

Tartu Ülikool
Meditsiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Maria Muuli

**PATSIENTIDE JA ÕEDEDE HINNANGUD PATSIENTIDE
VALMISOLEKULE HAIGLAST VÄLJAKIRJUTAMISEKS
SA TARTU ÜLIKOOLI KLIINIKUMI NEUROKIRURGIA OSAKONNA
NÄITEL – KVANTITATIIVNE UURIMUS**

Magistritöö

Tartu 2022

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

Juhendaja: Tõnu Rätsep, dr. med (arstiteadus)

Retsensent: Eve-Merike Sooväli, MSc (õendusteadus)

Magistritöö on kinnitatud juhendajate otsustega 02.05.2022. Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Maria Muuli,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Patsientide ja õdede hinnangud patsientide valmisolekule haiglast väljakirjutamiseks SA Tartu Ülikooli Kliinikumi neurokirurgia osakonna näitel – kvantitatiivne uurimus“ mille juhendajad on Merle Seera ja Tõnu Rätsep reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Maria Muuli

09.05.2022

KOKKUVÕTE

Patsientide ja õdede hinnangud patsientide valmisolekule haiglast väljakirjutamiseks SA Tartu Ülikooli Kliinikumi neurokirurgia osakonna näitel – kvantitatiivne uurimus

Valmisolekut haiglast väljakirjutamiseks (VHV) võib käsitleda kui patsientide taju või hinnanguna siirdumisel haiglaravilt koju. VHV kujunemisel on oluline osa patsientidel endil kui ka õdedel. Patsientide ja õdede hinnangute kaardistamine võimaldab tuvastada kitsaskoht väljakirjutamise protsessis ja parandada patsiendikesksemat tervishoiuteenust. VHV-d mõjutavaid faktoreid on erinevaid ja seega ei ole võimalik varasemate uurimistööde põhjal kirjeldada Eesti patsientide VHV-d.

Käesoleva töö eesmärk oli kirjeldada patsientide ja õdede hinnanguid patsientide VHV-le ning saadud tulemusi võrrelda. Uurimistöö on empiiriline, kvantitatiivne ja kirjeldav. Uuritavad värvati SA Tartu Ülikooli Kliinikumi neurokirurgia osakonnast. Patsiendid vastasid 130 ja õed 68 küsimustikule. Mõlemad grupid hindasid patsientide VHV-d. Hindamiseks kasutati RHDS küsimustiku eestikeelset versiooni, mis koosneb kaheksast küsimusest ja on koondatud nelja alakategooriasse. Uuritavad täitsid küsimustikku haiglast väljakirjutamise päeval. Andmete analüüsiks kasutati STATA14 statistikaprogrammi.

Kogutud andmete analüüs näitas, et neurokirurgia osakonna patsiendid hindavad enda üldist VHV 10 pallisel skaalal heaks (8,25). Õed hindasid patsientide VHV-d sarnaselt patsientidega samuti heaks (8,17). Patsientide ja õdede hinnangute vahelises võrdluses statistiliselt olulisi erinevusi välja ei tulnud, seega on hinnangute vaheline korrelatsioon kõrge ning hinnangud sarnased. Tulemustest selgus, et kõige madalamaks hindavad nii patsiendid kui ka õed valmisolekut lähedaste toetuse ja abi alakategoorias. Käesoleva töö andmete analüüsi käigus leiti seosed VHV ja diagnoosi, varasema hospitaliseerimise, üksi elamise ja kaasuvate haiguste olemasolu vahel. Ainus faktor, mis VHV taset ei mõjutanud oli sugu. Oluline on individuaalne ja patsiendikeskne lähenemine väljakirjutamise planeerimise protsessis (VPP). Õdede ja patsientide arusaamad VPP-st ja hinnangutest olid sarnased.

Märksõnad: valmisolek, valmisolek väljakirjutamiseks, haiglast väljakirjutamine, RHDS, neurokirurgia

SUMMARY

Patients' and nurses' assessments of patient readiness for hospital discharge on the example of the Department of Neurosurgery, Tartu University Hospital – a quantitative study.

Readiness for hospital discharge (RHD) can be seen as a perception or assessment of patients' transferring home from hospital. Patients themselves and nurses play a significant role in the shaping of RHD. Mapping patient and nurse assessments allows to identify bottlenecks in the discharge process and improve patient-centred healthcare. There are various factors influencing RHD and therefore it is not possible to describe RHD of Estonian patients based on previous research.

The aim of this study was to describe patients' and nurses' assessments of patient readiness for hospital discharge and to compare the results obtained. The research is empirical, quantitative and descriptive. The respondents were recruited from the Department of Neurosurgery of Tartu University Hospital. 130 patients and 68 nurses answered the questionnaires. Both groups evaluated patients' RHD. The Estonian version of the RHDS questionnaire, which consisted of eight questions and was grouped into four subcategories, was used for the evaluation. Respondents completed the questionnaire on the day of discharge. The data was analysed via STATA14 statistical program.

Analysis of the data collected shows that patients in the neurosurgery department rate their overall RHD as good (8.25) on a 10-point scale. Nurses rated patients' RHD as good (8.17). There were no statistically significant differences in comparison between ratings of patients and nurses, so the correlation between assessments is high and assessments are similar. The results revealed that both patients and nurses rate readiness in the subcategory of support and assistance from loved ones as the lowest. In the analysis of the data of the present research, associations were found between RHD and diagnosis, previous hospitalization, living alone and the presence of comorbidities. The only factor that did not affect RHD levels was gender. An individual and patient-centred approach to discharge planning process (DPP) is relevant. Nurses and patients had similar perceptions of DPP and assessments.

Key words: readiness, discharge readiness, hospital discharge, RHDS, neurosurgery

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

1. SISSEJUHATUS.....	5
2. VALMISOLEK HAIGLAST VÄLJAKIRJUTAMISEKS	7
2.1. Haiglast väljakirjutamise valmisoleku olemus ja seda mõjutavad faktorid	7
2.2. Patsientide hinnang valmisolekule haiglast väljakirjutamiseks	9
2.3. Õdede hinnang patsientide valmisolekule haiglast väljakirjutamiseks	10
2.4. Patsientide ja õdede hinnangute võrdlus	11
3. METOODIKA.....	13
3.1. Metodoloogilised lähtekohad	13
3.2. Uuritavad ja värbamine	13
3.3. Andmete kogumine	14
3.4. Andmete analüüs	16
3.5. Uurimistöö usaldusväarsuse tagamine	17
4. TULEMUSED.....	19
4.1. Uurimistöösse kaasatud patsientide taustaandmed.....	19
4.2. Patsientide hinnang oma valmisolekule haiglast väljakirjutamiseks.....	19
4.3. Patsientide hinnangute ja taustaandmete vaheline seos.....	20
4.4. Õdede hinnang patsientide valmisolekule haiglast väljakirjutamiseks	23
4.5. Õdede hinnangute ja patsientide taustaandmete vaheline seos	24
4.6. Patsientide ja õdede hinnangute erinevused	26
5. ARUTELU	27
5.1. Olulisemad tulemused	27
5.2. Eetilised aspektid.....	31
5.3. Usaldusväarsus ja kitsaskohad	32
5.4. Tulemuste olulisus ja ettepanekud edasiseks uurimiseks	34
6. JÄRELDUSED.....	36

KASUTATUD KIRJANDUS	37
---------------------------	----

LISAD

Lisa 1. Uurimistöös osalemise kutse	42
Lisa 2. PT-RHDS-Est	43
Lisa 3. RN-RHDS-Est	45
Lisa 4. Tartu Ülikooli inimuringute eetikakomitee kooskõlastus	47
Lisa 5. Luba küsimustiku autorilt juhendajale	48

1. SISSEJUHATUS

Eesti kulutab tervishoiusektori kuludele aastas keskmiselt 6,7% SKP-st. See on oluliselt madalam Euroopa Liidu keskmisest (9,9%) kulutusest. (Analüüs tervishoiusüsteemi rahastamise... 2021). Hinnanguliselt 20–30% meditsiinisektoris tehtud kulutustest saaks ära hoida, kui tagada korrektne raviskeemi järgimine (Iuga ja McGuire 2014). Väljakirjutamise järgse hea ravitulemuse tagamiseks ja raviskeemi järgimiseks on vaja hinnata patsientide valmisolekut haiglast väljakirjutamiseks ning analüüsida selleks tehtud ettevalmistusi ja mõju patsientide valmisolekule (Kaya jt 2018), kuna puudulikku valmisolekut seostatakse koduste toimetulekuprobleemide ja kiire rehospitalseerimisega (Wallace jt 2016). Väljakirjutamise valmisoleku hindamine annab ülevaate sellest, millised on patsientide valmisolekut mõjutavad aspektid (Nurhayati jt 2019). Edasise paranemise soodustamiseks ja patsientide turvalisuse tagamiseks on oluline arvesse võtta just neid aspekte ning seeläbi leida kõige optimaalsem aeg patsientide väljakirjutamiseks (Weiss jt 2007).

Patsiendi valmisolekut väljakirjutamiseks on võimalik hinnata kolmest eri perspektiivist: patsiendi, patsiendi lähedase ja tervishoiuteenuste osutaja poolt. Kuna hindamise tulemus võib seotud olla rahvusliku eripäraga (Qiu jt 2019), siis on oluline hinnata patsientide valmisolekut just Eesti tervishoiu kontekstis. VHV hindamise abil saadud andmed annavad võimaluse parandada õendustegevusi, et tagada patsientide parem valmisolek haiglast väljakirjutamiseks ning koduseks toimetulekuks. Õdede hinnangute kaasamine võimaldab välja tuua, millistes aspektides patsientide ja õdede arvamused kattuvad ning milles erinevad, andes sellega sisendi õendusabi- ja patsiendiõpetuse kvaliteedi tõstmiseks.

Arora jt (2010) uurimustöös on välja toodud, et 42% patsientidest leidsid endal olevat muresid või probleeme pärast haiglast väljakirjutamist. Kõige madalamaks hindavad patsiendid kodusele ravile siirdumisel just enda füüsilist ja vaimset valmisolekut (Brent ja Coffey 2013, Nurhayati jt 2019), millega võib seotud olla hirm, suutmatus, teadmiste ja oskuste puudus. Väljakirjutamise järgne toimetulek on halvem nendel patsientidel, kellel on väiksemad eeldused saada lähedaste tuge ja abi (Wallace jt 2019, Hain 2020), seega on valmisoleku suurendamiseks oluline kaasata ka patsientide lähedased (Knier jt 2015). Õdede hinnangud patsientide VHV kohta on olnud nii patsientidega sarnanevad (Weiss jt 2014), kui ka oluliselt erinevad (Weiss jt 2010). Mõlemal juhul toodi välja, et õdede hinnangute põhjal võib ennustada riski kiireks rehospitalseerimiseks.

Eesti rahvastikutervise arengukava 2020–2030 põhimõtete hulka kuuluvad punktid, mis käsitlevad inimkesksust, elukaarepõhist lähenemist ja teaduspõhisust Eesti tervishoius. Patsientide kaasamine enda raviprotsessi aitab kaasa nende punktide edendamisele. Rahvusvaheliselt valideeritud küsimustiku kasutamine aitab hinnata teaduspõhiselt just Eesti tervishoiu hetkeolukorda.

Eestis on tehtud üks magistritöö, milles on hinnatud müokardiinfarktiga patsientide ettevalmistust haiglast väljakirjutamiseks. Magistritöö eesmärgiks oli uurida patsientide arvamust enda ettevalmistuse kohta haiglast väljakirjutamiseks ja ettevalmistust uute omandatud teadmiste osas (Jušinski 2009). VHV koosneb aga lisaks ettevalmistusele veel mitmest punktist, mida antud uurimistöös hinnatud ei ole, seega ei anna töö ülevaadet patsientide valmisolekust. Teine magistritöö uuris puusaliigese endoproteesimise operatsiooni läbinud patsientide toimetulekut pärast kodusele ravile siirdumist. Autor leidis, et koduste toimetulekuprobleemideni võib viia kehv patsiendiõpetus ja patsiendi poolt ebapiisavalt omandatud informatsioon enne kodusele ravile siirdumist (Hain 2020). Mõlemad Eestis tehtud magistritööd annavad informatsiooni, et valmisolek koosneb mitmest aspektist ja hea valmisoleku tagamine kodusele ravile siirdumiseks on oluline, et tagada parem ravitulemus. Hetkel puuduvad teadmised, mis kajastaksid Eesti patsientide ja õdede hinnanguid VHV-le laiahaardelisemalt ning kas ja millised on nende hinnangute erinevused.

Käesoleva magistritöö eesmärk on kirjeldada patsientide ja õdede hinnanguid patsientide valmisolekule haiglast väljakirjutamiseks ning saadud tulemusi omavahel võrrelda. Uurimistöo eesmärgist lähtuvalt on püstitatud järgmised uurimisküsimused:

1. Milline on patsientide hinnang enda valmisolekule haiglast väljakirjutamiseks?
2. Kas ja milliste patsientide hinnangute ja patsientide taustaandmete vahel esineb seos?
3. Milline on õdede hinnang patsientide valmisolekule haiglast väljakirjutamiseks?
4. Kas ja milliste õdede hinnangute ja patsientide taustaandmete vahel esineb seos?
5. Kas ja millised on patsientide ja õdede hinnangute erinevused?

2. VALMISOLEK HAIGLAST VÄLJAKIRJUTAMISEKS

2.1. Haiglast väljakirjutamise valmisoleku olemus ja seda mõjutavad faktorid

Valmisolekut haiglast väljakirjutamiseks (VHV) (*discharge readiness, readiness for hospital discharge*) kui mõistet defineeris esimest korda Fenwicki (1979), kui ta kirjeldas VHV-d kui valmisolekutunnet seismaks silmitsi haiglaväliste oludega. Valmisolek on taju või hinnang sellele, kas patsient on või ei ole valmis haiglast väljakirjutamiseks (Weiss ja Piacentine 2006). Mõistet on hiljem defineeritud ka Meleis (2010), kelle sõnul on VHV üleminekuline vahetulem haiglaravilt koju siirdumiseks. See eristab mõistet valmisolek (*readiness*) mõistest toimetulek (*coping*), kuna valmisolekut hinnatakse vahetult enne koju siirdumist, aga toimetulek on tunne või emotsioon, mis tekib väljakirjutamise järgsel perioodil. Puudulikul valmisolekul on seos koduse kehva toimetulekuga (Weiss jt 2017). VHV omadusteks on füüsiline stabiilsus, adekvaatne tugi, informatsioon ning psühholoogiline võimekus (Galvin jt 2017). VHV hindamisel keskendutakse neljale alakategooriale, millega hinnatakse vaimset ja füüsilist valmisolekut, omandatud uut informatsiooni, eeldatavat toimetulekut ning eeldatavat lähedaste toetust ja abi (Weiss ja Piacentine 2006).

Esmane VHV uurimine oli Hogarty poolt (1966), kes soovis teada psühhiaatriliste patsientide valmisolekut koju siirdumiseks, kasutades selleks haiglas töötavate sotsiaaltöötajate hinnangut. Kuigi autor ei sõnastanud enda uurimistöö VHV-d kui mõistet, siis uurimistöö eesmärk oli leida kõige optimaalsem aeg väljakirjutamiseks ja mõista, millal tekib vajadus suunata patsient koduse ravi asemel järelravisse. Hogarty lasi sotsiaaltöötajatel hinnata psühhiaatriliste patsientide eeldatavat valmisolekut naasmaks ühiskonna ellu. Autor leidis, et õiget ajastamist haiglast väljakirjutamiseks on vaja uurida, kuna see võib viia uute praktiliste teadmiseni. Kuigi suunamise väljakirjutamiseks tegi arst, siis lõplik sõna jäi just sotsiaaltöötajale, kes vajadusel suunas patsiendi hoopis järelravi keskusesse.

Patsientide kaasamist väljakirjutamise protsessi on uuritud mitmetes rahulolu uuringutes, kuid kliinilises keskkonnas harva. VHV uurimine võib aidata vähendada raskusi koduses toimetulekus (Weiss ja Piacentine 2006). Meeles peab pidama, et valmisoleku saavutamine on individuaalne ja võib olla tugevalt mõjutatud demograafilistest andmetest. Seetõttu on hea uuringusse kaasata ka uuritavate sotsio-demograafilisi andmeid ja hinnata nende seost patsientide VHV-ga. (Weiss jt 2010.)

Baksi jt (2020) uurimistöö keskendus neurokirurgilistele patsientidele, kellele oli teostatud kraniotoomia. Kuna tegu oli peaaegu operatsiooni läbiteinud patsientidega, siis pidasid autorid eriti oluliseks hinnata ja jälgida patsientide VHV-d ja hilisemat toimetulekut. Autorid tahtsid teada, kuidas mõjutavad patsientide sotsio-demograafilised andmed patsientide VHV-d. Uurimistöö tulemustest selgus, et VHV-d mõjutavateks faktoriteks olid vanus, töötamise staatus, lähedaste toetuse võimalused, majanduslik taust ja esmakordne hospitaliseerimine.

Patsientide hea VHV ja **väljakirjutamise planeerimise protsess (VPP)** (*discharge planning process*) viivad paremini planeeritud raviteekonna ja vähendatud rehospitaleerimiseni. Väljakirjutamise planeerimine viib hea väljakirjutamise valmisolekuga patsiendini. Väljakirjutamise planeerimine aitab edastada informatsiooni patsientidele või nende hooldajatele ja omandada oskused, et üleminekul haiglaravilt kodusesse keskkonda iseseisvalt hakkama saada. Kvaliteetne VPP eeldab terviklikku patsiendikeskset lähenemist, lähtub patsiendi ja tema hooldaja vajadustest ning võiks alati tugineda teaduspõhisele kirjandusele ja mõõdikutele, arvesse võttes ka patsiendi oskusi ja võimeid. (Luther jt 2019.)

Mitmetes varasemates uuringutes on patsiendiõpetust ja väljakirjutamise planeerimist hinnatud puudulikuks (Bobay jt 2018, Nurhayati jt 2019, Qiu jt 2019, Yang jt 2020, Zhang, X jt 2021). Patsiendile hea kvaliteediga VPP tagamine suurendab patsientide VHV-d, kuid ka õdede töökoormust ja mahtu, kuna algab juba patsiendi hospitaliseerimise hetkest ning kestab terve haiglas viibitud aja (Linzey jt 2019, Luther jt 2019). Seetõttu on oluline kaasata kõik meeskonnaliikmed ja pakkuda patsiendile interprofessionaalset lähenemist. Sellises meeskonnas on õde teabe edastajaks nii patsiendile kui ka teistele meeskonnaliikmetele. Õde aitab tagada, et patsiendile pakutud õpetused ja teadmised kinnistuksid ning oleks valitud vastavalt patsiendi vajadustele. Patsiendiõpetuse ja VPP enamlevinud probleemkohad on puudulik patsientide ja nende lähedaste kaasamine kogu protsessi. (Luther jt 2019.)

Kehvema VHV-ni võib viia hulgaliselt erinevaid faktoreid ja seetõttu tuleks patsiendil olemasolevad teadmised ja murekohad kaardistada lähtuvalt individuaalsetest oskustest ja vajadustest (Brent ja Coffey 2013, Zhang, X jt 2021). Olulist rolli mängib ka põhjus või diagnoos, mille tõttu patsient on hospitaliseeritud (Zhang, X jt 2021). Varasemalt on enda VHV-d hinnanud paremaks need patsiendid, kes hindasid paremaks ka enda üldist tervises seisundit (Mabire jt 2015). Väljakirjutamise ettevalmistuses on oluline arvesse võtta faktoreid, mis võivad soodustada kiiret rehospitaleerimist ja pöörata neile suuremat tähelepanu kogu protsessi vältel. Vastavalt

hospitaliseerimise kestusele tuleks kogu meeskonnal teha üks või mitu vahehindamist, et tagada jõudmine soovitud tulemuseni. (Luther jt 2019.)

2.2. Patsientide hinnang valmisolekule haiglast väljakirjutamiseks

Eelnevates uurimistöodes on patsiendid hinnanud VHV-d madalaks (Brent ja Coffey 2013), keskmiseks (Nurhayati jt 2019, Yang jt 2020) või heaks (Weiss jt 2011, Gonzales jt 2017, Qiu jt 2019). Patsientidele, kes hindavad enda VHV-d madalaks, on oluline pöörata tähelepanu ja leida üles need probleemikohad, mis takistavad tema valmisolekut (Zhang, X jt 2021) ning sellest lähtuvalt planeerida uue informatsiooni andmist ja edastamist (Luther jt 2019). Õdede poolt edastatud informatsioon võib siiski tagada puudulikud teadmised, kui puudub aeg küsida õdedelt lisainformatsiooni, et teadmisi kinnistada (Gonzales jt 2017).

Weissi jt (2011) uurimistöös on välja toodud, et patsiendid hindasid enda VHV-d 10-pallisel skaalal kaheksa vääriliseks ehk heaks, millest hoolimata oli 30 päeva rehospitaleerimiste arv ligi 12%. Lisaks rehospitaleeritutele külastasid 5% patsientidest erakorralise meditsiini osakonda. Kõik külastused ja rehospitaleerimised olid seotud eelneva haiglaraviga. Uurimistööst selgus, et sealsed väljatoodud määrad on siiski madalamad kui varasemates populatsiooniuuringutes ja annavad uurijate sõnul kinnitust, et patsientide VHV uurimine viib paremate ravi- ja toimetulekutulemusteni ning aitab langetada rehospitaleerimiste määra.

Brent ja Coffey (2013) hindasid enda uurimistöös patsientide üldist valmisolekut 10-pallisel skaalal madalaks (6,68), kuigi enne küsimustiku täitmist vastas 88% patsientidest, et nad on valmis haiglast väljakirjutamiseks. Patsiendid on hinnanud kõige madalamaks füüsilist ja vaimset valmisolekut (Brent ja Coffey 2013 ja Nurhayati jt 2019). Tulemustest selgus ka, et kõrgemal vanusel on seos kehvema valmisoleku tasemega. Madalaks hinnati saadud õpetust ja omandatud uut informatsiooni (6,29). Kõige kõrgemaks hinnati lähedaste toetust (7,99). Tulemustest selgus, et erinevate erialade ja osakondade vahel pole tulemused sarnased, kuna puusaproteesimise operatsiooni järgselt hindasid patsiendid enda valmisolekut madalamaks (6,68) kui teiste kirurgiliste osakondade patsiendid (8,1). (Brent ja Coffey 2013.)

Madala füüsilise ja vaimse valmiolu taga võib olla hirm, suutmatus, teadmiste või oskuste puudus. Teadmiste puudumine võib viia madalama füüsilise valmisolekuni, kui patsient ei ole kursis, kuidas käib abivahendite soetamine ja hankimine. (Nurhayati jt 2019.) Sarnase tulemuseni jõudis ka Hain (2020), kui hindas, et patsientide puudulikud teadmised abivahendite kasutamisest

võivad viia kehvast valmisolekust kehvema koduse toimetulekuni. See, et puudulik info omandamine võib viia hoopis probleemideni füüsilise valmisolekuga, näitab hinnatavate alakategooriate omavahelist seost.

Patsiendi lähedaste kaasamisega õpetamisprotsessi ei tõuse VHV ainult lähedaste toetuse ja abi alakategoorias, vaid suure tõenäosusega kõigis neljas alakategoorias. Patsientidele abi ja toetuse pakkumine on oluline väljakirjutamise järgsete meditsiiniliste protseduuride jaoks, koduse toimetuleku ja vaimse ettevalmistuse puhul. (Knier jt 2015.) Kui päevakirurgia osakonna patsientide väljakirjutamiseks tehtavasse ettevalmistusse kaasati ka patsiendi lähedased, siis oli koju siirdumisel patsientide valmisoleku tase kõrgem. Tulemused näitavad, et õdesid peaks julgustama kaasama patsiendi lähedasi ravi protsessi võimalikult suurel määral. (Zhang, J jt 2021.) Informatsiooni mõistmisel ja talletamisel on patsiendi lähedastest abi, kuna üheks enamlevinuks probleemiks hindavad patsiendid puudulikke teadmisi järgnevatest kohustuslikest tervisekontrollidest või arstivisiitidest (Arora jt 2010.)

2.3. Õdede hinnang patsientide valmisolekule haiglast väljakirjutamiseks

Patsientide VHV tagamise üheks olulisemaks aspektiks peavad patsiendid õdede antud õpetust ja uusi teadmisi (Wallace jt 2016, Wallace jt 2018, Nurhayati jt 2019, Meng jt 2020, Zhang, X jt 2021). Õdede hinnangu kaasamine on oluline ja võib aidata viia parema hospitaliseerimise järgse ravitulemuseni (Weiss jt 2010) ja parandada hospitaliseerimise järgset kodust toimetulekut (Bobay jt 2018). Siiski on õdede hinnanguid patsiendi VHV-le vähe uuritud.

Watts jt (2005) uurisid, kuidas intensiivraviõed näevad ja defineerivad väljakirjutamise planeerimise protsessi (VPP). Uurimistöös selgus, et õdedel pole ühtset arusaama selle kohta, mida patsiendi ettevalmistus väljakirjutamiseks endast kujutab. Õdede hulgas oli ka teadmatus seoses VPP-ga, kuna lausa 22% õdedest leidis, et VPP-d nende osakonnas ei toimu. Intensiivravi osakonna õed leidsid, et väljakirjutamine on protsess, mis toimub tavaosakonnas, kuid intensiivravi osakonna puhul ei ole tegu patsiendi väljakirjutamise, vaid edasi suunamisega. Patsiendi ettevalmistus peab toimuma ka intensiivravi osakonnas isegi siis, kui paljud õed ei näe selleks vajadust. VPP on oluline, kuna teise osakonda üleminek on patsiendile uus katsumus ja järjekordne kohanemiskatsumus. Takistuseks võib saada ajapiirang, kuna tihti suunatakse patsient intensiivravi osakonnast edasi kohtade puuduse tõttu ja see seab VPP teostamiseks ajalisel piirangul. Uurimistöö järeldusena leiti, et kuigi intensiivravist väljakirjutamise planeerimisel võib

tekkida mitmeid olulisi takistusi, oleks siiski vajalik harida intensiivravi õdesid rakendama VPP-d ja hindama VHV-d.

Patsientide valmisolekut ning hospitaliseerimise järgseid erakorralise meditsiini osakonna külastusi mõjutab otseselt õdede võimalus ajaliselt panustada patsientide õpetusse ja ettevalmistusse. Kvaliteetne ja piisav patsiendiõpetus väljakirjutamiseks hõlmab aga hulgaliselt töötunde eelkõige õdedele, tõstes sellega igapäevast töömahtu. Kui õdedel on vähem aega pühendada igale patsiendile ja pakkuda kvaliteetset õpetust ning piisavalt informatsiooni, siis on patsientide hinnang enda valmisolekule väiksem. Seetõttu on vajalik vaadata üle õdede töökoormus ja hinnata, kui palju aega on vajalik pühendada igale patsiendile, et tagada adekvaatne õpetus. Lisapersonali palkamine võib küll tõsta haigla kulutusi tööjõule, kuid vähendab patsientide kiiret rehospitalseerimist ja EMO külastusi. (Weiss jt 2011, Linzey jt 2019.)

Kui õed rakendavad väljakirjutamise valmisolekuks ettevalmistust lähtuvalt VHV hindamise instrumendile, siis paraneb patsientide ravitulemus ja lüheneb haiglaravi kestus. VHV küsimustiku kasutamine aitab õdedel fokuseerida VPP-i. (Kamau jt 2021.) See tähendab, et VHV hindamine ei tohiks jääda ainult väljakirjutamise perioodi, vaid varasem hindamine aitab parendada ka õendustööd ja -tegevusi.

2.4. Patsientide ja õdede hinnangute võrdlus

Varasemates uuringutes, kus on hinnatud nii patsientide endi poolt tajutavat VHV-d kui ka õdede hinnangut nende valmisolekule, on tulemuste vaheline korrelatsioon olnud nii madal (Weiss jt 2010) kui ka kõrge (Weiss jt 2014). Õdede ja patsientide poolt määratud VHV hinnangud ei pruugi olla igas alakategoorias sarnased, kuid õdede kaasamine patsiendi valmisoleku hindamisse annab hea lisaväärtuse, et tagada kvaliteetne patsiendiõpetus. Õdede sarnased hinnangud patsientidega võivad aidata ära hoida liiga varajast väljakirjutamist veel faasis, kus patsient ei ole valmis kodusele ravile siirduma. Patsientide ja õdede hinnangute vahel võib tekkida erinevusi, mis võivad olla tingitud eelkõige sellest, et õed ei pruugi olla kursis patsientide koduste võimalustega. Erinevused VHV hinnangutes võivad viidata sellele, et õed pole piisavalt süvenenud patsiendi sotsiaalsesse tausta ja probleemidesse, mis võiks takistada patsiendi valmisolekut koduseks raviks. (Weiss jt 2014.)

Weissi jt (2010) uurimistööst selgus, et õed hindasid patsientide valmisolekut oluliselt kõrgemaks kui patsiendid ise (8,6 vs 8,1). Kaugtulemust hinnates selgus, et kuigi õed hindasid VHV-d

kõrgemaks kui patsiendid, siis õdede VHV hinnangute ja väljakirjutamise järgsete ravitulemuste vahel oli tugevam seos. Uurimistöö tulemused näitasid, et VHV hindamine võib olla adekvaatne meetod, mida kasutada väljakirjutamise järgsete probleemide ennustamiseks isegi siis, kui tulemused erinevad oluliselt patsientide enda hinnangutest.

3. METOODIKA

3.1. Metodoloogilised lähtekohad

Antud magistritöö on empiiriline, kvantitatiivne ja kirjeldav uurimus. Empiiriline töö annab võimaluse tulemuste kontrollimiseks ja nende tulemuste põhjal tegevuste rakendamiseks. Praktiline või rakenduslik uurimistöö tüüp on sobiv selleks, et genereerida uusi teadmisi, mis on konkreetselt praktikasse suunatud. (Burns ja Grove 2005.) Uurimistöö tüübiks valiti lähtuvalt töö eesmärgist empiiriline uurimus, kuna teoreetilise tööga ei ole võimalik kirjeldada reaalse elu nähtust tema naturaalses keskkonnas. Kirjeldamine hõlmab õendusnähtuse olemuse väljaselgitamist ja mõistmist ning seoste leidmist (Grey jt 2017). Kvantitatiivne meetod võimaldab kaasata suurema hulga uuritavaid hetkeolukorra hindamiseks.

3.2. Uuritavad ja värbamine

Uuritavad jagunesid kahte gruppi: patsiendid ja õed. Uuritavateks patsientideks olid SA Tartu Ülikooli Kliinikumi neurokirurgia osakonna patsiendid, kes siirdusid edasiseks raviks kodusse keskkonda. SA Tartu Ülikooli Kliinikumi neurokirurgia osakonnas raviti 2021. aastal 1099 patsienti (Närvikliiniku aastaaruanne 2021). See tähendab, et igas kuus raviti keskmiselt umbes 90 patsienti. Ülemaailmse pandeemia ja sellega seotud statsionaarse kirurgilise töömahu piiramise tõttu oli 2021. aasta kevadel patsientide arv väiksem kui varasemalt planeeritud. Uuringusse kaasati vaid need patsiendid, kes olid võimelised eestikeelsest küsimustikust aru saama ja seda täitma. Arvestades patsientide uuringusse kaasamise kriteeriume oli uurija arvates patsientide hulgast välistatavad umbes 70%. Uuringusse ei kaasatud patsiente, kes siirdusid edasi mõnda raviasutusse, kuna sel puhul on patsientide eeldatava toe ja abi võimalused kodusest keskkonnast erinevad. Välistati alaealised patsiendid, sest laste valmisoleku hindamiseks on välja töötatud teine mõõdik ja sellisel juhul tuleks hinnata ka lapsevanemate valmisolekut lapsega kodusele ravile siirdumiseks.

Neurokirurgia osakonna patsientide puhkenurka pandi 1. märtsil 2021 üles kutse uurimistöös osalemiseks (vt lisa 1) ja tutvumiseks ka küsimustiku näidis. Uuritavatele patsientidele anti enne küsimustiku täitmist arsti poolt kätte epikriis ja õe poolt õendusepikriis. Õendusepikriisi kätteandmisega tagati, et patsient oli kursis koduse haavaraviga, väljakirjutav õde oli patsiendile kogu vajaliku informatsiooni edastanud ja sellest tulenevalt oskas õde hinnata patsiendi VHV-d. Samuti oli patsient osalenud viimases füsioteraapia seansis. Selline ettevalmistus tagas, et

küsimustiku täitmise hetkeks oli patsiendile kõik teadmised edastatud ja patsient oli küsimustiku täitmise hetkeks kursis koduse ravirežiimi, soovitude ja piirangutega.

Sama küsimustiku kohandatud versiooniga uuriti ka õdede hinnangut VHV-le. Neurokirurgia osakonnas töötas uuritavate värbamise perioodil 24 õde, kellest välistati üks päevane õde, üks uurimismeeskonna liige ja õendusjuht. Kokku jäi uuritavate õdede võimalikuks valimiks 21 õde, sh 1 abiõde. Uuringusse kaasati kõik õed, kes töötasid uuritavate värbamise perioodil neurokirurgia osakonna statsionaarses osas, kes olid nõus uuringus osalema ja kes tegelesid patsientide ettevalmistusega haiglast väljakirjutamiseks. Osalenud õdede arv on teadmata, kuna osalemine oli vabatahtlik ja anonüümne.

Õdedele korraldati märtsis 2021 Zoomi keskkonnas sisekoolitus, kus uuritavatele õdedele tutvustati uurimistöö olemust, planeeritavat kulgu ja uurimistöö eesmärki. Õdedele selgitati, miks nende arvamuse uurimine on oluline ja mida see annab uurimistööle. Õdedele rõhutati, et küsimustiku täitmine on vabatahtlik ega tohiks saada takistuseks tööülesannete täitmisel.

Patsiendi väljakirjutamise päeval pöördus uurija või uurimismeeskonna liige patsiendi poole uurimistöö tutvustamiseks ja nõusoleku saamiseks. Kui patsient oli nõus uurimistöös osalema, siis edastas uurimismeeskonna liige küsimustiku nii patsiendile kui ka patsiendi väljakirjutamisega tegelevale õele. Uuritavate värbamise, info andmise ja küsimustike jagamisega tegelesid kokku kolm uurimismeeskonna liiget. Õde täitis uurimuses osalemise nõusoleku korral küsimustiku nelja tunni jooksul pärast õendusepikriisi väljastamist juhul, kui tal oli selleks aega ja see ei takistanud tööülesannete täitmist.

3.3. Andmete kogumine

Andmeid, mis kirjeldasid patsientide hinnanguid VHV koguti eesti keelde tõlgitud ja valideeritud (Rätsep jt 2022)¹ küsimustiku lühiversiooniga (PT-RHDS-Est). Küsimustiku inglisekeelne originaalversioon (*Readiness for Hospital Discharge Scale Short Form ehk RHDS-SF*) on koostatud Weissi ja Piacentine (2006) poolt. Mõõdik koosneb neljast alakategooriast: füüsiline ja

¹ Artikkel hetkel avaldamisel. Rätsep, T., Muuli, M., Lippand., D. (2022). Validity and reliability of the Estonian version of the readiness for hospital discharge scale. *PLOS Global Public Health*, 22-00335.

vaimne valmisolek, informatsioon ja teadmised, kodune toimetulek ning lähedaste toetus ja abi. PT-RHDS-SF on valideeritud küsimustiku lühiversioon, mis on võrreldes originaalküsimustikuga lühem, kompaktsem, nõuab täitmiseks vähem aega ja on ette nähtud täiskasvanud patsientidele. Patsientidele suunatud küsimustiku originaalversiooni valideerimisel on saadud Cronbachi α väärtuseks 0,90 (Weiss ja Piacentine 2006), mis näitab head sisereliaablust. Küsimustiku eestikeelse versiooni valideerimisel on saadud Cronbachi α väärtus 0,84 (Rätsep jt 2022), mis näitab samuti head sisereliaablust. Õdedelt koguti infot sama küsimustiku kohandatud versiooniga, mis on mõeldud õdedele patsiendi väljakirjutamise valmisoleku hindamiseks (RN-RHDS) ja milles esitatavad küsimused on sisuliselt kattuvad PT-RHDS küsimustikuga. Õdedele suunatud küsimustiku originaalversiooni valideerimisel said autorid Cronbachi α väärtuseks 0,90 (Bobay jt 2018).

Küsimustiku tõlkimisel ja kultuurilisel adapteerimisel eesti keelde lähtuti rahvusvahelistest juhistest ja tõlge teostati järgides TRAPD-protseduuri (Willis jt 2010). Esmalt tõlkisid kaks eesti keelt emakeelena rääkivat tervishoiuspetsialisti (arst ja õde) küsimustikud inglise keelest eesti keelde. Seejärel võrreldi ja analüüsiti mõlemaid tõlkeid ning ühildati need üheks küsimustikuks. Tagasitõlge eesti keelest inglise keelde teostati inglise keelt emakeelena rääkiva tõlkebüroo tõlgi poolt, kes ei olnud kursis originaalküsimustikega. Tagasitõlget hinnati ja parandati kolme kakskeelse eksperdi poolt, kellel on ka kliinilise uurimistöökogemus. Seejärel saadeti tagasitõlke viimane versioon originaalküsimustike autorile, kelle esitatud märkused ja soovitused võeti arvesse küsimustiku eestikeelse versiooni parandamisel.

Peale seda anti eestikeelsed küsimustikud tutvumiseks kahele eeldatavasse sihtgruppi kuuluvate inimeste grupile (patsiendid ja õed), et hinnata küsimuste arusaadavust, erinevaid tõlgendamis- ja sõnastusvõimalusi ning kultuurilist sobivust Eesti kontekstis. PT-RHDS-Est (vt lisa 2) ja RN-RHDS-Est (vt lisa 3) küsimustike esialgse versiooni hindamiseks viidi läbi prooviuuring ajavahemikus 15.03.2021–26.03.2021. Prooviuuringus osales 30 neurokirurgia osakonna patsienti ja kaheksa neurokirurgia osakonna õde. Kokku hindasid küsimustiku arusaadavuse heaks 93% mõlema grupi liikmetest. Sihtgruppidest saadud ettepanekute alusel sõnastati ümber kaks küsimust, et tagada nende parem mõistatavus. Kuna kaks küsimust sõnastati ümber, siis prooviuuringu käigus kogutud tulemusi ei kaasatud lõplikku valimisse. Küsimustike viimased versioonid vaatas üle ekspert, kes omas eelnevat kogemust küsimustike valideerimisel ja kes, olles konsulteerinud kõikide tõlkeprotsessis osalenud ekspertidega, hindas tõlkeprotsessis valminud lõplike küsimustike kvaliteedi heaks.

Kvantitatiivse meetodina kasutati kahte küsimustikku, et hinnata patsientide ja õdede taju patsiendi valmisolekule haiglast väljakirjutamiseks. Andmete kogumine toimus PT-RHDS-Est ja RN-RHDS-Est küsimustikega neurokirurgia osakonnas SA Tartu Ülikooli Kliinikumis ajavahemikus 01.04.2021–31.08.2021. Uuritavatel paluti vastata kaheksast küsimusest koosnevale küsimustikule. Andmeid koguti kahe küsimustikuga paralleelselt, seega hinnati patsientide VHV-d nii nende endi kui ka õdede poolt. Vastas 136 patsienti, kellest kuus välistati selle tõttu, et nad olid osale küsimustest jätnud vastamata. Küsimustikud, kus puudusid osad vastused taustandmete osas, kaasati uurimistöösse, kuna VHV-d puudutavad küsimused olid hinnatud. Õed täitsid küsimustiku 68 korral. Vabatahtlikkuse ja anonüümsuse tõttu pole teada, mitu õde küsimustikke täitis, sest üks õde võis osaleda mitme patsiendi väljakirjutamisel ja seega täita küsimustikke mitmel korral.

Taustaandmetena küsiti patsiendi neid andmeid, millega on ka varasemalt leitud seoseid VHV hinnangutega. Lisaks küsiti patsiendi vanust, sugu, diagnoosi, kas patsient elab üksi, kas tegu on korduva hospitaliseerimisega neurokirurgia osakonda ja kas patsiendil on kaasuvaid haiguseid. Samad küsimused patsiendi kohta esitati ka õdedele nende küsimustiku lõpus. Õdesid juhendati vastama küsimustele enda teadmiste põhjal ja mitte kasutama patsiendi haigla dokumentatsiooni abi. Diagnoosi piirkonna alusel jaotati patsiendid kahte kategooriasse. Enamik patsiente hospitaliseeriti haiglasse lülisamba patoloogia tõttu (radikulopaatia, spinaalstenooos). Pea piirkonna diagnoosiga patsientidest moodustasid kõige suurema osa ajukasvaja või traumaatilise ajukahjustusega patsiendid. Varasemates tulemustes on vanus mõjutanud negatiivselt valmisoleku taset (Brent ja Coffey 2013), seega jagati patsiendid kahte erinevasse vanusegruppi, et uurida vanuse ja valmisoleku vahelist seost. Vanusegrupid jaotati <65-aastased ja ≥65 aastased tuginedes varasemas uurimistöös kasutatud jaotusele, mille tulemustes selgus, et vanusel on seos VHV hinnangutega (Bobay jt 2010).

Uuritavad vastasid väljakirjutamise päeval küsimustele paber kandjal. Kõik küsimustikud markeeriti numbriga. Patsientidel paluti panna täidetud küsimustikud lukustatud postkasti, mis asus neurokirurgia osakonna patsientide puhkenurgas. Õdedele paigaldati õdede posti eraldi lukustatav postkast, kuhu sai panna täidetud küsimustikud. Postkastide ainsad võtmed asusid uurija käes. Uurija korjas postkastidest küsimustikud kokku kolm korda nädalas ja sisestas seejärel kohe andmed krüpteeritud kõvakettale.

3.4. Andmete analüüs

Andmete analüüsiks sisestas uurija küsimustikega kogutud andmed *Microsoft Excel* programmi kohe pärast postkasti tühjendamist ja edastas paberikandjal küsimustikud vastutava uurija kätte esimesel võimalusel, kes hoiustas neid õendusteaduste õppetooli lukustatavas kapis. Seni hoiustati juba sisestatud andmetega küsimustikke uurija töö juures lukustatavas sahtlis. Kabinetti pääses vaid uurija. Arvutis olevaid andmeid hoiustati krüpteeritud välisel kõvakettal uurija lukustatavas sahtlis kuni andmete kodeerimiseni. Pärast uurimistöö kaitsmist 2022. aasta kevadel palutakse vastutaval uurijal kõik dokumendid paberihundis hävitada kuue kuu jooksul. Sama aja jooksul hävitatakse ka krüpteeritud välisel kõvakettal olevad andmed. Kodeeritud andmed hävitatakse kuus kuud pärast magistriröö kaitsmist.

Andmete analüüsimiseks kasutati andmetöötlusprogrammi STATA14. Tulemuste kirjeldamiseks kasutati kirjeldavat statistikat. See on spetsiifiline meetod, mis loob võimaluse arvutada, kirjeldada ja loogiliselt kokku võtta kogutud andmeid. Kirjeldava statistika puhul edastatakse järeldused numbriliselt või graafikutena, andes sellega lugejale kogutud andmetest hea ülevaate. (Vetter 2017.) Kirjeldava statistika põhjal anti ülevaade patsientide keskmisest vanusest ning vanuselisest, soolisest ja diagnoosilisest jaotuvusest.

Iga uuritava puhul arvutati küsimuste keskmine skoor, mis viitab võimalikule valmisoleku tasemele. Skoor saab varieeruda vahemikus 0–10, kus kõrgem skoor näitab paremat valmisolekut. Tulemuste hindamisel lähtuti RHDS lühivormi valideerimisel saadud tõlgendusest (Weiss jt 2014). Kui mõõdiku skoor $\geq 9,0$ punkti, siis loeti valmisolekut väga heaks. Mõõdiku skoor $\leq 8,9$ ja $\geq 8,0$ hindas valmisolekut heaks, skoor vahemikus $\leq 7,9$ ja $\geq 7,0$ hindas valmisolekut keskmiseks ja skoor $< 7,0$ madalaks. Lisaks arvutati keskmised tulemused neljas alakategoorias.

Statistilise analüüsiga kirjeldati kõiki tunnuseid. Shapiro-Wilk'i W-testiga kontrolliti, et pidevad arvtunnused (VHV hinnangud, vanus) oleks normaaljaotusega. Patsientide valmisoleku hinnangute ja taustaandmete vahel seoste leidmiseks võrreldi eri muutujate keskmisi tulemusi igas alakategoorias. Statistilist analüüsi kasutati hinnangute ja taustaandmete vahelise seose määramiseks. Seoste leidmiseks kasutati paaritud t-testi. Arvesse võeti nii võrreldava tunnuse keskmist skoori kui ka t-testiga saadud p-väärtust. T-test võimaldab saada ülevaate kahe rühma keskmiste erinevustest. Õdede ja patsientide hinnangute võrdluseks kasutati paaris t-testi, mida saab kasutada, kui kaks eri gruppi hindavad sama tulemust. (Wadhwa ja Marappa-Ganeshan 2022.) Kõikide statistiliselt oluliste testide usaldusnivoo oli p väärtus $< 0,05$.

3.5. Uurimistöö usaldusväarsuse tagamine

Magistritöö usaldusväarsus tagati rahvusvaheliselt kasutatava ja eesti keeles valideeritud mõõdiku kasutamisega ja kogu uurimistöö teostamise protsessi kirjeldati läbipaistvalt. Kasutatud küsimustiku tõlkeprotsess on selgelt lahti kirjutatud ja kasutatud on tagasitõlke protsessi. Uurimistöö läbiviimiseks taotleti kooskõlastus Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteelt (vt lisa 4) ja SA Tartu Ülikooli Kliinikumi kliiniliste uuringute keskuselt. Küsimustiku kasutamiseks taotleti kooskõlastus küsimustiku autorilt (vt lisa 5). Teadusliku tausta kirjeldamiseks kasutati ainult teaduslikke allikaid ja kõikidele allikatele viidati korrektselt. Allikate puhul valiti vaid teemakohaseid eelretsenseeritud ajakirjade artikleid. Metoodika valik tehti lähtuvalt uurimistöö eesmärgist. Välja toodi eetilised kaalutlused ja võimalikud uurimistööga kaasnevad probleemid. Uuritavad said vastata küsimustikule oma vaba soovi kohaselt. Küsimustike hoiustamisega tagati, et küsimustike vastuseid polnud võimalik kopeerida ega võltsida.

4. TULEMUSED

4.1. Uurimistöösse kaasatud patsientide taustaandmed

Uurimistöö valimi moodustasid 130 SA TÜK neurokirurgia statsionaarse osakonna patsienti (tabel 1). Patsientide keskmine vanus oli 53,8 aastat (SD = 15,33), sealjuures kõige noorem uuritav oli 18-aastane ja kõige eakam 81-aastane.

Tabel 1. Patsientide taustaandmed

Taustaandmed	n	%
Vanus	130	100
<65	91	70,0
≥65	39	30,0
Sugu		
Mees	68	52,3
Naine	62	47,7
Diagnoosi kategooria		
Lüüsammas	101	77,7
Pea	29	22,3
Varasem hospitaliseerimine neurokirurgia osakonda	127	
Jah	36	28,4
Ei	91	71,6
Kaasuvad haigused	125	
Jah	48	38,4
Ei	77	61,6
Üksi elamine	130	
Jah	24	18,5
Ei	106	81,5

4.2. Patsientide hinnang oma valmisolekule haiglast väljakirjutamiseks

Patsientide keskmine hinnang enda valmisolekule haiglast väljakirjutamiseks oli 8,25 (SD = 1,76). Tulemusi analüüsiti neljast alakategooriast lähtuvalt (tabel 2). Kõige kõrgem keskmine tulemus 8,47 (SD = 1,60) oli kolmandal alakategoorial, mis käsitles kodust toimetulekut. Kõige madalam keskmine tulemus 8,07 (SD = 2,24) oli neljandal alakategoorial, mis käsitles lähedaste toetust ja abi.

Tabel 2. Patsientide hinnang haiglast väljakirjutamise valmisolekule

Tunnus	Keskmine väärtus	SD	Min	Max
1. alakategooria – Füüsiline ja vaimne valmisolek	8,08	1,67		
Kui valmis Te füüsiliselt olete, et koju minna?	8,45	1,58	2	10
Kuidas Te kirjeldaksite täna enda energiat?	7,71	1,76	3	10
2. alakategooria – informatsioon ja teadmised	8,46	1,54		
Kui palju Te teate nendest probleemidest, millele peate tähelepanu pöörama peale kojuminekut?	8,42	1,52	4	10
Kui palju Te teate pärast kojuminekut kehtivatest piirangutest (mida teil on lubatud või ei ole lubatud teha)?	8,51	1,56	3	10
3. alakategooria – kodune toimetulek	8,47	1,60		
Kui hästi olete Te võimeline hakkama saama koduse elu nõudmistega?	8,16	1,75	2	10
Kui hästi olete Te võimeline kodus hakkama saama isikliku hooldusega (näiteks hügieenitoimingud, pesemine, tualettruumi kasutamine, söömine)?	8,78	1,45	4	10
4. alakategooria – lähedaste toetus ja abi	8,07	2,24		
Kui palju on Teil võimalik pärast kojuminekut isiklikul hooldusel abi saada?	8,25	2,20	0	10
Kui palju on Teil võimalik pärast kojuminekut meditsiinilisel hooldusel abi saada (raviprotseduurid, ravimid)?	7,90	2,27	0	10

4.3. Patsientide hinnangute ja taustaandmete vaheline seos

Patsientide taustandmete ja VHV vahel esines seos viiel korral (tabel 3). Statistiliselt oluline seos leiti diagnoosi, varasema hospitaliseerimise ja üksi elavate patsientide hinnangutes enda VHV-le. Diagnoosi puhul hindasid pea kategooria patsiendid enda VHV-d oluliselt madalamaks küsimusele nr 2 „Kuidas Te kirjeldaksite täna enda energiat?“. Korduvalt neurokirurgia osakonda hospitaliseeritud patsiendid hindasid enda VHV-d oluliselt madalamaks küsimusele nr 6 „Kui hästi olete Te võimeline kodus hakkama saama isikliku hooldusega (näiteks hügieenitoimingud, pesemine, tualettruumi kasutamine, söömine)?“. Üksi elavad patsiendid hindasid enda VHV-d madalamaks küsimusele 6 „Kui hästi olete Te võimeline kodus hakkama saama isikliku hooldusega (näiteks hügieenitoimingud, pesemine, tualettruumi kasutamine, söömine)?“.

küsimusele 7 „Kui palju on Teil võimalik pärast kojuminekut isiklikul hooldusel abi saada?“ ja küsimusele 8 „Kui palju on Teil võimalik pärast kojuminekut meditsiinilisel hooldusel abi saada (raviprotseduurid, ravimid)?“. Sugu, vanusegrupp ja kaasuvate haiguste olemasolu ei mõjutanud statistiliselt oluliselt patsientide hinnanguid VHV-le.

Tabel 3. Taustaandmete ja patsientide hinnangute seosed p-väärtustega

Tunnus	n	Küsimuse number							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Sugu									
Mees	68	8,43	7,65	8,28	8,39	8,03	8,71	8,25	7,99
Naine	62	8,48	7,77	8,58	8,65	8,21	8,87	8,24	7,81
		0,8610	0,6822	0,2736	0,3507	0,5606	0,5179	0,9835	0,6557
Diagnoos									
Lüüsammas	101	8,54	7,89	8,54	8,65	8,20	8,82	8,44	8,07
Pea	29	8,10	7,07	8,00	8,03	7,83	8,66	7,59	7,31
		0,1948	0,0259*	0,0920	0,0606	0,3182	0,5866	0,0670	0,1131
Vanus									
<65	91	8,56	7,81	8,36	8,47	8,05	8,81	8,44	8,07
≥65	39	8,20	7,46	8,58	8,61	8,26	8,72	7,79	7,51
		0,2476	0,2979	0,4407	0,6607	0,5507	0,7323	0,1268	0,2045
Varasem hospitaliseerimine									
Jah	36	8,44	7,64	8,63	8,53	7,94	8,33	7,97	7,75
Ei	91	8,47	7,75	8,34	8,48	8,18	9,00	8,36	8,02
		0,9158	0,7526	0,3412	0,8723	0,5055	0,0181*	0,3727	0,5441
Üksi elamine									
Jah	22	8,09	7,50	8,28	8,36	7,59	8,09	6,32	6,91
Ei	106	8,53	7,76	8,47	8,52	8,20	8,93	8,63	8,14
		0,2361	0,5166	0,5009	0,6638	0,1412	0,0129*	0,0000*	0,0195*
Kaasuvad haigused									
Jah	48	8,53	7,56	8,53	8,40	7,94	8,69	7,85	7,85
Ei	77	8,45	7,94	8,36	8,55	8,27	8,91	8,61	8,04
		0,7905	0,2324	0,5534	0,6311	0,2992	0,4003	0,0555	0,6513

* – Statistiliselt oluline erinevus

Alakategooriate keskmiste tulemuste võrdlusel leiti VHV olevat seotud patsientide diagnoosi, vanuse, varasema hospitaliseerimise, üksi elamise ja kaasuvate haigustega (tabel 4).

Tabel 4. Patsientide hinnangute keskmised väärtused

Muutuja	n	1. alakategooria	2. alakategooria	3. alakategooria	4. alakategooria
Keskmine skoor					
Sugu					
Mees	68	8,04	8,34	8,37	8,12
Naine	61	8,13	8,62	8,54	8,02
Diagnoos					
Lüüsammas	101	8,22*	8,60	8,51	8,26*
Pea	28	7,59*	8,01	8,25	7,45*
Vanus					
<65	91	8,19*	8,42	8,43	8,26*
≥65	39	7,83*	8,60	8,50	7,65*
Varasem hospitaliseerimine					
Jah	36	8,04	8,58	8,14	7,86*
Ei	91	8,11	8,41	8,59	8,19*
Üksi elamine					
Jah	24	7,80*	8,32	7,84*	6,62*
Ei	106	8,15*	8,50	8,57*	8,39*
Kaasuvad haigused					
Jah	48	8,05	8,47	8,32	7,85*
Ei	77	8,20	8,46	8,59	8,33*

* – Erinevus VHV tasemes

4.4. Õdede hinnang patsientide valmisolekule haiglast väljakirjutamiseks

Õed hindasid patsientide VHV-d 68 korral. Uuritavate keskmine VHV õdede hinnangu põhjal oli 8,17 (SD = 1,61) (tabel 5). Kõige kõrgem keskmine tulemus 8,62 (SD = 1,34) oli kolmandal alakateoorial, mis käsitles kodust toimetulekut. Kõige madalam keskmine tulemus 7,66 (SD = 2,42) oli neljandal alakateoorial, mis käsitles lähedaste toetust ja abi.

Tabel 5. Patsientide VHV õdede hinnangul

Tunnus	Keskmine väärtus	SD	Min	Max
1. alakateooria – Füüsiline ja vaimne valmisolek	8,15	1,52		
Kui valmis Te füüsiliselt olete, et koju minna?	8,24	1,61	3	10
Kuidas Te kirjeldaksite täna enda energiat?	8,06	1,43	4	10
2. alakateooria – informatsioon ja teadmised	8,27	1,15		
Kui palju Te teate nendest probleemidest, millele peate tähelepanu pöörama peale kojuminekut?	8,24	0,95	6	10
Kui palju Te teate pärast kojuminekut kehtivatest piirangutest (mida teil on lubatud või ei ole lubatud teha)?	8,29	1,34	5	10
3. alakateooria – kodune toimetulek	8,62	1,34		
Kui hästi olete Te võimeline hakkama saama koduse elu nõudmistega?	8,22	1,35	5	10
Kui hästi olete Te võimeline kodus hakkama saama isikliku hooldusega (näiteks hügieenitoimingud, pesemine, tualettruumi kasutamine, söömine)?	9,01	1,32	4	10
4. alakateooria – lähedaste toetus ja abi	7,89	2,12		
Kui palju on Teil võimalik pärast kojuminekut isiklikul hooldusel abi saada?	8,01	2,25	0	10
Kui palju on Teil võimalik pärast kojuminekut meditsiinilisel hooldusel abi saada (raviprotseduurid, ravimid)?	7,77	1,98	1	10

4.5. Õdede hinnangute ja patsientide taustaandmete vaheline seos

Patsientide taustaandmete ja õdede VHV hinnangute vahel leiti seos ühel korral (tabel 6). Statistiliselt oluline seos leiti õdede hinnangul vanuse ja VHV vahel. Alla 65-aastased patsiendid hindasid enda VHV-d madalamaks küsimuse nr 5 puhul „Kui hästi olete Te võimeline hakkama saama koduse elu nõudmistega?“. Sugu, diagnoos, varasem hospitaliseerimine, üksi elamine ja kaasuvate haiguste olemasolu ei mõjutanud statistiliselt oluliselt õdede hinnanguid VHV-le.

Tabel 6. Taustaandmete ja õdede hinnangute seosed p-väärtustega

Tunnus	n	Küsimuse nr							
		õdeQ1	õdeQ2	õdeQ3	õdeQ4	õdeQ5	õdeQ6	õdeQ7	õdeQ8
Sugu									
Mees	37	8,19	8,03	8,31	8,32	8,24	9,03	8,10	7,71
Naine	31	8,30	8,10	8,16	8,26	8,20	9,00	7,97	7,83
		0,7989	0,8434	0,5416	0,8407	0,8810	0,9338	0,8750	0,8114
Diagnoos									
Lüüsammas	55	8,25	8,15	8,30	8,33	8,30	9,11	7,83	7,67
Pea	13	8,15	7,70	8,25	8,15	7,92	8,62	8,77	8,15
		0,8431	0,3091	0,3189	0,6777	0,3801	0,2284	0,1807	0,4385
Vanus									
<65	52	8,10	7,92	8,16	8,17	8,04	8,87	8,24	7,92
≥65	16	8,69	8,50	8,50	8,69	8,81	9,50	7,31	7,31
		0,2019	0,1609	0,2123	0,1809	0,0437*	0,0932	0,1544	0,2921
Varasem hospitaliseerimine									
Jah	19	8,00	7,68	8,10	8,32	7,79	8,63	7,42	7,37
Ei	47	8,30	8,17	8,30	8,30	8,36	9,15	8,26	7,91
		0,5061	0,2190	0,3689	0,8710	0,1229	0,1558	0,1790	0,3306
Üksi elamine									
Jah	12	8,00	8,08	8,17	8,33	7,92	8,92	7,83	7,28
ei	56	8,30	8,05	8,25	8,29	8,29	9,04	8,05	7,87
		0,5814	0,9486	0,7752	0,9120	0,3934	0,3934	0,7605	0,3662
Kaasuvad haigused									
Jah	27	8,60	8,11	8,20	8,44	8,22	9,11	7,85	7,70
Ei	39	8,10	8,10	8,31	8,26	8,26	8,95	8,18	7,86
		0,1937	0,9232	0,6375	0,5654	0,9196	0,6295	0,5667	0,7601

* – Statistiliselt oluline erinevus

Alakategoriate keskmiste tulemuste võrdlusel, lisades taustaandmete muutujad, leiti õdede hinnangutes erinevusi VHV tasemes diagnoosi, vanuse, varasema hospitaliseerimise ja kaasuvate haiguste puhul (tabel 7).

Tabel 7. Taustaandmete ja õdede hinnangute seosed alakategoriate keskmiste tulemuste põhjal

Muutuja	n	1. alakategooria	2. alakategooria	3. alakategooria	4. alakategooria
Keskmise skoor					
Sugu					
Mees	37	8,11	8,64	8,64	7,91
Naine	31	8,20	8,21	8,60	7,90
Diagnoos					
Lüüsammas	55	8,20*	8,32	8,71	7,75*
Pea	13	7,98*	8,20	8,27	8,46*
Vanus					
<65	52	8,01	8,17	8,64*	8,08*
≥65	16	8,60	8,60	9,16*	7,31*
Varasem hospitaliseerimine					
Jah	19	7,84*	8,21	8,21	7,40*
Ei	47	8,24*	8,30	8,76	8,09*
Üksi elamine					
Jah	12	8,04	8,25	8,42	7,56
Ei	56	8,18	8,27	8,67	7,96
Kaasuvad haigused					
Jah	27	8,36	8,32	8,67	7,78*
Ei	39	8,10	8,29	8,61	8,02*

* – Erinevus VHV tasemes

4.6. Patsientide ja õdede hinnangute erinevused

Patsientide ja õdede keskmiste hinnangute võrdluses patsientide VHV-le statistiliselt olulisi erinevusi ei olnud (tabel 8).

Tabel 8. Patsientide ja õdede keskmiste hinnangute võrdlus

Tunnus	Keskused	p väärtus
1. alakategooria – Füüsiline ja		
vaimne valmisolek	8,10 / 8,15	0,4481
Q1 / õdeQ1	8,38 / 8,24	0,5811
Q2 / õdeQ2	7,82 / 8,06	0,3151
2. alakategooria –		
informatsioon ja teadmised	8,52 / 8,28	0,3328
Q3 / õdeQ3	8,58 / 8,24	0,1072
Q4 / õdeQ4	8,46 / 8,31	0,5583
3. alakategooria – kodune		
toimetulek	8,38 / 8,62	0,2951
Q5 / õdeQ5	8,01 / 8,22	0,3779
Q6 / õdeQ6	8,75 / 9,01	0,2122
4. alakategooria – lähedaste		
toetus ja abi	8,00 / 7,89	0,7907
Q7 / õdeQ7	8,22 / 8,01	0,5814
Q8 / õdeQ8	7,77 / 7,77	1,000

5. ARUTELU

5.1. Olulisemad tulemused

Autorile teadaolevalt on käesolevas uurimistöös esmakordselt Eestis esitatud patsientide ja õdede hinnangud patsientide VHV kohta. Varasematest uurimistöödest tuleb välja, et patsientide valmisoleku uurimine on oluline ning võib aidata kaasa ravitulemuste parandamisele. Patsientide kaasamine enda raviprotsessi aitab oluliselt parandada patsiendikesksust ja individuaalset lähenemist.

Patsiendid hindasid enda VHV-d skooriga 8,25 ehk hea valmisolek. Õdede hinnang patsientide VHV-le oli 8,17 ehk samuti hea. Eri alakategooriate vahel oli erinevusi, kuid kõik patsientide ja õdede antud alakategooriate tulemused jäid vahemikku 7,8–9,0. Sarnaselt varasemate uurimistöödega (Weiss ja Piacentine 2006, Mabire jt 2015) hindasid ka käesolevas töös patsiendid kõige madalamaks just VHV-d eeldatava lähedaste toetuse ja abiga. Ka õed hindasid patsientide VHV kõige madalamaks just lähedaste toetuse ja abi alakategoorias. Töö autori arvates on see tingitud sellest, et seda kategooriat mõjutavad mitmed demograafilised andmed, nagu vanus ja üksi elamine. Patsientide ja õdede hea hinnang patsientide VHV-le võib viidata sellele, et hetkel on patsientide ettevalmistus väljakirjutamiseks heal tasemel. VHV tõstmiseks tuleks läheneda alakategooriatest lähtuvalt. Näiteks lähedaste toetuse ja abi alakategooria VHV tõstmiseks on oluline välja selgitada juba hospitaliseerimise käigus, kas patsiendil on lähedasi kellele kodusel ravil toetuda või oleks osakonna personalil oluline pöörduda sotsiaaltöötaja poole, et tagada patsiendile vajalik abi.

Erinevate uurimistööde tulemused näitavad, et sihtgruppide (nt kirurgilised patsiendid) vahelised tulemused ei ole ülekantavad ja pole teada, millised faktorid võivad mõjutada VHV-d (Brent ja Coffey 2013). Sarnaselt Baksi jt (2020) uurimistööle uuriti käesolevas töös patsientide hinnangute seost taustaandmetega. Baksi jt (2020) leidsid enda uurimistöös seose VHV ja vanuse, töötamise staatuse, lähedaste toetuse, kehva majandusliku tausta ja esmase hospitaliseerimise vahel. Käesoleva töö käigus leiti seosed patsientide hinnangu ja diagnoosi, varasema hospitaliseerimise ja üksi elamise vahel. Õdede hinnangud VHV-le olid seotud ainult patsientide vanusega. Arvestades, et õed leidsid seoseid vähem, siis oleks oluline õdede paremad teadmised patsiendi demograafilistest andmetest ja oskusest neid andmeid arvesse võtta väljakirjutamise planeerimise protsessis. Selline lähenemine võiks anda nii parema VHV kui ka tagada patsiendikeskset lähenemist.

RHDS skaala jaguneb neljaks hinnatavaks alakategooriaks ja nendest lähtuvalt analüüsiti ka käesoleva uurimistöö tulemusi. Lähedaste toetuse ja abi alakategooriat hindasid kõige madalamaks nii patsiendid (8,07) kui ka õed (7,89). Varasemates uurimistöodes on lähedaste toetuse ja abi alakategooria madalat tulemust seostatud just üksi elavate patsientidega (Wallace jt 2019, Baksi jt 2020). Käesoleva uurimistöö tulemused on sarnased, kuna üksi elavate patsientide ja madalama VHV vahel leiti seos kolme küsimuse puhul kaheksast. Madalam VHV võib olla tingitud sellest, et üksi elavatel patsientidel on eeldatavalt väiksemad võimalused saada abi ja toetust endale sobival ajal ja mahus. Varasematest uurimustest on ilmnenu, et lähedaste kaasamine väljakirjutamise protsessi parandab valmisolekut haiglast väljakirjutamiseks (Knier jt 2015). Hetkel puudub SA Tartu Ülikooli Kliinikumi neurokirurgia osakonnas lähedaste süsteemne kaasamine patsiendi väljakirjutamise protsessi, kuid patsiendi lähedased kaasatakse väljakirjutamise protsessi juhul, kui see on lähedaste endi soov või lähedased satuvad arsti või õe väljakirjutamise eelse nõustamise ajal haiglasse. Kuna tulemuste põhjal hindavad patsiendid lähedaste tuge kõige madalamalt, siis võiks hakata planeerima, kuidas kaasata patsiendi lähedasi süsteemselt nii, et patsient tunneks kindlustunnet ja valmisolekut koduseks raviks. Kui varasemalt on patsiendid kurtnud, et neil ei ole piisavalt informatsiooni eelseisvate arstivisiitide osas (Arora jt 2010), siis võimalus kaasata lähedane väljakirjutamise protsessi võiks aidata seda infot salvestada. Kui patsiendil puuduvad lähedased kes saaks abistada väljakirjutamise järgselt, siis oleks vajalik kaasata sotsiaaltöötaja, kes jääb ka hiljem patsiendile abi osutama ja kellelt patsient võiks väljakirjutamise järgselt tuge saada.

Tulemusi hinnati lähtuvalt etteantud RHDS-hindamisskaalast, et leida eri alakategooriate valmisoleku tasemed. Selgus, et enda hinnang valmisolekule oli igas alakategoorias hea patsientidel, kes väitsid, et nad ei ela üksi. Üksi elavad patsiendid hindasid kahes alakategoorias valmisolekut keskmiseks ja lähedaste toetuse ja abi alakategoorias lausa madalaks. Tulemused on loogilised, sest üksi elamine võib tähendada toetuse puudumist koduses keskkonnas. Isegi kui patsiendil on olemas hooldaja, siis toetuse ja abi võimalus igal ajahetkel on välistatud ja võimalik ainult hooldaja külastuse ajal. Hetkel neurokirurgia osakonnas sotsiaaltöötajat väljakirjutamise planeerimise protsessi (VPP) üldjuhul ei kaasata, kuid VHV hindamine juba VPP ajal looks võimaluse hinnata patsientide vajadusi toetuse ja abi osas ning vajadusel saaks pakkuda sotsiaaltöötaja poolset nõustamist ja abi. Murekohaks võib saada nii sotsiaaltöötajate puudus kui ka nende ajalise ressursi piiratus.

Varasemalt on leitud, et patsientide kõrgem vanus on seotud madalama VHV-ga (Baksi jt 2020). Teised uuringud on kirjeldanud, et eakamad patsiendid hindavad enda VHV-d kõrgemaks ja tunnevad ennast kindlamalt väljakirjutamise ees (Bobay jt 2010). Sellest tingituna jaotati käesolevas uurimistöös patsiendid kahte vanusegruppi: kuni 65-aastased ning 65-aastased ja vanemad. Vanusegruppidesse jaotamise eesmärk oli välja selgitada kas VHV ja vanuse vahel on seos. Erinevalt Baksi jt (2020) varasematest tulemustest ei leitud käesolevas uurimistöös statistilist olulist erinevust madalama VHV taseme ja vanuse vahel. Kui arvesse võtta küsimustiku enda hindamisskaalat, et hinnata valmisoleku taset, siis füüsilise ja vaimse valmisoleku ning lähedaste toetuse ja abi alakategoorias hindasid kuni 65-aastased enda VHV-d heaks, kuid 65-aastased ja vanemad keskmiseks. Õed hindasid üle 65-aastaste patsientide valmisolekut lähedaste toetuse ja abi alakategoorias madalaks, kuigi teistes alakategooriates oli valmisolek hea või väga hea. Sellest võib järeldada, et vanusest tingituna hindavad ka õed patsientide lähedaste abi ja toetuse vajadusi suuremaks ning väljakirjutamise järgsete heade ravitulemuste tagamiseks tuleks arvesse võtta patsientide vanust.

Hinnates patsientide VHV-d peab arvestama tema varasemate hospitaliseerimistega samasse osakonda, see võib VHV-d tõsta kui ka langetada. Korduvalt sarnase probleemiga patsiendid saavad igal hospitaliseerimisel haiglast väljakirjutamise eelselt sarnast informatsiooni, mis tõstab nende informeerituse taset. Seega mitmendat korda hospitaliseeritud patsient võib omada rohkem teadmisi ja ettekujutust, on saanud rohkem võimalusi info salvestamiseks ja võib olla rohkem informeeritud vahetust hospitaliseerimise järgsest kodusest ravist. Samas võib korduvate operatsioonide vajadus viidata järjest halvenevale tervislikule seisundile, mis võib saada takistuseks hea VHV ja koduse ravitulemuse saavutamisel. Suurema tõenäosusega pea piirkonna operatsioonide tõttu hospitaliseeritud haigete tervislik seisund on ajas halvenenud ning seetõttu hoolimata korduvatest informeerimistest siiski VHV väheneb. Sarnaselt käesoleva uurimistöo tulemustega leidsid ka Baksi jt (2020) neurokirurgiliste patsientide puhul, et korduv hospitaliseerimine langetab VHV taset. Tulemused näitavad, et on oluline võtta arvesse patsiendi varasemate hospitaliseerimiste anamneesi ja seda infot kaasata väljakirjutamise planeerimise protsessis. VHV ja varasema hospitaliseerimise vaheliste seoste leidmine aitab leida kitsaskohti ja puudujääke senises VPP-s ja seeläbi paremini planeerida õendustegevusi, millega tõsta korduvalt hospitaliseeritud patsientide VHV taset.

Varasemalt on läbi viidud mõned uuringud, kus on võrreldud õdede ja patsientide hinnanguid ja leitud nendevaheline korrelatsioon. Leitud on nii madal (Weiss jt 2010) kui ka kõrge (Weiss jt 2014) korrelatsioon. Bobay jt (2018) uurimistöös olid patsientide ja õdede hinnangud kattuvad

80% ulatuses. See näitab, et peaaegu viiendikul juhtudest on patsiendid ja õed valmisoleku taseme osas eriarvamusel. Seetõttu on oluline hinnata nii patsientide kui ka õdede hinnangut patsientide valmisolekule ja saadud tulemusi võrrelda. Näiteks hindasid patsiendid lähedaste toetuse ja abi alakategooria VHV-d heaks, kuid õed madalaks. Erinevus oli ka diagnoosi ja VHV seosel. Pea piirkonna diagnoosiga patsiendid hindasid enda VHV-d igas alakategoorias madalamaks, kui lüüsisamba piirkonna diagnoosiga patsiendid. Erinevalt patsientidest hindasid õed lähedaste toetuse ja abi alakategoorias pea piirkonna diagnoosiga patsientide VHV-d hoopis kõrgemaks, kui lüüsisamba piirkonna diagnoosiga patsientide. Käesolevas uurimistöös olid tulemused suures osas kattuvad ja VHV hinnangutes statistiliselt olulisi erinevusi ei leitud. Oluline on õdede arutelu patsientidega, et mõista patsientide endi hinnanguid ja arvamusi ning võtta neid hea VHV tagamisel arvesse. Kindlasti peaks kaasa ka teised meeskonnaliikmed, et pakkuda patsiendile interprofessionaalset lähenemist VHV tagamisel.

VHV uurimise puhul hinnatakse patsiendi taju ja seega on hinnangud subjektiivsed. Seega on oluline, et õed võtavad patsiendiõpetuses arvesse ka patsiendi enda taju ja tundeid ning rakendavad sellest lähtuvalt patsiendiõpetuse tehnikat, mis tagaks hea VHV. Patsiendiga ühiselt väljakirjutamise planeerimise protsessi läbides peaksid õed saama ettekujutuse olemasolevatest murekohtadest ja peaksid oskama hinnata patsiendi VHV-d. Käesolevas töös õdede ja patsientide hinnangute vahel statistiliste testide põhjal erinevusi ei esinenud. Kui võrrelda taustaandmete seost VHV hinnangutega, siis leiti alakategooriate keskmistes tulemustes õdede ja patsientide hinnangutes mitmeid erinevusi. Näiteks hindasid õed, et üksi elamine ei muutnud valmisoleku taset, kuid patsientide hinnangul muutis see valmisolekut lausa mitmes alakategoorias. Üks ühine läbiv joon tulemustes oli see, et soo ja VHV hinnangute vahel ei esinenud erinevust. Neurokirurgia osakonna õed peavad juba VPP ajal arvesse võtma, et pea piirkonna diagnoosiga patsientidel võib olla kognitiivne võimekus langenud. Vajadusel tuleks kogu personalil korrigeerida vajaliku informatsiooni edastamise viisi ning vajadusel jagama korduvaid selgitusi.

Varasemates uurimistöodes on korduvalt leitud, et alati ei pruugi õed arvesse võtta patsiendi taustaandmeid (Brent ja Coffey 2013, Gonzales jt 2017, Nurhayati jt 2019, Qiu jt 2019, Yang jt 2020) ja seetõttu hindavad nad patsiendi valmisolekut kas liiga kõrgeks või madalaks. Ka käesolevas uurimistöös tulid sarnased murekohad välja, kuna üldine valmisoleku hindamine oli küll sarnane, kuid patsiendid leidsid mitmeid valmisolekut mõjutavaid seoseid, mis õdede hinnangutest aga välja ei tulnud. Kuna uurimuses osalenud õdesid oli juhendatud mitte tutvuma patsiendi andmetega vahetult enne küsimustiku täitmist, siis see võis mängida rolli taustaandmete teadmises ja arvesse võtmises. Samuti võib see näidata, et väljakirjutamisega tegelev õde ei ole

patsiendi anamneesiga piisavalt hästi kursis ja võib seetõttu läbi viia ka puuduliku patsiendiõpetuse. Praktikast peaksid siiski õed olema hästi kursis patsiendi andmetega, et tagada patsiendikeskne patsiendiõpetus, mis lähtub konkreetse indiviidi vajadustest. Patsiendikeskne väljakirjutamise planeerimise protsess aitab kaasa patsientide valmisoleku tõstmisele (Luther jt 2019) ja see aitab õel patsiendi VHV-d mõjutavaid tegureid paremini arvesse võtta.

5.2. Eetilised aspektid

Tingle ja Cribb (2007) toovad välja uurimistöö eetika põhiprintsiibid: uuritava autonoomiat peab austama; tuleb vältida, et keegi saab uuringu käigus viga; võimalusel tuleb uuringuga õendusele kasu saada ja alati tuleb kaaluda kõikide uuringuga seotud inimeste huve. Uuriija kaalus eetilisi lähtekohti, võttis arvesse eetilisi printsiipe ja lähtus hea teadustava põhimõtetest. Uuriija rõhutas uuritavatele korduvalt nende õigusi ja võimalusi uuringus osalemiseks või osalemisest keeldumiseks. Osalemisest oli võimalik keelduda nii õdedel kui ka patsientidel igal hetkel ning keeldumine ei toonud endaga kaasa mingisuguseid sanktsioone.

Uurimistöö läbiviimiseks tehti kooskõlastuse taotlus neurokirurgia osakonna juhatajale, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi kliiniliste uuringute keskusele ja Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteele. Uurimus viidi läbi vastavalt saadud kooskõlastustele ja Eesti Vabariigi seadusandlusele. Patsiendid ja õed täitsid küsimustiku patsiendi haiglast väljakirjutamise päeval. Uuriija võttis arvesse, et patsiendid võivad kojumineku eel olla närvis või emotsionaalsed ning seetõttu selgitati kõikidele uuritavatele korduvalt, et neil on võimalus igal ajahetkel loobuda uuringus osalemisest. Uuritaval oli võimalus ise valida, mil määral ta enda isikuandmeid uurijaga jagab. Õdedele selgitati, et küsimustiku täitmine on vabatahtlik ja seda tehakse vaid juhul, kui küsimustiku täitmine ei sega õe tavatööd ning õde on nõus küsimustikku täitma.

Selleks, et tagada uuritavate patsientide teadlik ja informeeritud otsus uurimuses osalemiseks, koostas uurija uurimust puudutavat infot sisaldava üleskutse, kuhu oli lisatud uurimistöö lühikirjeldus, eesmärgid ja uurija kontaktandmed. Lisainformatsiooni oli võimalik küsida ka otse uurimismeeskonna liikmelt, kes patsiendile või õele küsimustiku andis. Õdedele selgitati uurimuse olemust, eesmärki ja õdede kui uuritavate rolli Zoom keskkonnas osakonna sisekoolitusel. Õdedele selgitati uurimistöö protsessi ja küsimustiku täitmise põhimõtteid, et tagada uuritavate anonüümsus. Koolitusel osalemine oli õdedele vabatahtlik. Õdede soovil saadeti kogu uurimistööd puudutav info ka õdede töö e-postile. Õdedel oli võimalik iga hetk uurija poole pöörduda telefoni või e-posti teel.

Uurija arvestas, et tema roll neurokirurgia osakonna töötajana võib mõjutada uuritavaid, sh õdesid. Uuritavatele selgitati, et uurija töö osakonnas ja uurimistöö ei ole seotud. Uuritavatele selgitati, et uurimistöö on anonüümne ja olenemata küsimustikuga antud hinnangust ei järgne ühtegi sanktsiooni. Uurimistöös osalenud õdede vastuseid ei kontrollitud ja küsimustikele vastamine või mitte vastamine ei mõjutanud õdede töökorraldust ega tööülesandeid. Õdede ega patsientide küsimustiku täitmist ei kontrollitud ega jälgitud. Uurimistöö tulemusi tutvustatakse magistr töö kaitsmise järgselt neurokirurgia osakonnas.

Kogutud küsimustikud hoiustati lukustatavas kapis ning andmeid hoiti krüpteeritud kõvakettal, et tagada uuritavate konfidentsiaalsus ja välistada tulemuste mõjutamine kõrvaliste isikute poolt. Krüpteeritud kõvakettal olevad andmed kodeeriti esimesel võimalusel. Küsimustikud hävitatakse 6 kuud pärast magistr töö kaitsmist paberihundis ja andmed krüpteeritud kõvakettal kustutatakse.

5.3. Usaldusväärsus ja kitsaskohad

Uurimistöö usaldusvääruse tagamiseks on uurija põhjalikult kirjeldanud kogu uurimistöö käiku. Metoodika valik lähtus uurimistöö eesmärgist. Töö tulemusi kajastati muutmata kujul. Töö tulemustes on patsientide ja õdede kallutamata hinnangud. Tulemuste tõlgendamisel puuduvad töö autori enda hinnangud. Uurimistöö läbiviimiseks on valitud usaldusväärne mõõdik.

VHV hindamiseks valiti välja valideeritud küsimustik, mis on koostatud eesmärgiga hinnata patsientide VHV-d. Küsimustik on inglise keeles valideeritud ja kasutatud mitmetes varasemates uurimistöodes andmete kogumise meetodina (Brent ja Coffey 2013, Wallace jt 2016, Baksi jt 2020). Pärast originaalküsimustiku kasutuselevõttu on PT-RHDS küsimustik valideeritud 11 keeles ja hetkel avaldamisel veel kolmes. Originaalküsimustiku autori soov oli, et eesti keelde tõlgitud versioon saaks uurimistöö käigus samuti valideeritud. Seetõttu kirjutati paralleelselt teaduslik artikkel (Rätsep jt 2022) küsimustiku reliaabluse ja usaldusvääruse hindamisest.

Neurokirurgia osakonnas pole varem väljakirjutamise protsessi kaasatud õdede arvamust, kuna hetkel puudub eestikeelne mõõdik, millega õdede arvamust arvesse võtta või millega õed saaksid dokumenteerida enda hinnanguid. Käesoleva töö tulemustest selgus, et õdede ja patsientide hinnangute korrelatsioon on kõrge ning hinnangute võrdluses ei tulnud statistilisi olulisi erinevusi. Patsientide ja õdede vastuste sarnasus näitab, et RN-RHDS-Est instrumendiga kogutud hinnangud olid sarnased patsientide hinnangutele ja kuigi õdede küsimustik ei ole valideeritud, siis sellega

kogutud andmed on usaldusväärsed. RN-RHDS-Est küsimustiku valideerimist ei pea käesoleva töö autor oluliseks, kuna küsimused on sisuliselt kattuvad PT-RHDS-Est küsimustikuga.

Ühe uurimistöö kitsaskohana võib käsitleda valimi piiratust eesti keele oskusega kõnes ja kirjas. Venekeelsete patsientide kaasamine oleks taganud suurema uurimistöös osalenute arvu ning teinud valimi mitmekülgsemaks. Venekeelseid patsiente ei haaratud uuringusse, sest RHDS-i venekeelne versioon puudus. Töö autori puudulik vene keele oskus oleks teinud keeruliseks uuritavate värbamise ja andmete tõlgendamise ning seetõttu otsustati kaasata vaid eesti keelt kõnes ja kirjas oskavad patsiendid. Valimi tegi ühekülgsemaks ka see, et SA TÜK oli ainus haigla, kus toimus uuritavate värbamine.

Uurimistöö üheks ettearvamatuid kitsaskohaks sai COVID-19 pandeemia, mis tegi patsientide hospitaliseerimiste arvu raskesti prognoositavaks. Mitme kuu vältel jäi ära palju planeeritud operatsioone ja uuritavate hulk oli väiksem kui algselt planeeritud. Tartu Ülikooli eetikakomiteelt uurimistöö läbiviimiseks taotleti luba viieks kuuks, kuna see periood oleks prognooside kohaselt andnud piisavalt suure valimi. Samas said lisaks COVID-19 pandeemia mõjutajaks ka faktor, et kui plaaniliste hospitaliseerimiste arv taastati, siis suvisel perioodil töötasid puhkuste tõttu operatsioonitoad vähendatud mahus. Kuigi see on iga aastast nii, siis seda faktorit unustas töö autor arvesse võtta. Käesoleva töö andmete analüüsiks koguti viie kuuga andmeid piisavalt, kuid andmete kogumise perioodi pikendamine või teise perioodi valik oleks kindlasti taganud suurema hulga uuritavaid.

Uuringusse värvati kõik patsiendid, kes olid võimelised küsimustikku täitma. Samas puuduvad kognitiivsed testid, millega patsiendi küsimustiku täitmise võimet ja adekvaatsust hinnata. See tähendab, et uuritavate värbamisel tugineti raviarsti või uurimismeeskonna liikme subjektiivsele hinnangule. Käesoleva töö autori arvates võiks mõnele küsimusele lisatud olla ka selgitavaid märksõnu, kuna väljendid võivad olla patsiendile võõrad või raskesti arusaadavad. Näiteks küsimus number 4, mis käsitles koduse elu nõudmisi ja nendega hakkama saamist. Küsimus on võimalikult täpselt tõlgitud inglise keelsest originaalküsimusest, kuid eestlastele jäi pisut võõraks ja tekitas patsientide hulgas korduvalt küsimusi. Lisaks küsimuste võimalikule korrigeerimisele või abistavate märksõnade lisamisele tuleks RHDS kasutuselevõtu puhul arvestada patsiendile aeg, mil tal on võimalik küsimustikku täita. Küsimustiku täitmine ei tohiks segada ühelgi protseduuril või seansil osalemist ega viivitada patsientide väljakirjutamise protsessi. Autor arvab, et koos tehtavate muudatustega võiks küsimustik olla paremini mõistetav ja kasutatav erinevates osakondades, et hinnata patsientide VHV-d.

Töö mahu tõttu ei uuritud patsientide puhul kaugtulemust ehk väljakirjutamise järgseid erakorralisi arstide külastusi või hospitaliseerimisi. Kuna kaugtulemust ei hinnatud, siis ei ole võimalik käesoleva tööga anda hinnangut patsientide valmisoleku ja väljakirjutamise järgse ravitulemuse seose kohta. Kaugtulemuse uurimine oleks kindlasti aidanud laialdasemalt peegeldada uuritavat nähtust.

Kuna uurimistöös osalemine oli vabatahtlik ja anonüümne, siis ei ole teada, mitu uuritavat õde osales. Õdedele tutvustati uurimistöö eesmärki ja küsimustikku enne uuritavate värbamise algust sisekoolitusel, kus õed said küsida lisainformatsiooni ja -küsimusi. Teadaolevalt keeldus üks õde küsimustiku täitmisest. Pole teada, kas õed tutvusid enne küsimustiku täitmist haigla dokumentatsiooniga, et saada patsiendist selgemat ülevaadet ja abistada sellega ennast küsimustiku täitmisel.

Arvestatavaks kitsaskohaks töös oli fakt, et üks uurimismeeskonna liige oli osade uuritavate raviarst. Samas olid kõik teised raviarstid uurimistöö läbiviimisest informeeritud. Töö autor ei saa välistada, et patsientide VHV-le pöörati seetõttu rohkem tähelepanu. Sellisel juhul võisid patsientide hinnangud olla paremad, kui tavaolukorras oleks. Töö autor leiab, et järgmisel uurimistöö läbiviimisel võiks uurimismeeskonnast välistada kõik liikmed, kes tegelevad ka patsiendi väljakirjutamisega. See võiks tagada andmed, mille puhul pole karta meeskonna mõjutusi.

5.4. Tulemuste olulisus ja ettepanekud edasiseks uurimiseks

Käesolev uurimistöö on oluline, kuna pöörab esmakordselt tähelepanu patsientide VHV uurimisele Eestis. Siiski käesoleva uurimistöö tulemused kajastavad vaid SA Tartu Ülikooli Kliinikumi neurokirurgia osakonna patsientide ja õdede hinnanguid. VHV uurimine aitab kaasa nii patsiendikesksele lähenemisele kui ka patsientide kaasamisele enda raviprotsessi. Varasemate uurimistöödega on leitud, et hea patsiendiõpetuse ja VHV tagamine tõstavad oluliselt õdede töömahtu (Linzey jt 2019). Selle tõttu oleks oluline edasiste uurimistöödega välja selgitada kas hea VHV tagamine ja patsiendi individuaalsetest vajadustest lähtuva patsiendiõpetuse tagamine tõstab õdede töökoormust ning mil määral. Oluline oleks hea VHV tagamiseks leida moodus kuidas kaasata väljakirjutamise planeerimis protsessi kogu meeskond.

PT-RHDS-Est küsimustik on usaldusväärne instrument, millega hinnata neurokirurgiliste patsientide VHV-d. Küsimustikuga on võimalik tuvastada väljakirjutamisega seotud probleemikohti ja parandada väljakirjutamise planeerimise protsessi. Siiski oleks vaja teha uuringuid suurema valimiga ja teistes osakondades, et kinnitada uurimistöö tulemusi. Oluline oleks uurida kaugtulemust, et hinnata RHDS-küsimustiku hinnangute ja ravitulemuse vahelisi seoseid.

6. JÄRELDUSED

Sarnaselt varasemates uurimistöodes saadud tulemustele hindasid käesolevas töös osalenud patsiendid oma VHV heaks. Kõige madalamaks hinnati lähedaste toetuse ja abi alakategooriat. Käesoleva töö andmete analüüsi käigus leiti seosed VHV ja diagnoosi, varasema hospitaliseerimise, üksi elamise ja kaasuvate haiguste olemasolu vahel.. Saadud tulemustest võib järeldada, et kuna patsiendid hindasid VHV heaks, siis hinnatakse heaks ka väljakirjutamise planeerimise protsessi (VPP).

Sarnaselt varasemates uurimistöodes saadud tulemustega hindasid käesolevas töös osalenud õed patsientide VHV heaks. Sarnaselt patsientidega hindasid ka õed kõige madalamaks lähedaste toetuse ja abi alakategooriat. Varasemalt on leitud, et õed ei pruugi VHV hindamisel arvesse võtta patsiendi taustaandmeid ja seetõttu hindavad VHV liiga kõrgelt, kuid selle uurimistöö tulemused seda ei kinnitanud ning keskmise VHV ja alakategooriate hinnangud olid patsientide omadega sarnased. Sarnaselt varasemate uurimistöode tulemustega ei leidnud käesolevas töös õed patsientide VHV ja taustaandmete vahel kõiki samu seoseid mis patsiendid. Ainus faktor, mis patsientide ja õdede hinnangul VHV taset ei mõjutanud oli sugu. Tuginedes uurimistöö tulemustele ja varasemale kirjandusele võib väita, et patsiendi VHV ja taustaandmete vahel on seosed. Antud uurimuses oli osalejate arv väike, kuid uuritavatelt õdedelt ja patsientidelt saadud andmeid võrreldes ei esinenud hinnangutes statistilist olulist erinevust. Seega võib väita, et sarnaselt varasemate uurimistöodega on õdede ja patsientide hinnangute vaheline korrelatsioon kõrge. Võib järeldada, et patsientide ja õdede arusaam VPP-st ja VHV-st kattuvad. Samuti võib järeldada, et tervishoiu spetsialistil on oluline lähtuda patsiendi individuaalsetest vajadustest, võimalustest ja patsiendikesksusest VPP käigus.

KASUTATUD KIRJANDUS

Analüüs tervishoiusüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse ning ravikindlustamata isikutele tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamiseks. (2021). Sotsiaalministeeriumi kodulehekülg. https://www.sm.ee/sites/default/files/contenteditors/Tervishoid/tervishoiu_rahastamise_analuus.pdf?fbclid=IwAR0Ur7zctI9ICuG-_93qKd7Xde1dY-_SQKDLkObWUu7DuJumdcshdXFTUww (17.02.2021).

Arora, V.M., Prochaska, M.L., Farnan, J.M., D'Arcy 5th, M.J., Schwanz, K.J., Vinci, L.M., Davis, A.M., Meltzer, D.O., Johnson, J.K. (2010). Problems after discharge and understanding of communication with their primary care physicians among hospitalized seniors: a mixed method study. *Journal of Hospital Medicine*, 5(7): 385-391.

Baksi, A., Sürücü, H.A., Inal, G. (2020). Postcraniotomy Patients' Readiness for Discharge and Predictors of Their Readiness for Discharge. *Journal of Neurosurgical Nursing*, 52(6): 295-299.

Bobay, K.L., Jerofke, T.A., Weiss, M.E., Yakusheva, O. (2010). Age-Related Differences in Perception of Quality of Discharge Teaching and Readiness for Hosital Discharge. *Geriatric Nursing*, 31(3): 178-187.

Bobay, K.L., Weiss, M.E., Oswald, D., Yakusheva, O. (2018). Validation of the Registered Nurse Assessment of Readiness for Hospital Discharge Scale. *Journal of Nursing Research*, 67(4): 305-313.

Brent, I., Coffey, A. (2013). Patient's perception of their readiness for discharge following hip fracture surgery. *International Journal of Orthopaedic & Trauma Nursing*, 17(4): 190 -198.

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

Fenwick, A.M. (1979). An interdisciplinary tool for assessing patients' readiness for discharge in the rehabilitation setting. *Journal of Advanced Nursing*, 4(1): 9-21.

Galvin, E.C., Coffey, A., Wills, T. (2017). Readness for Hospital Discharge: A Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(11): 2547-2557.

Gonzales, M.G., Kelly, K.N., Dozier, A.M., Fleming, F., Monson, J.R.T., Becerra, A.Z., Aquina, C.T., Probst, C.P., Hensley, B.J., Sevdalis, N., Noyes, K. (2017). Patient Perspectives on Transitions of Surgical Care: Examining the Complexities and Interdependencies of Care. *Qualitative Health Research*, 1-14.

Grey, J.R., Grove, S.K., Sutherland, S. (2017). Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence. Elsevier, Missouri.

Hain, J. (2020). Toimetulek kodus pärast puusaliigese endoproteesimist – patsientide kogemused. Magistritöö. Tartu Ülikool.

Hogarty, G.E. (1966). Discharge Readiness: The Components of Casework Judgement. *Social Casework*, 47(3): 165-171.

Iuga, A.O., McGuire, M.I. (2014). Adherence and health care costs. *Risk Management and Healthcare Policy*, 7: 35-44.

Jušinski, T. (2009). Müokardiinfarktiga patsiendi ettevalmistus haiglast väljakirjutamiseks – patsiendi vaatekoht. Magistritöö. Tartu Ülikool.

Kamau, E.B., Foronda, C., Hernandez, V.H., Walters, B.A. (2021). Reducing Length of Stay and Hospital Readmission for Orthopedic Patients: A Quality Improvement Project. *Journal of Doctoral Nursing Practice*, doi: 10.1891/JDNP-D-20-00060.

Kaya, S., Sain Guven, G., Aydan, S., Kar, A., Teles, M., Yildiz, A., Koca, G.S., Kartal, N., Korcu, C., Ürek, D., Demir, I.B., Toka, O. (2018). Patients' readiness for discharge: Predictors and effects on unplanned readmissions, emergency department visits and death. *Journal of Nursing Management*, 26(6): 707-716.

Knier, S., Stichler, J.F., Ferber, L., Catterall, K. (2015). Patients' perceptions of quality of discharge teaching and readiness for discharge. *Journal of Rehabilitation Nursing*, 40(1): 30-9.

Linzey, J.R., Kahn, E.N., Shlykov, M.A., Johnson, K.T., Sullivan, K., Pandey, A.S. (2019). Length of Stay Beyond Medical Readiness in Neurosurgical Patients: A Prospective Analysis. *Neurosurgery*, 85(1): E60-E65.

Luther, B., Wilson, R.D., Kranz, C., Krahulec, M. (2019). Discharge Processes. What Evidence Tells Us Is Most Effective. *Orthopaedic Nursing*, 38(5): 328-333.

Mabire, C., Lecerf, T., Büla, C., Morin, D., Blanc, G., Goulet, C. (2015) Translation and psychometric evaluation of a French version of the Readiness for Hospital Discharge Scale. *Journal of Clinical Nursing*, 24: 2983-2992.

Meleis, A.I. (2010). Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice. Springer Publishing Company, New York.

Meng, N., Liu, R., Wong, M., Liao, J., Feng, C., Li, X. (2020). The association between patient-reported readiness for hospital discharge and outcomes in patients diagnosed with anxiety disorders: A prospective and observational study. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 27(4): 380-392.

Nurhayati, N., Songwathana, P., Vachprasit, R. (2019). Surgical patients' experiences of readiness for hospital discharge and perceived quality of discharge teaching in acute care hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9-10): 1728-1736.

Qiu, C., Feng, X., Zeng, J., Luo, H., Lai, Z. (2019). Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in cataract patients treated with day surgery: A cross-sectional study. *Indian Journal of Ophthalmology*, 67:612-617.

Rahvastiku Tervise Arengukava 2020-2030. EV Sotsiaalministeerium. Tallinn.

Taba, P., Eelmäe, J., Liigant, A., Vatsk, E. (2021). Närvikliiniku aastaaruanne. SA Tartu Ülikooli Kliinikum. Närvikliinik.

Tingle, J., Cribb, A. (2007). Nursing Law and Ethics. Third Edition. Blackwell Publishing, New Jersey.

Vetter, T.R. (2017). Descriptive Statistics: Reporting the Answers to the 5 Basic Questions of Who, What, Why, When, Where, and a Sixth, So What? *Anesthesia & Analgesia*, 125(5): 1797-1802.

- Wadhwa, RR., Marappa-Ganeshan, R. (2022). T Test. StatPearls Publishing, Florida.
- Wallace, A.S., Perkhounkova, Y., Bohr, N.L. (2018). Quality of Transition From Hospital to Home: The Influence of Nurse- and Patient-Reported Readiness. *Clinical Nursing Research*, 27(2): 129-147.
- Wallace, A.S., Perkhounkova, Y., Bohr, N.L., Chung, S.J. (2016). Readiness for Hospital Discharge, Health Literacy, and Social Living Status. *Journal of Clinical Nursing Research*, 25(5): 494-511.
- Wallace, A.S., Pierce, N.L., Davisson, E., Manges, K., Tripp-Reimer, T. (2019). Social resource assessment: Application of a novel communication tool during hospital discharge. *Patient Education and Counseling*, 102(3): 542-549.
- Watts, R.J., Pierson, J., Gardner, H. (2005). How do critical care nurses define the discharge process. *Intensive And Critical Care Nursing*, 21(1): 39-46.
- Weiss, M.E., Costa, L.L., Yakusheva, O., Bobay, K.L. (2014). Validation of Patient and Nurse Short Forms of the Readiness for Hospital Discharge Scale and Their Relationship to Return to the Hospital. *Health Services Research*, 49(1): 304-317.
- Weiss, M.E., Piacentine, L.B. (2006). Psychometric properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 14(3): 163-80.
- Weiss, M.E., Piacentine, L.B., Ancona, J., Gresser, S., Toman, S., Vega-Stromberg, T. (2007). Perceived Readiness for Hospital Discharge in Adult Medical-Surgical Patients. *Clinical Nurse Specialist*, 21(1): 31-42.
- Weiss, M.E., Sawin, K.J., Gralton, K., Johnson, N., Klingbeil, C., Lerret, S., Malin, S., Yakusheva, O., Schiffman, R. (2017). Discharge Teaching, Readiness for Discharge, and Post-discharge Outcomes in Parents of Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Nursing*, 34: 58-64.
- Weiss, M.E., Yakusheva, O., Bobay, K. (2010). Nurse and Patient Perceptions of Discharge Readiness in Relation to Postdischarge Utilization. *Medical Care*, 48: 482-486.

Weiss, M.E., Yakusheva, O., Bobay, K.L. (2011). Quality and Cost Analysis of Nurse Staffing, Discharge Preparation, and Postdischarge Utilization. *Health Services Research*, 46(5): 1473-1494.

Willis, G.B., Kudela, M.S., Levin, K., Norberg, A., Stark, D.S., Forsythe, B.H., Brick, P.D., Berrigan, D., Thompson, F.E., Lawrence, D., Hartmann, A.M. (2010). Evaluation of a multistep survey translation process. In *Survey Methods in Multinational, Multiregional and Multicultural Contexts*. John Wiley & Sons, New Jersey.

Yang, J., He, Y., Jiang, L., Li, K. (2020). Colorectal patients' readiness for hospital discharge following management of enhanced recovery after surgery pathway. *Medicine*, 99(8): 1-6.

Zhang, J., Yao, S., Huang, F., Zhang, Y., Huang, N., Xiao, H., Zhang, J., Lian, Y. (2021). Exploring the Role of Social Support between Discharge Teaching and Readiness for Discharge in Ocular Fundus Disease Patients: A Cross-Sectional Study. *Journal of Ophthalmology*, 2021: doi: 10.1155/2021/5547351.

Zhang, X., Tang, C., Sun, M., Wang, S. (2021). Readiness for Hospital Discharge and Its Correlates Among People Living With HIV in Hunan, China: A Cross-sectional Study. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 32(5): 619-628.

LISAD

Lisa 1. Uurimistöös osalemise kutse

Lugupeetud patsient!

Olen Tartu Ülikooli õendusteaduse magistriõppe üliõpilane Maria Arro ja kutsun Teid osalema uurimistöös „**Patsientide ja õdede hinnang patsientide haiglast väljakirjutamise valmisolekule Tartu Ülikooli Kliinikumi neurokirurgia osakonna näitel**“. Uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada patsientide valmisolekut haiglast väljakirjutamiseks. Samal teemal Eestis varem uurimusi läbi viidud ei ole. Andmete kogumine toimub vahemikus aprill 2021 – august 2021.

Teie osalemine uurimuses annaks tagasisidet patsientide valmisolekule haiglas lahkumiseks ning aitaks parandada patsientide ettevalmistust haiglast väljakirjutamiseks.

Uurimuses osalemine on vabatahtlik. Kui olete nõus uuringus osalema, siis **palun andke enda soovist teada kas raviarstile või osakonna õenduspersonalile**. Teil palutakse täita 8 küsimusest koosnev küsimustik kahel korral mõne tunni jooksul. Küsimustiku korduv täitmine on oluline küsimustiku arendamiseks. Küsimustikus ei ole küsitud isikuandmeid ja küsimustikke Teie nimega kokku ei viida. **Küsimustiku täitmiseks kulub umbes 5 minutit**. Küsimustiku täitmiseks annab teile uurimismeeskonna õde. Küsimustik täidetakse esmakordselt maksimaalselt 4 tundi enne haiglast lahkumist ja teist korda mõne tunni jooksul. Kogutud andmeid kasutatakse **ainult** käesoleva uurimuse läbiviimiseks.

Teil on õigus igal hetkel uurimuses osalemises loobuda. Loobumine ei mõjuta Teie edasist ravi mingil määral. Uurimistulemused avaldatakse üldistatud kujul. Teile tagatakse konfidentsiaalsus. See tähendab, et uuritava isiklike andmeid ei kajastata uurimistöös. Pärast töö valmimist kõik kogutud andmed hävitatakse. Uurimistöö läbiviimiseks on taotletud kooskõlastus Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteelt ja Tartu Ülikooli Kliinikumi kliiniliste uuringute keskusest.

Lisa 2. PT-RHDS-Est

Lugupeetud patsient! Teid on kutsutud osalema uurimistöös „**Patsientide ja õdede hinnang patsientide haiglast väljakirjutamise valmisolekule Tartu Ülikooli Kliinikumi neurokirurgia osakonna näitel**“. Uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada patsientide valmisolekut haiglast väljakirjutamiseks. Täidetud küsimustik palutakse Teil panna lukustatud postkasti patsientide puhkenurgas. Kogutud andmeid kasutatakse **ainult** käesoleva uurimuse läbiviimiseks. **Teil on õigus igal hetkel uurimuses osalemises loobuda. Loobumine ei mõjuta Teie edasist ravi mingil määral. Palume Teil sama küsimustiku täita ka teistkordselt mõni tund hiljem, et tänu sellele analüüsida kasutatava küsimustiku usaldusväärsust.**

VALMISOLEK HAIGLAST VÄLJAKIRJUTAMISEKS SKAALA – TÄISKASVANU VORM

Tehke ring ümber õigele numbrile. Vastused on 10-punktilises skaalas vahemikus 0-10. Sõnad numbri all näitavad, mida 0 ja 10 tähendavad. Valige üks number 0 ja 10 vahel, mis kõige paremini kirjeldab Teie vastust. Näiteks number 7 tähendab seda, et Teie vastus sarnaneb rohkem number 10 kui number 0 abil kirjeldatuga, kuid mitte täiel määral.

1. Kui valmis Te füüsiliselt olete, et koju minna?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ei ole üldse valmis Täielikult valmis
2. Kuidas Te kirjeldaksite täna enda energiat?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Vähe energiat Palju energiat
3. Kui palju Te teate nendest probleemidest, millele peate tähelepanu pöörama peale kojuminekut?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Teadmised puuduvad Tean kõike
4. Kui palju Te teate pärast kojuminekut kehtivatest piirangutest (mida teil on lubatud või ei ole lubatud teha)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Teadmised puuduvad Tean kõike

5. Kui hästi olete Te võimeline hakkama saama koduse elu nõudmistega?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Üldse mitte Väga hästi
6. Kui hästi olete Te võimeline kodus hakkama saama isikliku hooldusega (näiteks hügieenitoimingud, pesemine, tualettruumi kasutamine, söömine)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Üldse mitte Väga hästi
7. Kui palju on Teil võimalik pärast kojuminekut isiklikul hooldusel abi saada?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Üldse mitte Palju
8. Kui palju on Teil võimalik pärast kojuminekut meditsiinilisel hooldusel abi saada (raviprotseduurid, ravimid)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Üldse mitte Palju

Diagnoos:.....

Vanus:.....

Sugu:.....

Kas olete varem hospitaliseeritud neurokirurgia osakonda? jah ei

Kas elate üksi? jah ei

Kas Teil on kaasuvaid haigusi? jah ei

Lisa 3. RN-RHDS-Est

Lugupeetud õde! Palun täita see küsimustik enda haiglast väljakirjutatava patsiendi kohta. Nii aidad kaasa uurimistööks andmete kogumisele. Uurimistöö pealkiri on „Patsientide ja õdede hinnang patsientide haiglast väljakirjutamise valmisolekule Tartu Ülikooli Kliinikumi neurokirurgia osakonna näitel“. Uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada patsientide valmisolekut haiglast väljakirjutamiseks. Küsimustikule vastuste andmise puhul kasuta enda teadmisi ja arvamust.

VALMISOLEK HAIGLAST VÄLJAKIRJUTAMISEKS SKAALA – ÕE HINNANGU LÜHIVORM

Teil palutakse hinnata Teie patsiendi valmisolekut haiglast väljakirjutamiseks. Palun täitke vorm mitte rohkem kui neli tundi enne patsiendi osakonnast lahkumist.

Tehke ring ümber õigele numbrile. Vastused on 10-punktilises skaalas vahemikus 0-10. Sõnad numbri all näitavad, mida 0 ja 10 tähendavad. Valige üks number 0 ja 10 vahel, mis kõige paremini kirjeldab Teie vastust. Näiteks number 7 tähendab seda, et Teie vastus sarnaneb rohkem number 10 kui number 0 abil kirjeldatuga, kuid mitte täiel määral.

1. Kui valmis Teie patsient füüsiliselt on, et koju minna?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ei ole valmis Täielikult valmis
2. Kuidas Te kirjeldaksite enda patsiendi energiat täna?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Vähe energiat Palju energiat
3. Kui palju Teie patsient teab nendest probleemidest, millele ta peab tähelepanu pöörama peale kojuminekut?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ei tea midagi Teab kõike
4. Kui palju Teie patsient teab pärast kojuminekut kehtivatest piirangutest (mida tal on lubatud või ei ole lubatud teha)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ei tea midagi Teab kõike

5. Kui hästi on Teie patsient võimeline hakkama saama koduse elu nõudmistega?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Üldse mitte Väga hästi
6. Kui hästi on Teie patsient võimeline kodus hakkama saama isikliku hooldusega (näiteks hügieenitoimingud, pesemine tualettruumi kasutamine, söömine)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Üldse mitte Väga hästi
7. Kui palju on Teie patsiendil võimalik pärast kojuminekut isiklikul hooldusel abi saada?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Üldse mitte Palju
8. Kui palju on Teie patsiendil võimalik pärast kojuminekut meditsiinilisel hooldusel abi saada (raviprotseduurid, ravimid)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Üldse mitte Palju

Patsiendi diagnoos:.....

Patsiendi vanus :.....

Patsiendi sugu:.....

Kas Teie patsient on Teile teadaolevalt varem hospitaliseeritud neurokirurgia osakonda? jah ei

Kas Teie patsient elab Teile teadaolevalt üksi? jah ei

Kas Teie patsiendil on Teile teadaolevalt kaasuvaid haigusi? jah ei

Lisa 4. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokoll number: 337/T-16

koosolek: 15.03.2021

Komitee koosseis:

Esimees

Aime Keis Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, meditsiineetika nooremlektor

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
Annika Kask Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, psühholoogia doktorant
Kalle Kisand Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, laborimeditsiini professor
Piret Koosa Eesti Rahva Muuseum, teadur
Malle Kuum Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur
Martin Mooses Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, treeningu füsioloogia lektor
Marje Oona Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini dotsent / kliinilise meditsiini instituudi täienduskeskuse juhataja
Maire Peters Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika kaasprofessor
Mare Remm Tartu Tervishoiu Kõrgkool, bioanalüütiku õppekava dotsent
Atko-Sulhan Remmel Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, religiooniuuringute kaasprofessor

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö

Uurimistöö nimetus eesti keeles: Patsientide ja õdede hinnang patsientide valmisolekule haiglast väljakirjutamiseks Tartu Ülikooli Kliinikumi neurokirurgia osakonna näitel

Vastutavad uurijad (asutused):

Merle Seera (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Ravila 19, 50411, Tartu)

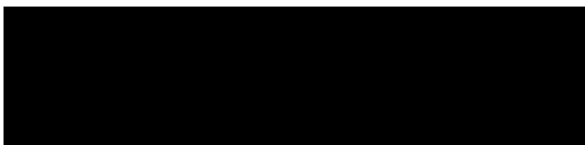
Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt, 31.03.2021
2. Vastutava uurija Merle Seera CV
3. Kaastöötajate CVd (Tõnu Rätsep CV, Maria Arro CV, Diana Lippand CV)
4. Üleskutse uurimistöös osalemiseks
5. Küsimustik patsientidele RHDS-Est
6. Küsimustik õenduspõljalile RHDS-RN-Est
7. Uurimistöö infoleht patsiendile, 31.03.2021

Tartu Ülikool
grandikeskus
Raekoja plats 9
51004 Tartu

tel 737 6215
e-post eeetikakomitee@ut.ee
www.ut.ee/teadus/eeetikakomitee

Lisa 5. Luba küsimustiku autorilt juhendajale



Thank you for your email and apologies for the delay in responding – I was on holiday.

Congratulations on the progress of the research. As soon as you have a publication submitted about the work, I would ask that you send the translation for posting on our website. I do not want to make it available until you have a product of your research disseminated.

I hope you are safe and well in this difficult COVID time.

Best regards,

