnangud toetuse olulisusele**

Väited	Vajaduse olulisus				
	n	Keskmine skoor	SD	Min	Max
<b>Toetus</b>		3,47	0,43	2,29	4,00
EMO personali poolt antud selgitused olid mulle arusaadavad	41	3,80	0,40	3,00	4,00
Sain lähedase seisundi muutumisel hetkeolukorda iseloomustavat teavet	37	3,68	0,63	1,00	4,00
Sain lähedase seisundist teavet enne, kui mul paluti allkirjastada dokumente	33	3,61	0,70	1,00	4,00
Haiglasse saabumisel võttis mind vastu arst/õde	42	3,60	0,73	1,00	4,00
Osakonnas oli kindel isik, kes vajadusel toetas patsiendi lähedasi	39	3,33	0,84	1,00	4,00
Sain ajakohast teavet iga 15 minuti järel	36	3,28	0,85	1,00	4,00
Mul oli privaatne koht ootamiseks	38	2,79	1,04	1,00	4,00

### 5.2.3. Hinnangud kaasamise olulisusele

Kaasamisel oli väga oluline ooteruumis või selle läheduses tualettruumide olemasolu. Lähedastele oli väga oluline näha patsienti nii kiiresti kui võimalik ja tunda end haiglapersonali poolt aktsepteerituna. Pigem oluliseks hinnati olla EMOs koos sõprade või sugulastega, jagada oma emotsioone personaliga ning olla julgustatud väljendama oma emotsioone. Kõikidest antud hinnangutest vähem oluliseks peeti psühholoogilise abi võimalustest teavitamist (tabel 5).

**Tabel 5. Lähedaste hinnangud kaasamise olulisusele**

Väited	Vajaduse olulisus				
	n	Keskmine skoor	SD	Min	Max
<b>Kaasamine</b>		3,27	0,48	2,14	4,00
Ooteruumis või selle läheduses olid tualettruumid	39	3,79	0,47	2,00	4,00
Ma sain näha oma lähedast nii kiiresti kui võimalik	40	3,65	0,53	2,00	4,00
Tundsin end haiglapersonali poolt aktsepteerituna	39	3,59	0,72	1,00	4,00
Tundsin end vajalikuna lähedase eest hoolitsemisel	41	3,54	0,78	1,00	4,00
Ooteruumis või selle läheduses oli võimalik kasutada telefoni	42	3,45	0,89	1,00	4,00
Osalesin lähedast puudutavate otsuste vastuvõtmisel	41	3,34	0,88	1,00	4,00
Sain lähedasega olla omaette	38	3,31	1,02	1,00	4,00
Sain olla lähedase juures igal ajal	39	3,23	0,78	1,00	4,00
Personal suhtus mõistvalt minu emotsioonidesse	38	3,21	0,91	1,00	4,00
Läheduses oli võimalik saada toitu/jooki	41	3,17	0,97	1,00	4,00
Mulle võimaldati EMOs olla koos sõprade ja sugulastega	38	2,84	1,15	1,00	4,00
Sain jagada oma emotsioone personaliga	38	2,79	1,02	1,00	4,00
Mind julgustati väljendama oma emotsioone	38	2,71	1,14	1,00	4,00
Mind teavitati psühholoogilise abi saamise võimalustest	36	2,58	1,13	1,00	4,00

## 5.2.4. Hinnangud informatsiooni- ja suhtlemisevajaduse olulisusele

Suhtlemisel ja informeerimisel oli lähedaste jaoks kõige olulisem veenduda lähedase eest hoolitseva personali asjatundlikkuses, olla teavitatud oodatavast tulemusest ning omada võimalust rääkida õega. Pigem oluliseks peeti protseduuridest/uuringutest teavitamist, EMO töökorra ja patsiendi juures käitumise kohta selgituste saamist ning patsiendiga toimuva nägemist. Kõige vähem oluliseks hinnati personali juuresviibimist patsiendi külastamise ajal. Väheolulised olid samuti palumine mitte sekkuda lähedase ravisse ja soov olla säästetud patsiendi haiguse murettekitavatest üksikasjadest. Eespool nimetatud kolme väheoluliseks hinnatud väite puhul oli varieeruvus suur (tabel 6).

**Tabel 6. Lähedaste hinnangud informatsiooni- ja suhtlemisevajaduse olulisusele**

Väited	Vajaduse olulisus				
	n	Keskmine skoor	SD	Min	Max
<b>Suhtlemine</b>		3,16	0,41	2,30	4,00
Minu jaoks oli oluline veenduda lähedase eest hoolitseva personali asjatundlikkuses	41	3,66	0,76	1,00	4,00
Mind teavitati oodatavast tulemusest	41	3,66	0,66	1,00	4,00
Ma sain rääkida EMO õega	40	3,65	0,62	1,00	4,00
Mind teavitati miks mõni protseduur/uuring minu lähedasele tehti	42	3,55	0,55	2,00	4,00
Sain personaliilt selgitusi EMO töökorra kohta, enne kui mind lähedase juurde lasti	36	3,42	0,73	2,00	4,00
Mulle anti juhiseid, kuidas olla/käituda lähedase juures olles	38	3,32	0,87	1,00	4,00
Mul oli võimalik näha, mis minu lähedasega juhtus	39	3,26	0,97	1,00	4,00
Mul paluti lähedase ravisse mitte sekkuda	37	2,54	1,14	1,00	4,00
Ma soovisin, et mind säästetaks lähedase haiguse murettekitavatest üksikasjadest	40	2,43	1,20	1,00	4,00
Soovisin, et lähedase külastamise ajal viibiks juures keegi personalist	38	2,16	1,10	1,00	4,00

### 5.2.5. Hinnangud heaoluvajadusega arvestamisele

Heaolu tagamise osas nõustusid lähedased kõige enam väitega, et neid koheldi viisakalt, kõigi teiste väidetega pigem nõustuti. Kahe viimase väite puhul on näha suurem varieeruvus hinnangutes (tabel 7).

**Tabel 7. Lähedaste hinnangud heaoluvajadusega arvestamisele**

Väited	Vajadusega arvestamine				
	n	Keskmine skoor	SD	Min	Max
<b>Heaolu tagamine</b>		3,35	0,73	1,22	4,00
Mind koheldi viisakalt	41	3,68	0,69	1,00	4,00
Tundsin, et on lootust	39	3,49	0,76	1,00	4,00
Tundsin, et personal hoolib minu lähedasest	42	3,43	0,83	1,00	4,00
Võisin olla kindel, et lähedase heaolu on tagatud	42	3,43	0,77	1,00	4,00
Minu küsimustele vastati ausalt	38	3,32	0,90	1,00	4,00
Olin kindel, et minu lähedane saab parimat võimalikku ravi	41	3,27	0,87	1,00	4,00
Hiljem oli võimalus küsimuste esitamiseks personaliga ühendust võtta	37	3,24	0,95	1,00	4,00
Minuga räägiti lähedase üleviimise plaanidest kui need olid tehtud	28	3,07	1,15	1,00	4,00
Sain rääkida arstiga	40	3,05	1,06	1,00	4,00

### 5.2.6. Hinnangud toetusevajadusega arvestamisele

Toetuse kategoorias nõustusid lähedased enim väitega, et haiglasse saabudes võttis neid vastu arst või õde ja pigem nõustusid, et personali poolt antavad selgitused olid neile arusaadavad. Ülejäänud vajaduste arvestamisega nõustuti vähem ja nendest kõige vähem nõustusid lähedased ajakohase teabe saamisest iga 15 minuti järel (tabel 8).

**Tabel 8. Lähedaste hinnangud toetusevajadusega arvestamisele**

Väited	Vajadusega arvestamine				
	n	Keskmine skoor	SD	Min	Max
<b>Toetus</b>		2,78	0,83	1,00	4,00
Haiglasse saabumisel võttis mind vastu arst/õde	41	3,63	0,70	1,00	4,00
EMO personali poolt antud selgitused olid mulle arusaadavad	41	3,32	0,85	1,00	4,00
Osakonnas oli kindel isik, kes vajadusel toetas patsiendi lähedasi	38	2,79	1,07	1,00	4,00
Sain lähedase seisundist teavet enne, kui mul paluti allkirjastada dokumente	30	2,77	1,19	1,00	4,00
Sain lähedase seisundi muutumisel hetkeolukorda iseloomustavat teavet	33	2,55	1,28	1,00	4,00
Mul oli privaatne koht ootamiseks	39	2,18	1,17	1,00	4,00
Sain ajakohast teavet iga 15 minuti järel	37	1,81	0,97	1,00	4,00

### 5.2.7. Hinnangud kaasamisevajadusega arvestamisele

Kaasamisega arvestamisel nõustusid lähedased kõige enam väidetega, et ooteruumis või selle läheduses olid tualettruumid ja telefoni kasutamise võimalus. Pigem nõustuti sellega, et haiglapersonal aktsepteeris lähedasi, nad said näha patsienti nii kiiresti kui võimalik ja tundsid end vajalikuna lähedase eest hoolitsemisel. Ülejäänud vajadustega nõustuti vähem ja nendest kõige vähem arvestati lähedaste hinnangul vajadusega saada teavet psühholoogilise abi võimalustest (tabel 9).

**Tabel 9. Lähedaste hinnangud kaasamisevajadusega arvestamisele**

Väited	Vajadusega arvestamine				
	n	Keskmine skoor	SD	Min	Max
<b>Kaasamine</b>		2,93	0,61	1,50	4,00
Ooteruumis või selle läheduses olid tualettruumid	41	3,73	0,63	1,00	4,00
Ooteruumis või selle läheduses oli võimalik kasutada telefoni	44	3,61	0,75	1,00	4,00
Tundsin end haiglapersonali poolt aktsepteerituna	42	3,26	0,94	1,00	4,00
Ma sain näha oma lähedast nii kiiresti kui võimalik	39	3,08	1,16	1,00	4,00
Tundsin end vajalikuna lähedase eest hoolitsemisel	40	3,08	1,12	1,00	4,00
Läheduses oli võimalik saada toitu/jooki	44	2,95	1,01	1,00	4,00
Personal suhtus mõistvalt minu emotsioonidesse	37	2,92	1,01	1,00	4,00
Mulle võimaldati EMOs olla koos sõprade ja sugulastega	40	2,80	1,20	1,00	4,00
Sain lähedasega olla omaette	38	2,71	1,27	1,00	4,00
Sain jagada oma emotsioone personaliga	37	2,59	1,09	1,00	4,00
Osalesin lähedast puudutavate otsuste vastuvõtmisel	40	2,53	1,26	1,00	4,00
Sain olla lähedase juures igal ajal	40	2,48	1,22	1,00	4,00
Mind julgustati väljendama oma emotsioone	38	2,24	1,13	1,00	4,00
Mind teavitati psühholoogilise abi saamise võimalustest	35	2,00	1,14	1,00	4,00

### 5.2.8. Hinnangud informatsiooni- ja suhtlemisvajadusega arvestamisele

Suhtlemise ja informeerimisega arvestamisel nõustusid lähedased enim sellega, et said veenduda patsiendi eest hoolitseva personali asjatundlikkuses ning suhelda EMO õega. Ülejäänud vajadustega arvestamisega nõustuti vähem. Kõige vähem nõustuti, et arvestati lähedase sooviga personali juures viibimisest patsiendi külastamise ajal. Lähedased nõustusid samuti vähem vajadusega olla säästetud patsiendi haiguse murettekitavatest üksikasjadest, ning et neid paluti patsiendi ravisse mitte sekkuda (tabel 10).

**Tabel 10. Lähedaste hinnangud informatsiooni- ja suhtlemisvajadusega arvestamisele**

Väited	Vajadusega arvestamine				
	n	Keskmine skoor	SD	Min	Max
<b>Suhtlemine</b>		2,45	0,78	1,00	4,00
Minu jaoks oli oluline veenduda lähedase eest hoolitseva personali asjatundlikkuses	41	3,20	0,93	1,00	4,00
Ma sain rääkida EMO õega	40	3,03	1,17	1,00	4,00
Sain personaliilt selgitusi EMO töökorra kohta, enne kui mind lähedase juurde lasti	33	2,68	1,22	1,00	4,00
Mind teavitati miks mõni protseduur/uuring minu lähedasele tehti	40	2,60	1,24	1,00	4,00
Mul oli võimalik näha, mis minu lähedasega juhtus	38	2,59	1,23	1,00	4,00
Mulle anti juhiseid, kuidas olla/käituda lähedase juures olles	36	2,59	1,32	1,00	4,00
Mind teavitati oodatavast tulemusest	38	2,47	1,22	1,00	4,00
Soovisin, et lähedase külastamise ajal viibiks juures keegi personalist	35	1,89	0,95	1,00	4,00
Mul paluti lähedase ravisse mitte sekkuda	36	1,73	1,02	1,00	4,00
Ma soovisin, et mind säästetaks lähedase haiguse murettekitavatest üksikasjadest	41	1,63	0,97	1,00	4,00

### 5.2.9. Seosed vajaduste olulisuse, nendega arvestamise ja lähedaste taustaandmete vahel

**Heaolu** tagamise kategoorias hindasid naised olulisemaks kui mehed arstiga rääkimist ( $p=0,020$  Fisher'i test) ja kindluse saamist sellest, et patsiendi heaolu on tagatud ( $p=0,021$  Fisher'i test). Samuti oli neile olulisem kui meestele võimalus hiljem küsimuste esitamiseks personaliga ühendust võtta ( $p = 0,024$  Fisher'i test).

**Toetuse** osas oli meestele olulisem kui naistele privaatne koht ootamiseks ( $p=0,036$  Fisher'i test). Naistele oli meestest olulisem saada aru EMO personali poolt antavatest selgitustest ( $p=0,049$  Fisher'i test). **Toetusevajadusega arvestamise** kategoorias nõustusid naised enam kui mehed, et haiglasse saabudes võttis neid vastu arst või õde ( $p=0,015$  Fisher'i test). Naised nõustusid vähem kui mehed, et neil oli privaatne koht ootamiseks ( $p=0,016$  Fisher'i test).

**Kaasamise** kategoorias hindasid naised meestest olulisemaks telefoni kasutamise võimalust ( $p=0,005$  Fisher'i test) ja ooteruumis või selle läheduses tualettruumide olemasolu ( $p=0,008$  Fisher'i test). **Kaasamisvajadusega arvestamise** osas nõustusid mehed enam kui naised, et neil võimaldati olla omaette patsiendiga ( $p=0,048$  Fisher'i test). Naised nõustusid enam kui mehed, et telefonide kasutamise võimalus oli tagatud ( $p=0,028$  Fisher'i test), ning et läheduses olid

tualettruumid ( $p=0,029$  Fisher`i test). Mitte-eestlased nõustasid eestlastest enam, et nendega arvestati lähedast puudutavate otsuste vastuvõtmisel ( $p=0,002$  Fisher`i test).

**Suhtlemise ja informeerimisega arvestamise** osas nõustasid naised enam kui mehed, et arvestati nende vajadusega veenduda personali asjatundlikkuses ( $p=0,005$  Fisher`i test). Mitte-eestlased nõustasid eestlastest enam, et neid teavitati oodatavast tulemusest ( $p=0,002$  Fisher`i test) ning paluti mitte sekkuda patsiendile tehtavatesse toimingutesse ( $p=0,022$  Fisher`i test).

Tabelis 11 (vt lisa 11) on kajastatud vajaduste kategooriatele antud hinnangute keskmiste ja uuritavate taustaandmete alusel kujunenud gruppide hinnangute erinevused. Olulisi erinevusi leiti lähedaste hariduse, rahvuse ja patsiendiga seotuse gruppides. Erinevusi ei leitud seoses soo ja vanusega. Kõrgharidusega lähedased ja patsientide lapsed nõustasid kõige vähem, et suhtlemise ja informeerimise kategooria vajadustega on arvestatud. Suhtlemise ja informeerimise kategooria vajadusi on vähem oluliseks hinnanud patsiendi elukaaslased ja eestlased. Kaasamise kategooria olulisust on vanemad hinnanud teistest lähedastest vähemoluliseks.

## 6. ARUTELU

### 6.1. Uurimistöö olulisemad tulemused

Varasematest uurimistöödest on teada, et lähedastel on eriomased vajadused toimetulekuks EMO keskkonnas ja patsiendile toe pakkumiseks nii EMOs kui ka pärast väljakirjutamist kodus. Selleks, et parendada EMO töökorraldust ja personali tööd, on vaja teada millised on lähedastele olulised vajadused ja kuidas nad hindavad nendega arvestamist. Käesolevas uurimistöös uuriti lähedaste hinnanguid vajaduste olulisusele ja nendega arvestamisele EMOs, ning selgitati seoseid hinnangute ning lähedaste tausta vahel.

Uurimistööst selgus, et kõige olulisemaks hindasid lähedased **heaolu** tagamist. Ühtmoodi oluliseks peeti olla nii viisakalt koheldud kui ka kindel patsiendi heaolu tagatuses. Sama oluline oli tunda lootust, ning et personal hoolib patsiendist. Kõigile eelpool toodud väidetele oli hinnangute varieeruvus väike, mis näitab, et lähedased olid oma hinnangute andmisel küllaltki üksmeelsed. Samuti oli lähedastele oluline teada, et patsient saab parimat võimalikku ravi ja et saadi ausad vastused oma küsimustele, ning et hiljem saaks võtta ühendust personaliga küsimuste esitamiseks. Varasemates uurimistöödes on heaolu vajadusi hinnatud kõige madalamaks võrreldes teiste vajadustega (Hsiao jt 2017, Yildirim ja Özlü 2018, Adineh Menbar jt 2019), kusjuures kõige olulisemaks on hinnatud patsiendi ravi ja hooldusega seotud (Redley jt 2003a, Redley jt 2003b, Morphet jt 2015). Antud uurimuses on naised hinnanud meestest olulisemaks vajadust olla kindel, et patsiendi heaolu on tagatud ja võimalust hiljem küsimuste esitamiseks personaliga ühendust võtta. Samuti on naised olulisemaks hinnanud arstiga rääkimist. See, et naised hindavad oma vajadusi olulisemaks, võib olla seotud suuremast ärevusest. Demirtaş jt (2020) uuringust selgus, et nii naispatsiendid kui ka naissoost lähedased võivad vajada suuremat tähelepanu EMO personalilt, sest nende ärevuse tase on suurem kui meestel.

Olulisuselt järgmised vajaduste kategooriad olid **toetuse** ja **kaasamise** vajadus. Toetuse kategoorias oli lähedastele olulisim EMO personali poolt antavatest selgitustest aru saada. Oluline oli saada patsiendi seisundi muutumisel hetkeolukorda iseloomustavat teavet ja seda enne dokumentidele alla kirjutamist. Pigem oluline oli privaatse ootamise koha olemasolu, kusjuures hinnangute varieeruvus oli suur, ning mehed hindasid seda naistest olulisemaks. Naistele oli olulisem saada aru EMO personali poolt antavatest selgitustest. Varasemates uurimistöödes ei ole toetuse vajadus olnud lähedastele kuigi oluline, pigem on seda hinnatud vähemoluliseks (Redley

jt 2003b, Sucu Dağ jt 2017). Samas on leitud, et lähedased ootavad õdedelt empaatilisust ja toetust (Cypress 2014, Morphet jt. 2015). Lähedasi mõjutab see kuidas personal nendesse suhtub. Morphet jt 2015 on täheldanud, et kui lähedastele tundub, et personalil puudub empaatiavõime, piisav mõistmine või kaastunne patsiendi vajaduste suhtes, siis tekitab see nendes lootusetustunnet.

**Kaasamise** kategoorias hindasid lähedased väga oluliseks ooteruumis või selle läheduses tualettruumide olemasolu. Naised hindasid meestest olulisemaks telefoni kasutamise võimalust ja ooteruumis või selle läheduses tualettruumide olemasolu. Lähedastele oli väga oluline näha patsienti nii kiiresti kui võimalik ja tunda end EMO personali poolt aktsepteerituna. Pigem oluline oli olla EMOs koos sõprade või sugulastega, jagada oma emotsioone personaliga ning olla julgustatud väljendama oma emotsioone. Kõikidest antud hinnangutest vähem oluline oli olla teavitatud psühholoogilise abi võimalustest. Kaasamise olulisust on vanemad (isad-emad) hinnanud teistest lähedastest vähemoluliseks. Kaasamise vajadusi on kõige olulisemaks hinnatud Sucu Dağ jt (2017) uurimistöös, kus seda seostati eelkõige Türgimaa kultuuriga. Varasematest uurimustest (Barreto jt 2017, Youngson jt 2017) on selgunud, et lähedaste tõhus suhtlemine personaliga, saadud kogemus EMOst ning võimalus viibida patsiendi juures, võimaldab lähedastel nii EMOs kui ka pärast seda pakkuda paremat toetust patsiendile ravi jätkamisel.

Uurimistöös vähem oluliseks hinnati **informeerimise ja suhtlemise** vajadust. Informeerimisel ja suhtlemisel oli lähedaste jaoks kõige olulisem veenduda lähedase eest hoolitseva personali asjatundlikkuses, olla teavitatud oodatavast tulemusest ning omada võimalust rääkida õega. Pigem oluliseks peeti protseduuridest/uuringutest teavitamist, EMO töökorra ja patsiendi juures olemise/käitumise kohta selgituste saamist ning patsiendiga toimuva nägemist. Kõige vähem oluline oli lähedastele personali juuresviibimine patsiendi külastamise ajal. Vähem oluliseks hinnati samuti, et paluti mitte sekkuda lähedase ravisse ja olla säästetud patsiendi haiguse murettekitavatest üksikasjadest. Vähemoluliseks hindasid suhtlemise ja informeerimise kategooriat eestlased ning lähedased, kes olid end patsiendi elukaaslasena märkinud. Varasemates uurimistöodes on vastupidiselt käesoleva uurimusega suhtlemise ja informeerimise olulisust hinnatud kõige olulisemaks (Hsiao jt 2017, Yildirim ja Özlü 2018, Adineh Menbar jt 2019). Suhtlemine on oluline osa, mis aitab õdedel pakkuda paremat ravi patsiendile (Cypress 2014). Suhtlemine ja informeerimine on olulised, sest sellega on samuti seotud nii lähedaste toetamine kui ka nende kaasamine patsiendile toe pakkumiseks. EMO personalilt informatsiooni saamiseks võivad lähedased ise ilmutada initsiatiivi et suhelda (Morphet jt 2015, Palonen jt 2016).

Kõige enam arvestati lähedaste hinnangul **heaolu** tagamisega. Heaoluga tagamise osas nõustusid lähedased kõige enam väitega, et neid koheldi viisakalt. Samuti nõustuti enim või pigem kõigi teiste väidetega. Lähedaste hinnangutele, minuga räägiti lähedase üleviimise plaanidest, kui need olid tehtud ja sain rääkida arstiga, olid varieeruvused võrdlemisi suured, mis näitas lähedastelt antud hinnangute erinevust nendele väidetele. Lähedaste hinnangut esimesele väitele võis mõjutada see, kas patsient suunati edasi raviks haiglasse või mitte. Hinnang arstiga rääkida saamisele võis sõltuda asjaolust, kas arstil oli seoses tõise olukorraga EMOs võimalik seda teha või kui vajalikul määral tegi ta seda lähedase arvates. Heaolu tagamisega on varem nõustunud kõige vähem (Hsiao jt 2017, Yildirim ja Özlü 2018). Kui heaolu vajaduse arvestamisega ei ole nõustunud, siis võis see tuleneda sellest, et lähedased pole olnud rahul patsiendi vajaduste arvestamisega. Seda on toonitanud oma uurimistöös samuti Redley jt (2003b) ja Morphet jt (2015).

Uurimistulemustest selgus, et vähem kui heaoluga arvestamisega nõustuti **kaasamise** arvestamisega. Kaasamisega arvestamisel nõustusid lähedased täielikult väidetega, et ooteruumis või selle läheduses olid tualettruumid ja telefoni kasutamise võimalus ning naised nõustusid sellega enam kui mehed. Pigem nõustuti sellega, et haiglapersonal aktsepteeris lähedasi, nad said näha patsienti nii kiiresti kui võimalik ja tundsid end vajalikuna lähedase eest hoolitsemisel. Mehed nõustusid enam kui naised, et neil võimaldati olla patsiendiga omaette. Eestlastest enam nõustusid mitte-eestlased, et nendega arvestati lähedast puudutavate otsuste vastuvõtmisel. Ülejäänud vajadustega nõustuti osaliselt ja nendest kõige vähem arvestati lähedaste hinnangul vajadusega saada teavet psühholoogilise abi võimalustest. Lähedaste vajadusega arvestamisel on kõige enam nõustud kaasamisega Redley jt (2003b) ja Hsiao jt (2017) uurimuses. Lähedaste kaasamisega seotud vajadustega arvestamise keskmise skoori järgi, on käesolevas uurimistöös nende vajadustega pigem arvestatud. Kuna kaasamise kategooria hõlmab endas väiteid, mis eeldavad patsiendi juurde lubamist ja temaga koosolemist, siis arvestades koroonapandeemiast tingitud piirangute seadmist uurimistöö andmete kogumise ajal, on lähedaste hinnang vajadusega arvestamisele ootuspärane.

**Toetuse** vajadusega arvestati lähedaste hinnangul käesolevas uurimistöös vähem kui kaasamisega. Hinnang toetusevajadusega arvestamisest on olnud väikseim samuti varasemates uurimustes (Redley jt 2003b). Toetuse kategoorias nõustusid lähedased enim väitega, et haiglasse saabudes võttis neid vastu arst või õde ja pigem nõustusid, et personali poolt antavad selgitused olid neile arusaadavad. Naised nõustusid enam kui mehed, et haiglasse saabudes võttis neid vastu arst või õde. Ülejäänud toetuse vajaduste arvestamisega pigem nõustuti või nõustuti osaliselt ja nendest

kõige vähem või üldse ei nõustunud lähedaste vajadusega saada ajakohast teavet iga 15 minuti järel. Selliste lähedastele oluliste toetusvajadustega arvestamisel, nagu patsiendi lähedasi toetava kindla isiku olemasolu EMOs, patsiendi seisundist informatsiooni saamine enne kui paluti dokumentide allkirjastamist või patsiendi seisundi muutumisel hetkeolukorda iseloomustava teabe saamist, oli nõustumise keskmine skoor < 3. Põhjuseks, miks nende vajadustega ei ole piisavalt arvestatud, võib olla suur töökoormus osakonnas ning personali puudus. Varasematest uurimistöödest on teada, et õdedelt oodatakse nii toetust kui ka empaatilisust (Cypress 2014, Morphet jt 2015). Patsiendid ja lähedased soovivad õdedelt selgitust, mis EMOs toimuma hakkab, informeerimist tehtavatest protseduuridest, ravimitest ning nende ettevalmistamist arsti tulekuks ja arstiga rääkimiseks (Cypress 2014).

Lähedased on samuti vähem nõustunud ootamiseks privaatse koha olemasoluga ning naised nõustusid vähem kui mehed, et neil see oli. Privaatne koht ootamiseks on ilmselt oluline, kui piiratakse lähedaste lubamist patsiendi juurde ja/või ootamise aeg on pikk. Nii nagu ei saa ajaliselt ette määrata patsiendile EMOs kuluvat aega, ei saa seda teha ka lähedaste ooteajaga. Samas võib patsiendi transport haiglasse ja koju sõltuda ainult teda saatvast lähedasest. Ooteala suurus on samuti oluline, sest kui ootajaid on palju ja ruum väike, siis võib ülerahvastatud ooteruumis ning teadmatuses ootamine pigem süvendada lähedaste hirmu- ja ärevustunnet. Ekwill jt (2009) uurimistööst selgus, et lähedaste ärevustaseme vähendamine võib oluliselt suurendada nende rahulolu EMO teenusega ja mida madalam on lähedaste ärevuse tase EMOst lahkudes, seda rahulolevamad on nad tõenäoliselt sealt saadud abiga.

Kõige vähem arvestati lähedaste hinnangul **informatsiooni- ja suhtlemise** vajadusega. Kõrgharidusega lähedased ja patsientide lapsed nõustusid kõige vähem, et nende suhtlemise ja informeerimise vajadusega arvestati. Suhtlemisega arvestamisel lähedased pigem nõustusid sellega, et said veenduda patsiendi eest hoolitseva personali asjatundlikkuses ning suhelda EMO õega. Naised nõustusid meestest enam, et arvestati nende vajadusega veenduda personali asjatundlikkuses. Ülejäänud vajadustega arvestamisega nõustuti veel vähem. Enamasti ei nõustunud üldse või nõustuti osaliselt, et arvestati lähedase sooviga olla säästetud patsiendi haiguse murettekitavatest üksikasjadest, ning et patsiendi külastamise ajal viibiks juures keegi personalist. Väitega, et patsiendi ravisse paluti mitte sekkuda, ei nõustud üldse või nõustuti osaliselt. Mitteeestlased nõustusid eestlastest enam, et neid teavitati oodatavast tulemusest ning paluti mitte sekkuda patsiendile tehtavatesse toimingutesse. Varasemates töodes on nõustunud, et suhtlemise vajadusega arvestamine on kõige olulisem (Yildirim ja Özlü 2018, Demirtaş jt 2020). Cypress

(2014) ja Morphet jt (2015) on samuti rõhutanud selgelt arusaadava suhtlemise ning informeerimise vajadust. Kui ei arvestata informeerimisega protseduuridest/uuringutest, oodatavast tulemusest (prognoosist) ja EMO töökorrast ning juhiste andmisega, kuidas patsiendi juures olla/käituda, siis see on probleem, millele kindlasti tuleb edaspidi osakonna töö parendamisel tähelepanu pöörata.

## **6.2. Uurimistöö eetilised aspektid**

Uurimistöö planeerimisel ja läbiviimisel tugineti uurimiseetika põhimõtetele (Inimõiguste ja biomeditsiini konventsiooni...2005, WMA Helsingi deklaratsioon ...2013). Uurimistöös viidati korrektselt kasutatava küsimustiku ja kirjandusallikate autoritele. Uurimistöö läbiviimiseks sai uurija kooskõlastuse SA Pärnu Haiglast ja Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt. Pärast edukat magistr töö kaitsmist tutvustab uurija uurimistöö tulemusi haiglale, kus andmeid koguti. Kõik uurimistööst huvitatud, sh uuritavad, saavad tutvuda uurimistöö tulemustega Tartu Ülikooli elektroonilises andmebaasis *DSpace* või selle kohta avaldatud publikatsioonide kaudu.

Uurimistöö tulemused publitseeritakse. Uurimistöö käigus kogutud elektroonilised andmed säilitatakse TÜ serveris asuvas andmebaasis ja paber kandjal küsimustikud Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi õendusteaduste õppetooli tööruumis, vastutava uurija lukustatavas sahtlis. Uurimistöö jooksul saadud elektroonsete andmete kustutamine arvutist ja paber kandjal informatsiooni hävitamine paberipurustajas toimub eduka magistr töö kaitsmise ja uurimistöö tulemuste publitseerimise järgselt, hiljemalt juuni 2024.

## **6.3. Uurimistöö kitsaskohad**

Uurimistöö kitsaskohaks oli uuritavate väike arv seoses koroonapandeemia laiaulatusliku levikuga. Seetõttu kehtestati lähedastele piirangud haiglas patsientide külastamiseks ja samuti EMOs viibimiseks. Pärnu haigla EMO oli lähedastele peaaegu täiesti suletud septembrist 2020 kuni mai 2021 ja sügisest 2021 piirati samuti lähedaste viibimist EMOs. Seega oli võimalike uuritavate arv EMOs piiratud. Uuringus osalejate arvu mõjutas samuti lähedaste soov uuringus osaleda, sest osa inimesi keeldus või jättis küsimustikule vastamata. Uuringu lõppedes oli 14 küsimustikku, mida ei saanud kasutada – 11 elektroonilist ja kaks paber kandjal, sest nendest olid täidetud vähem kui veerand või isegi vähem. Posti teel küsimustiku hiljem ära saatmist ei soovitud ja margistatud ümbrikus lähedasele antud küsimustikku uurijale ei laekunud. Uurimistöös

kasutatud küsimustikud olid kas korrektselt või vähemalt 2/3 ulatuses täidetud. Mõned lähedastest lisasid küsimustikule, et nad jätsid vastamata nendele väidetele, millega nad EMOs patsiendi saatjana kokku ei puutunud. Paaril küsimustikul olid täitmata kahepoolselt trükitud lehel teisele leheküljele jäävad väited. Eelnevatest uurimistöödest on näha, et lähedastelt andmete kogumine on olnud edukam, kui sellega on tegelenud eraldi inimene selleks eraldatud ruumis. EMO personali suur töökoormus, patsientide arv ja kohati kaootiline ning pingeline töö ei võimaldanud enamasti lähedastega tegeleda. Uuriija kogemus näitas, et lähedased soovisid ja vajasisid individuaalset lähenemist. Probleemiks oli ka eraldi ruumi puudumine, kus oleks olnud võimalik lähedastega suhelda.

Käesolevas uurimistöös hinnati küsimustiku sisemist kooskõla Cronbach'i alfaga. Madalamad väärtused olid suhtlemise ja informeerimise olulisusel ( $\alpha=0,6$ ) ja toetuse olulisusel ( $\alpha=0,59$ ). Alfa väärtused võivad olla väikesed, sest uurimistöö andmeid oli vähe. Uuringut võiks korrata suurema valimiga ja erinevates haiglates. Uurimistöö andmete töötlemisel ilmnes samuti, et mõnede väidete sõnastus ei olnud hea. Väidete paremaks sõnastamiseks oleks tulnud kaasata eesti keele filoloog. Suhtlemise ja informeerimise kategooria väited nagu, mul paluti mitte sekkuda lähedasele tehtavatesse ravitoimingutesse ja ma soovisin, et mind säästetaks lähedase haiguse murettekitavatest üksikasjadest, on esitatud näiteks eituslausetena. Nendele väidetele antud lähedaste hinnangud, mis tulenesid väidete sõnastusest, võisid suhtlemise ja informeerimise kategooria keskmist skoori alandada.

## 7. JÄRELDUSED

Uurimistööst selgus, et kõige olulisemaks vajadustest hindasid lähedased heaolu tagamist. Lähedaste jaoks oli selles kategoorias enim oluline olla viisakalt koheldud ja tunda, et on lootust. Samavõrd oluline oli olla kindel, et patsiendi heaolu on tagatud ning personal hoolib patsiendist. Nendele väidetele hinnangu andmisel olid lähedased üsna üksmeelsed. Olulisuselt järgmised vajaduste kategooriad olid toetuse ja kaasamise vajadus ning kõige vähem oluline suhtlemise ja informeerimise vajadus. Toetuse vajaduse kategoorias hindasid lähedased kõige olulisemaks, et EMO personali poolt antud selgitused oleksid neile arusaadavad ja patsiendi seisundi muutumisel saaksid nad hetkeolukorda iseloomustavat teavet. Kaasamise osas hinnati kõige olulisemaks ooteruumis või selle läheduses tualettruumide olemasolu, aga samuti näha oma lähedast nii kiiresti kui võimalik ja tunda end personali poolt aktsepteerituna. Suhtlemise ja informeerimise kategoorias hinnati võrselt olulisemateks võimalust veenduda patsiendi eest hoolitseva personali asjatundlikkuses, teavitamist oodatavast tulemusest (prognoos) ja saada rääkida EMO õega.

Kõige enam arvestati lähedaste hinnangul heaolu tagamisega, vähem nõustuti kaasamise ja toetuse vajadusega arvestamisega. Kõige vähem nõustuti informatsiooni- ja suhtlemisvajaduse arvestamisega. Kuna uurimistööst ilmnnes, et kõige vähem olid lähedased rahul informeerimise ja suhtlemise vajaduste arvestamisega, siis tuleks edaspidi välja selgitada selle põhjused (organisatoorsed, personali suhtlemisoskused) ning parendada personali ja lähedaste omavahelist suhtlemist ning lähedaste informeerimist. Käesolevas uurimistöös hindasid naised kõikides vajaduste kategooriates oma vajadusi olulisemaks kui mehed ja nõustusid meestest vähem, et nende vajadustega on arvestatud (v.a heaoluga arvestamine). Kuna naissoost lähedaste ärevuse tase võib olla suurem kui meestel, siis järelikult tuleks EMO personalil pöörata enam tähelepanu naissoost lähedaste kaasamise, toetuse, informatsiooni- ja suhtlemise vajadusele.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Adineh Menbar, S., Hanifi, N., Rabie Siahkali, S. (2019). Analysis of the Needs of Relatives of Patients in Emergency Section of Zanjan .Education-Medication Centers in 2019. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal* 9(3), 50–56.

Anderson, E. (2019). Erakorralise meditsiini ja vastuvõtuosakondade töö statistika kvaliteediraport. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.

Barreto M.S., Marcon S.S., Garcia-Vivar C. (2017). Patterns of behaviour in families of critically ill patients in the emergency room: a focused ethnography. *Journal of Advanced Nursing* 73(3), 633–642.

Demidenko, J., Routasalo, P., Helminen, M., Paavilainen, E., Suominen, T. (2018a). Family functioning evaluated by family members of older patients and nurses in emergency departments. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32, 1064–1073.

Demidenko, J., Routasalo, P., Helminen, M., Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Suominen, T. (2018b). Social support received by the family of older patients in emergency department: A cross-sectional study. *Clinical Nursing Studies*, 6(2), 1–8.  
<https://www.sciedupress.com/journal/index.php/cns/article/view/12371>

Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2021–2030. Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing, Eesti Õendusjuhtide Ühing. Tallinn.  
[https://www.ena.ee/images/ELANIKONNALE/Eesti\\_oenduse\\_ammaemanduse\\_arengustrateegia\\_2021\\_2030.pdf](https://www.ena.ee/images/ELANIKONNALE/Eesti_oenduse_ammaemanduse_arengustrateegia_2021_2030.pdf) (20.04.2022).

Ekwall, A., Gerdtz, M., Manias, E. (2009). Anxiety as a factor influencing satisfaction with emergency department care: perspectives of accompanying persons. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 3489–3497.

Elmqvist, C., Frank, C. (2015). Patients` strategies to deal with their situation at an Emergency department. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 145–151.

Erakorraline meditsiin (2018). Riigikontrolli aruanne Riigikogule. Tallinn.  
[file:///C:/Users/Ilse/Downloads/14280\\_RKTR\\_2472\\_2-1.4\\_2223\\_001-2%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ilse/Downloads/14280_RKTR_2472_2-1.4_2223_001-2%20(1).pdf)  
(17.02.2019).

Erakorralise meditsiini arengukava 2012-2020.  
[https://www.sm.ee/sites/default/files/contenteditors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/Tervishoiusu\\_steen/Arstide\\_erialade\\_arengukavad/erakorralise\\_meditsiini\\_arengukava.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/contenteditors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiusu_steen/Arstide_erialade_arengukavad/erakorralise_meditsiini_arengukava.pdf) (01.10.2021).

Erakorralise meditsiini osakonna (EMO) ja/või vastuvõtuosakonna olemasolu ja erakorraliste patsientide lahkumine haigla järgi. (2022).

[https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas\\_04THressursid\\_11HAHaiglad/HH05\\_px/table/tableViewLayout2/](https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_04THressursid_11HAHaiglad/HH05_px/table/tableViewLayout2/) (07.04.2022).

Erakorralise meditsiini osakonda pöördumine on taas tõusuteel. (2019).

<https://tai.ee/et/uudised/erakorralise-meditsiini-osakonda-poordumine-taas-tousuteel>  
(20.11.2021).

Grove, S.K. Evolution of research in Building Evidence-Based Nursing Practice. In Gray, J.R., Grove, S.K., Sutherland, S. (2017). Burns and Grove`s The Practice of Nursing Research - E-Book: Appraisal, Synthesis, and generation of Evidence, 8th Edition (25). Saunders.

<https://www.worldcat.org/title/burns-and-groves-the-practice-of-nursing-research-e-book-appraisal-synthesis-and-generation-of-evidence/oclc/1012128200> (15.02.2018).

Gross, L. (2009). Vähktõvega täisealise patsiendi lähedaste vajadused ja nende rahuldamine eesti regionaalhaiglates. Kogumikus: Aro, I. Ja Oolo, T. (toim.) (2015). Patsiendikesksus Eesti tervishoius – patsientide ja nende lähedaste vaatekohad. Artikleid õendusteaduslikest uurimistöödest (46–56). Tartu.

Haiglavõrgu arengukava (RT I 2003, 35,223; RT I 2018, 5).  
<https://www.riigiteataja.ee/akt/111072015003?leiaKehtiv> (17.11.2019).

Hoffmann, E., Riis Olsen, P. (2018). Like an ace up the sleeve: an interview study of nurses` experiences of the contact with relatives in a somatic emergency ward. *Nordic College of Caring Science*, 32, 1207–1214.

Hsiao, P-R., Redley, B., Hsiao, Y-C., Lin, C-C., Han, C-Y., Lin, H-R. (2017). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 30, 3–8.

International Federation for Emergency Medicine. (2020). <https://www.ifem.cc/about-us/> (19.10.2021).

Janvest, M. (2010). Täiskasvanute intensiivravi osakondade patsientide lähedaste vajadused – kvalitatiivne uurimus. Kogumikus: Aro, I. ja Oolo, T. (toim.) Patsiendikeskus Eesti tervishoius – patsientide ja nende lähedaste vaatekohad (57–65). Tartu.

Majumdar, M.R., Bohle, S. (2018). To Evaluate the Level of Satisfaction in Relatives of Intensive Care Unit Patients. *National Journal of Integrated Research in Medicine*, 9(1), 103– 107.

Manias, E. Gerdtz, M., Williams, A., Mcguiness, J., Dooley, M. (2014). Complexities of medicines safety: communicating about managing medicines at transition points of care across emergency departments and medical wards. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 69–80.

Manias, E. Gerdtz, M., Williams, A., Mcguiness, J., Dooley, M. (2016). Communicating about the management of medications as patients move across transition points of care: an observation and interview study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 22, 635–643.

Morphet, J., Decker, K., Crawford, K., Innes, K., Williams, A.F., Griffiths, D. (2015). Aged care residents in the emergency department: the experiences of relatives. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 3647–3653.

Ormandy, P. (2010). Defining information need in health – assimilating complex theories derived from information science. Blackwell Publishing Ltd Health Expectations, 14, 92–104.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1369-7625.2010.00598.x> (23.05.2018).

Palonen, M., Kaunonen, M., Astedt-Kurki, P. (2016). Family involvement in emergency department discharge education for older people. *Clinical Nursing*, 25, 3333–3344.

Paavilainen, E., Salminen-Tuomaala, M., Kurikka, S., Paussu, P. (2009). Experiences of counselling in the emergency department during the waiting period: importance of family

participation. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2217–2224. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02574.x

Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030. Sotsiaalministeerium. [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta\\_05.05.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta_05.05.pdf) (20.04.2022).

Rance, S., Westlake, D., Brant, H., Holme, I., Endacott, R., Pinkney, J., Byng, R. (2020). Admission Decision-Making in Hospital Emergency Departments: The Role of the Accompanying Person. *Global Qualitative Nursing Research*, 7: 1–12.

Rattray, J., Jones, M.C. (2007). Essential elements of questionnaire design and development. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 234–243.

Redley, B., Beanland, C., Botti, M. (2003a). Accompanying critically ill relatives in emergency departments. *Journal of advanced Nursing*, 44, 88–89.

Redley, B., LeVasseur, S.A., Peters, G., Bethune, E. (2003b). Families needs in emergency departments: instrument development. *Journal of advanced Nursing*, 43, 606–615.

Redley, B., Beanland, C. (2004). Revising the Critical Care Family Needs Inventory for the Emergency Department. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 95–104.

Redley, B., M. Phiri, L., Heyns, T., Wang, W., Han, C-Y. (2019). Family needs during critical illness in the Emergency Department: A retrospective factor analysis of data from three countries. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 2813–2823.

Statistika: Erakorralise meditsiini osakonda pöördujate arv väheneb (2018). Tervise Arengu Instituut. <http://www.tai.ee/et/instituut/pressile/uudised/4332-statitika-erakorralise-meditsiini-osakonda-poeoerdujate-arv-vaheneb> (16.11.2018).

Sucu Dağ, G., Dicle, A., Firat, M.Z. (2017). Psychometric properties of the critical care family needs inventory-emergency department. *Applied Nursing Research*, 33, 113–120.

Taber, K. (2018). The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Research Instruments in Science Education*, 48, 1273–1296.

Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making Sense of Cronbach's Alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55.

Tervise Arengu Instituut (2021). Erakorralise meditsiini vastuvõttu pöörduti koroonapandeemia tõttu senisest vähem. <https://www.terviseinfo.ee/et/uudised/5437-erakorralise-meditiini-vastuvottu-poeerduti-koroonapandeemia-tottu-senisest-vahem> (06.04.2022).

Tervisestatistika ja terviseuringute andmebaas. Tervise Arengu Instituut. [http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/pxweb/et/03Tervishoiuteenused/03Tervishoiuteenused\\_03Kiirabi/KE32.px/?rxid=50490e53-81c5-4ec5-aab2-cf59e278f3ec](http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/pxweb/et/03Tervishoiuteenused/03Tervishoiuteenused_03Kiirabi/KE32.px/?rxid=50490e53-81c5-4ec5-aab2-cf59e278f3ec) (16.11.2018).

Tsiviilseadustiku üldosa seadus (RT I 2002, 35, 216; RT I 2021, 8).  
<https://www.riigiteataja.ee/akt/106122010012?leiaKehtiv> (13.04.2022).

Uibu, E. (2015). Patsiendi lähedaste vajadused ja nende arvestamine täiskasvanute intensiivravis. Kogumikus: Aro, I. ja Oolo, T. (toim.) Patsiendikesksus Eesti tervishoius – patsientide ja nende lähedaste vaatekohad (66–77). Tartu.

Yildirim, T., Özlü, Z. K. (2018). Needs of Critically Ill Patients' Relatives in Emergency Departments.  
<http://www.nmsjournal.com/article.asp?issn=23221488;year=2018;volume=7;issue=1;epage=33;epage=38;aulast=Yildirim;type=0> (15.12.2018).

Youngson, M. J., Currey, J., Considine, J. (2017). Current practices related to family presence during acute deterioration in adult emergency department patients. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 3624–3635.

# LISAD

## Lisa 1. Luba küsimustiku tõlkimiseks ja kasutamiseks

Saatja: Bernice Redley <[bernice.redley@deakin.edu.au](mailto:bernice.redley@deakin.edu.au)>  
Date: E, 12. oktoober 2020 kell 22:45  
Subject: RE: Permission to translate and use the instrument CCFNI-ED  
To: Ilse Laasen <[ilse.laasen@gmail.com](mailto:ilse.laasen@gmail.com)>

Hello Ilse

I am very happy for you to translate and use the CCFNI-ED. All the best with your research and I look forward to hearing about your outcomes.

*Kind regards*

Bernice Redley  
Associate Professor  
Centre for Quality and Patient Safety Research-Monash Health Partnership  
Deakin University  
Tel (Deakin) [+61 3 9244 6807](tel:+61392446807)  
Tel (Monash Health) [+61 3 9594 4147](tel:+61395944147)  
Mobile: [0433975382](tel:0433975382)  
E-mail (Deakin) [bernice.redley@deakin.edu.au](mailto:bernice.redley@deakin.edu.au)  
E-mail (Monash Health) [Bernice.redley@monashhealth.org](mailto:Bernice.redley@monashhealth.org)

From: Ilse Laasen <[ilse.laasen@gmail.com](mailto:ilse.laasen@gmail.com)>  
Sent: Friday, December 28, 2018 6:19 AM  
To: Bernice Redley <[bernice.redley@deakin.edu.au](mailto:bernice.redley@deakin.edu.au)>  
Subject: Permission to translate and use the instrument CCFNI-ED

Date: 27.12.2018

Subject: Permission to translate and use the instrument "The Critical Care Family Needs Inventory-Emergency Department"

Dear A/Prof. Bernice Redley

I am Master's student of Nursing Science at the University of Tartu (Estonia). In my Master's thesis, I have planned to study the information needs of the adult patient's family members in the emergency departments of the central and regional hospitals in Estonia. I am inspired of articles of yours and your colleagues in this field (e.g. Redley, B., Beanland, C., Botti, M. (2003) Accompanying critically ill relatives in emergency departments; Redley, B., LeVasseur, S.A., Peters, G., Bethune, E. (2003). Families' needs in emergency departments: instrument development; Redley, B., Beanland, C. (2004). Revising the Critical Care Family Needs Inventory for the Emergency Department, Hsiao, P.-R., Redley, B. et al. (2017). Family needs of critically ill patients in the emergency department), and I would like to use the same instrument developed and tested in your researches.

I kindly ask you the original instrument and permission to translate and use this instrument. With your permission I would like to translate the instrument into Estonian and Russian and use it in my Master's thesis. When obtaining the use of this instrument, applicable copyright stipulations will be followed including the obligation to make known the source of the instrument.

Remaining at your disposal for any explanations or further information you may need.

Thank you in advance and kind regards.

Sincerely,

Ilse Laasen

---

## Lisa 2. Kutse uuringus osalemiseks eesti keeles

Väga austatud!

Kutsume Teid osalema uurimistöös „*Täiskasvanud patsiendi lähedaste vajadused ja nendega arvestamine erakorralise meditsiini osakonnas – lähedaste vaatekohad*“. Uurimistöö eesmärk on kirjeldada patsiendi lähedaste vajadusi suhtlemise, kaasamise, toetuse ja heaolu tagamise osas ning nendega arvestamist personali poolt erakorralise meditsiini osakonnas ehk EMOs. Uurimistöö viiakse läbi detsember 2020 kuni jaanuar 2022. Teades lähedaste vajadusi ja nende olulisust lähedastele, saame arendada teenuse kvaliteeti ning erakorralise meditsiini osakonna personali oskusi lähedaste vajadusi märgata ja nendega arvestada.

Olete palutud osalema uuringus kui olete patsiendi lähedane, kes saadab patsienti EMOs. Lähedaseks käesolevas uurimistöös on EMOs patsienti visiidil saatvad teovõimelised täisealised ehk 18-aastased ja vanemad isikud. Lähedane võib antud uuringus olla ka patsiendi seaduslik esindaja või eestkostja. Täiskasvanud patsient on selles uuringus uurimistöö toimumise ajal EMOs viibinud 16–64-aastane isik.

Kui te olete olnud patsiendi saatjana EMOs, siis on Teil võimalik täita kas eesti või vene keelne küsimustik elektroonselt alljärgneval veebilingil (aadressil [http://\\_\\_ .\\_\\_ . \\_\\_](http://__ .__ . __)). Kui soovite küsimustiku täita paberikandjal, siis saate selle EMO registratuurist ja/või triaazililt koos kaasasoleva margistatud ja uurijale adresseeritud ümbrikuga. Uurimistöös osalemine on anonüümne ja vabatahtlik. Uurimistulemused ei ole seostatavad Teie isikuga. Oma nõusoleku uurimises osalemiseks annate küsimustikule vastamisega. Jättes küsimustiku saatmata, loobute selles osalemast. Küsimustiku täitmine võtab aega umbes 15 minutit.

Uurimistöö läbiviimine on kooskõlastatud Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteega. Uurimistöö valmimise tähtaeg on juuni 2022. Hiljem on võimalik tutvuda uurimistöö tulemustega selle kohta avaldatud publikatsiooni vahendusel või Tartu Ülikooli elektroonilises andmebaasis DSpace. Uurimistöö käigus kogutud andmeid koheldakse delikaatselt lähtudes uurimiseetika põhimõtetest. Kogutavatele andmetele on juurdepääs vaid uurimistöö läbiviijal. Kõik uurimistöö käigus kogutud originaalandmed hävitatakse pärast uurimistulemuste avaldamist hiljemalt juunis 2024.

Küsimustiku kohta tekkinud küsimustega palume pöörduda uurimistöö teostaja Ilse Laaseni poole telefonil 5142 963 või e-posti aadressil [ilse.laasen@ut.ee](mailto:ilse.laasen@ut.ee)

Lugupidamisega

Ilse Laasen õendusteaduse magistriõppekava üliõpilane  
peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut  
meditsiiniteaduste valdkond  
Tartu Ülikool

### Lisa 3. Kutse uuringus osalemiseks vene keeles

Уважаемые!

Приглашаем вас принять участие в исследовании «Потребности близких взрослого пациента и принятие во внимание этих потребностей в отделении экстренной медицины – с точки зрения близких». Цель исследования – выяснить и описать потребности близких, сопровождающих пациента в отделении экстренной медицины (ОЭМ), и узнать, были ли они приняты во внимание с вашей точки зрения путём общения, участия, поддержки и обеспечения благополучия. Исследование проводится с декабря 2020 года по январь 2022 года. Зная потребности и проблемы близких пациентов и их важность, мы можем в дальнейшем повысить качество обслуживания и способствовать развитию способности персонала отделения экстренной медицины выявлять потребности близких пациентов и удовлетворять их.

Вы можете участвовать в исследовании, если вам не менее 18 лет, и вы сопровождали взрослого пациента в ОЭМ. Близким в этом исследовании считают совершеннолетнего (18 лет и старше) дееспособного, который сопровождает пациента во время посещения в ОЭМ. В этом исследовании близким может быть также законный представитель или опекун пациента. Взрослый пациент – это человек в возрасте от 16 до 64 лет.

Если вы хотите принять участие в исследовании, вы можете заполнить анкету на эстонском или русском языке в электронном виде по следующей веб-ссылке ([http://\\_\\_\\_. \\_\\_\\_](http://___. ___)). Если вы хотите заполнить анкету на бумаге, вы можете получить ее в приемной ОЭМ и/или у триажной сестры с вложенным конвертом на имя автора исследования. Участие в исследовании анонимно и добровольно. Результаты исследования не имеют отношения к вашей личности. Вы даете согласие на участие в исследовании, отвечая на вопросы анкеты. Не отправляя анкету, вы отказываетесь от участия. Заполнение анкеты занимает около 15 минут.

Разрешение на проведение исследования было предоставлено Комитетом по этике исследований на людях Тартуского университета. Срок завершения исследования – июнь

(järgneb)

2022 года. Позже с результатами исследования можно будет ознакомиться в опубликованной статье или в электронной базе данных Тартуского университета DSpace. Данные, собранные в ходе исследования, обрабатываются деликатно в соответствии с этическими принципами. Только автор исследования имеет доступ к собранным данным. Все исходные данные, собранные в ходе исследования, будут уничтожены после публикации результатов исследования не позднее июня 2024 года.

Если у вас возникнут вопросы по анкете, пожалуйста, свяжитесь с автором исследования Ильзе Лаазен по телефону 5142 963 или по электронной почте [ilse.laasen@ut.ee](mailto:ilse.laasen@ut.ee)

С уважением  
Ильзе Лаазен  
студентка магистратуры кафедры сестринского дела  
институт семейной медицины и здоровья населения  
медицинский факультет  
Тартуский университет

#### Lisa 4. Tõlkeõigsuse kinnitus eestikeelsele ja venekeelsele küsimustikule

*Antud teksti keeleline korrektuur on tehtud tõlkebüroos DIALOG.*

---

*Reg. Nr. 10050341, Turu 9, Tartu 51004, Eesti*

*Küsimustikuväited vastavadsisuliseltlingisekeelseleoriginaalile*

*Julia Klotško*

*Tõlkekorraldaja*



Языковая корректура данного текста была выполнена в бюро переводов Диалог

регистрационный номер 10050341 (Эстония, 51004 Тарту, ул. Туру 9)

Содержание утверждений, приведенных в анкете, соответствует содержанию  
англоязычного оригинала

*Юлия Клочко*

*Администратор бюро переводов*



## Lisa 5. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee uurimistöö kooskõlastus

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokolli number: 330/T-12

koosolek: 16.11.2020

Komitee koosseis:

### Esimees

Aime Keis Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, meditsiineetika assistent

### Aseesimees

Kristi Lõuk Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, projektijuht / doktorant

### Liikmed

Diva Eensoo Tervise Arengu Instituut, analüütik  
Margit Jäätma Riigikohus, tsiviilkolleegiumi nõunik  
Katrin Kaarna Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliiniliste teadusuuringute üksuse tegevjuht  
Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, psühholoogia doktorant

Annika Kask

Piret Koosa Eesti Rahva Muuseum, teadur  
Kalle Kisand Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, laborimeditsiini professor  
Martin Mooses Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, treeningu füsioloogia lektor Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, religiooniuuringu nooremteadur  
Indrek Peedu Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika vanemteadur  
Maire Peters Tartu Tervishoiu Kõrgkool, bioanalüütiku õppekava dotsent  
Mare Remm

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö

Uurimistöö nimetus eesti keeles: Täiskasvanud patsiendi lähedaste vajadused ja nendega arvestamine erakorralise meditsiini osakonnas – lähedaste vaatekohad

Vastutavad uurijad (asutus):

Ere Uibu (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Ravila 19, 50411, Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt, 24.11.2020
2. Luba küsimustiku tõlkimiseks ja kasutamiseks
3. Küsimustiku „Critical Care Family Needs Inventory for the Emergency Department“ (CCFNI-ED) väited
4. Kutse uuringus osalemiseks eesti keeles
5. Kutse uuringus osalemiseks vene keeles
6. Küsimustiku kaaskiri ja küsimustik eesti keeles, 24.11.2020
7. Küsimustiku kaaskiri ja küsimustik vene keeles, 24.11.2020
8. Prooviuuringu lisaküsimused eesti keeles
9. Prooviuuringu lisaküsimused vene keeles
10. Uurimistöö läbiviijate CV-d (E. Uibu, J. Demidenko, I. Laasen)

(järgneb)

Tartu Ülikool

tel 737 6215 grandikeskus

e-post [etetikakomitee@ut.ee](mailto:etetikakomitee@ut.ee)

Raekoja plats 9

[www.ut.ee/teadus/etetikakomitee](http://www.ut.ee/teadus/etetikakomitee)

51004 Tartu

Uurimistöö lõpp: 30.11.2021

Komitee esimees: Aime Keis /allkirjastatud digitaalselt/

Komitee sekretär: Kaire Kallak /allkirjastatud digitaalselt/

Väljastatud: /viimase digitaalallkirja kuupäev/

## Lisa 6. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus uurimistöö jätkamiseks

### Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokolli number: 350/M-5

koosolek: 20.09.2021

#### Komitee koosseis:

##### Esimees

Aime Keis Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, meditsiinieetika nooremlektor

##### Aseesimees

Kristi Lõuk Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, projektijuht / doktorant

##### Liikmed

Diva Eensoo Katrin Tervise Arengu Instituut, analüütik  
Kaarna Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliiniliste teadusuuringute üksuse tegevjuht  
Annika Kask Kalle Kissanen Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, psühholoogia doktorant  
Piret Koosa Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, laborimeditsiini professor  
Malle Kuum Eesti Rahva Muuseum, teadur  
Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur  
Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, treeningu füsioloogia lektor  
Martin Mooses Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini kaasprofessor / kliinilise meditsiini instituudi täienduskeskuse juhataja  
Marje Oona Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika kaasprofessor  
Maire Peters Tartu Tervishoiu Kõrgkool, bioanalüütiku õppekava dotsent  
Mare Remm Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, religiooniuuringu kaasprofessor  
Atko Sulhan-Remmel

#### Otsus: Kooskõlastada uurimistöö jätkamine

**Uurimistöö nimetus:** Täiskasvanud patsiendi lähedaste vajadused ja nendega arvestamine erakorralise meditsiini osakonnas – lähedaste vaatekohad

#### Vastutavad uurijad (asutus):

Ere Uibu (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Ravila 19, 50411, Tartu)

#### Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Jätkutaotluse kaaskiri
2. Esialgsete dokumentide muudetud versioonid:
  - Uurimistöö avaldus,
  - Lisa 11.3 Kutse uuringus osalemiseks (eestikeelne),
  - Lisa 11.4 Kutse uuringus osalemiseks (venekeelne),
  - Lisa 11.5 Küsimustiku kaaskiri ja eestikeelne küsimustik, - Lisa 11.6 Küsimustiku kaaskiri ja venekeelne küsimustik.

Uurimistöö lõpp: 30.06.2022

(järgneb)

**Komitee esimees:** Aime Keis */allkirjastatud digitaalselt/*

**Komitee sekretär:** Kaire Kallak */allkirjastatud digitaalselt/* **Väljastatud:** */viimase digitaalallkirja kuupäev/*

---

Tartu Ülikool  
e-post [etetikakomitee@ut.ee](mailto:etetikakomitee@ut.ee) Raekoja plats 9  
51004 Tartu

tel 737 6215 grandikeskus  
[www.ut.ee/teadus/etetikakomitee](http://www.ut.ee/teadus/etetikakomitee)

## Lisa 7. Prooviuuringu lisaküsimused eesti keeles

Ilse Laasen

õendusteaduse magistriõppekava üliõpilane

peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

meditsiiniteaduste valdkond

Tartu Ülikool

Prooviuuringu lisaküsimused

Palun Teid anda tagasisidet 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? (Märkide ristiga sobiv vastusevariant.)

Ei  Jah\*

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

---

5. Kas mõni väide oli üleliigne või sobimatu? ( $\neg$ Märkide ristiga sobiv vastusevariant.)

Ei  Jah\*

\* Kui vastasite jah, siis mida peaks välja jätma? (Märkige 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?

---

Tänan Teid tagasiside eest!

## Lisa 8. Prooviuringu lisaküsimused vene keeles

Ильзе Лаазен

студентка магистратуры кафедры сестринского дела

институт семейной медицины и здоровья населения

медицинский факультет

Тартуский университет

Дополнительные вопросы пилотного исследования

Прошу Вас дать обратную связь о ясности и уместности утверждений и заполнений, а также заполнении анкеты в целом

1. Какие утверждения или слова было сложно понять? (Отметьте номер утверждения и/или слово.)

---

2. Какие утверждения были плохо сформулированы? (Отметьте номер утверждения.)

---

3. На какие утверждения было сложно ответить? (Отметьте номер утверждения.)

---

Объясните, почему было сложно ответить?

---

4. Отсутствовало ли какое-либо утверждение? (Отметьте подходящий ответ крестиком.)

Нет  Да \*

\* Если ответили да, то, что еще нужно было бы спросить?

---

5. Были ли какие-либо утверждения лишними или неуместными? (Отметьте подходящий ответ крестиком.)

Нет  Да \*

\* Если ответили да, то, что следует удалить? (Отметьте номер утверждения.)

---

Поясните, почему это утверждение следует удалить?

---

6. Сколько времени заняло заполнение анкеты?

---

7. Что Вы хотели бы добавить об анкете или ее заполнении?

---

Благодарю Вас за обратную связь

## Lisa 9. Küsimustiku kaaskiri ja küsimustik eesti keeles

Väga austatud!

Olete palutud osalema uurimistöös „*Täiskasvanud patsiendi lähedaste vajadused ja nendega arvestamine erakorralise meditsiini osakonnas – lähedaste vaatekohad*“. Uurimistöö eesmärk on välja selgitada ning kirjeldada erakorralise meditsiini osakonnas ehk EMOs viibiva patsiendi lähedaste vajadusi ja nendega arvestamist suhtlemise, kaasamise, toetuse ning heaolu tagamise osas. Teades lähedaste vajadusi ja nende olulisust lähedastele, saame arendada teenuse kvaliteeti ning erakorralise meditsiini osakonna personali oskusi lähedaste vajadusi märgata ja nendega arvestada.

Olete oodatud uuringus osalema kui olete patsiendi lähedane ja saatnud täiskasvanud patsienti EMOs ning olete teovõimeline täisealine ehk 18-aastane või vanem. Lähedane võite olla meie uuringus ka patsiendi seadusliku esindaja või eestkostjana. Täiskasvanud patsiendiks on meie uurimistöös selle toimumise ajal EMOs viibinud 16–64-aastane isik.

Uurimistöö toimub detsembrist 2020 kuni jaanuarini 2022. Uurimistöös osalemine on anonüümne ja vabatahtlik. Nõusoleku uurimises osalemiseks annate küsimustikule vastamisega. Küsimustiku aktiveerimisel Tartu Ülikooli veebipõhiste küsimustike koostamise keskkonnas *LimeSurvey* on ära määratud, et vastajate IP-aadresse ei salvestata ning seega ei ole Teie tuvastamine pärast küsimustiku ära saatmist arvuti või nutiseadme järgi võimalik. Uurimistöö käigus kogutud andmeid koheldakse delikaatselt lähtudes uurimiseetika põhimõtetest. Kogutavatele andmetele on juurdepääs vaid uurimistöö läbiviijal. Kõik uurimistöö käigus kogutud originaalandmed hävitatakse pärast uurimistulemuste avaldamist, hiljemalt juuni 2024.

Uurimistöö on kooskõlastatud Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteega.

### Küsimustiku täitmise juhend

Küsimustikule vastamiseks palume Teil hinnata 4-pallisel skaalal vajaduste olulisust ning vajadustega arvestamist. Küsimustik on kaheosaline ja vajalik on mõlema, nii A kui ka B osa täitmine. Küsimustiku A osas palume vastata kui olulised on Teie jaoks konkreetsed vajadused, kus 1 = ebaoluline, 2 = väheoluline, 3 = pigem oluline, 4 = väga oluline. B osas palume vastata kui võrd Teie vajadustega EMOs arvestati, kus 1 = ei nõustu üldse, 2 = nõustun osaliselt, 3 = pigem nõustun ja 4 = nõustun täielikult. Palun lugege hoolikalt igat väidet, valige sobivaim vastus nii A kui ka B osast ja tehke märged vastavasse ruutu. Samuti palume Teil vastata küsimustiku lõpus olevatele küsimustele.

Küsimuste tekkimisel või lisainformatsiooni saamiseks saate pöörduda uurimistöö teostaja Ilse

Laaseni poole telefonil 5142 963 või e-posti aadressil [ilse.laasen@ut.ee](mailto:ilse.laasen@ut.ee)

(järgneb)

**Küsimustik patsiendi lähedase vajadustest ja nendega arvestamisest EMOs**

Väited	A osa				B osa			
	Hinnang vajaduse olulisusele				Hinnang vajadusega arvestamisest			
	Ebaoluline	Väheoluline	Pigemoluline	Vägaoluline	Ei nõustu üldse	Nõustun osaliselt	Pigem nõustun	Nõustun täielikult
	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>Suhtlemine</b> erakorralise meditsiini osakonnas hõlmab patsiendi lähedaste teavitamist ja suhtlemist personaliga								
1. Mind teavitati miks mõni protseduur/uuring minu lähedasele tehti								
2. Ma soovisin, et mind säästetaks lähedase haiguse murettekitavatest üksikasjadest								
3. Ma sain rääkida õega								
4. Minu jaoks oli oluline veenduda lähedase eest hoolitseva personali asjatundlikkuses								
5. Mind teavitati oodatavast tulemusest								
6. Mul paluti lähedase ravisse mitte sekkuda								
7. Sain personaliilt selgitusi EMO töökorra kohta, enne kui mind lähedase juurde lasti								
8. Soovisin, et lähedase külastamise ajal viibiks juures keegi personalist								
9. Mul oli võimalik näha, mis minu lähedasega juhtus								
10. Mulle anti juhiseid, kuidas olla/käituda lähedase juures olles								
<b>Kaasamine</b> erakorralise meditsiini osakonnas hõlmab patsiendi saatvate lähedaste vajadust osaleda oma lähedase hooldamises ja temaga koos olemises								
1. Mulle võimaldati EMOs olla koos sõprade ja sugulastega								
2. Ma sain näha oma lähedast nii kiiresti kui võimalik								
3. Sain olla lähedase juures igal ajal								
4. Tundsin end vajalikuna lähedase eest hoolitsemisel								
5. Osalesin lähedast puudutavate otsuste vastuvõtmisel								
6. Sain lähedasega olla omaette								
7. Tundsin end haiglapersonali poolt aktsepteerituna								
8. Mind julgustati väljendama oma emotsioone								
9. Personal suhtus mõistvalt minu emotsioonidesse								
10. Sain jagada oma emotsioone personaliga								
11. Mind teavitati psühholoogilise abi saamise võimalustest								
12. Läheduses oli võimalik saada toitu/jooki								
13. Ooteruumis või selle läheduses oli võimalik kasutada telefoni								
14. Ooteruumis või selle läheduses olid tualettruumid								

(järgneb)

Väited	A osa				B osa			
	Hinnang vajaduse olulisusele				Hinnang vajadusega arvestamisest			
	Ebaoluline	Väheoluline	Pigemoluline	Vägaoluline	Ei nõustu üldse	Nõustun osaliselt	Pigem nõustun	Nõustun täielikult
	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>Heaolu</b> tagamine erakorralise meditsiini osakonnas hõlmab haigla/osakonna süsteemset ja struktuurilist heaolu patsiendi lähedase jaoks								
1. Sain rääkida arstiga								
2. Minu küsimustele vastati ausalt								
3. Minuga räägiti lähedase üleviimise plaanidest kui need olid tehtud								
4. Olin kindel, et minu lähedane saab parimat võimalikku ravi								
5. Mind koheldi viisakalt								
6. Tundsin, et personal hoolib minu lähedasest								
7. Võisin olla kindel, et lähedase heaolu on tagatud								
8. Tundsin, et on lootust								
9. Hiljem oli võimalus küsimuste esitamiseks personaaliga ühendust võtta								
<b>Toetuse</b> saamine erakorralise meditsiini osakonna personalilt								
1. Haiglasse saabumisel võttis mind vastu arst/õde								
2. Osakonnas oli kindel isik, kes vajadusel toetas patsiendi lähedasi								
3. Sain lähedase seisundist teavet enne, kui mul paluti allkirjastada dokumente								
4. Mul oli privaatne koht ootamiseks								
5. EMO personali poolt antud selgitused olid mulle arusaadavad								
6. Sain ajakohast teavet iga 15 minuti järel								
7. Sain lähedase seisundi muutumisel hetkeolukorda iseloomustavat teavet								

Originaalküsimustiku The Critical Care Family Needs Inventory – Emergency Department (CCFNI-ED) ja Needs Met Inventori (NMI) autorid on Bernice Redley ja Christine Beanland (Redley ja Beanland 2004, [https://www.academia.edu/31897819/Revising\\_the\\_Critical\\_Care\\_Family\\_Needs\\_Inventory\\_for\\_the\\_Emergency\\_Department](https://www.academia.edu/31897819/Revising_the_Critical_Care_Family_Needs_Inventory_for_the_Emergency_Department)).

(järgneb)

## LÄHEDASE (KÜSIMUSTIKLE VASTAJA) TAUSATAANDMED

Selles jaotises palume vastata Teie enda kohta käivatele küsimustele

### Teie vanus on

18-25	<input type="text"/>
26-35	<input type="text"/>
36-45	<input type="text"/>
46-55	<input type="text"/>
56-64	<input type="text"/>
65+	<input type="text"/>

### Teie sugu on

Mees	<input type="text"/>
Naine	<input type="text"/>

### Teie rahvus on

Eestlane	<input type="text"/>
Venelane	<input type="text"/>
Muu	<input type="text"/>

### Teie haridus on

Põhiharidus (kuni 6 klassi)	<input type="text"/>
Põhiharidus (kuni 9 klassi)	<input type="text"/>
Kutseharidus	<input type="text"/>
Keskharidus	<input type="text"/>
Keskeri- või kutsekeskharidus	<input type="text"/>
Kõrgharidus	<input type="text"/>

### Teie ise olete patsiendile

Ema	<input type="text"/>
Isa	<input type="text"/>
Naine	<input type="text"/>
Mees	<input type="text"/>
Laps	<input type="text"/>
Lapselaps	<input type="text"/>
Sõber	<input type="text"/>
Elukaaslane	<input type="text"/>
Patsiendi seaduslik esindaja/eestkostja	<input type="text"/>
Muu (naaber, sugulane)	<input type="text"/>

Täname!

## **Lisa 10. Küsimustiku kaaskiri ja küsimustik vene keeles**

Уважаемый (ая)!

Просим вас принять участие в исследовании «Потребности близких взрослого пациента и принятие во внимание этих потребностей в отделении экстренной медицины – с точки зрения близких». Цель исследования – выяснить и описать потребности близких, сопровождающих пациента в отделении экстренной медицины (ОЭМ), и узнать, были ли они приняты во внимание с вашей точки зрения путём общения, участия, поддержки и обеспечения благополучия. Зная потребности и проблемы близких пациентов и их важность, мы можем в дальнейшем повысить качество обслуживания и способствовать развитию возможности персонала отделения экстренной медицины выявлять потребности близких пациентов и удовлетворять их.

Мы пригласили вас принять участие в исследовании, потому что вы сопровождали взрослого пациента во время его визита в ОЭМ, а также являетесь совершеннолетним дееспособным взрослым (в возрасте 18 лет и старше). Также, как близкий пациента, вы можете принять участие в нашем исследовании в качестве его законного представителя или опекуна. Взрослый пациент – это человек в возрасте от 16 до 64 лет, находившийся в ОЭМ.

Исследование проводится с декабря 2020 года по январь 2022 года. Участие в исследовании – анонимное и добровольное. Заполнив анкету, вы подтверждаете свое согласие на участие в исследовании. При активации онлайн-анкеты в интернетплатформе *LimeSurvey* Тартуского университета указывается, что IP-адреса респондентов не сохраняются и, следовательно, невозможно будет вас идентифицировать с помощью компьютера или смарт-устройства после отправки анкеты. Данные, собранные в ходе исследования, обрабатываются анонимно и деликатно, в соответствии с этическими принципами проведения исследований. Доступ к собранным данным имеет только автор исследования. Все исходные данные, собранные в ходе исследования, будут уничтожены после публикации результатов исследования не позднее июня 2024 года. Исследование одобрено комитетом по этике исследований на людях Тартуского Университета.

### **Инструкция по заполнению анкеты**

Для заполнения анкеты просим вас оценить важность ваших потребностей и степень их удовлетворения по 4-балльной шкале. Анкета состоит из двух частей, необходимо заполнить обе части: А и Б. В части анкеты А ответьте, пожалуйста, насколько важны для вас конкретные потребности, где 1 = абсолютно неважно, 2 = неважно, 3 = скорее важно, 4 = очень важно. В части Б, пожалуйста, ответьте, в какой степени ваши потребности были учтены в ОЭМ, где 1 = совсем не согласен, 2 = частично согласен, 3 = скорее согласен и 4 = полностью согласен. Пожалуйста, внимательно прочтите каждое утверждение, выберите наиболее подходящий ответ из разделов А и Б и отметьте соответствующий квадрат.

Также просим вас ответить на вопросы в конце анкеты.

Если у вас возникнут вопросы или вы хотите получить дополнительную информацию, вы можете связаться с автором исследования Ильзе Лаазен по телефону 5142 963 или по электронной почте [ilse.laasen@ut.ee](mailto:ilse.laasen@ut.ee)

(järgneb)

**Анкета о потребностях близких пациента и удовлетворении этих потребностей в ОЭМ**

Утверждения	Часть А				Часть Б			
	Оценка значимости потребности				Оценка того, в какой степени были учтены потребности			
	Абсолютно неважно	Неважно	Скорее важно	Очень важно	Совсем не согласен	Частично согласен	Скорее согласен	Полностью согласен
	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>Общение</b> в отделении экстренной медицины включает в себя информирование близких пациента и общение с персоналом								
1. Меня проинформировали, зачем те или иные процедуры / обследования были проведены моему близкому								
2. Я бы хотел (-а), чтобы меня не посвящали в тревожные детали болезни моего близкого								
3. Я смог (-ла) поговорить с медсестрой								
4. Для меня было важно убедиться в компетентности персонала, ухаживающего за моим близким								
5. Меня проинформировали об ожидаемом результате								
6. Меня попросили не вмешиваться в процесс лечения								
7. Я получил (-а) от персонала разъяснения относительно распорядка в ОЭМ до того, как мне разрешили пройти к моему близкому								
8. Я хотел (-а), чтобы во время моего визита к моему близкому рядом со мной находился кто-нибудь из персонала								
9. У меня была возможность узнать, что случилось с близким								
10. Меня проинструктировали, как вести себя рядом с моим близким								
<b>Вовлечение</b> в отделении экстренной медицины включает в себя необходимость присутствия близких, сопровождающих пациента, рядом с их близким и их участия в уходе за ним								
1. Мне разрешили находиться в ОЭМ с друзьями и родственниками								
2. Мне удалось увидеть моего близкого при первой возможности								
3. Я смог (-ла) находиться рядом с моим близким в любое время								
4. Я почувствовал (-а) себя нужным в процессе ухода за близким								
5. Я участвовал (-а) в принятии решений относительно моего близкого								
6. Я смог(-ла) побыть наедине с моим близким								
7. Я чувствовал (-а) одобрение со стороны персонала ОЭМ								
8. Меня поддержали в выражении моих эмоций								
9. Персонал с пониманием относился к моим эмоциям								
10. Я смог (-ла) поделиться своими переживаниями с персоналом								

(järgneb)

Утверждения	Часть А				Часть Б			
	Оценка значимости потребности				Оценка того, в какой степени были учтены потребности			
	Абсолютно не-важно	Не-важно	Скорее важно	Очень важно	Совсем не согласен	Частично согласен	Скорее согласен	Полностью согласен
	1	2	3	4	1	2	3	4
11. Меня проинформировали о возможности получения психологической помощи								
12. Поблизости можно было приобрести еду и напитки								
13. В зале ожидания или поблизости от него была возможность пользоваться телефоном								
14. Туалетные комнаты находились в зале ожидания или поблизости								
<b>Обеспечение благополучия</b> для близких пациента в отделении экстренной медицины включает в себя системное и структурное благополучие в больнице / отделении								
1. Я смог (-ла) поговорить с врачом								
2. На мои вопросы отвечали честно								
3. Со мной говорили о планах перевода близкого, если они возникали								
4. Я был (-а) уверен (-а), что мой близкий получит наилучшее возможное лечение								
5. Со мной общались вежливо								
6. Я чувствовал (-а), что персонал заботится о моем близком								
7. Я мог(-ла) быть уверен (-а), что моему близкому обеспечено благополучие								
8. Я чувствовал (-а), что есть надежда								
9. Позднее у меня была возможность связаться с сотрудниками ОЭМ и задать им вопросы								
<b>Получение поддержки</b> от сотрудников отделения экстренной медицины								
1. По прибытии в больницу меня принял (-а) врач/медсестра								
2. В отделении находился конкретный человек, который при необходимости, поддерживал близких пациента								
3. Я получил (-а) информацию о состоянии близкого до того, как меня попросили подписать документы								
4. У меня было отдельное уединённое место для ожидания								
5. Разъяснения сотрудников ОЭМ были мне понятны								
6. Я получал (-а) своевременную информацию каждые 15 минут								
7. При изменении состояния близкого я получал (-а) своевременную информацию о текущей ситуации								

Авторами оригинальной анкеты The Critical Care Family Needs Inventory – Emergency Department (CCFNI-ED) и Needs Met Inventori (NMI) являются Bernice Redley и Christine Beanland (Redley и Beanland, 2004, [https://www.academia.edu/31897819/Revising\\_the\\_Critical\\_Care\\_Family\\_Needs\\_t\\_heeds\\_In\\_ventory](https://www.academia.edu/31897819/Revising_the_Critical_Care_Family_Needs_t_heeds_In_ventory)).

(jörgneb)

## Анкетные данные

В этом разделе ответьте, пожалуйста, на касающиеся вас вопросы

### Ваш возраст

18–25

26–35

36–45

46–55

56–64

65+


### Пол

Мужчина

Женщина


### Национальность

Эстонец

Русский

Другое


### Образование

Основное образование (до 6 классов)

Основное образование (до 9 класса)

Профессиональное образование

Среднее образование

Среднее специальное или среднее профессиональное образование

Высшее образование


### Связь с пациентом

Мать

Отец

Жена

Муж

Сын/дочь

Внук/внучка

Друг

Спутник (-ца) жизни

Законный представитель/ опекун пациента

Другое (сосед, родственник)


Спасибо!

## Lisa 11. Vajaduste kategooriate skoorid vastavalt taustaandmetele (tabel 11)

Tabel 11. Keskmine, standardhälve ja erinevused küsimustiku kategooriate skooride vahel vastavalt taustaandmetele

		Seotus patsiendiga					Haridus			Rahvus		Vanus					sugu	
		Vanemad	Abikaasad	Lapsed	Elukaaslane	Muu	Põhiharidus	Keskharidus	Kõrgharidus	Eestlane	Mitte-eestlane	18-25	26-35	36-45	46-55	≥56	Mees	Naine
HO	n	6	13	7	12	6	10	17	17	38	6	8	10	11	7	8	19	25
	M	4,00	3,76	3,90	3,68	3,91	3,96	3,72	3,82	3,81	3,87	3,68	3,79	3,83	4,00	3,83	3,78	3,84
	SD	0,00	0,43	0,12	0,39	0,12	0,08	0,43	0,28	0,33	0,32	0,57	0,32	0,18	0,00	0,28	0,30	0,35
	p	0,301					0,195			0,669*		0,508					0,978*	
HA	n	6	13	7	12	6	10	17	17	38	6	8	10	11	7	8	19	25
	M	3,66	3,09	3,04	3,45	3,72	3,61	3,40	3,14	3,29	3,69	3,18	3,37	3,19	3,35	3,67	3,19	3,46
	SD	0,34	0,98	0,62	0,66	0,44	0,72	0,62	0,82	0,76	0,41	0,97	0,92	0,67	0,54	0,41	0,76	0,70
	p	0,222					0,284			0,086*		0,680					0,912	
TO	n	6	13	7	12	6	10	17	17	38	6	8	10	11	7	8	19	25
	M	3,69	3,49	3,59	3,31	3,29	3,51	3,44	3,46	3,48	3,38	3,68	3,38	3,33	3,48	3,52	3,42	3,50
	SD	0,38	0,39	0,40	0,36	0,67	0,36	0,41	0,50	0,42	0,50	0,44	0,30	0,49	0,45	0,46	0,38	0,46
	p	0,324					0,917			0,665*		0,489					0,344*	
TA	n	6	13	7	12	6	10	17	17	38	6	8	10	11	7	8	19	25
	M	3,17	2,50	2,48	2,69	3,54	2,83	3,06	2,48	2,74	3,02	2,80	2,32	2,64	2,98	3,35	2,85	2,73
	SD	0,57	0,99	0,61	0,77	0,46	0,65	0,74	0,92	0,86	0,60	0,83	0,83	0,91	0,71	0,53	0,69	0,92
	p	0,053					0,117			0,349*		0,101					0,142*	
KO	n	6	13	7	12	6	10	17	17	38	6	8	10	11	7	8	19	25
	M	3,77	3,29	3,28	2,97	3,24	3,26	3,30	3,24	3,27	3,29	3,13	3,21	3,17	3,36	3,53	3,17	3,34
	SD	0,33	0,43	0,56	0,47	0,23	0,41	0,50	0,53	0,45	0,69	0,58	0,33	0,50	0,57	0,45	0,42	0,52
	p	0,023					0,948			0,911*		0,438					0,369*	
KA	n	6	13	7	12	6	10	17	17	38	6	8	10	11	7	8	19	25
	M	3,32	2,80	2,56	2,89	3,37	2,94	3,15	2,71	2,92	3,00	2,91	2,68	3,03	2,75	3,30	2,95	2,92
	SD	0,60	0,63	0,66	0,48	0,46	0,57	0,47	0,71	0,63	0,53	0,47	0,62	0,52	0,88	0,48	0,62	0,62
	p	0,056					0,104			0,780*		0,238					0,947*	
SO	n	6	13	7	12	6	10	17	17	38	6	8	10	11	7	8	19	25
	M	3,56	3,17	3,27	2,93	3,00	3,19	3,20	3,10	3,10	3,49	2,84	3,11	3,19	3,31	3,36	3,02	3,26
	SD	0,39	0,44	0,19	0,39	0,30	0,41	0,44	0,39	0,38	0,45	0,47	0,44	0,31	0,24	0,42	0,34	0,43
	p	0,024					0,761			0,029*		0,086					0,175*	
SA	n	6	13	7	12	6	10	17	17	38	6	8	10	11	7	8	19	25
	M	2,64	2,47	1,72	2,51	3,06	2,54	2,75	2,08	2,37	2,93	2,11	2,23	2,66	2,44	2,80	2,49	2,42
	SD	0,32	0,65	0,52	0,94	0,92	0,64	0,51	0,95	0,80	0,44	0,78	0,73	0,72	0,92	0,72	0,66	0,86
	p	0,037					0,040			0,099*		0,353					0,112*	

n - vastajate arv  
 M - keskmine skoor  
 SD - standardhälve  
 \* t-test  
 p - ANOVA

HO - heaolu olulisus  
 TO - toetuse olulisus  
 KO - kaasamise olulisus  
 SO - suhtlemise olulisus

HA - heaoluga arvestamine  
 TA - toetusega arvestamine  
 KA - kaasamisega arvestamine  
 SA - suhtlemisega arvestamine