

Tallinna Ülikool
Loodus- ja terviseteaduste instituut
Organisatsioonikäitumise õppekava

Karin Lemming

**AS IDA-TALLINNA KESKHAIGLA MITTEKLIINILISE PERSONALI
HÄDAOLUKORDADEKS VALMISOLEK KUI KRIISITÕHUSUSE
VÄLJENDUSVIIS**

Magistritöö

Juhendaja: *Antek Kasemaa, MA*

Tallinn 2020

SISUKORD

RESÜMEE.....	3
ABSTRACT.....	4
SISSEJUHATUS.....	5
TEOREETILINE TAUST.....	8
Valmisolek hädaolukordadeks.....	8
Hädaolukorra plaan ja selle koostamise tegevusraamistik.....	10
Hädaolukorra plaan.....	10
Plaani koostamise tegevusraamistik - HMIMMS.....	10
Inimressurss – mittekliiniline personal.....	12
Tervishoiutöötajate väljaõpetamine.....	13
Enesetõhusus.....	16
Enesetõhususe seosed sotsio-demograafiliste andmetega.....	17
Kriisitõhusus.....	20
Enesetõhususe mõõtmine.....	20
EMPIIRILINE UURIMUS.....	23
Uurimuse eesmärk.....	23
Hüpoteesid ja uurimisküsimused.....	23
Meetod.....	25
Valim.....	25
Instrumendid.....	26
Protseduur.....	27
Tulemused.....	28
Hüpoteesid.....	29
Uurimisküsimused.....	33
Haigla hädaolukordasid (HO) puudutavad küsimused.....	38
ARUTELU.....	41
KASUTATUD KIRJANDUS.....	45
LISAD.....	54

RESÜMEE

Magistritöö eesmärk oli kirjeldada AS Ida-Tallinna Keskhaigla mittekliinilise personali teadlikkust hädaolukordadest, enesetõhususe seost hädaolukordadeks valmisolekuga ning valmisolekut temaatilise koolituse läbimiseks. Teoreetilises osas antakse ülevaade enesetõhususest, kriisitõhususest ning hädaolukordadeks valmisolekust. Empiiriline uurimus viidi läbi paberkandjal küsimustiku abil. Küsimustik koosnes kolmest osast: magistritöö autori poolt loodud unikaalsed küsimused, mis puudutasid AS ITK hädaolukorra temaatikat; kriisi enesetõhusus, mida mõõdeti Park (2016) kriisitõhususe skaalaga; lisaks sotsio-demograafiliste andmete osa. Uurimuse valimi moodustasid AS ITK mittekliiniliste tugistruktuuride töötajad ($n = 530$). Küsimustikule vastas 327 AS ITK töötajat, kellest 15,3% ($n = 50$) olid mehed ja 84,7% ($n = 277$) naised. Kõige noorem vastaja oli 23aastane, kõige vanem 82aastane. Vastanute AS ITK-s töötamise staaž oli 1-40 aastat.

Magistritöös püstitati 7 hüpoteesi ja 5 uurimisküsimust. Lisaks uuriti personali teadlikkust haigla hädaolukordadest. Kinnitust leidis kolm hüpoteesi. Nooremate töötajate valmisolek hädaolukorra-alase koolituse läbimiseks on kõrgem kui vanemaealistel töötajatel. Töötajad, kes on osalenud hädaolukorra-alasel koolitusel on hädaolukordades tõhusamad, kui need töötajad, kes pole koolitusel osalenud. Hädaolukorra kogemusega mittekliinilise personali kriisitõhusus on kõrgem kui eelneva kogemusega mittekliinilisel personalil. Lisaks ilmnes negatiivne seos tööstaaži ja kriisitõhususe vahel.

ABSTRACT

The aim of the master's thesis was to describe the awareness of the non-clinical staff of East-Tallinn Central Hospital (ETCH) about emergencies, the connection between self-efficacy and emergency preparedness and readiness to undergo thematic training. The theoretical part provides an overview of self-efficacy, the efficiency of handling a crisis and emergency preparedness. The empirical study was conducted using a paper-based questionnaire. The questionnaire consisted of three parts: the unique questions created by the author of the master's thesis, which were related to the topic of emergency of ETCH; a crisis self-efficacy measured with the Park (2016) crisis efficacy scale; and in addition, a section of socio-demographic data. The study sample consisted of employees of non-clinical support structures of ETCH ($n = 530$). 327 employees of ETCH answered the questionnaire, of which 15.3% ($n = 50$) were men and 84.7% ($n = 277$) women. The youngest respondent was 23 years old, the oldest 82 years old. The length of service of the respondents in ETCH was 1-40 years.

7 hypotheses, 5 research questions and 6 questions related to emergency situations in the hospital were raised in the master's thesis. Three hypotheses were confirmed in the study. The readiness of younger employees to undergo emergency training is higher than that of older employees. The employees who have attended an emergency training are more effective in emergencies than those who have not. The efficiency of handling a crisis of non-clinical staff with emergency experience is higher than that of non-clinical staff with no previous experience. In addition, there was a negative relationship between the length of a career and the efficiency of handling a crisis.

SISSEJUHATUS

Tänapäeval kogevad inimesed tõsiseid hädaolukordi, olgu need siis majanduslikud, sotsiaalsed või keskkonnaalased (Topper & Lagadec, 2013). Ühiskonnas pööratakse hädaolukordadeks valmisolekule ja hädaolukorraplaanidele viimastel aastakümnetel suuremat tähelepanu (Alexander, 2005).

Hädaolukord on sündmus või sündmuste ahel või elutähtsa teenuse katkestus, mis ohustab paljude inimeste elu või tervist, põhjustab suure varalise kahju, suure keskkonnakahju või tõsiseid ja ulatuslikke häireid elutähtsa teenuse toimepidevuses ning mille lahendamiseks on vajalik mitme asutuse või nende kaasatud isikute kiire kooskõlastatud tegevus, rakendada tavapärasest erinevat juhtimiskorraldust ning kaasata tavapärasest oluliselt rohkem isikuid ja vahendeid (HOS § 2 lg 1).

Hädaolukord on olemuselt ootamatu ja ebakindlust tekitav. See ohustab organisatsiooni põhiväärtuseid ning nõuab kiireid, jõulisi ja läbimõeldud otsuseid (Mrudula, Wang, & Chang, 2013). Hädaolukorral on organisatsiooni ja selle sidusrühmade jaoks destabiliseeriv mõju (Kayes, Allen, & Self, 2012).

Elutähtsa teenuse toimepidevuse plaan (*hädaolukordade ohjamise plaan*) on dokument, kus kirjeldatakse meetmeid, mida rakendatakse elutähtsa teenuse katkestuse korral teenuse taastamiseks ja katkestuse tagajärgede leevendamiseks (HOS § 39 lg 3).

Haiglad on elutähtsa teenuse osutajad ning neil tuleb tagada ööpäevaringne valmisolek ja hädaolukorras kannatanud patsientide vastuvõtt. Hädaolukorra tulemuslikuks lahendamiseks peavad haiglal olema vajalikud ressursid ning haigla peab olema valmis oma võimekust tõstma. Hädaolukordadeks valmisolek on tervishoiu jaoks suur probleem. Maailmas möödunud kümnendi jooksul toimunud sündmused on tekitanud haiglate hädaolukorralvalmiduse vastu suurenenud huvi (Manley *et al.*, 2006). Haigla hädaolukord on soovituslik väljend ja tähendab haiglas ohuolukorra avaldumise tulemusel vältimatu abi katkemise ohtu või katkemist (Siseministeerium, 2017).

Eesti Vabariigi Valitsus on määranud sündmused, mis võivad põhjustada hädaolukorra ja mille kohta koostatakse riskianalüüs:

1. päästesündmus – tulekahjust, plahvatuses, varingust, transpordiõnnetusest, keskkonnareostusest, looduslikest põhjustest või muust sarnasest sündmusest tekkinud olukord maismaal ja siseveekogul, mis ohustab inimese elu, tervist, vara või keskkonda;
2. politseisündmus – massilisest korratusest, põgenike massilisest sisserändest, massilisest piiririkkumisest, rünnakust objektile, objekti hõivamisest või muust politsei pädevusse kuuluvast sündmusest tekkinud olukord maismaal, merel või piiriveekogul, mis ohustab inimese elu, tervist, vara või keskkonda;
3. küberintsident – arvutivõrgus toimuv turvaintsident, mis põhjustab kõrvalekaldeid küberruumi ettenähtud toimimisest või elutähtsate teenuste toimepidevusest või mis ohustab inimese elu, tervist, vara või keskkonda;
4. kiirgus- või tuumaõnnetus – kiirgus- või tuumaavarii tagajärjel kujunenud avariikiirituse olukord, mis ohustab inimese elu, tervist, vara või keskkonda;
5. tervishoiusündmus – sündmus, mis on põhjustanud või võib põhjustada paljude inimeste eluohtliku haigestumise, vigastuse või mürgistuse;
6. loomataud – bioloogilise haigustekitaja põhjustatud loomahaigus, mis ohustab inimese elu, tervist, vara või keskkonda (HOS § 9 lg 1).

Haiglat puudutavad hädaolukorrad võivad olla nii haiglasisesed (nt infotehnoloogiline kriis) kui ka haiglavälised (nt masskannatanute situatsioon). Masskannatanute situatsioon on olukord, kus vältimatu abi vajadus ületab parajasti olemasolevaid võimalusi ja kasutusele on vaja võtta erakorralised abinõud (Carley & Mackway-Jones, 2005).

Kirjanduse põhjal on hädaolukorraks valmisolekut uuritud kliinilise personali hulgas (Hammad, Arbon, Gebbie, & Hutton, 2017; Pavliško-Pেকেز, Račić, & Jurišić, 2018; Sonneborn, Miller, Head, & Gross, 2018). Sarnaseid uurimusi on tehtud ka üldise elanikkonna hulgas (Avery & Park, 2016; Päästeamet, 2016). Haigla toimetulek hädaolukorraga nõuab kõigi töötajate ühist koordineeritud tegevust. Iga struktuuriüksuse kiire viimine hädaolukorra töörežiimile saab toimuda vaid siis, kui eelnev väljaõpe on piisav ja tegevusplaanid vähemalt üldjoontes paigas. Eestis on haiglate hädaolukorraplaanid nüüdseks juba igapäevane nähtus, kuid mittekliinilise personali teadlikkust ja valmisolekut hädaolukorras toimetulekuks ning selle seost enesetõhususega pole hinnatud. Teadmiste lünk selles valdkonnas ei võimalda sisuliselt hinnata hädaolukorra plaanide teostatavust. Hädaolukorra plaani koostamisel soovivad Premeaux ja Breaux (2007) kõigepealt mõelda inimressursile, sest

organisatsioonide parimadki plaanid hädaolukordadele reageerimiseks ja nendest taastumiseks ei realiseeru, kui personal ei ole plaaniga kursis ja ei oska seda kasutada.

Magistritöö eesmärk on kirjeldada AS Ida-Tallinna Keskhaigla (edaspidi: AS ITK) mittekliinilise personali teadlikkust hädaolukordadest, enesetõhususe seost hädaolukordadeks valmisolekuga ning valmisolekut temaatilise koolituse läbimiseks. Uurimistöö tulemustest lähtuvalt esitatakse ettepanekuid AS ITK mittekliinilise personali tegevusvalmiduse tõstmiseks ning haiglasiseseks hädaolukordadeks valmisoleku koolituse planeerimiseks.

Magistritöös on kasutatud Sejin Parki (2016) loodud hädaolukorra enesetõhususe skaalat (ingl *crisis self-efficacy*). Skaalas on neli konstrukti: tegevuse tõhusus (ingl *action*), ennetuse tõhusus (ingl *preventive*), saavutuse tõhusus (ingl *achievement*) ja ebakindluse juhtimise tõhusus (ingl *uncertainty management*). Iga konstrukti mõõdab eraldiseisvat hädaolukorra enesetõhususe aspekti. Tegevuse tõhusus peegeldab inimese uskumusi oma võime kohta võtta hädaolukorras kasutusele kaitsemeetmed. Ennetav tõhusus peegeldab inimese uskumusi oma hädaolukorravalmiduse kohta. Saavutuse tõhusus näitab inimese veendumusi oma eesmärkide saavutamisest hädaolukorras. Ebakindluse juhtimise tõhusus peegeldab inimese uskumust oma suutlikusest tulla toime ebakindlusega hädaolukorra ajal (Park, 2016). Hädaolukordadeks tuleb olla valmis, sest need on elu normaalne osa. Valmisoleku võtmeks on planeerimine ja regulaarne väljaõpe (Landman *et al.*, 2014).

TEOREETILINE TAUST

Valmisolek hädaolukordadeks

Üks peamisi samme hädaolukordadega toimetulemiseks on selleks valmistumine (Pavliško-Pekez *et al.*, 2018). United Nations Office for Disaster Risk Reduction (UNISDIR) defineerib hädaolukorraks valmisolekut (ingl *disaster preparedness*) võrdlemisi laialt, hõlmates selle mõistega nii riskianalüüsi kui ka reageerimise ning olukorra taaste- ja normaliseerumisperioodi (ingl *recovery*). Vaadates laiemat pilti, on valmisolek kõikide ühiskonnaliikmete ühine ülesanne (Mulyasari *et al.*, 2013).

Avery, Lariscy, Kim ja Hocke (2010) ning Janoske, Liu ja Sheppard (2012) on väitnud, et hädaolukorravalmidus on sündmuste ohjamisel kriitiline aspekt. Valmisoleku võtmetegur on hädaolukordadeks valmistumise etapp (Avery & Park, 2016). Valmistumise etapis on välja toodud kolm peamist tegevust: hädaolukorra ohjamise plaani koostamine, hädaolukorra lahendamist juhtiva meeskonna määramine ja ettevalmistamine ning plaani ja meeskonna tõhususe testimine (Avery & Park, 2016). Iga hädaolukord on omanäoline ja ettearvamatu. Saamaks hädaolukordades hakkama, peab haigla ennast hästi ette valmistama (Manley *et al.*, 2006). Hädaolukorraks valmisolek algab riskide ja suutlikkuse hindamisest ning rakendusplaanide loomisest (WHO, 2017). Planeerimise faasis peab käsitlema kõiki hädaolukordade tüüpe, tuleb hinnata nende esinemise võimalikkust, sagedust ja mõju haiglale (Manley *et al.*, 2006). Hädaolukorraks valmisolek on pidev protsess (WHO, 2017).

Carley ja Mackway-Jones (2005) defineerivad meditsiini kontekstis suurõnnetust kui õnnetust, mille korral asukoht, kannatanute arv ning nende haigestumise raskusaste või tüüp nõuavad suuremahuliste ressursside rakendamist. Ainuüksi kannatanute arv ei ole meditsiinisüsteemi jaoks suurõnnetuse määratlemiseks piisav tegur. Kolmekümne kergelt vigastatuga, kes suudavad sündmuskohalt ise lahkuda, tuleb täiendavate ressurssideta toime üksainus haigla. Sama arvu raskelt vigastatud kannatanute korral on tarvis rakendada erakorralisi ressursse (Kriisiaja tervishoiukorralduse ekspertrühm, 2016). On olukordi, kus teatud meditsiinilised ressursid võivad olla piiratud. Näitena saab siin tuua isikukaitsevahendite puuduse Eestis või intensiivravikohtade puuduse Hiinas ja Itaalias seoses SARS-CoV-2 viirusepideemiaga. Ressursid võivad olla ka regionaalselt piiratud, näiteks

põletushaigete ravi puhul, mida osutab Eestis ainult SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla (Põhja-Eesti Regionaalhaigla, 2020).

Haigla valmisolek suurõnnetuseks sisaldab kolme elementi: planeerimist, ressursse ja personali väljaõpet. Haiglate jaoks on oluline koostada riskianalüüs ja hinnata valmisolekut (Mulyasari *et al.*, 2013). Pavliško-Pেকেز ja teised (2018) on leidnud, et hädaolukorravalmidust tõstavad regulaarsed harjutused ja kestev täiendõpe. Hädaolukordadega toimetuleku oluliseks märksõnaks on järjepidevus. Inimesed võivad arvata, et nad teavad kuidas hädaolukorras käituda, kuid see ei tähenda, et nad suudavad õpitut meeles pidada ja kasutada. Paton ja Johnston (2001) kinnitavad, et töötajate teadmiste hindamine on oluline.

Valmisoleku parandamisele aitab kaasa süsteemne täiendõpe ning praktilised harjutused. Hädaolukorraks valmisoleku operatiivseks rakendamiseks tuleb hinnata riski ja võimekust, kavandada plaane, korrigeerida tegevust, rakendada muudatusi ning korraldada õppuseid. Hädaolukorraks valmisoleku arendamine ja rakendamine nõuab tugevaid koordineerimismehhanisme (WHO, 2017). Hädaolukorraks valmisoleku plaani väljatöötamine peab põhinema kõigi teadaolevate ohtude hindamisel (WHO, 2017). Erinevat tüüpi hädaolukordadeks valmisoleku tagamiseks on vaja ühist, tõhusat, kooskõlastatud ja mitut valdkonda hõlmavat lähenemisviisi. Lähenemisviis peab hõlmama kõiki ohte ja neid käsitlevaid konkreetseid meetmeid.

Isiklik valmisolek on oma tugevuste ja nõrkuste, vajaduste, stressitekitajate, kohanemisvõime ja toimetulekumehhanismide teadvustamine. Isiklik valmisolek on väga oluline, et hädaolukordade ohjamisele anda võimalikult suur panus (Centers for Disease, 2003; Costa *et al.*, 2015). Zamoum ja Gorpe (2018, tsit. Center & Jackson, 2002 järgi) väidavad, et hädaolukordade ohjamisprotsess nõuab tarkade ja mõistlike otsuste tegemist, kuna need aitavad kriisist edukalt väljuda. Inimese teadmised hädaolukordadest mõjutavad tema valmisolekut hädaolukordadeks (Arpan & Roskos-Ewoldsen, 2005).

Teadlikkust ja valmisolekut hädaolukordadeks mõjutab ka keelebarjäär. Igapäevane kogemus näitab, kuidas võõrkeelse teabe edastamine takistab suhtlemist ja asjadest arusaamist (Giovanni & Xiong, 2019). AS ITK mittekliinilisest personalist on ligikaudu 40% vene emakeelega (Ida-Tallinna Keskhaigla, 2019). Korrad ja juhendid on koostatud eesti keeles. Sotsiaal- ja kultuuriministeeriumi (2018) korraldatud uuringus töid muukeelsed vastajad välja

mitmeid ebakindlust põhjustavaid olukordi, sh seaduste ja uute korraldustega tutvumine ning tööks vajalike regulatsioonidega tutvumine.

Hädaolukorra plaan ja selle koostamise tegevusraamistik

Hädaolukorra plaan

Kõigil haiglatel peab olema hädaolukordade ohjamise plaan. Plaani eesmärk on mobiliseerida täiendavad töötajad ja ressursid suurenenud töökoormusega toimetulemiseks (Carley & Mackway-Jones, 2005). Hädaolukordade ohjamise plaan peaks hõlmama kõiki ohte (Guenther, 2012). Plaan peaks käsitlema erinevat tüüpi suurõnnetuste lahendamist. See on vajalik, kuna võimatu on ette ennustada järgmise juhtumi loomust (Carley & Mackway-Jones, 2005). Loosemore, Raftery, Reilly ja Higgon (2006) toovad välja, et plaane peaks olema ainult üks ja see peaks hõlmama kõiki ohte. See tähendab, et plaan on küll üldine, kuid koostatud on lisad, mis hõlmavad kõige tõenäolisemaid ohtusid. Kõike ohte hõlmav lähenemisviis aitab koostada hädaolukordade ohjamise plaani, mis on lihtne ja võimalikult sarnane igapäevasele tööpraktikale (Carley & Mackway-Jones, 2005). Hästi läbi mõeldud hädaolukordade ohjamise plaan on suurõnnetustele reageerimise põhikomponent. Iga õnnetuse korral saab rakendada samasugust struktureeritud reageerimist (Kriisiaja tervishoiukorralduse ekspertrühm, 2016).

Carley ja Mackway-Jones (2005) kirjeldavad, et suurõnnetuste ohjamine ei saa põhineda üksnes personali varasemal kogemusel, sest suurõnnetused on pigem haruldased. Seega on nende ohjamise planeerimine ülioluline protsess tagamaks olemasolevate oskuste ja ressursside maksimaalset rakendamist. Enne hädaolukorraplaani kavandamist on oluline määratleda plaani üldine ulatus ja eesmärgid, mis peavad olema väga lihtsad ja arusaadavad. Hea plaan tagab, et õiged inimesed jõuavad õigel ajal õigesse kohta ja saavad seal korrektselt tööd teha (Kriisiaja tervishoiukorralduse ekspertrühm, 2016).

Plaani tuleb korrapäraselt testida ja ajakohastada. Üldine soovitus on plaani testida vähemalt üks kord aastas, korraldades selleks praktilisi lauaharjutusi (ingl *tabletop*) või õppuseid (ingl *training, exercise*) (Alexander, 2005). Coombs (2007) on samal seisukohal, et organisatsioonid peaksid igal aastal oma hädaolukorra ohjamise plaane testima ja ajakohastama, et olla hädaolukorra haldamises osavamad. Vähemalt kord kuue kuu jooksul tuleb teha põhjalik revisjon, kontrollimaks üksikasjade ja andmete õigsust. Samuti saab revisjoni käigus plaani täiendada ja parandada (Alexander, 2005).

Plaani koostamise tegevusraamistik - HMIMMS

Hädaolukorraplaanide loomiseks kasutatakse erinevaid raamistikke ja tööriistu. Tulemused võivad olla erinevates olukordades erinevad ning erineda kogukonniti või riigiti. On hädavajalik, et hädaolukordadeks valmisoleku plaanid oleksid erinevate sektorite ja tasandite vahel ühtlustatud ning ei põhjustaks asjatut killustumist ega dubleerimist (WHO, 2017).

Tervishoiusektori hädaolukordadeks valmisoleku parandamiseks on välja töötatud mitmeid tegevusraamistikke, näiteks Hyogo tegevusraamistik (UNISDR, 2007) või Maailma Terviseorganisatsiooni (ingl *World Health Organization*; edaspidi: WHO) raamistik (WHO, 2017). WHO raamistik määratleb hädaolukorraks valmisoleku teadmiste ja suutlikkuse põhiselt (WHO, 2017). Jaapanis kasutatakse tervishoiu valmisolekuks juhtimis-, kontrolli-, ohutus-, kommunikatsiooni-, hindamis- ning triaažisüsteemi, mis on välja kasvanud suurõnnetuste ajal toimuva meditsiinilise juhtimise süsteemist *Major Incident Medical Management and Support* (edaspidi: MIMMS) (Aitken & Leggat, 2012). MIMMS on 1994. aastal Inglismaal välja töötatud suurõnnetuste ohjamise metoodika, mis hõlmab suurõnnetusteks valmistumist, ohjamist ning nendest taastumist. MIMMS annab struktureeritud, kõike ohte hõlmava lähenemise, kuidas reageerida suurõnnetuste toimumispaigas ja tegeleda paljude kannatanutega, olenemata õnnetuse iseloomust. Alates 2004. aastast on MIMMSi metoodikat õpetatud NATO koolides ja 2015. aastast pea kõikides NATO riikides (Carley & Mackway-Jones, 2005).

Hospital Major Incident Medical Management and Support (edaspidi: HMIMMS) on sarnase loogika põhjal välja töötatud metoodika suurõnnetuste lahendamiseks haiglas. Nii MIMMS kui HMIMMS on universaalsed ja sobivad eri liiki õnnetuste lahendamiseks ning on kohandatavad erineva võimekusega meditsiinasutustele (Kriisiaja tervishoiukorralduse ekspertrühm, 2016).

Eesti tervishoiusüsteem on otsustanud valdkonna arendamisel ning tervishoiutöötajate koolitamisel hädaolukordadega toimetulemiseks rakendada just HMIMMS raamistikku. Valdkonnapõhine ühtlustamine loob võimalused suurõnnetuste paremaks koordineerimiseks ja ohjamiseks, sest suurõnnetuse käigus võib tekkida erinevate meditsiinasutuste personali koostöö vajadus (Kriisiaja tervishoiukorralduse ekspertrühm, 2016). Ühtsete põhimõtete järgimine aitab muuta sündmuste ohjamise sujuvamaks. HMIMMSi on Eestis propageeritud umbes 6-7 aastat.

HMIMMS kontseptsiooni peamiseks eesmärgiks on kõikide haigla struktuuriüksuste võtmeisikute kaasamine planeerimisprotsessi. Oluline on kõikide struktuuriüksuste kaasamine hädaolukordadega seotud tegevustesse, näiteks töötajatele hädaolukorra ohjamise plaanide tutvustamise ning õppuste käigus erinevate juhtumite läbiharjutamise (Myalsari *et al.*, 2013). HMIMMS käsitluse järgi tuleb hädaolukordade ohjamisse kaasata lisaks kliinilisele personalile ka tugipersonal. Haigla tööprotsess ei tohiks hädaolukorra käigus katkeda vaid peaks jätkusuutlikult pakkuma teenuseid ajal, mil seda on kõige rohkem vaja. HMIMMS kontseptsiooni eesmärk ongi tõsta töötajate olukorrateadlikkust ja toimetulekut hädaolukorras (Myalsari *et al.*, 2013).

Hädaolukordade ohjamise plaan peaks üksikisikuid ja organisatsioone suunama lihtsatest põhimõtetest lähtudes. Liiga detailsed üksikisikute rollide kirjeldused on sageli ebaolulised ega ole teostatavad (Carley & Mackway-Jones, 2005). Planeerimisel tuleks arvestada sellega, kuidas inimesed ja organisatsioonid tõenäoliselt tegutsevad. Vale on oodata inimesepoolset plaaniga kohanemist (Quarantelli, 1985). Töötajatele tuleb anda täpsed suunised ja konkreetsed ülesanded hädaolukordades tegutsemiseks (Carley & Mackway-Jones, 2005). Vastavalt töötaja rollile kasutatakse rollipõhiseid tegevuskaarte. Kaardid aitavad töötajal saada kiirelt selge ülevaate oma kohustustest ja vastutusest (Kriisiaja tervishoiukorralduse ekspertrühm, 2016). Ideealis peaks töötaja roll suurõnnetusele reageerimisel olema võimalikult sarnane tema igapäevastele tööülesannetele. Harjumatute ülesannete täitmine ei õnnestu kriitilises situatsioonis (Carley & Mackway-Jones, 2005). Hädaolukord ei ole sobilik uute oskuste õppimiseks, vaid olemasolevate oskuste kinnistamiseks. Hädaolukordadega toimetulekuks on oluline, et personal tunneks plaani ja teaks oma rolli hädaolukorras käitumisel.

Inimressurss – mittekliiniline personal

Haigla võtmetöötajad on tippspetsialistidest arstid ja õendustöötajad, kuid sujuv kliiniline töö ei saa toimuda ilma tugistruktuurideta. Tugistruktuurid jaotatakse vastavalt nende professionile kliiniliseks ja mittekliiniliseks. Mittekliiniliseks tugipersonaliks saab nimetada haigla töötajaid, kes ei tegele haigete ravimisega ega meditsiiniliste protseduuride läbiviimisega. AS ITK mittekliiniliste tugistruktuuride hulka kuuluvad näiteks administratiivne tugiteenistus, arendusteenistus, kvaliteediteenistus, haldusteenistus ning finantsteenistus (Ida-Tallinna Keskhaigla, 2019). AS ITK struktuur on toodud välja Lisas C.

Hädaolukorras toimetulekul on nii kliinilise kui mittekliinilise personali roll võrdväärselt oluline. Tavaliselt ei paista mittekliinilise personali olulisus silma, ent ilma tugiteenistusteta oleks sujuv kliiniline töö võimatu. Tähtis on kõikide teenistuste/osakondade valmisolek ja tegevusplaan hädaolukordades toimetulekuks. Oluline on ka erinevate üksuste omavaheline koostöö. Mittekliinilise personali kaasamise olulisus hädaolukorra ohjamise plaanide koostamisse ja õppustel osalemisse on välja toodud HMIMMS metoodikas (Myalsari *et al.*, 2013). Väga oluline on kliinilise ja mittekliinilise personali rollide vastastikune mõistmine ja omavaheline koostöö (Greenwald, Nowacki, & Stoller, 2015). Hädaolukordade ohjamisel aitab üksteise rollidest arusaamine kaasa efektiivsele meeskonnatööle.

Hädaolukorra ajaks katkestatakse haigla plaaniline statsionaarne ja ambulatoorne kliiniline töö, käivitatakse hädaolukorra ohjamise plaan ja kliiniline personal vabastatakse plaanilistest kliinilistest kohustustest (Weiner & Rosman, 2019). Kogu olemasoleva kliinilise personali ressurss suunatakse hädaolukorra-alaseid ehk erakorralisi ülesandeid täitma. Tegeletakse saabunud kannatanutega ja luuakse ravitsoone vastavalt kannatanute terviseseisundi raskusele. Haiglas viibivaid patsiente paigutatakse ümber või suunatakse võimalusel kodusele ravile (Ida-Tallinna Keskhaigla, 2019). Kliiniline personal tegeleb seega rangelt ainult kliiniliste tegevustega.

Hädaolukorra ohjamisega seotud tegevused ei hõlma ainult kliinilist tööd. Hädaolukorra ajal saab mittekliinilise personali ressurssi rakendada järgmistes tegevustes: haiglast väljakirjutatavate patsientide abistamine, patsientide abistamine uuringutele või osakondadesse saatmisel, patsientide teavitamine ambulatoorsete vastuvõttude ja statsionaarse ravi ärajäämisest ning neile uute aegade pakkumine, kannatanute lähedaste teavitamine, meediaga ja koostööpartneritega suhtlemine, personali toitlustamine, tarvikutega varustamine, side tagamine, parkimise korraldamine jne (Ida-Tallinna Keskhaigla, 2019). Seega on mittekliinilise personali ressurss üks võimalikest, mida hädaolukordade efektiivsel ohjamisel kasutada. Swifti ja tema kolleegide (2017) sõnul on mittekliinilist personali kasutatud näiteks dokumentide haldamiseks, tööle saabunud personali registreerimiseks ja liikluse suunamiseks. Selleks, et mittekliiniline personal oleks valmis hädaolukordade ohjamisel kaasa lööma, tuleb neid eelnevalt koolitada. Tugipersonali oskuste arendamisele on viimastel aastatel hakatud pöörama suuremat tähelepanu (Francis, 2013). Cavendish (2013) on tunnistanud, et tugipersonal on strateegiline ressurss, kes tunneb ennast alahinnatuna ja ilma kohustusliku või järjepideva väljaõppeta.

Tervishoiutöötajate väljaõpetamine

Coombs (2011) rõhutab, et kõik organisatsiooni töötajad peavad teadma oma rolli hädaolukorras ja hädaolukorra ohjamise meetmeid. Väljaõpe peab olema hädaolukordade ohjamise ettevalmistamise lahutamatu osa. HMIMMS toob välja koolitamise kaks peamist eesmärki: tagada töötajate rolliteadlikkus suurõnnetustele reageerimisel ning plaani toimivus ja teostatavus (Carley & Mackway-Jones, 2005). McEntire ja Myers (2004) väidavad, et inimeste hädaolukorravalmiduse suurendamine on hädaolukordade lahendamise võti.

Hädaolukordadeks valmisoleku teoreetilised koolitused ja praktilised õppused on kohustuslikud kõigile tervishoiutöötajatele (Cicero *et al.*, 2009; Williams, Nocera, & Casteel, 2008). Kogu personalile tuleb regulaarselt korraldada hädaolukorra-alaseid õppuseid. Koolitused peavad olema konkreetsed ja asjakohased ning seotud olemasoleva hädaolukorraplaaniga (Hope *et al.*, 2010). Koolitused peaksid hõlmama kõiki rolle ja tegevusi, mida erinevate tasandite töötajad (alates tippjuhtkonnast kuni meditsiini- ja tugipersonalini) masskannatanute situatsioonis täidavad (Sonneborn *et al.*, 2018).

Õppuste regulaarne korraldamine tugevdab töötajate teadmisi hädaolukordadest ja aitab välja selgitada parendamist vajavad valdkonnad (Cicero *et al.*, 2012; Hsu *et al.*, 2004). Õppused parandavad tervishoiutöötajate teadmisi ja oskuseid ning võimaldavad neil olla valmis igaks hädaolukorraks (Fowkes, Blossom, Sandroek, Mitchell, & Brandstein, 2010).

Tervishoiutöötajatel on hädaolukordade vähese esinemissageduse tõttu tavaliselt piiratud kogemused ning nad soovivad kombinatsiooni teoreetilisest ja praktilisest koolitusest (Alim, Kawabata, & Nakazawa, 2015; Cicero *et al.*, 2009). Kliinilise personali seas peetakse kõige tõhusamateks koolitusmeetodideks hädaolukorra-alaseid õppuseid (Aitken *et al.*, 2011; Al Khalaileh, Bond, & Alasad, 2012).

Vincent, Berg ja Ikegami (2009) leidsid, et hädaolukorraks valmisoleku õppused parandasid osalejate teadmiste taset ning muutsid hoiakut hädaolukorraks valmisoleku osas. Morrison ja Catanzaro (2010) ning Simpson (2002) väidavad, et hädaolukordadeks valmisoleku parandamise parimaks meetodiks on õppustel osalemine. Lisaks on leitud, et hädaolukorra-alased koolitused ja reaalses sündmustes osalemine on väärtuslikud kogemused hädaolukordadeks valmisoleku parandamisel (Sangkala & Gerdtz, 2018). Reaalne hädaolukorra kogemus hõlmab õppimist, kogemist ja refleksiooni, mis on märkimisväärselt tõhus teadmiste ja oskuste säilitamiseks ning suurendamiseks seoses hädaolukordadeks

valmisoleku ja nende ohjamisega (Wilson, 2009). Khorram-Manesh ja tema kolleegid (2016) ning Ablah, Tinius ja Konda (2009) toovad välja, et õppustel osalenud kliiniline personal soovib hädaolukorra-alase valmisoleku tõstmiseks sagedasi harjutusi. Õppustel osalemine aitab säilitada hädaolukordade ohjamiseks vajalikke teadmisi ja oskusi. Näiteks Jaapanis asuv Ishinomaki Punase Risti haigla mängis kesksel rollil 2011. aastal toimunud maavärina ja tsunami ajal (Egawa, Suda, Jones-Konneh, Murakami, & Sasaki, 2017). Kuna haigla oli regulaarselt matke- ja lauaharjutusi korraldanud ning pidevalt oma hädaolukordade ohjamise plaani täiendanud, siis reageerisid kõik töötajad reaalses olukorras enesekindlalt.

Õppused on vahend riskivabas keskkonnas ennetamise, kaitse, reageerimise ja taastumisvõimaluste treenimiseks, hindamiseks, harjutamiseks ja parandamiseks (Verheul, Dückers, Visser, Beerens, & Bierens, 2018). Lisaks on õppused kasulikud individuaalsete pädevuste ülesehitamisel, võimaldades osalejatel õppida ja praktiseerida oma rolle hädaolukordades (WHO, 2017). Õppust saab kasutada poliitikate, plaanide, protseduuride, väljaõppe ning varustuse testimiseks, töötajate rollide ning vastutuse selgitamiseks ja koolitamiseks, teabevahetuse parandamiseks ja individuaalse sooritusparandamiseks (Verheul *et al.*, 2013). Kvaliteedi tagamise vahendina saab õppuse käigus testida ja hinnata hädaolukorra ohjamise põhimõtteid, plaane ja protseduure kogu organisatsiooni tasandil. Pärast õppuste läbiviimist tuleks rakendada soovitud hädaolukorraks valmisoleku tugevdamiseks (WHO, 2017).

Swift ja tema kolleegid (2017) kirjeldavad ühte võimalikku õppuse ülesehitust, mis hõlmab sündmuste üldist kirjeldust, reaalajas hädaolukordadele reageerimist ja konkreetsete tööülesannete ülevaatamist, nagu on kirjas tööjuhendis. Selgete, järjepidevate rollide ja vastutuse andmiseks ning õppuse hõlbustamiseks ja täiendamiseks antakse kõikidele osalejatele rollijuhendid konkreetsete ülesannetega. HMIMMSi lahenduses nimetatakse rollijuhendeid tegevuskaartideks (Kriisiaja tervishoiukorralduse ekspertrühm, 2016). Tegevuskaartidel on loetletud vastava isiku tööülesannete lühikirjeldus (Carley & Mackway, 2005). Klassiruumis (loengu vormis) õppimine annab võimaluse õppejõududega vahetult suhelda ning õppida nende teadmistest ja kogemusest. Praktilised lauaharjutused pakuvad võimalust jagada teadmisi ja vaatenurki. Lisaks võimaldab lauaharjutus leida lahendusi tekkivatele logistika, meeskonnatöö- ja strateegiaküsimustele (Dausey, Buehler, & Lurie, 2007).

Enesetõhusus

Enesetõhusus (ingl *self-efficacy*) on sotsiaal-kognitiivse teooria komponent, mis on kooskõlas teiste teooria determinantidega inimese mõtte, motivatsiooni ja tegevuse juhtimisel. Sotsiaal-kognitiivne teooria käsitleb inimese pädevuste arendamist (Bandura, 1997).

Enesetõhususe kontseptsiooni looja on Alfred Bandura. Bandura (1994) määratleb enesetõhusust kui usku oma võimetusse saavutada eesmärgid. Enesetõhusust võib vaadelda kui olukorraspetsiifilist kindlustunnet. Inimene suudab ületada tõkked ja tulla toime mingi konkreetse olukorraga (Bandura, 1982). Enesetõhusus on inimese enesekindlus, et ta on võimeline täitma antud olukorras konkreetset ülesannet. Enesetõhusus erineb enesekindlusest selle poolest, et enesetõhusus on pigem kontekstispetsiifiline kui stabiilne isiksuseomadus. Enesetõhususel on otsene mõju tulemuslikkusele (Bandura, 1997). Bandura (1997) sõnul hõlmab enesetõhusus enesekindlust ja meisterlikkust. Need on vajalikud energia mobiliseerimiseks, et kasutada õigeid oskuseid. Meisterlikkus tähendab takistuste ilmnemisel ja nende ületamisel saadavaid kogemusi.

Peterson ja Stunkard (1989) kirjeldavad enesetõhusust kui ootust ja veendumust, et ollakse suuteline nõutavaid ülesandeid täitma. Wood ja Bandura (1989) määratlevad terminit kui usku oma võimesse mobiliseerida kindlas olukorras motivatsioon, kognitiivsed ressursid ja tegutsemisviisid. Kui inimesed usuvad oma võimetusse, siis nad tegutsevad selle veendumuse järgi. Olukorra muutumisel kohendatakse enesetõhusust vastavalt muutustele (Bandura, 1997). Bandura (1999) kirjeldab, et usk enesetõhususse kasvab tänu varasematele edusammudele ja ebaõnnestumiste ületamisele ning lisaks kogu elu jooksul kujunenud veendumustele. Usk enda enesetõhususse on peamiseks tegutsemise aluseks. Tajutav enesetõhusus viitab oskusele enda tegevust organiseerida ja lahendada probleeme, mis on vajalikud eesmärgi saavutamiseks (Bandura, 1997).

Enesetõhusust tuntakse käitumisviisi ennustajana, sest inimese subjektiivne hinnang enda enesetõhususele mõjutab tema otsuseid käitumisviisi valikul erinevates situatsioonides (Bandura, 1990). Bandura (1977) lisab, et enesetõhusus mõjutab käitumise alustamist, tehtavaid pingutusi ja käitumise püsimist vaatamata väljakutsetele ja võimalikele negatiivsetele kogemustele. Johnson ja Stewart (2008, tsit Bandura, 1986 järgi) lisavad, et käitumisviisi valik peegeldab ettekujutust omandatud oskuste ja teadmiste kasutamisest.

Bandura ja Jourden (1991) leiavad, et enesetõhusus ja teadlik käitumine vähendavad ebaõnnestumise mõju, suurendavad valmisolekut ja võimet tegeleda komplitseeritud ülesannetega.

Sotsiaal-kognitiivse teooria kohaselt sõltub kompetentside arendamine paljudest teguritest, sealhulgas koolitustest ja eelnevast valdkonnapõhisest kogemusest (Bandura, 1997). Bandura (1997) lisab, et koolitused ja eelnev kogemus aitavad kujundada enesetõhusust ja hädaolukorra-alast pädevust. Pädevus ja spetsiifilised oskused on hädavajalikud enesetõhususe ja teadliku toimimise toetajad.

Varasemad uuringud näitavad enesetõhususe tugevat seost hädaolukorravalmidusega (Hoy & Spero, 2005; Paton, 2003; Uhernik, 2008). Enesetõhusus on positiivselt seotud töötaja kohanemisvõimega muutuste perioodil (Morris & Minton, 2012). Curral ja Marques-Quinteiro (2019) lisavad, et kiired muutused ja ettenägematud olukorrad tabavad meid ka hädaolukordade puhul. Võrreldes tavapärase olukorraga on hädaolukord kiiret reageerimist vajav ja seetõttu on mõju enesetõhususele suurem (Avery & Park, 2016).

Enesetõhususe seosed sotsio-demograafiliste andmetega

Bandura (1977) ja Zimmermani (2000) sõnul on inimeste enesetõhususe tase väga erinev. Erinevuse põhjuseks võivad olla eelnevad kogemused hädaolukordades, aga ka demograafilised erinevused, näiteks vanus, sugu ja geograafiline asukoht (Janoske *et al.*, 2012). Park (2016) kinnitab, et meeste enesetõhusus on kõrgem naiste enesetõhususest. Seoses madalama enesetõhususega on naiste hädaolukordade võime ja hädaolukordadega toimetulek madalam kui meestel (Wilson, 1993). Mehed hindavad oma teadmiseid hädaolukordade eel või ajal käitumiseks oluliselt paremaks kui naised (Päästeamet, 2016). Meeste kõrgem enesetõhusus võib olla seotud bioloogilise erinevusega (nt füüsilise jõu erinevus) või sotsialiseerumisprotsessiga (nt mehed usuvad, et nad vastutavad olukorra ohjamise ja teiste kaitsmise eest) (Park, 2016; Wilson, 1993; Xie & Whyte, 1997). Eesti keelt emakeelena kõnelevad inimesed usuvad enam oma hädaolukordade ohjamisega seotud oskustesse kui vene keelt emakeelena kõnelevad küsitletud (Päästeamet, 2016). Avery ja Park (2016) toovad välja, et noorematel inimeste enesetõhususe skoorid on madalamad kui vanematel inimestel. Spence, Lachlan ja Bruke (2011) väidavad, et noorematel inimestel on madalam enesetõhusus, nad on vähem hädaolukordadeks valmis ja neil on vähem oskuseid hädaolukordadega toimetulemiseks. Vaatamata kogemuse puudumisele on noorematel

vastanutel kõrgem motivatsioon osaleda hädaolukorra-alastes koolitustes (Pavliško-Pekes, *et al.*, 2018). Enesetõhususe tase ei olene haridustasemest (Park, 2016). Ühes organisatsioonis töötamise staaži ja enesetõhususe seost ei ole uuritud.

Inimese enesetõhususe tase määrab riskide võtmise ning maandamise oskuse (Martin, Martin, & Kent, 2009). Enesetõhususe ja riskide võtmise vahel on tihe seos. Kruegeri ja Dicksoni (1994) väitel on kõrge enesetõhususega inimesed suurema riskivalmidusega, samas kui madala enesetõhususega inimesed on kartlikumad ega julge riske võtta. Rimal (2001) väidab, et riskitaju ja enesetõhususe erinevuse osas saab eristada nelja inimrühma.

1. Kõrge riskitaju ja kõrge enesetõhususega inimesed. Nad tunnetavad ohtu ja usuvad, et tulevad ümbritsevate riskidega ning erinevate olukordadega toime.
2. Madala riskitaju ja kõrge enesetõhususega inimesed. Nad ei tunneta ohtu, kuid usuvad, et suudavad iga olukorraga toime tulla.
3. Kõrge riskitaju ja madala enesetõhususega inimesed. Nad tunnetavad, et on ohus, kuid ei arva, et suudaksid olukorraga tõhusalt hakkama saada.
4. Madala riskitaju ja madala enesetõhususega inimesed. Nad ei tunneta ohtu ega suuda olukorraga hästi hakkama saada (Rimal, 2001).

Kui inimesel puudub enesetõhusus, ei suuda ta olukorda tõhusalt hallata. Seda isegi siis, kui ta teab, mida peaks tegema. Enesetõhususe puudumine tekitab erinevuse teadmiste ja tegevuste vahel, st inimene ei oska valida olukorrale vastavat õiget käitumisviisi (Bandura, 1990). Enesetõhususele sarnaselt on ka hädaolukordadeks valmisoleku tase inimeseti erinev (Janoske *et al.*, 2012).

Rimal (2001) kinnitab, et individuaalse hädaolukorravalmiduse taset saab muuta, kui madala enesetõhususega inimesi koolitada. Need töötajad, kes on hädaolukordadeks valmistumise koolituse läbinud, on hinnanud oma hädaolukorra-alast valmisolekut ja enesetõhusust kõrgemalt kui need, kes ei ole selleteemalist koolitust läbinud (Morris & Minton, 2012). Janoske ja tema kolleegid (2012) ning Averbek, Jones ja Robertson (2011) väidavad, et riski ja hädaolukordasid puudutavate teadmiste puudumine võib põhjustada nii hirmu kui ka nõrka ettekujutust inimese suutlikkusest hädaolukorras hakkama saada. Inimese teadmised hädaolukordadest on tema valmisoleku näitajad. Teadmised mõjutavad seda, kuidas inimene ennast hädaolukorras tunneb (Arpan & Roskos-Ewoldsen, 2005). Äärmuslikuks

hädaolukorrale reageerimise takistuseks on apaatsus (McEntire & Myers, 2004). Siiski märgivad Avery ja Park (2016), et hädaolukorra tekitatud ärevus ja ebakindlus võivad stimuleerida inimest tegutsema valmisoleku tugevdamiseks.

Hädaolukorraga kaasneb alati ebakindlus. Sündmuse-eelselt väikese ebakindlusega inimesed suudavad sündmuse käigus kogetava ebakindlusega paremini toime tulla (Park, 2016). Ulmer, Sellnow ja Seeger (2013) väidavad, et õppuste ja koolituste kaudu on võimalik märkimisväärselt vähendada ebakindlust hädaolukorras. Seega peaks õppuste ja koolituste läbimine olema hädaolukordadeks valmisoleku üks etappidest. Kaasuvana saab öelda, et olemasolev isiklike suhete võrgustik aitab minimeerida kriisis olevate inimeste ebakindlust (Dawes, Cresswell, & Cahan, 2004). Enesetõhusus on peamiseks määrajaks inimeste tegevuste valimisel. Sellest sõltub pingutus, püsivus ja stressisituatsioonide lahendamine (Bandura, 1977), samuti vastupidavus raskustega silmitsi seismisel (Bandura, 1990; Kurbanoglu, Akkoyunlu, & Umay, 2006).

Sotsiaal-kognitiivse teooria kohaselt varieerub enesetõhusus kolmes dimensioonis: tase, tugevus ja üldisus (Bandura, 1977). Enesetõhususe ootuse tase viitab tõhususe ja ülesande raskuse tihedale seosele. Täites kergelt ülesannet on inimene kindel, et saab sellega hakkama, kuid rasket ülesannet ei suuda täita. Üldisus on seotud tõhususe rakendatavusega erinevates ülesannetes või olukordades. Inimene võib tunda, et oskab valida käitumisviisi paljudes olukordades, samas teisel inimesel on tunnetuslik tõhusus ainult konkreetse käitumisviisi näol. Tugevus tähendab inimese enesekindlust tema suutlikkuses antud ülesannet täita. Bandura (2006) väidab, et enesetõhususe veendumus mõjutab inimeste mõttemaailma, valitud tegevuskavasid, väljakutseid ja eesmärke, mida nad endale seavad. Lisaks mõjutab enesetõhusus pühendumust, tulemuse saavutamise nimel pingutamist ning vastupanu takistustele ja ebaseaduslikele. Tulemuse tõhusus on inimeste usk, et teatud käitumine annab määratud tulemused (Bandura, 1977).

Kas enesetõhusus on geneetiline või arendatav (Frisby, Sellnow, Lane, Veil, & Sellnow, 2013)? Greven, Harlaar, Kovas, Chamorro-Premuzic ja Plomin (2009) väidavad, et enesetõhusus on geneetiline ning seda ei ole võimalik muuta. Teised teadlased väidavad, et enesetõhusus on arendatav ja käitumise muutumine on võimalik (Perkins, Parzynski, Mercincavage, Conklin, & Fonte, 2012).

Kriisitõhusus

Enesetõhususe üks alaliikidest on kriisitõhusus. Kriisitõhusus peegeldab inimese hinnangut ja veendumust hädaolukorraaegsete ülesannetega toimetuleku kohta. Kriisitõhusus keskendub rohkem situatsiooni juhtimisele (Avery & Park, 2016). Fletcher, McGeorge, Flin, Glavin ja Maran (2002) määratlevad hädaolukorra ressurside juhtimise oskuseid kui üldiseid käitumisoskuseid, mis on vajalikud sündmuste ohutuks ja tõhusaks ohjamiseks. Nende kognitiivsete oskuste alla kuuluvad otsuste langetamine, olukorrateadlikkus, meeskonnatöö, suhtlemine ja juhtimine.

Üldine arusaam kõrgemast enesetõhususest on seotud parema toimetulekuga hädaolukorra ajal. Kõrge enesetõhususega inimesed on järjekindlad ja jätkavad pingutamist, et saavutada soovitud tulemus (Bandura, 1997). Park (2016) toetab eelnevat argumenti ja väidab, et kõrgema enesetõhususe tasemega inimene on ka hädaolukorra ajal efektiivsem. Kõrge enesetõhususega inimene annab endast parima, et oma tegevus edukalt lõpule viia (Avery & Park, 2016). Madala enesetõhususega inimesed loobuvad kiiresti, kui nende pingutused tulemusi ei anna (Bandura, 1997). Madala enesetõhususega inimene loobub tõenäoliselt kergemini ja ei suuda lõpetada keerulisi tegevusi (Park, 2016). Inimesed, kes on varem olnud edukad, ootavad tõenäoliselt suuremat edu erinevates olukordades, kui need, kes on varasemalt rohkem ebaõnnestunud (Avery & Park, 2016). Kriisitõhusus pole stabiilne, osalemine hädaolukorra koolitustel võib kriisitõhusust tõsta (Park, 2016).

Enesetõhususe mõõtmine

Enamik enesetõhususe mõõdikutest on psühhomeetrilised skaalad, kus vastajad peavad märkima, kas nad on väitega nõus või mitte. Enesetõhususe skaala on loonud näiteks Sherer ja tema kolleegid (Sherer *et al.*, 1982) ning Chen, Gully ja Eden (2001). Kõige laiemalt kasutatava üldise enesetõhususe skaala on loonud Schwarzer ja Jeruusalem (Scherbaum, Cohen-Charash, & Kern, 2006).

Kriisitõhusust on mõõdetud tavaliselt enesetõhususe kontekstis, kuid hädaolukordade valdkond vajab oma spetsiifilisuse tõttu eraldi mõõdikut. Bandura (2006) soovitab enesetõhusust mõõta kontekstispetsiifiliselt. Chen ja tema kolleegid (2001) väidavad, et enesetõhususe skaala reliaablus ja valiidsus sõltuvad skaala ja konteksti vastavusest. Kriisi enesetõhususe mõõdik on individuaalse hädaolukorravalmiduse taseme hindamiseks. Selle abil on võimalik teada saada nii üksikisiku kui kollektiivi teadlikkust hädaolukordadest ning

valmisolekut nendeks (Avery & Park, 2016). Hädaolukorraspetsiifilise enesetõhususe skaala võimaldab hinnata inimeste hädaolukorralvalmiduse taset (Park, 2016).

Varasemad uuringud enesetõhususest hädaolukordades käsitlesid inimeste arusaamu sündmustele reageerimise strateegiatest (Barnett *et al.*, 2014; Frisby, Veil, & Sellnow, 2014). Nendes uuringutes ei ole kasutatud enesetõhususe hindamiseks hädaolukorraspetsiifilisi mõõdikuid. Ühe erandina saab välja tuua Plant, van Schaik, Sliwka, Boscardin ja O'Sullivan (2011) läbiviidud uuringu, mille abil töötati välja tervisevaldkonnaga seotud hädaolukorraspetsiifiline enesetõhususe mõõdik. Uuring viidi läbi lastearstide seas, hinnates nende kriisiressursside juhtimise oskuseid. Autorid tuvastasid neli olulist enesetõhususe tegurit, milleks on olukorrateadlikkus (ingl *situation awareness*), meeskonna juhtimine (ingl *team management*), taustateadlikkus (ingl *environment management*) ja otsuste tegemine (ingl *decision making*). Uurijad leidsid, et enesetõhusus on positiivselt seotud kriisiressursside juhtimise oskustega.

Hoy ja Spero (2005); Paton (2003) ja Uhernik (2008) on väitnud, et hädaolukordadeks valmisoleku ja enesetõhususe vahel on tugev seos. Enesetõhususe tõstmine suurendab inimese hädaolukorralvalmidust ja seeläbi kasvab ka organisatsiooni valmisolek.

Selles töös kasutatakse kriisitõhususe mõõtmiseks Park (2016) loodud kriisitõhususe skaalat. Küsimustik koosneb neljast dimensioonist, igas dimensioonis on kolm väidet. Park (2016) nimetab dimensioonid järgmiselt: **tegevus**, **ennetus**, **saavutus** ja **ebakindluse ohjamine** (Park, 2016)

Tegevuse tõhususe dimensioon kirjeldab, et olles hädaolukorras käituvad paanikas inimesed sageli ebaratsionaalselt. Irratsionaalne käitumine võib aga võimalikku tekkivat kahju veelgi süvendada (Frisby *et al.*, 2014). Tegevuse kõrge efektiivsuse tase võib aidata inimestel vältida täiendavat või tarbetut kahju. Isegi, kui inimene on kindel oma võimekuses hädaolukorraga toime tulla, ei pruugi see reaalsuses nii olla. Tegevusest mõtlemine ja reaalne tegutsemine on erinevad, seda eriti hädaolukordades (Frisby *et al.*, 2014).

Ennetuse tõhususe dimensiooni väited määratlevad inimese usu tema hädaolukorralvalmiduse kohta. Teisisõnu saab seda dimensiooni nimetada hädaolukorralvalmiduse enesehinnanguks ehk inimese subjektiivsed teadmised hädaolukorra kohta ennem hädaolukorra tekkimist. Ennetava enesetõhususe tulemused on kõrgemad, kui inimene usub, et ta on

hädaolukordadeks hästi valmistunud (Avery & Park, 2016). Ta oskab oma ressursse kasutada ja on võimeline teisi hädaolukordades juhendama. Ebakindlalt tundva inimese ennetava enesetõhususe tulemused on madalamad. Kui inimestele anda ennetavalt hädaolukorra-alast teavet ja õpetada ressursse kasutama, siis on võimalik ennetava tõhususe taset tõsta. Teabe ja ressursside puudus põhjustab ebakindlust hädaolukordade ajal ning kõrgema ebakindlusega inimesed satuvad hädaolukordade ajal tõenäolisemalt ohtlikumatesse olukordadesse (Moynihan, 2008).

Saavutuse tõhususe dimensioonis tuuakse välja, et saavutuse efektiivsuse suurendamiseks tuleks inimesele anda väga konkreetseid ja üksikasjalikke juhised kuidas saavutada soovitud tulemus. Kõrge saavutustõhususega inimene usub kindlalt, et suudab hädaolukorra ajal seatud eesmärgid täita, hoolimata ebakindlusest ja raskustest, mida hädaolukord võib tekitada (Park, 2016).

Ebakindluse ohjamise tõhususe dimensioonis on välja toodud, et hädaolukord tekitab palju ebakindlust nii organisatsioonile tervikuna, kui ka personalile. Kui inimene suudab hädaolukorra ajal ebakindlusega tõhusalt toime tulla, siis suureneb võimalus, et ta suudab hädaolukorras edukalt rakendada vajalikke ettevaatusabinõusid (Park, 2016). Ebakindlusega toimetulemine ja selle juhtimine on hädaolukorraks valmisoleku juures oluline teema. Oluline on proovida minimeerida enne hädaolukordasid kui ka sündmuste käigus tekkivat ebakindlust (Ford, Ford, Frei, Pilny, & Berkelaar, 2016; Reynolds & Seeger, 2005).

EMPIIRILINE UURIMUS

Uurimuse eesmärk

Magistritöö eesmärgiks on kirjeldada AS ITK mittekliinilise personali teadlikkust hädaolukordadest, enesetõhususe seost hädaolukordadeks valmisolekuga ning valmisolekut temaatilise koolituse läbimiseks. Eesmärgist lähtuvalt on püstitatud 7 hüpoteesi ja 5 uurimisküsimust. Lisaks uuritakse personali teadlikkust haigla hädaolukordadest.

Hüpoteesid ja uurimisküsimused

H1: Meessoost mittekliiniline personal hindab kriisitõhusust hädaolukordades käitumiseks kõrgemalt kui naissoost mittekliiniline personal. Park (2016) väitel on meessoost töötajatel kriisi enesetõhusus oluliselt kõrgem kui naissoost töötajatel.

H2: Meessoost mittekliiniline personal hindab valmisolekut hädaolukordades käitumiseks kõrgemalt kui naissoost mittekliiniline personal. Park (2016) väitel hindab meessoost mittekliiniline personal enda valmisolekut hädaolukordades käitumiseks kõrgemalt kui naissoost mittekliiniline personal.

H3: Nooremate töötajate valmisolek hädaolukorra-alase koolituse läbimiseks on kõrgem kui vanemaealistel töötajatel. Pavliško-Pekez ja teised (2018) on toonud välja, et nooremad inimesed olid hädaolukorraga seotud koolitustel osalemiseks kõrgema motivatsiooniga.

H4: Nooremate töötajate kriisitõhusus on madalam kui vanematel töötajatel. Avery ja Park (2016) väitel on nooremas vanuserühmas madalamad kriisitõhususe skoorid. Spence *et al.*, (2011) järgi on see tulemus kooskõlas eelnevate uuringutega, mis viitavad sellele, et noorem põlvkond on hädaolukorraks vähem valmis ning seetõttu on neil vähem oskuseid hädaolukordadega toimetulekuks.

H5: Meessoost mittekliiniline personal hindab oma teadlikkust hädaolukordades käitumiseks kõrgemalt kui naissoost mittekliiniline personal. Meessoost personal hindab enda teadlikkust hädaolukordade suhtes kõrgemalt kui naissoost personal (Pavliško-Pekez *et al.*, 2018).

H6: Töötajad, kes on osalenud hädaolukorra-alasel koolitusel on hädaolukordades tõhusamad, kui need töötajad, kes pole koolitusel osalenud. Koolitused ja õppused parandavad

tervishoiutöötajate teadmisi ja oskuseid ning võimaldavad neil olla valmis igaks hädaolukorraks (Fowkes *et al.*, 2010).

H7: Hädaolukorra kogemusega mittekliinilise personali kriisitõhusus on kõrgem kui eelneva kogemusega mittekliinilisel personalil. Reaalne hädaolukorra kogemus suurendab hädaolukordadeks valmisolekut ja selle ohjamisega seotud tõhusust (Wilson, 2009).

Uurimistöös püstitati järgmised uurimisküsimused.

Millised on erinevused haigla mittekliinilise personali enesetõhususes, hädaolukorra-teadlikkuses ja valmisolekus temaatilise koolituse läbimiseks:

1. Haridustasemest lähtuvalt;
2. Haiglas töötamise tööstaazist lähtuvalt;
3. Haiglas töötamise üksusest lähtuvalt;
4. Emakeelest lähtuvalt.
5. Millised on erinevused hädaolukorra-alase koolituse läbiviimise hinnangutes soost, emakeelest ja vanusegrupist lähtuvalt.

Lisaks selgitati välja personali teadlikkus haigla hädaolukordadest (vt Lisa G, tabelid G1-G6).

Meetod

Valim

Valimisse kuuluvad AS ITK mittekliiniliste tugistruktuuride töötajad. Uuritavate koguvalimisse kuulub 530 töötajat. Küsitluse läbiviimiseks moodustati kõikne valim. Valimisse kuuluvad majandus- ja hankeosakonna ning logistika ja tehnilise teenistuse töötajad ($n = 228$), klienditeenindusosakonna töötajad ($n = 108$), arhiivis, kliinikutes ja laboris töötav tugipersonal (assistendid, sekretärid jne) ($n = 87$), personaliosakonna, kantselei ja turundusosakonna töötajad ($n = 27$), finantsteenistuse, töökeskkonnateenistuse ja meditsiinitehnika osakonna töötajad ($n = 35$) IT ja teenuste arendusosakonna töötajad ($n = 25$), ning teadus-, koolitus- ja kvaliteediosakonna töötajad ($n = 20$).

Küsimustikule vastas 327 AS ITK töötajat. Vastajaist olid 15,3% mehed ($n = 50$) ja 84,7% naised ($n = 277$). Eestikeelseid vastuseid oli 70,6% ($n = 231$) ja venekeelseid 29,4% ($n = 96$). Valimi keskmine vanus oli 53,2 aastat, kõige noorem 23aastane, kõige vanem 82aastane ($M = 53,17$; $SD = 12,83$). Kogu valimist oli kuni 30aastaseid 4,6% ($n = 15$), 30-39aastaseid 13,2% ($n = 43$); 40-49aastaseid 19,3% ($n = 63$), 50-59aastaseid 24,8% ($n = 81$), 60-69aastaseid 30,9% ($n = 101$), 70 ja enam aastaseid 7,3% ($n = 24$). Vastanute AS ITK-s töötamise staaž oli 1-40 aastat ($M = 8,2$; $SD = 6,6$). Staaž (aastates), kuni 5 aastat 37,0% ($n = 121$), 5-9 aastat 27,2% ($n = 89$) ja 10 ja rohkem aastat 35,8% ($n = 117$). Alg-või põhiharidus oli 2,5% ($n = 8$) vastajatest, keskhariidus 23,9% ($n = 78$), kesk-eriharidus 39,1% ($n = 128$), kõrghariidus 33,3% ($n = 109$), muu haridus 1,2% ($n = 4$) vastajatest. AS ITK üksused paiknevad Tallinnas erinevates asukohtades. Vastajaid, kes töötas ühes üksuses oli 97,3% ($n = 318$). Neist Ravi üksuses 58,2% ($n = 185$), Tõnismäe üksuses 5,7% ($n = 18$), Magdaleena üksuses 26,7% ($n = 85$), Järve üksuses 9,4% ($n = 30$). Kahes üksuses töötas 1,8% ($n = 6$), kolmes üksuses 0,3% ($n = 1$) ja neljas üksuses 0,6% ($n = 2$) vastajatest. Varasem haigla hädaolukorra kogemus oli 67,9% ($n = 222$) vastajatest. Töötajaid, kes teadsid kuidas hädaolukordades toime tulla oli 37,4% ($n = 83$). Neid, kes teadsid kuidas mõnes hädaolukorras toime tulla, mõnes mitte oli 39,6% ($n = 88$) ja neid, kes ei osanud toime tulla oli 23% ($n = 51$). Hädaolukorra-alasel koolitusel oli osalenud 31,8% ($n = 104$), ei olnud osalenud 52,6% ($n = 172$) ja ei mäletanud kas on osalenud või mitte 15,6% ($n = 51$) vastajatest. Hädaolukordadeks valmisolekuga seotud koolitustel ei olnud valmis osalema 30,9% ($n = 101$) vastajatest; ei osanud öelda, kas

on valmis osalema 5,8% ($n = 19$) vastajatest ja koolitusel oli valmis osalema 63,3% ($n = 207$) vastajatest.

Instrumendid

Magistritöös kasutati paber kandjal küsimustikku. Küsimustik koosneb kolmest osast:

1. Uuritava hädaolukorra-alaste teadmiste plokk

AS ITK hädaolukorra-alased küsimused, koostas ise. Küsimused on nii hädaolukorra tajumise, teadlikkuse, hädaolukordadeks valmisoleku kui temaatiliste koolituste kohta. Küsimuses nr 2 (vt Lisa A1) kirjeldatud hädaolukorrad vastavad Eesti Vabariigi Valitsuse poolt nimetatud sündmuste loetelule, mis võivad põhjustada hädaolukorra ja mille kohta koostatakse riskianalüüs (v.a kodune veeavarii) (HOS § 9 lg 1).

2. Kriisi enesetõhususe skaala

Enesetõhusust mõõdetakse Park (2016) vabavara küsimustikuga (vt Lisa D). Küsimustik koosneb neljast dimensioonist, igas dimensioonis on kolm väidet. Park (2016) nimetab dimensioonid järgmiselt: **tegevuse tõhusus**, **ennetuse**, **saavutuse** ja **ebakindluse ohjamise tõhusus** (Park, 2016). Hädaolukorra terminit kasutatakse küsimustikus lühendina HO.

Tegevuse tõhususe dimensiooni väited määravad inimese usu tema enda võimete kohta hädaolukorra ajal kaitsemeetmete rakendamise kohta (Park, 2016). Dimensiooni kuulub kolm väidet (nt Olen kindel, et olen võimeline HO ajal rakendama vajalikke meetmeid enda kaitsmiseks) (vt Lisa A2, tabel A1). Tegevuse tõhususe reliaablus oli .92 (Park, 2016).

Ennetuse tõhususe dimensiooni väited aitavad välja selgitada inimeste tegelikku hädaolukordadeks valmisolekut (Park, 2016). Dimensiooni kuulub kolm väidet (nt Minu HO-alaste teadmiste kasutamine tagab minu ohutuse) (vt Lisa A2, tabel A1). Ennetuse dimensiooni reliaablus oli .93 (Park, 2016).

Saavutuse tõhususe dimensiooni väited määratlevad inimese veendumuse oma võimete kohta hädaolukorra ajal püstitatud eesmärkide täitmisel ehk inimese üldise enesekindluse keerulistes olukordades. Dimensiooni kuulub kolm väidet (nt HO ajal suudan oma eesmärkidest kinni pidada) (vt Lisa A2, tabel A1). Saavutuse dimensiooni reliaablus oli .81 (Park, 2016).

Ebakindluse ohjamise dimensiooni väited määratlevad inimese enesekindlust ootamatute või ettenägematute hädaolukordade lahendamisel ehk usku oma võimekusse ebakindlusega toime

tulla. Dimensiooni kuulub kolm väidet (nt Olen kindel, et suudan ootamatute HO-dega tõhusalt toime tulla) (vt Lisa A2, tabel A1). Ebakindluse ohjamise dimensiooni reliaablus oli .85 (Park, 2016).

Skaala tõlkimisel kasutati tõlge tagasitõlge meetodit, mis hõlmas endas järgmisi etappe. Kaks sõltumatut tõlkijat tõlkisid inglise keelse küsimustiku nii eesti kui vene keelde. Sõltumatu uurija pani kahe tõlkija tööst kokku eestikeelse ja venekeelse ühisversiooni. Ühisversiooni tõlkisid kaks sõltumatut tõlkijat originaalkeelde tagasi. Sõltumatu uurija võrdles originaalküsimustikku ja tõlget ning korrigeeris tõlget (Beaton, Bombadier, Guillemin, & Ferraz, 2000). Eesti- ja venekeelseid versioone kõrvutasid kolm kakskeelset inimest, et tagada skaalade võrreldavus. Küsimustikule sai vastata 7 pallisel Likert tüüpi skaalal (1 - ei ole üldse nõus ... 7 - nõustun täielikult).

3. Sotsio-demograafiliste andmete plokk

Vastajailt küsiti järgmiseid sotsio-demograafilisi andmeid: vanus, sugu, haridus, tööstaaž AS ITK-s ja töötamise üksus.

Protseduur

Uurimus viidi läbi ühekordse küsitlusena, kasutades paberkandjal küsimustikke. Küsimustikud kujundati Woodward ja Chambers (1991) raamatu järgi. Küsimustikud koostati nii eesti kui vene keeles. Eestikeelse küsimustiku kaaskiri on toodud Lisas A, eestikeelne küsimustik Lisas A1. Venekeelse küsimustiku kaaskiri on toodud Lisas B ja küsimustik Lisas B 1. Keeleline erinevus on sisse toodud eesmärgiga võrrelda hädaolukorra temaatikast aru saamist eestikeelse ja venekeelse töötajaskonna seas, sest haiglas kehtivad juhendid, korrad ja ka hädaolukorra plaan on eestikeelsed. Töötajad said täidetava ankeedi keele ise valida. Paberkandjal ankeetküsitluse kasuks otsustati peamiselt põhjusel sooviga koguda infot ka nendelt töötajatelt, kellel puudub või on piiratud arvuti kasutamise võimalus.

Küsimustikus esinevate võimalike vigade tuvastamiseks ja eemaldamiseks, sh erinevates keeltes ühesuguse arusaadavuse kontrollimiseks viidi läbi prooviuuring. Prooviuuringu käigus analüüsiti, kas küsimused on sõnastatud vastajale arusaadavalt ning kas küsimused annavad selle teabe, mida uurija soovib teada saada. Eestikeelses prooviuuringus osales 5 töötajat, venekeelses 5 venekeelse emakeelega töötajat. Prooviuuring viidi läbi 17.02.20 – 27.02.20.

Peale prooviuuringut sõnastati küsimustiku esimese küsimuse vastused ümber ja esialgse kuue asemel jäi küsimustikku neli vastusevarianti.

Küsimustikud jaotati välja osakondade koosolekutel alates 04.03.20. Kokku jagati välja 500 küsimustikku. Küsimustikku ei antud prooviuuringus osalenud töötajatele ja lapsehoolduspuhkusel viibivatele töötajatele. Täidetud küsimustikud saadeti tagasi haigla sisepostiga. Vastused on anonüümsed ning neid ei saa konkreetse isikuga seostada. Tagasi saadeti 327 täidetud küsimustikku.

Küsimustikest saadud andmed sisestati EpiData andmesisestusvormi ja andmeid töödeldi IBM SPSS Statistics 24 ja JASP 0.11.1 programmis. Andmete analüüsimiseks kasutati kirjeldavat statistikat, peakomponentide analüüsi, t-testi, ANOVA_t, Kruskal-Wallise testi, Bonferroni testi, Tukey testi ja korrelatsioonianalüüsi. Spearmani korrelatsioonikordajat kasutati staažiga seotud küsimuste analüüsimisel, sest tunnuste väärtustes ilmnis erandeid. Erandlike väärtuste väljaselgitamiseks tehti ekstreemsete väärtuste test. Statistilised järeldused tehti usaldusnivool 95% (olulisuse nivoo .05).

Tulemused

Kriisitõhususe skaala struktuuri kontroll peakomponentide analüüsiga

Originaalskaala tervikvariant on nelja komponendiline. Igas komponendis on kolm väidet (vt Lisa D). Seda skaalat ei ole Eestis varem kasutatud, seetõttu tehti struktuuri väljaselgitamiseks peakomponentide analüüs. Analüüsiti neljast, kolmest, kahest ja ühest komponendist koosnevaid mudeleid. Kõige selgemalt interpreteeritavaks osutus kahe komponendiline mudel, mis kirjeldas 57,94% kogu tunnuste varieeruvusest (vt Lisa E, tabel E2). Skaala sisemise homogeensuse andmed kinnitasid sama tulemust (vt Lisa E, tabel E4). Peakomponentide analüüsi tulemuse põhjal laadus esimese komponendi juurde originaalskaala teise komponendi esimene väide (vt Lisa E, tabel E1 ja joonis E1). Esimene peakomponent (**tegevuse tõhusus – TT**) koosneb neljast väitest: Olen kindel, et olen võimeline HO ajal rakendama vajalikke meetmeid enda kaitsmiseks; Tean, et olen võimeline HO korral tegema seda, mida on vaja teha enda kaitsmiseks; Usun, et suudan HO ajal enamiku probleeme lahendada, kui mul on selleks piisavalt aega ja ma pingutan piisavalt; Minu HO-alaste teadmiste kasutamine tagab minu ohutuse. Teise peakomponendi (**ennetuse, saavutuse ja ebakindluse ohjamise tõhusus – ESET**) moodustavad ülejäänud faktorite

väited: HO ajal suudan ressursse tõhusalt kasutada; Saan aidata teistel otsustada, milliseid meetmeid HO ajal kasutusele võtta; HO ajal suudan oma eesmärkidest kinni pidada; HO ajal suudan oma eesmärgid saavutada; HO ajal suudan saavutada enamiku endale seatud eesmärkidest; Olen kindel, et suudan ootamatute HO-dega tõhusalt toime tulla; Tänu oma leidlikkusele oskan HO ajal ettenägematute olukordadega toime tulla; HO ajal saan tavaliselt hakkama kõigega, mis ette tuleb. Üldine kriisitõhusus (**KT**) moodustub esimese ja teise peakomponentide väidetest. Kogu kriisitõhususe skaala reliaabluseks kujunes .93. Tegevuse tõhususe skaala reliaabluseks kujunes .81. Ennetuse, saavutuse ja ebakindluse ohjamise tõhususe skaala reliaabluseks kujunes .93 (vt Lisa E, tabel E3).

Hüpoteesid

H1: Meessoost mittekliiniline personal hindab kriisitõhusust hädaolukordades käitumiseks kõrgemalt kui naissoost mittekliiniline personal.

Hinnangute võrdlemiseks tehti sõltumatute valimite t-test. Levene'i testi järgi ei olnud grupid hajuvuselt erinevad ($p > .05$) (vt Lisa F, tabel F1). Testi tulemustest selgus, et meeste ($n = 50$) ($M = 4.92$; $SD = 1.25$) ja naiste ($n = 277$) ($M = 4.67$; $SD = 1.19$) hinnangute vaheline erinevus ei ole statistiliselt oluline ehk üldistatav: $t(325) = 1.35$, $p = .179$. Hüpotees ei leidnud kinnitust.

H2: Meessoost mittekliiniline personal hindab valmisolekut hädaolukordades käitumiseks kõrgemalt kui naissoost mittekliiniline personal.

Tegevuse tõhususe hinnangute võrdlemiseks tehti sõltumatute valimite t-test. Levene'i testi järgi ei olnud grupid hajuvuselt erinevad ($p > .05$) (vt Lisa F, tabel F2). Testi tulemustest selgus, et meeste ($n = 50$) ($M = 5.17$; $SD = 1.28$) ja naiste ($n = 277$) ($M = 4.96$; $SD = 1.24$) hinnangute vaheline erinevus ei ole statistiliselt oluline ehk üldistatav: $t(325) = 1.09$, $p = .278$.

Ennetuse, saavutuse ja ebakindluse ohjamise tõhususe hinnangute võrdlemiseks tehti sõltumatute valimite t-test. Levene'i testi järgi ei olnud grupid hajuvuselt erinevad ($p > .05$) (vt Lisa F, tabel F2). Testi tulemustest selgus, et meeste ($n = 50$) ($M = 4.79$; $SD = 1.33$) ja naiste ($n = 277$) ($M = 4.53$; $SD = 1.31$) hinnangute vaheline erinevus ei ole statistiliselt oluline ehk üldistatav: $t(325) = 1.33$, $p = .194$.

Hüpotees ei leidnud kinnitust. Käesoleva uurimuse põhjal selgus, et meeste ja naiste hinnangute vaheline erinevus ei olnud statistiliselt oluline.

H3: Nooremate töötajate valmisolek hädaolukorra-alase koolituse läbimiseks on kõrgem kui vanemaealistel töötajatel.

Analüüsiti vastuseid haigla hädaolukordadega seotud küsimusele: Kas Te olete valmis haigla hädaolukordadeks valmisolekuga seotud koolitusel osalema? (vt Lisa A1). Analüüsimeetodiks kasutati Kruskal-Wallis testi, sest sõltuv tunnus oli kolme väärtusega. Analüüs tehti kolme vanusegrupiga: 1) 23-48a ($n = 111$), 2) 49-60a ($n = 113$), 3) 61-82 ($n = 103$). Kõige nooremas vanusegrupis (23-48a) olid kõige kõrgemad tulemused ($M = 2.49$, $SD = .85$) võrreldes keskmise (49-60a) ($M = 2.30$, $SD = .92$) ja vanema (61-82a) ($M = 2.17$, $SD = .95$) vanusegrupiga. Testi tulemustest selgus, et gruppide vaheline erinevus on statistiliselt oluline: ($X^2(2) = 6.46$, $p = .040$, $p < .05$). Selgitamaks, milliste vanusegruppide vahel on statistiliselt olulised erinevused, kasutati Bonferroni testi. Testi tulemustest selgus, et statistiliselt oluline seos oli kõige noorema ja kõige vanema vanusegrupi vahel. ($H(2)=6.461$), $p = .035$ (vt Lisa F, tabel F3). Hüpotees leidis kinnitust.

H4: Nooremate töötajate kriisitõhusus on madalam kui vanemate töötajate kriisitõhusus.

Analüüsimeetodi valimiseks kontrolliti tunnuste hajuvuste homogeensust võrreldavates gruppides. Levene'i testi tulemustest selgus, et grupid on hajuvuselt erinevad ja seetõttu on kasutatud Kruskal-Wallis testi. Analüüs tehti kolme vanusegrupiga: 1) 23-48a ($n = 111$), 2) 49-60a ($n = 113$), 3) 61-82 ($n = 103$).

Testi tulemustest selgus, et kõige noorema vanusegrupi (23-48a) ($M = 4.89$, $SD = 1.00$), keskmise (49-60a) ($M = 4.64$, $SD = 1.28$) ja vanema (61-82a) ($M = 4.58$, $SD = 1.30$) vanusegrupi vaheline kriisitõhususe erinevus ei ole statistiliselt oluline ehk üldistatav: ($X^2(2) = 4.32$, $p = .115$, $p > .05$).

Testi tulemustest selgus, et kõige noorema vanusegrupi (23-48a) ($M = 5.20$, $SD = 1.09$), vanema (61-82a) ($M = 4.91$, $SD = 1.29$) ja keskmise (49-60a) ($M = 4.87$, $SD = 1.33$) vanusegrupi vaheline tegevuse tõhususe erinevus ei ole statistiliselt oluline ehk üldistatav: ($X^2(2) = 4.84$, $p = .089$, $p > .05$).

Testi tulemustest selgus, et noorema vanusegrupi (23-48a) ($M = 4.74$, $SD = 1.06$), keskmise (46-60a) ($M = 4.53$, $SD = 1.42$) ja vanema (61-82a) ($M = 4.42$, $SD = 1.44$) vanusegrupi vaheline ennetuse, saavutuse ja ebakindluse ohjamise tõhususe erinevus ei ole statistiliselt oluline ehk üldistatav: ($X^2(2) = 3.14$, $p = .208$, $p > .05$).

Hüpotees ei leidnud kinnitust. Käesoleva uurimuse põhjal selgus, et vanusegruppide hinnangute vaheline erinevus ei olnud statistiliselt oluline.

H5: Meessoost mittekliiniline personal hindab oma teadlikkust hädaolukordades käitumiseks kõrgemalt kui naissoost mittekliiniline personal.

Analüüsiti vastuseid haigla hädaolukordadega seotud küsimusele: Kas olite teadlik, kuidas Teid puudutavates HO-des toime tulla? (vt Lisa A1). Küsimusele vastasid need töötajad, kellel oli varasem haigla hädaolukorra kogemus ($n = 222$). Hinnangute võrdlemiseks tehti sõltumatute valimite t-test. Levene'i testi järgi ei olnud grupid hajuvuselt erinevad ($p > .05$) (vt Lisa F, tabel F4). Testi tulemustest selgus, et meeste ($n = 37$) ($M = 2.32$; $SD = .71$) ja naiste ($n = 185$) ($M = 2.11$; $SD = .77$) hinnangute vaheline erinevus ei ole statistiliselt oluline ehk üldistatav: $t(220) = 1.57$, $p = .117$. Hüpotees ei leidnud kinnitust.

H6: Töötajad, kes on osalenud hädaolukorra-alasel koolitusel on hädaolukordades tõhusamad, kui need töötajad, kes pole koolitusel osalenud.

Kriisitõhusus

Analüüsimeetodi valimiseks kontrolliti tunnuste hajuvuste homogeensust võrreldavates gruppides. Levene'i testi tulemustest selgus, et grupid ei ole hajuvuselt erinevad ja seetõttu on kasutatud ANOVA testi (vt Lisa F, tabel F5). Kõrgem kriisitõhususe tulemus oli nendel töötajatel, kes olid koolitusel osalenud ($n = 104$) ($M = 5.01$, $SD = 1.07$), võrreldes töötajatega, kes ei olnud osalenud ($n = 172$) ($M = 4.58$, $SD = 1.23$) ja kes ei mäletanud, kas on osalenud või mitte ($n = 51$) ($M = 4.54$, $SD = 1.27$). Testi tulemustest selgus, et gruppide vaheline erinevus on statistiliselt oluline: ($F(2, 324) = 5.02$, $p < .05$). Selgitamaks välja milliste gruppide vahelised erinevused on statistiliselt olulised, kasutati Tukey testi. Testi tulemustest selgus, et statistiliselt oluline vahe oli koolitusel osalenud ja koolitusel mitteosalenud gruppide vahel, $p = .009$ (vt Lisa F, tabel F5.1).

Tegevuse tõhusus

Analüüsimeetodi valimiseks kontrolliti tunnuste hajuvuste homogeensust võrreldavates gruppides. Levene'i testi tulemustest selgus, et grupid on hajuvuselt erinevad ja seetõttu on kasutatud Kruskal-Wallis testi. Kõrgeim tegevuse tõhususe skoor oli nendel, kes olid koolitusel osalenud ($n = 104$) ($M = 5.30$, $SD = 1.01$) võrreldes nendega kes ei mäletanud, kas on osalenud või mitte ($n = 51$) ($M = 4.85$, $SD = 1.35$) ja nendega kes ei olnud osalenud ($n =$

172) ($M = 4.85$, $SD = 1.31$). Testi tulemustest selgus, et gruppide vaheline erinevus on statistiliselt oluline: ($X^2(2) = 8.35$, $p = .015$, $p < .05$). Selgitamaks, milliste gruppide vahel on statistiliselt olulised erinevused, kasutati Bonferroni testi. Testi tulemustest selgus, et statistiliselt oluline vahe oli koolitusel osalenud ja koolitusel mitteosalenud gruppide vahel. ($H(2) = 8.35$), $p = .017$ (vt Lisa F, tabel F5.2). Hüpotees leidis kinnitust.

Ennetuse, saavutuse ja ebakindluse ohjamise tõhusus

Analüüsimetodi valimiseks kontrolliti tunnuste hajuvuste homogeensust võrreldavates gruppides. Levene'i testi tulemustest selgus, et grupid ei ole hajuvuselt erinevad ja seetõttu on kasutatud ANOVA testi (vt Lisa F, tabel F4). Kõrgeim tõhususe tulemus oli nendel, kes olid koolitusel osalenud ($n = 104$) ($M = 4.87$, $SD = 1.26$) võrreldes nendega, kes ei mäletanud, kas on osalenud või mitte ($n = 51$) ($M = 4.38$, $SD = 1.35$) ja nendega, kes ei olnud osalenud ($n = 172$) ($M = 4.44$, $SD = 1.32$). Testi tulemustest selgus, et gruppide vaheline erinevus on statistiliselt oluline: ($F(2, 324) = 4.09$, $p < .05$). Selgitamaks välja milliste gruppide vahelised erinevused on statistiliselt olulised, kasutati Tukey testi. Testi tulemustest selgus, et statistiliselt oluline vahe oli koolitusel osalenud ja koolitusel mitteosalenud gruppide vahel, $p = .023$ (vt Lisa F, tabel F5.3). Hüpotees leidis kinnitust.

H7: Hädalukorra kogemusega mittekliinilise personali kriisitõhusus on kõrgem kui eelneva kogemusega mittekliinilisel personalil. Küsimusele vastasid need töötajad, kellel oli varasem haigla hädalukorra kogemus ($n = 222$).

Kriisitõhusus

Analüüsimetodi valimiseks kontrolliti tunnuste hajuvuste homogeensust võrreldavates gruppides. Levene'i testi tulemustest selgus, et grupid ei ole hajuvuselt erinevad ja seetõttu on kasutatud ANOVA testi (vt Lisa F, tabel F6). Kõrgem tõhususe skoor oli nendel töötajatel, kellel oli varasem haigla hädalukorra kogemus ja nad teadsid, kuidas toime tulla ($n = 83$) ($M = 5.24$, $SD = .97$), võrreldes töötajatega, kes mõnes olukorras teadsid kuidas toime tulla, mõnes mitte ($n = 88$) ($M = 4.81$, $SD = 1.19$) ja nendega, kes ei teadnud kuidas hädalukorras toime tulla ($n = 51$) ($M = 4.11$, $SD = 1.29$). Testi tulemustest selgus, et gruppide vaheline erinevus on statistiliselt oluline: ($F(2, 219) = 15.50$, $p < .05$). Selgitamaks välja milliste gruppide vahelised erinevused on statistiliselt olulised, kasutati Tukey testi. Testi tulemustest selgus, et statistiliselt oluline vahe oli kõikide gruppide vahel (vt Lisa F, tabel F6.1).

Tegevuse tõhusus

Analüüsimetodi valimiseks kontrolliti tunnuste hajuvuste homogeensust võrreldavates gruppides. Levene'i testi tulemustest selgus, et grupid on hajuvuselt erinevad ja seetõttu on kasutatud Kruskal-Wallis testi. Kõrgem tõhususe skoor oli nendel töötajatel, kellel oli varasem haigla hädaolukorra kogemus ja nad teadsid, kuidas toime tulla ($n = 83$) ($M = 5.52$, $SD = 0.94$), võrreldes töötajatega, kes mõnes olukorras teadsid kuidas toime tulla, mõnes mitte ($n = 88$) ($M = 5.12$, $SD = 1.16$) ja nendega, kes ei teadnud kuidas hädaolukorras toime tulla ($n = 51$) ($M = 4.50$, $SD = 1.41$). Testi tulemustest selgus, et gruppide vaheline erinevus on statistiliselt oluline: ($X^2(2) = 19.01$, $p = .001$, $p < .05$). Selgitamaks, milliste vanusegruppide vahel on statistiliselt olulised erinevused, kasutati Bonferroni testi. Testi tulemustest selgus, et statistiliselt oluline vahe oli kõikide gruppide vahel. ($H(2) = 19.008$), $p = .001$ (vt Lisa F, tabel F6.2).

Ennetuse, saavutuse ja ebakindluse ohjamise tõhusus

Analüüsimetodi valimiseks kontrolliti tunnuste hajuvuste homogeensust võrreldavates gruppides. Levene'i testi tulemustest selgus, et grupid ei ole hajuvuselt erinevad ja seetõttu on kasutatud ANOVA testi (vt Lisa F, tabel F6). Kõrgem tõhususe skoor oli nendel töötajatel, kellel oli varasem haigla hädaolukorra kogemus ja nad teadsid, kuidas toime tulla ($n = 83$) ($M = 5.10$, $SD = 1.09$), võrreldes töötajatega, kes mõnes olukorras teadsid kuidas toime tulla, mõnes mitte ($n = 88$) ($M = 4.65$, $SD = 1.34$) ja nendega, kes ei teadnud kuidas hädaolukorras toime tulla ($n = 51$) ($M = 3.92$, $SD = 1.37$). Testi tulemustest selgus, et gruppide vaheline erinevus on statistiliselt oluline: ($F(2, 219) = 13.86$, $p < .05$). Selgitamaks välja milliste gruppide vahelised erinevused on statistiliselt olulised, kasutati Tukey testi. Testi tulemustest selgus, et statistiliselt oluline vahe oli kõikide gruppide vahel (vt Lisa F, tabel F6.3).

Hüpotees leidis kinnitust.

Uurimisküsimused

UK1: Milline on erinevus haigla mittekliinilise personali kriisitõhususes, hädaolukorra teadlikkuses ja valmisolekus temaatilist koolitust läbida haridustasemest lähtuvalt. Analüüsiti kolme gruppi: 1) keskharidus ($n = 78$), 2) kesk-eriharidus ($n = 128$), 3) kõrgharidus ($n = 110$).

Kriisitõhusus

Analüüsimetodi valimiseks kontrolliti tunnuste hajuvuste homogeensust võrreldavates gruppides. Levene'i testi tulemustest selgus, et grupid on hajuvuselt erinevad ja seetõttu on

kasutatud Kruskal-Wallis testi. Testi tulemustest selgus, et kriisitõhususe üldskoori järgi ei olnud keskhariduse ($n = 78$) ($M = 4.78$, $SD = 1.31$), kõrghariduse ($n = 109$) ($M = 4.71$, $SD = .89$) ja kesk-erihariduse ($n = 128$) ($M = 4.69$, $SD = 1.37$) gruppide vaheline erinevus statistiliselt oluline ehk üldistatav: ($X^2(2) = .90$, $p = .639$, $p > .05$).

„Teadlikkus hädaolukordades toimetulekul“ küsimusele vastasid need töötajad, kellel oli varasem haigla hädaolukorra kogemus ($n = 222$). Analüüsimetodiks kasutati Kruskal-Wallis testi, sest sõltuv tunnus oli kolme väärtusega. Testi tulemustest selgus, et hädaolukorra teadlikkuses ei ole keskhariduse ($n = 78$) ($M = 2.15$, $SD = .67$), kõrghariduse ($n = 109$) ($M = 3.96$, $SD = .19$) ja kesk-erihariduse ($n = 128$) ($M = 2.97$, $SD = .17$) gruppide vaheline erinevus statistiliselt oluline ehk üldistatav: ($X^2(2) = 1.16$, $p = .559$, $p > .05$).

Hädaolukorra-alase koolituse läbimise valmisoleku analüüsimetodiks kasutati Kruskal-Wallis testi, sest sõltuv tunnus oli kolme väärtusega. Testi tulemustest selgus, et hädaolukorra teadlikkuses ei ole keskhariduse ($n = 78$) ($M = 2.28$, $SD = .91$), kõrghariduse ($n = 109$) ($M = 2.32$, $SD = .93$) ja kesk-erihariduse ($n = 128$) ($M = 2.36$, $SD = .91$) gruppide vaheline erinevus statistiliselt oluline ehk üldistatav: ($X^2(2) = .68$, $p = .712$, $p > .05$).

Käesoleva uurimuse põhjal selgus, et hinnangute vaheline erinevus ei olnud siiski statistiliselt oluline.

UK2: Milline seos on staažil haigla mittekliinilise personali kriisitõhususe, hädaolukorra teadlikkuse ja valmisolekus temaatilise koolituse läbimise osas. Seose leidmiseks tehti Spearmani korrelatsioonianalüüsi (vt Lisa F, tabel F7), sest staaži tunnuste väärtustes ilmnis erandeid. Erandlike väärtuste väljaselgitamiseks tehti ekstreemsete väärtuste test.

Töötajate staaž oli statistiliselt olulises negatiivses seoses kriisitõhususega ($\rho = -.142$, $p < .05$). Mida kauem on töötaja AS ITK-s töötanud, seda madalam on tema kriisitõhusus.

„Teadlikkus hädaolukordades toimetulekul“ küsimusele vastasid need töötajad, kellel oli varasem haigla hädaolukorra kogemus ($n = 222$). Töötajate staaž oli negatiivses seoses teadlikkusega hädaolukordades toimetulekul. Mida kauem on töötaja töötanud AS ITK-s, seda madalam on tema teadlikkus hädaolukordades toimetulekul. Testi tulemustest selgus, et antud seos ei ole statistiliselt oluline ($\rho = -.047$, $p > .05$).

Töötajate staaž ja valmisolek hädaolukorra-alasteks koolitusteks on negatiivses seoses. Mida kauem on töötaja töötanud AS ITK-s, seda madalam on tema valmisolek hädaolukorra-alase

koolituse läbimiseks. Testi tulemusest selgus, et antud seos ei ole statistiliselt oluline ($\rho = -.030$, $p > .05$).

Käesoleva uurimuse põhjal selgus, mida kauem oli töötaja töötanud AS ITK-s, seda madalamad olid tema kriisitõhusus, teadlikkus hädaolukordades toimetulekul ja valmisolek hädaolukorra-alase koolituse läbimiseks. Statistiliselt oluline negatiivne seos oli ainult staaži ja kriisitõhususe vahel.

UK3: Milline on erinevus haigla mittekliinilise personali kriisitõhususes, hädaolukorra teadlikkuses ja valmisolekus temaatilist koolitust läbida töötamise üksusest lähtuvalt.

Analüüsid on tehtud nelja grupiga: 1) Ravi üksuse töötajad ($n = 185$), 2) Tõnismäe üksuse töötajad ($n = 18$), 3) Magdaleena üksuse töötajad ($n = 86$) ja 4) Järve üksuse töötajad ($n = 30$). Analüüsimeetodi valimiseks kontrolliti tunnuste hajuvuste homogeensust võrreldavates gruppides. Levene'i testi tulemustest selgus, et grupid on hajuvuselt erinevad ja seetõttu on kasutatud Kruskal-Wallis testi.

Järve üksuse grupi kriisitõhusus oli ($n = 30$) ($M = 4.97$, $SD = 1.17$), võrreldes Ravi üksuse ($n = 185$) ($M = 4.75$, $SD = 1.19$), Magdaleena üksuse ($n = 86$) ($M = 4.61$, $SD = 1.10$) ja Tõnismäe üksuse ($n = 18$) ($M = 4.26$, $SD = 1.89$) grupiga. Testi tulemustest selgus, et gruppide vaheline erinevus ei ole statistiliselt oluline ehk üldistatav: ($X^2(3) = 3.63$, $p = .304$, $p > .05$).

„Teadlikkus hädaolukordades toimetulekul“ küsimusele vastasid need töötajad, kellel oli varasem haigla hädaolukorra kogemus ($n = 217$). Ravi üksuse grupi tulemus oli ($n = 131$) ($M = 2.19$, $SD = .76$) võrreldes Magdaleena üksuse ($n = 53$) ($M = 2.19$, $SD = .74$), Järve üksuse ($n = 18$) ($M = 1.94$, $SD = .80$) ja Tõnismäe üksuse ($n = 15$) ($M = 1.80$, $SD = .77$) grupiga. Testi tulemustest selgus, et gruppide vaheline erinevus ei ole statistiliselt oluline ehk üldistatav: ($X^2(3) = 4.85$, $p = .183$, $p > .05$).

Hädaolukorra-alase koolituse läbimise valmisoleku tulemused olid Järve üksuse grupis ($n = 30$) ($M = 2.40$, $SD = .89$) võrreldes Tõnismäe üksuse ($n = 18$) ($M = 2.33$, $SD = .91$), Ravi üksuse ($n = 185$) ($M = 2.31$, $SD = .93$) ja Magdaleena üksuse ($n = 86$) ($M = 2.30$, $SD = .93$) grupiga. Testi tulemustest selgus, et gruppide vaheline erinevus ei ole statistiliselt oluline ehk üldistatav: ($X^2(3) = .25$, $p = .969$, $p > .05$).

Käesoleva uurimuse põhjal selgus, et töötamise üksusest lähtuvalt ei olnud hinnangute vaheline erinevus statistiliselt oluline.

UK4: Milline on erinevus haigla mittekliinilise personali kriisitõhususes, hädaolukorra teadlikkuses ja valmisolekus temaatilist koolitust läbida emakeelest lähtuvalt.

Kriisitõhusus

Analüüsimetodi valimiseks tehti sõltumatute valimite t-test. Levene'i testi järgi ei olnud grupid hajuvuselt erinevad ($p > .05$) (vt Lisa F, tabel F8). Testi tulemustest selgus, et eestikeelse emakeelega töötajate ($n = 231$) ($M = 4.78$; $SD = 1.14$) ja venekeelse emakeelega töötajate ($n = 96$) ($M = 4.55$; $SD = 1.33$) kriisitõhususe hinnangute vaheline erinevus ei ole statistiliselt oluline ehk üldistatav: $t(325) = 1.60$, $p = .110$.

„Teadlikkus hädaolukordades toimetulekul“ küsimusele vastasid need töötajad, kellel oli varasem haigla hädaolukorra kogemus ($n = 222$). Analüüsimetodi valimiseks tehti sõltumatute valimite t-test. Levene'i testi järgi olid grupid hajuvuselt erinevad ($p < .05$) (vt Lisa F, tabel F8). Testi tulemustest selgus, et eestikeelse emakeelega töötajate ($n = 168$) teadlikkusel ($M = 2.18$, $SD = .79$) ja venekeelse emakeelega töötajate ($n = 54$) teadlikkusel ($M = 2.02$, $SD = .66$) ei ole hinnangute vaheline erinevus statistiliselt oluline ehk üldistatav: $t(106.71) = 1.53$, $p = .129$.

Hädaolukorra-alase koolituse läbimise valmisoleku analüüsimetodiks valiti sõltumatute valimite t-test. Levene'i testi järgi olid grupid hajuvuselt erinevad ($p < .05$) (vt Lisa F, tabel F8). Testi tulemustest selgus, et eestikeelse emakeelega töötajate ($n = 231$) ($M = 2.39$, $SD = .89$) ja venekeelse emakeelega töötajate ($n = 96$) ($M = 2.17$, $SD = .96$) hinnangute vaheline erinevus ei ole statistiliselt oluline ehk üldistatav: $t(166.70) = 1.95$, $p = .052$.

Käesoleva uurimuse põhjal selgus, et emakeelest lähtuvalt ei olnud hinnangute vaheline erinevus siiski statistiliselt oluline.

UK5: Millised on erinevused hädaolukorra-alase koolituse läbiviimise hinnangutes soost, emakeelest ja vanusegrupist lähtuvalt.

Regulaarne koolituste läbiviimine aitab kaasa hädaolukordades toimetuleku parandamisele.

Soost lähtuvate hinnangute võrdlemiseks tehti sõltumatute valimite t-test. Levene'i testi järgi ei olnud grupid hajuvuselt erinevad ($p > .05$) (vt tabel F9). Testi tulemustest selgus, et meeste

($n = 50$) ($M = 6.12$; $SD = 1.30$) ja naiste ($n = 277$) ($M = 6.12$; $SD = 1.37$) hinnangud ei erinenud. Tulemus ei ole statistiliselt oluline ehk üldistatav: $t(325) = .02$, $p = .983$.

Emakeelest lähtuvate hinnangute võrdlemiseks tehti sõltumatute valimite t-test. Levene'i testi järgi olid grupid hajuvuselt erinevad ($p < .05$) (vt tabel F10). Testi tulemustest selgus, et eestikeelse emakeelega ($n = 231$) töötajate ($M = 6.17$, $SD = 1.28$) ja venekeelse emakeelega töötajate ($n = 96$) ($M = 5.98$, $SD = 1.53$) hinnangute vaheline erinevus ei olnud statistiliselt oluline ehk üldistatav: $t(152.80) = 1.09$, $p = .275$.

Vanusegrupist lähtuva hinnangu väljaselgitamiseks ja analüüsimeetodi valimiseks kontrolliti tunnuste hajuvuste homogeensust võrreldavates gruppides. Levene'i testi tulemustest selgus, et grupid on hajuvuselt erinevad ja seetõttu on kasutatud Kruskal-Wallis testi. Analüüs tehti kolme vanusegrupiga: 1) 23-48a ($n = 111$), 2) 49-60a ($n = 113$), 3) 61-82a ($n = 103$). Testi tulemustest selgus, et noorema (23-48a) ($M = 6.33$, $SD = 1.13$), keskmise (49-60a) ($M = 6.02$, $SD = 1.54$) ja vanema (61-82a) ($M = 5.99$, $SD = 1.35$) vanusegrupi vaheline erinevus ei ole statistiliselt oluline ehk üldistatav: $(X^2(2) = 3.03$, $p = .219$, $p > .05$).

Käesoleva uurimuse põhjal selgus, et soost, emakeelest ja vanusegrupist lähtuvalt ei olnud hinnangute vahelised erinevused siiski statistiliselt olulised.

Koolitustel peaks osalema kogu personal.

Soost lähtuvate hinnangute võrdlemiseks tehti sõltumatute valimite t-test. Levene'i testi järgi olid grupid hajuvuselt erinevad ($p < .05$) (vt Lisa F, tabel F11). Testi tulemustest selgus, et naiste ($n = 277$) ($M = 6.07$; $SD = 1.44$) ja meeste ($n = 50$) ($M = 5.56$; $SD = 1.82$) hinnangute vaheline erinevus ei ole statistiliselt oluline ehk üldistatav: $t(60.51) = -1.87$, $p = .066$.

Emakeelest lähtuvate hinnangute võrdlemiseks tehti sõltumatute valimite t-test. Levene'i testi järgi ei olnud grupid hajuvuselt erinevad ($p > .05$) (vt Lisa F, tabel F12). Testi tulemustest selgus, et eestikeelse emakeelega töötajate ($n = 231$) ($M = 5.99$, $SD = 1.47$) ja venekeelse emakeelega töötajate ($n = 96$) ($M = 5.99$, $SD = 1.61$) hinnangute vaheline erinevus ei ole statistiliselt oluline ehk üldistatav: $t(325) = .01$, $p = .992$.

Vanusegrupist lähtuva hinnangu väljaselgitamiseks ja analüüsimeetodi valimiseks kontrolliti tunnuste hajuvuste homogeensust võrreldavates gruppides. Levene'i testi tulemustest selgus, et grupid on hajuvuselt erinevad ja seetõttu on kasutatud Kruskal-Wallis testi. Analüüs tehti kolme vanusegrupiga: 1) 23-48a ($n = 111$), 2) 49-60a ($n = 113$), 3) 61-82a ($n = 103$). Testi

tulemustest selgus, et noorema (23-48a) ($M = 6.22$, $SD = 1.23$), vanema (61-82a) ($M = 5.98$, $SD = 1.57$) ja keskmise (49-60a) ($M = 5.78$, $SD = 1.67$) vanusegrupi vaheline erinevus ei ole statistiliselt oluline ehk üldistatav: ($X^2(2) = 2.70$, $p = .259$, $p > .05$).

Käesoleva uurimuse põhjal selgus, et soost, emakeelest ja vanusegrupist lähtuvalt ei olnud hinnangute vahelised erinevused statistiliselt olulised.

Koolitusi peaks korraldama ainult arstidele ja õdedele.

Soost lähtuvate hinnangute võrdlemiseks tehti sõltumatute valimite t-test. Levene'i testi järgi olid grupid hajuvuselt erinevad ($p < .05$) (vt Lisa F, tabel F13). Testi tulemustest selgus, et naiste ($n = 277$) ($M = 2.03$; $SD = 1.76$) ja meeste ($n = 50$) ($M = 1.76$; $SD = 1.22$) hinnangute vaheline erinevus ei ole statistiliselt oluline ehk üldistatav: $t(90.60) = -1.33$, $p = .188$.

Emakeelest lähtuvate hinnangute võrdlemiseks tehti sõltumatute valimite t-test. Levene'i testi järgi olid grupid hajuvuselt erinevad ($p < .05$) (vt Lisa F, tabel F14). Testi tulemustest selgus, et venekeelse emakeelega töötajate ($n = 96$) ($M = 2.26$, $SD = 1.89$) ja eestikeelse emakeelega töötajate ($n = 231$) ($M = 1.87$, $SD = 1.60$) hinnangute vaheline erinevus ei ole statistiliselt oluline ehk üldistatav: $t(153.81) = -1.76$, $p = .081$.

Vanusegrupist lähtuva hinnangu väljaselgitamiseks ja analüüsimetodi valimiseks kontrolliti tunnuste hajuvuste homogeensust võrreldavates gruppides. Levene'i testi tulemustest selgus, et grupid on hajuvuselt erinevad ja seetõttu on kasutatud Kruskal-Wallis testi. Analüüs tehti kolme vanusegrupiga: 1) 23-48a ($n = 111$), 2) 49-60a ($n = 113$), 3) 61-82a ($n = 103$).

Testi tulemustest selgus, et keskmise vanusegrupi (49-60a) ($M = 2.30$, $SD = 1.97$), vanema (61-82a) ($M = 2.08$, $SD = 1.79$) ja noorema vanusegrupi (23-48a) ($M = 1.59$, $SD = 1.14$) hinnangute vaheline erinevus ei ole statistiliselt oluline ehk üldistatav: ($X^2(2) = 5.44$, $p = .066$, $p > .05$).

Käesoleva uurimuse põhjal selgus, et soost, emakeelest ja vanusegrupist lähtuvalt ei olnud hinnangute vahelised erinevused statistiliselt olulised.

Haigla hädaolukordasid (HO) puudutavad küsimused

K1: Haiglas on defineeritud HO valmisolek. Mis Teie hinnangul kirjeldab kõige paremini töötaja valmisolekut HO-deks. Kõige rohkem vastajaid 53,8% ($n = 176$) märkis ära õige vastusevariandi: **Olen tutvunud haigla HO lahendamise plaaniga; olen osalenud/osalen**

HO ettevalmistavatel koolitustel ja õppustel; olen valmis HO korral tegema seda, mida mulle öeldakse (vt Lisa G, tabel G1).

K2: Palun hinnake, kas kirjeldatud olukord on haigla jaoks HO ja kas see võiks puudutada ka Teid haiglatöötajana (vt Lisa G, tabel G2). Haigla jaoks võivad hädaolukorraks osutuda järgmised sündmused: **Tallinna Sadamas on juhtunud suur õnnetus ja Ravi üksusesse tuuakse 20 kannatanut.** Vastused jagunesid järgmiselt: Ei ole HO 13,1% ($n = 43$); Võib olla HO, kuid mind ei puuduta 45,9% ($n = 150$); On HO, mis puudutab kogu haiglat 41% ($n = 134$). Antud sündmuse korral, peab haigla olema valmis oma tööd ümber korraldama, et kannatanuid vastu võtta. **Haigla infomeilile saabub e-kiri teavitusega, et haiglas on pomm.** Vastused jagunesid järgmiselt: Ei ole HO 3,7% ($n = 12$); Võib olla HO, kuid mind ei puuduta 7,3% ($n = 24$); On HO, mis puudutab kogu haiglat 89% ($n = 291$). Antud sündmuse korral võib tekkida vajadus patsientide ja töötajate evakueerimiseks. **Haigla IT võrk on maas. Patsientide elektrooniline registreerimine ja muud e-teenused ei toimi.** Vastused jagunesid järgmiselt: Ei ole HO 17,1% ($n = 56$); Võib olla HO, kuid mind ei puuduta 19,6% ($n = 64$); On HO, mis puudutab kogu haiglat 63,3% ($n = 207$). **Olümpia hotellis on tulekahju.** Vastused jagunesid järgmiselt: Ei ole HO 36,1% ($n = 118$); Võib olla HO, kuid mind ei puuduta 45,9% ($n = 150$); On HO, mis puudutab kogu haiglat 18% ($n = 59$). Haigla peab olema valmis tööd ümber korraldama sõltuvalt kannatanute arvust ja vigastatute raskusastmest.

K3: Milliste HO-dega pidi haigla 2019. aasta jooksul tegelema? Haigla tegeles 2019. aastal järgmiste HO-dega: **IT-kriis** 73,7% ($n = 241$); **Pommiähvardus** 37,3% ($n = 122$); **Mitmete kannatanutega bussiõnnetus** 10% ($n = 33$) (vt Lisa G, tabel G3). Reaalselt tuli haiglal 2019. aasta jooksul tegeleda pommiähvardusega ning kahel korral IT-kriisiga, mõlemad sündmused puudutasid tervet haiglat. Lisaks tuli tegeleda mitmete kannatanutega, kes olid bussiõnnetuses viga saanud. See sündmus puudutas eelkõige Ravi üksust ja seetõttu ei ole enamik mittekliinilisest personalist sellega kursis. Tulekahju, tellingute varingu, leetrite puhangu ja ulatusliku elektrikatkestusega ei tulnud 2019. aastal tegeleda.

K4: Kuidas haigla teavitab Teid HO-st, mis puudutab Teid? Korrektsed vastused on: **Arvuti ekraaniteade** 67% ($n = 219$); **SMS** 28,7% ($n = 94$); **E-kirja teel** 56% ($n = 183$); **Teatega haigla siseveebis** 62,7% ($n = 205$); **MSMS** (multiSMS) 8% ($n = 26$) (vt Lisa G, tabel G4). Vastusevariandina ei olnud kirjas **telefoni teel teavitamist**, kuid see märgiti ära vabaväljal 2,1% ($n = 7$). Telefoni teel teavitamist tehakse tavaliselt üksuse juhtide puhul. Populaarseks

osutus vastusevariant **Kolleegiga sõna saates** 49,5% ($n = 162$), kuid seda ei saa lugeda korrektseks vastuseks.

K5: Loetlege koolitusel käsitletud teemasid. Küsimusele vastas 85 töötajat. Populaarsemateks vastusevariantideks märgiti: **Tuleohutus ja päästelohistite kasutamine** 41,2% ($n = 35$); **IT-turvalisus, IT-kriisiõppus** 17,6% ($n = 15$), **Esmaabi** 3% ($n = 10$) (vt tabel G5).

K6: Milline oleks Teie hinnangul parim koolitusmeetod HO valmisoleku õppimiseks? **Loeng koos õppusega** 58,1% ($n = 190$), **E-kursus** 16,5% ($n = 54$), **Loeng** 15% ($n = 49$), **Õppus** 8,9% ($n = 29$) (vt Lisa G, tabel G6).

ARUTELU

Magistritöö eesmärk oli kirjeldada AS ITK mittekliinilise personali teadlikkust hädaolukordadest, enesetõhususe seost hädaolukordadeks valmisolekuga ning valmisolekut temaatilise koolituse läbimiseks.

Haigla hädaolukorra ohjamine sõltub personali oskustest ja kriisitõhususest. Uurimistulemuste põhjal saab väita, et meespersonal ja naispersonal ei erine kriisitõhususe osas üksteisest. Kriisitõhususe komponentide lõikes (tegevuse tõhusus, ennetuse, saavutuse ja ebakindluse ohjamise tõhusus) olid tulemused samaväärsed. Sugudevaheline statistiliselt oluline erinevus puudus. Sugudevahelise erinevuse puudumine ei ühti seni teaduskirjanduses avaldatuga, kus meeste kriisitõhusus leitakse olevat kõrgem kui naistel (Park, 2016). Viimast nii hädaolukorras käitumise, valmisoleku kui ka teadlikkuse osas. Tõsi, Park (2016) uuring ei ole keskendunud haigla mittekliinilisele personalile. Võimalik, et mittekliiniline haiglapersonal kahtleb oma võimetes rohkem, kuna ollakse teadlikumad haigla tegelikest tööülesannetest ning mõistetakse ülesande keerukust paremini. Antud teadmine võib ühtlustada sugudevahelist kriisitõhusust. Kokkuvõtvalt võib öelda, et sugudevahelise erinevuse määramiseks püstitatud hüpoteesid kinnitust ei leidnud:

H1: *Meessoost mittekliiniline personal hindab kriisitõhusust hädaolukordades käitumiseks kõrgemalt kui naissoost mittekliiniline personal.*

H2: *Meessoost mittekliiniline personal hindab valmisolekut hädaolukordades käitumiseks kõrgemalt kui naissoost mittekliiniline personal.*

H5: *Meessoost mittekliiniline personal hindab oma teadlikkust hädaolukordades käitumiseks kõrgemalt kui naissoost mittekliiniline personal.*

Oluline töötajat iseloomustav omadus on tema bioloogiline vanus. Teooria ja uuringute põhjal (Avery & Park, 2016; Spence *et al.*, 2011) on nooremate töötajate kriisitõhusus üldiselt madalam vanemate töötajate kriisitõhususest. Käesolevas töös oli nooremate töötajate kriisitõhusus küll mõnevõrra kõrgem, kuid tulemus ei olnud statistiliselt oluline. Kinnitust ei leidnud hüpotees:

H4: *Nooremate töötajate kriisitõhusus on madalam kui vanemate töötajate kriisitõhusus.*

Seevastu olid nooremad töötajad oluliselt suurema õpihuviga. See väljendus vanemaealiste töötajatega võrreldes suuremas hädaolukorra-alase koolituse läbimise valmiduses. Sama tulemuseni on jõudnud ka teised uurijad (Pavliško- Pekez ja kaasautorid, 2018). Kinnitust leidis hüpotees:

H3: *Nooremate töötajate valmisolek hädaolukorra-alase koolituse läbimiseks on kõrgem kui vanemaealistel töötajatel.*

Siinkohal on oluline teadvustada, et hädaolukorra-alase täiendõppe korraldamisel tule arvesse võtta sihtgrupi vanust. Võimalik, et täiendõpet tuleks korraldada vanusegrupiti. Eakaaslaste osalemine vähendab psüühilist tõrget koolituses osalemisel.

Kinnitust leidsid ka järgmised hüpoteesid:

H6: *Töötajad, kes on osalenud hädaolukorra-alasel koolitusel on hädaolukordades tõhusamad, kui need töötajad, kes pole koolitusel osalenud.*

H7: *Hädaolukorra kogemusega mittekliinilise personali kriisitõhusus on kõrgem kui eelneva kogemuseta mittekliinilisel personalil.*

Selles uurimuses leidis taaskord kinnitust fakt, et nooremad töötajad on avatumad hädaolukordi puudutava täiendõppe läbimiseks. Sama tulemuseni jõudsid ka Pavliško-Pekez ja teised (2018). Magistritöös leidis kinnitust, et varasema kriisikogemusega töötajad on kriisitõhusamad, kui ilma sellise kogemuseta töötajad (Bandura, 1997; Sangkala & Gerdtz, 2018). Reaalse hädaolukorra kogemusega töötajad on hädaolukordades tõhusamad kinnitab ka Wilson (2009). Samuti on kriisitõhusamad hädaolukordade täiendõppe läbinud töötajad (Bandura, 1997; Morrison & Catanzaro, 2010; Park, 2016; Simpson, 2002; Vincent *et al.*, 2009). Need seosed olid varasemast teada ning käesoleva uurimusega on kinnitatud nende paikapidavust ka mittekliinilise personali seas.

Kultuuriliste faktorite ja haridustaseme seoste uurimiseks sisaldas magistritöö küsimusi emakeele ja haridustaseme kohta. Uurimisküsimuste analüüsimisel tõdeti, et täiendõppe läbimise valmidus ei sõltu töötaja haridustasemest ega emakeelest. Lisaks ei mõjuta teadlikkust hädaolukordades toimetulekul ning valmisolekut hädaolukorra-alase koolituse läbimiseks töötaja haridustase või emakeel. Kriisitõhususe seose puudumine nii hariduse kui emakeelega, sunnib teadvustama, et kõrgema haridustaseme automaatne seostamine kõrgema kriisitõhususega on arutlusviga.

AS ITK eripära on paljude eraldipaiknevate struktuuriüksuste olemasolu. Kriisitõhususel, hädaolukordades toimetuleku teadlikkusel ning valmisolekul hädaolukorra-alase koolituse läbimiseks ei ole seost töötajate eri üksustes paiknemisega. Antud küsimus lähtus eelkõige asjaolust, et AS ITK Ravi tn üksus tegeleb raskemate haigete raviga ning seetõttu oli põhjust oletada, et raskemate haigetega kokku puutuv mittekliiniline personal teadvustab kriisitõhususe tähtsust rohkem.

Üheks tähtsaimaks järelduseks uurimisküsimuste raames on asjaolu, et kriisitõhususe kontekstis ei ole pikema staažiga töötaja kriisitõhusam. Vastupidi, analüüsist järeldus statistiliselt olulise seosena, et pikema tööstaažiga töötajad on madalama kriisitõhususega. Pikema staažiga töötajate valmidus temaatilise koolituse läbimiseks ning teadlikkus hädaolukordades toimetulekust oli samuti madalam. Antud fakt vajaks edasist uurimist, sest intuiitvne oletus on vastupidine. Selles magistritöös nimetatud küsimusele vastust ei otsitud. Oletada võib, et pikema staažiga töötaja jõuab aja jooksul nn mugavustsooni, kus rutiiniks kujunevad tööülesanded tekitavad võltsturvalisuse, mille haprusest töötaja üle vaadata ei oska.

Soost, emakeelest ja vanusegrupist lähtuvalt ei olnud hinnangutevahelisis erinevusi väidetele: *Regulaarne koolituste läbiviimine aitab kaasa hädaolukordades toimetuleku parandamisele; Koolitusel peaks osalema kogu personal; Koolitusi peaks korraldama ainult arstidele ja õdedele.*

Hädaolukordadeks valmisolekuga seotud koolitustel soovib osaleda 63,3% vastanutest. Hädaolukorra-alastel koolitustel osalenud töötaja on hädaolukordadeks rohkem valmis, kui koolitusel mitteosalenud töötaja, kinnitavad Fowkes ja kaasautorid (2010). Töötajate hinnangul on parim koolitusmeetod hädaolukordadeks valmisoleku õppimiseks loeng koos õppusega 58,1%. Teaduskirjanduses on parimaks koolitusmeetodiks nimetatud samuti teoreetiliste ja praktiliste koolituste kombinatsiooni (Aitken *et al.*, 2011; Alim *et al.*, 2015; Cicero *et al.*, 2009; Swift *et al.*, 2017).

Uurimistulemuste interpreteerimisel tuleb arvestada mitmete piirangutega. Analüüsi tulemusi võis mõjutada gruppide erinevus, meeste grupp oli märksa väiksem kui naiste grupp. Vanusegruppide moodustamisel arvestati valimi suurust, jaotades vastajad enam-vähem võrdseteks gruppideks. Küsitluse läbiviimise ajal kehtestati riigis eriolukord. Töötajad suunati kodukontoritesse, paberkandjate saatmisele seati piirangud ning kohtumised ja koosolekud

keelati. Seetõttu oli tagasi saadud ankeetide hulk prognoositust väiksem. Selles olukorras oleks olnud efektiivsem kombineeritud küsitlusviis. Lisaks paberkandjal küsitlusele ka veebipõhine küsitlus, kuid eriolukorra kehtestamise hetkel oli paberküsitlus juba planeeritud ja töös.

Käesoleva kriisi (SARS-Cov-2 levik Eesti Vabariigis) valguses saab kinnitada, et mittekliinilise personali roll kriisiolukorras on oluline (Cavendish, 2013; Francis, 2013; Myalsari *et al.*, 2013). Näitena saab tuua klienditeeninduse osakonna töötajad, kes pidid asuma kontrollpunktidesse ja uksevalvesse täitma rolli, mida polnud varem harjutud tegema. Seoses uute ja harjumatu ülesannete täitmisega, tekkis töötajate seas palju segadust ja ebakindlust. Teooria väitel peavad aga hädaolukorra-aegsed ülesanded võimalikult sarnanema tavapärasele tööpraktikale ja vastutusele (Carley & Mackway-Jones, 2005; Quarantelli, 1985).

Soovitan edaspidi AS ITK-s läbi viia mittekliinilise personali hädaolukorra-alaseid uuringuid osakondade kaupa, et välja selgitada konkreetse osakonna/teenistuse kitsaskohad. Võimalik on teha ka longitudinaalset uuringut, et teada saada uuritava varasema kogemuse ja edasise arengu seoseid. Longitudinaalse uuringu poolt räägib praegune kriis tervishoius, sest see puudutab kõiki tervishoiutöötajaid. Miinusena võib välja tuua personali voolavuse, mistõttu ei pruugi tekkida võrdlust varasema hädaolukorra kogemusega AS ITK-s.

Juhuse läbi on magistritöö kirjutamise ajal riigis kehtestatud eriolukord, mis annab suurele hulgale tervishoiutöötajatele unikaalse hädaolukorra kogemuse. Magistritöö üks peamisi tulemusi on kriisitõhususe ja hädaolukorra kogemuse tugev positiivne seos. Lisades kogemusele süsteemse väljaõppe, mis on samuti kriisitõhususega positiivselt seotud, saaks praegust olukorda kasutades tervishoiusüsteemi hädaolukorravalmidust oluliselt tõsta. Süsteemse täiendõppe korraldamine on selle uurimuse põhisoovituse AS ITK hädaolukorra ohjamise tõhustamisel. Oluline on lisaks kliinilisele personalile kaasata täiendõppesse ka mittekliiniline personal. Erinevate osakondade ja haigla üksuste omavaheline koostöö on hädaolukordade parimaks lahendamiseks oluline faktor. Lisaks leian, et töö on hea lähtekoht käsitletud teema edasisteks uurimusteks teisteski tervishoiuasutustes, sest vaid tõenduspõhise infoga on võimalik parandada hädaolukorraks valmisolekut tervishoiuvaldkonnas.

KASUTATUD KIRJANDUS

- Ablah, E., Tinius, A. M., & Konda, K. (2009). Pediatric emergency preparedness training: are we on a path toward national dissemination? *The Journal of Trauma*, 67(2), 152-158. <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e3181ad345e>
- Aitken, P., & Leggat, P. (2012). *Considerations in Mass Casualty and Disaster Management*. <https://doi.org/10.5772/37361>
- Aitken, P., Leggat, P. A., Robertson, A. G., Harley, H., Speare, R., & Leclercq, M. G. (2011). Education and Training of Australian Disaster Medical Assistance Team Members: Results of a National Survey. *Prehospital and Disaster Medicine*, 26(1), 41-48. <https://doi.org/10.1017/S1049023X10000087>
- Alexander, D. (2005). Towards the development of a standard in emergencyplanning. *Disaster Prevention and Management*, 14(2), 158 - 175. <https://doi.org/10.1108/09653560510595164>
- Alim, S., Kawabata, M., & Nakazawa, M. (2015). Evaluation of diaster preparedness training and disaster drill for nursing students. *Nurse Education Today*, 35(1), 25-31. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.04.016>
- Al Khalaileh, M. A., Bond, E., & Alasad, J. A. (2012). Jordanian nurses' perceptions of their preparedness for disaster management. *International Emergency Journal*, 20(1), 14–23. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2011.01.001>
- Arpan, L. M., & Roskos-Ewoldsen, D. R. (2005). Stealing thunder: Analysis of the effects of proactive disclosure of crisis information. *Public Relations Review*, 31(3), 425–433. <https://doi.org/10.1016/j.pubrev.2005.05.003>
- Averbeck, J. M., Jones, A., & Robertson, K. (2011). Prior knowledge and health messages: An examination of affect as heuristics and information as systematic processing for fearappeals. *Southern Communication Journal*, 76, 35-54. <https://doi.org/10.1080/10417940902951824>
- Avery, E. J., Lariscy, R. A., Kim, S., & Hocke, T. (2010). A Quantitative Review of Crisis Communication Research in Public Relations from 1991-2009. *Public Relations Review*, 36, 190-192. <https://doi.org/10.1016/j.pubrev.2010.01.001>
- Avery, E. J., & Park, S. (2016). Effects of crisis self-efficacy on intentions to follow directives during crisis. *Journal of Public Relations Research*, 28(2), 72–86. <https://doi.org/10.1080/1062726X.2016.1165681>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://psycnet.apa.org/record/1977-25733-001>

- Bandura, A. (1982). Self efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37 (2), 122–147. Viimati külastatud 28.03.2020, <https://pdfs.semanticscholar.org/8bee/c556fe7a650120544a99e9e063eb8fcd987b.pdf>
- *Bandura, A. (1986). *Social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and Program Planning*, 13(1), 9–17.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V.S.Ramachandran (Ed.). Viimati külastatud 28.03.2020, <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanEncy.html> Encyclopedia of human behavior. New York: Academic Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The Exercise Control*. W.H.Freeman and Company. New York. Sixt Printhing 2003.
- Bandura, A. (1999). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 21-41.
- Bandura, A. (2006). Guide to the construction of self-efficacy scales. Pajares, F. & Urdan, T. *Self-efficacy beliefs of adolescents* (pp. 307–337). Greenwich, CT: Information Age.
- Bandura, A., & Jourden, F. J. (1991). Self-Regulatory Mechanisms Governing the Impact of Social Comparison on Complex Decision Making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60 (6), 941-951.
- Barnett, D. J., Thompson, C. B., Semon, N. L., Errett, N. A., Harrison, K. L., Anderson, M. K., Ferrell, J. L., Freiheit, J. M., Hudson, R., McKee, M., Mejia-Echeverry, A., Spitzer, J., Balicer, R. D., Links, J. M., & Storey, J.D. (2014). EPPM and willingness to respond: the role of risk and efficacy communication in strengthening public health emergency response systems. *Health Communication*, 29(6), 598-609. <https://doi.org/10.1080/10410236.2013.785474>
- Beaton, E. D., Bombadier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Reports Measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
- Carley, S., & Mackway-Jones, K. (2005). *Major incident medical management and support: the practical approach in the hospital*. Advanced Life Support Group.
- Cavendish, C. (2013). Cavendish Review: an Independent Enquiry into Healthcare Assistants and Support Workers in the NHS and Social Care Settings. *Department of Health, London*.
- *Center, A. H., & Jackson, P. (2002). *Public Relations Practices: Managerial Case Studies and Problems*. 6th ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia (2003). Roundtable on Hospital Communications in a Mass Casualty Radiological Event: Participants' Comments, Ideas, and Recommendations. *Division of Environmental Hazards and Health Effects*

Radiation Studies Branch.

- Chen, P., Gully, S. F., & Eden, M. (2001). Validation of a new general Self-efficacy scale. *Organizational Research Methods*, 4(1), 62–83.
<https://doi.org/10.1177/109442810141004>
- Cicero, M. X., Auerbach, M. A., Zigmont, J., Riera, A., Ching, K., & Baum, C. R. (2012). Simulation training with structured debriefing improves residents pediatric disaster triage performance. *Prehospital and Disaster Medicine*, 27(3), 239-44.
<https://doi.org/10.1017/S1049023X12000775>
- Cicero, M. X., Blake, E., Gallant, N., Chen, L., Esposito, L., Guerrero, M., & Baum, C. R. (2009). Impact of an educational intervention on residents knowledge of pediatric disaster medicine. *Pediatric Emergency Care*, 25(7),447-451.
<https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e3181ab78af>
- Coombs, W. T. (2007). Protecting Organization Reputations During a Crisis: The Development and Application of Situational Crisis Communication Theory. *Corporate Reputation Review*, 10(3), 163-176.
- Coombs, W. T. (2011). Crisis management and communications. *Institute for Public Relations Research Library*. Gainesville, FL. Viimati külastatud 28.03.2020
<http://www.instituteforpr.org/crisis-management-and-communications>
- Costa, M., Oberholzer-Riss, M., Hatza, C., Steffena, R., Puhana, M., & Schlagenhauf, P. (2015). Pre-travel health advice guidelines for humanitarian workers: A systematic review. *Travel Medicine and Infectious Disease* 13, 449–465.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.tmaid.2015.11.006>
- Curral, L., & Marques-Quinteiro, P. (2009). Self-leadership and work role innovation: Testing a mediation model with goal orientation and work motivation. *Revista de Psicologia del Trabajo y de las Organizaciones*, 25(2), 165–176.
<https://doi.org/10.4321/s1576-59622009000200006>
- Dausey, D. J., Buehler, J. W., & Lurie, N. (2007). Designing and conducting tabletop exercises to assess public health preparedness for manmade and naturally occurring biological threats. *BMC Public Health*,7(92). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-92>
- Dawes, S. S., Creswell, A. M., & Cahan, B. B. (2014). Learning From Crisis: Lessons in Human and Information Infrastructure From the World Trade Center Response. *Social Science Computer Review*, 22, 52-66. <https://doi.org/10.1177/0894439303259887>
- Egawa, S., Suda,T., Jones-Konneh, T. E. C., Murakami, A., & Sasaki H. (2017). Nation-wide implementation of disaster medical coordinators in Japan.*The Tohoku Journal of Experimental Medicine* .,243(1),1–9. <https://doi.org/10.1620/tjem.243.1>

- Fletcher, G. C. L., McGeorge, P., Flin, R. H. , Glavin, R. J., & Maran, N. J. (2002). The role of non-technical skills in anaesthesia: a review of current literature. *British Journal of Anaesthesia* 88 (3), 418-429.
- Ford, J. L., Ford, J. S., Frei, S. S., Pilny, A., & Berkelaar, B. L. (2016). A network under stress: Using embeddedness to understand uncertainty management and resilience in campus emergencies. *Journal of Applied Communication Research*, 44(3), 316–335. <https://doi.org/10.1080/00909882.2016.1192288>
- Fowkes, V., Blossom, H. J., Sandrock, C., Mitchell B., & Brandstein, K. (2010). Exercises in emergency preparedness for health professionals in community clinics, *J. Community Health*, 35(5), 512–518. <https://doi.org/10.1007/s10900-010-9221-1>
- Francis, R. (2013). Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. *The Stationery Office Limited on behalf of the Controller of Her Majesty's Stationery Office*. Viimati külastatud 20.03.2020, <https://www.gov.uk/government/publications/report-of-the-mid-staffordshire-nhs-foundation-trust-public-inquiry>
- Frisby, B. N., Sellnow, D. D., Lane, D. R., Veil, S. R., & Sellnow, T. L. (2013). Instruction in crisis situations: Targeting learning preferences and self-efficacy. *Risk Management*, 15 (4), 250-271. <https://doi.org/10.1057/rm.2013.7>
- Frisby, B. N., Veil, S. R., & Sellnow, T. L. (2014). Instructional messages during health-related crises: Essential content for self-protection. *Health Communication*, 29(4), 347–354. <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.755604>.
- Giovanni, F., & Xiong, S. (2019). Communication Under language barriers. *Journal of Economic Theory*, 180 , 274-303. <https://doi.org/10.1016/j.jet.2018.12.009>
- Guenther, D. H. (2012). Emergency and crisis management: Critical incident stress management for first responders and business organisations. *Journal of Business Continuity & Emergency Planning*, 5(4), 298–315.
- Greenwald, L. R, Nowacki, A.S., & Stoller, J. K. (2015). First Time Rounding Experiences for Nonclinicians: The Cleveland Clinic Experience. *American Journal of Medical Quality*, 30(2), 167–171. <https://doi.org/10.1177/1062860614521657>
- Greven, C. U., Harlaar, N., Kovas, Y., Chamorro-Premuzic, T., & Plomin, R. (2009). More than just IQ: School achievement is predicted by self-perceived abilities – but for genetic rather than environmental reasons. *Psychological Science*, 20(6), 753-762. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02366.x>
- Hammad, K.S., Arbon, P., Gebbie, K., & Hutton, A. (2017). Moments of disaster response in the emergency department. *Australian Emergency Nursing Journal*, 20, 181 – 185. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.10.002>

- Hope, K., Durrheim, D., Barnett, D., D' Este, C., Kewley, C., Dalton, C., White, N., Kohlhausen, J., & Links, J. (2010). Willingness of frontline healthcare workers to work during a public health emergency. *Australian Journal Emergency Management* 25 (3), 39-47.
- Hoy, A.W., & Spero, R. B. (2005). Changes in teacher efficacy during the early years of teaching: A comparison of four measures. *Teaching and Teacher Education* 21, 343-356. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2005.01.007>
- Hsu, E. B., Jenckes, M. W., Catlett, C. L., Robinson, K. A., Feuerstein, C., Cosgrove, S. E., Green, G. B., & Bass, E. B. (2004). Effectiveness of hospital staff mass-casualty incident training methods: a systematic literature review. *Prehospital Disaster Medicine*, 19(3):191-199.
- Hädaolukorra seadus (2017). *Riigi Teataja I*. Viimati külastatud 27.03.2020. <https://www.riigiteataja.ee/akt/103032017001>
- Ida-Tallinna Keskhaigla (2019). *Siseveeb*. Viimati külastatud 28.03.2020.
- Ida-Tallinna Keskhaigla (2019). *Struktuur*. Viimati külastatud 28.03.2020. <https://www.itk.ee/haiglast/struktuur>
- Janoske, M., Liu, B., & Sheppard, B. (2012). Understanding Risk Communication Best Practices: A Guide for Emergency Managers and Communicators. *National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism*.
- Johnson, E. A., & Stewart, D. W. (2008). Perceived Competence in Supervisory Roles: A Social Cognitive Analysis. *Training and Education in Professional Psychology*, 2(4), 229-236. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.2.4.229>
- Kayes, D. C., Allen, N. C., & Self, N. (2012). Integrating learning, leadership, and crisis in management education: Lessons from army officers in Iraq and Afghanistan. *Journal of Management Education*, 37(2):180-202. <https://doi.org/10.1177/1052562912456168>
- Khorram-Manesh, A., Lupesco, O., Friedl, T., Arnim, G., Inj, D., Kaptan, K., Djalali, A. R., Foletti, M., Ingrasia, P.L., Ashkenazi, M., Arculeo, C., Fisher, P., Hreckovski, B., Komandina, R., Voigt, S., Carlström, E., & James, J. (2016). Education in Disaster Management: What Do We Offer and What Do We Need? Proposing a New Global Program. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 10(6), 854-873. <https://doi.org/10.1017/dmp.2016.88>
- Kriisiaja tervishoiukorralduse ekspertrühm (2016). *Suurõnnetustel meditsiiniteenistuste juhtimine ja korraldus*. Viimati külastatud 02.04.2020. <https://tems.ee/files/MIMMS.pdf>
- Krueger, N., & Dickson, P. R. (1994). How believing in ourselves increases risk taking: Perceived self-efficacy and opportunity recognition. *Decision Sciences*, 25(3), 385-400. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5915.1994.tb01849.x>

- Kurbanoglu, S. S., Akkoyunlu, B., & Umay, A. (2006). Developing the information literacy self-efficacy scale. *Journal of Documentation*, 62(6), 730-743. <https://doi.org/10.1108/00220410610714949>
- Landman, A., Teich, J. M., Pruitt, P., Moore, S. E., Theriault, J., Dorisca, E., Harris, S., Crim, H., Lurie, N., & Goralnick, E. (2014). The Boston Marathon Bombings Mass Casualty Incident: One Emergency Department's Information Systems Challenges and Opportunities. *Annals of Emergency Medicine*, 66(1), 51-59. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.06.009>
- Loosemore, M., Raftery, J., Reilly, C., & Higgon D. (2006). *Risk Management in Projects*. Taylor & Francis Group: USA.
- Manley, W. G., Furbee, P. M., Coben, J. H., Smyth, S. K., Summers, D. E., Althouse, R. C., Kimble, R.L., Kocsis, A.T., & Helmkamp, J. C. (2006). Research Study: Realities of Disaster Preparedness in Rural Hospitals. *Disaster Management & Response*, 4, 80–87. <https://doi.org/10.1016/j.dmr.2006.05.001>
- Martin, W. E., Martin, I. M., & Kent, B. (2009). The role of risk perceptions in the risk mitigation process: The case of wildfire in high risk communities. *Journal of Environmental Management*, 91(2), 489–498. <https://doi.org/10.1016/j.jenvman.2009.09.007>
- McEntire, D. A., & Myers, A. (2004). Preparing communities for disasters: Issues and processes for government readiness. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 13(2), 140–152. <https://doi.org/10.1108/09653560410534289>
- Morris, C. A., W. & Minton, C. A. B. (2012). Crisis in the Curriculum? New Counselors' Crisis Preparation, Experiences, and Self-Efficacy. *Counselor Education and Supervision*, 51(4), 256–269. <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6978.2012.00019.x>
- Morrison, A., M., & Catanzaro, A., M. (2010). High-fidelity simulation and emergency preparedness. *Public Health Nursing*, 27(2), 164–73. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2010.00838.x>
- Moynihan, D. P. (2008). Learning under uncertainty: Networks in crisis management. *Public Administration Review*, 68(2), 350-365.
- Mrudula, A., Wang, J., & Chang, D. (2013). The impact of culture and society on crisis perception, management, and learning in the Indian context. *Adult Education Research Conference*.
- Mulyasari, F., Inoue, S., Prashar, S., Isayama, K., Basu, M., Srivastava, N., & Shaw, R. (2013). Disaster preparedness: Looking through the lens of hospitals in Japan. *International Journal of Disaster Risk Science*, 4(2), 89–100. <https://doi.org/10.1007/s13753-013-0010-1>
- Park, S. (2016). Development and Validation of a Crisis SelfEfficacy Scale. *University of Tennessee*. Viimati külastatud 02.03.2020 https://trace.tennessee.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5124&context=utk_graddiss

- Paton, D. & Johnston, D. (2001). Disasters and communities: vulnerability, resilience and preparedness. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 10(4), 270–277.
- Paton, D. (2003). Disaster preparedness: A social-cognitive perspective. *Disaster Prevention and Management*, 12(3), 210–216. <https://doi.org/10.1108/09653560310480686>
- Pavliško-Peketz, T., Račić, M., & Jurišić, D. (2018). A Questionnaire Study on the Attitudes and Previous Experience of Croatian Family Physicians toward their Preparedness for Disaster Management. *Bulletin Of Emergency And Trauma*, 6(2), 162–168.
- Perkins, K. A., Parzynski, C. S., Mercincavage, M., Conklin, C. A., & Fonte, C. A. (2012). Is self-efficacy for smoking abstinence a cause of, or a reflection on, smoking behavior change? *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 20, 56 - 62.
- Peterson, C., & Stunkard, A. J. (1989). Personal control and health promotion. *Social Science & Medicine*, 28(8), 819–828. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90111-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90111-1)
- Plant, J. L., van Schaik, S. M., Sliwka, D. C., Boscardin, C. K., & O'Sullivan, P. S. (2011). Validation of a self-efficacy instrument and its relationship to performance of crisis resource management skills. *Health Sciences Education*, 16(5), 579–590. <https://doi.org/10.1007/s10459-011-9274-7>
- Premeaux, S., & Breaux, D. (2007). Crisis management of human resources: Lessons from Hurricanes Katrina and Rita. *Human Resource Planning*, 30(3), 39–47.
- Põhja-Eesti Regionaalhaigla (2020). *Plastikakirurgia- ja põletusravi osakond*. Viimati külastatud 17.03.2020. <https://www.regionaalhaigla.ee/et/plastikakirurgia-ja-poletusravi-osakond-0>
- Päästeamet (2016). *Elanikkonna kriisikäitumise alase teadlikkuse uuring*. Viimati külastatud 20.03.2020. <https://www.rescue.ee/et/haedaolukorraks-valmisolek>
- Quarantelli, E. L. (1985). Organizational behavior in disasters and implications for disaster planning, Report series 18. Newark, DE: Disaster Research Center, University of Delaware.
- Reynolds, B., & Seeger, M. W. (2005). Crisis and emergency risk communication as an integrative model. *Journal of Health Communication*, 10(1), 43–55. <https://doi.org/10.1080/10810730590904571>
- Rimal, R. N. (2001). Perceived risk and self-efficacy as motivators: Understanding individuals long-term use of health information. *Journal of Communication*, 51(4), 633–654. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2001.tb02900.x>
- Sangkala, M. S., & Gerdtz, M. F. (2018). Disaster preparedness and learning needs among community health nurse coordinators in South Sulawesi Indonesia. *Australian Emergency Care* 21, 23–30. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2017.11.002>
- Scherbaum, C. A., Cohen-Charash, Y., & Kern, M. J. (2006). Measuring General Self-Efficacy A Comparison of Three Measures Using Item Response Theory. *Educational*

- and *Psychological Measurement*, 66(6), 1047-1063.
<https://doi.org/10.1177/0013164406288171>
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Simpson, D. M. (2002). Earthquake drills and simulations in community-based training and preparedness programmes. *Disasters*, 26(1), 55–69. <https://doi-org.ezproxy.tlu.ee/10.1111/1467-7717.00191>
- Siseministeerium (2017). Hädaolukorra seaduse käsiraamat. Viimati külastatud 28.03.2020. https://www.siseministeerium.ee/sites/default/files/dokumendid/Kriisireguleerimine/hos_kasiraamat_veebi.pdf
- Sonneborn, O., Miller, C., Head, L., & Cross, R. (2018). Disaster education and preparedness in the acute care setting: A cross sectional survey of operating theatre nurse`s disaster knowledge and education. *Nurse Education Today*, 65, 23-29. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.015>
- Sotsiaal- ja Kultuuriministeerium (2018). *Eesti keelest erineva emakeelega täiskasvanute eestikeele õpe lõimumis- ja tööhõivepoliitika: kvaliteet, mõju ja korraldus*. Viimati külastatud 14.03.2020 https://www.kul.ee/sites/kulminn/files/2._osa_elanikkonna_keeleeoppe_analuus_0.pdf
- Spence, P. R., Lachlan, K. A., & Burke, J. A. (2011). Differences in crisis knowledge across age, race, and socioeconomic status during Hurricane Ike: A field test and extension of the knowledge gap hypothesis. *Communication Theory*, 21, 261–278. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.2011.01385.x>
- Swift, M. D., Aliyu, M. H., Byrne, D. W., Qian, K., McGown, P., Kinman, P. O., Hanson, K. L., Culpepper, D., Cooley, T. J., & Yarbrough, M. I. (2017). Emergency Preparedness in the Workplace: The Flulapalooza Model for Mass Vaccination. *Public Health Practice*, 107(2), 168-176. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303953>
- Zamoum, K., & Gorpe, T. S. (2018). Crisis Management: A Historical and Conceptual Approach for a Better Understanding of Today's Crises. *Crisis Management-Theory and Practice*. <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.76198>
- Zimmerman, B. J. (2000). Self-efficacy: An essential motive to learn. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 82–91. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1016>
- Topper, B., & Lagadec, P. (2013). Fractal crises- a new path for crisis theory and management. *Journal of Contingencies & Crisis Management*, 21(1). <https://doi.org/10.1111/1468-5973.12008>
- Uhernik, J., A. (2008). The counselor and the disaster response team: An emerging role. In G. Walz, J. Bleuer, & R. Yep, (Eds.), *Compelling counseling interventions: Celebrating vistas fifth anniversary*, 313-321. Ann Arbor, MI: Counseling Outfitters LLC.

- Ulmer, R. R., Sellnow, T. L., & Seeger, M. W. (2013). *Effective crisis communication: Moving from crisis to opportunity*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- United Nations International Strategy for Disaster Risk Reduction (2005). Hyogo Framework for Action 2005–2015: Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters. *Extract from the final report of the World Conference on Disaster Reduction*. www.unisdr.org/files/1037_hyogoframeworkforactionenglish.pdf
- Verheul, M. L. M. I., Dückers, M. L. A., Visser, B. B., Beerens, R.J. J., & Bierens, J. J. L. M. (2018). Disaster Exercises to Prepare Hospitals for Mass-Casualty Incidents: Does it Contribute to Preparedness or is it Ritualism? *Prehospital Disaster Medicine*, 33(4), 387-393. <https://doi.org/10.1017/S1049023X18000584>
- Vincent, D. S., Berg, B. W., & Ikegami, K. (2009). Mass-casualty triage training for international health care workers in the Asia-Pacific Region using manikin-based simulations. *Prehospital Disaster Medicine*, 24(3), 206–213. <https://doi.org/10.1017/s1049023x00006828>
- Weiner, D., L., & Rosman, S., L. (2019). Just in Time Training for Disaster Response in the Austere Environment. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 20(10).
- Williams, J., Nocera, M., & Casteel, C. (2008). The effectiveness of disaster training for health care workers: a systematic review. *Annals of Emergency Medicine*, 52(3), 211-22. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2007.09.030>
- Wilson, J. Q. (1993). On gender. *The Public Interest*, 112, 3-26.
- Wilson, H. C. (2009). Emergency response preparedness : small group training. Part I–training and learning styles. *Disaster Prevention and Management*, 9(2), 105–116.
- Wood, R., & Bandura, A. (1989). Impact of conceptions of ability on self-regulatory mechanisms and complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(3), 407–415.
- Wooward, C. A., & Chambers, B. A. (1991). *Guide to questionnaire construction and queation writing*. The Canadian Public Health Association: Canada.
- World Health Organization (2017). *A Strategic Framework for Emergency Preparedness*. Viimati külastatud 20.03.2020. <https://www.who.int/ihr/publications/9789241511827/en/>
- Xie, J. L., & Whyte, G. (1997). Gender differences among managers and non-managers: An analysis of assessment data. *Canadian Journal of Administrative Sciences*, 14(3), 340-353.

LISAD

Lisa A

Eestikeelne küsimustiku kaaskiri

Lugupeetud Ida-Tallinna Keskhaigla (ITK) töötaja!

Viimasel ajal on meie haigla üha enam hakanud tähelepanu pöörama valmisoleku tagamisele erinevate hädaolukordadega toimetulekuks. Haigla töö tagamisel hädaolukordades on oluline roll ka mittekliinilisel personalil.

Käesoleva küsitluse eesmärgiks on saada ülevaade ITK-s mittekliinilistel ametikohtadel töötavate inimeste hädaolukorra-alastest teadmistest, koolitusvajadusest ja valmisolekust haiglas hädaolukordades toime tulla. Küsitluse tulemused on sisendiks mittekliinilise personali hädaolukordi käsitlevate koolituste välja töötamisel.

Küsitluses kogutud andmeid plaanin kasutada ka oma magistritöös Tallinna Ülikooli organisatsioonikäitumise erialal.

Küsimustiku täitmisele kulub ligikaudu 20 minutit. Teie vastused on anonüümsed, mis tähendab, et neid ei saa Teie isikuga seostada.

Täna Teid panustatud aja ja koostöö eest!

Karin Lemming

ITK klienditeenindustöö koordineerija

Tallinna Ülikooli magistrant

Küsimustikus on hädaoluko

Lisa A1

Eestikeelne küsimustik

- 1. Haiglas on defineeritud HO valmisolek. Palun märkige linnukesega 1 variant, mis Teie hinnangul kõige paremini kirjeldab töötaja valmisolekut haigla HO-deks.**

☐	Olen tutvunud haigla HO lahendamise plaaniga; olen osalenud/osalen HO ettevalmistavatel koolitustel ja õppustel; olen valmis HO korral tegema seda, mida mulle öeldakse
☐	Olen osalenud/osalen HO ettevalmistavatel koolitustel ja õppustel; tean oma rolli HO korral
☐	Olen tutvunud haigla HO lahendamise plaaniga; olen osalenud/osalen HO ettevalmistavatel koolitustel ja õppustel; tean oma rolli HO korral
☐	Olen tutvunud haigla HO lahendamise plaaniga; olen valmis HO korral teisi juhendama

- 2. Järgnevalt on loetletud erinevad olukorrad, mis võivad igapäevaselt ette tulla. Palun hinnake, kas kirjeldatud olukord on haigla jaoks HO ja kas see võiks puudutada ka Teid haiglatöötajana. Palun märkige iga olukorra juurde linnukesega 1 vastusevariant.**

	Ei ole HO	Võib olla HO, kuid mind ei puuduta	On HO, mis puudutab kogu haiglat
Tallinna Sadamas on juhtunud suur õnnetus ja Ravi üksusesse tuuakse 20 kannatanut	☐	☐	☐

Mul on kodus veeavarii	☐	☐	☐
Haigla infomeilile saabub e-kiri teavitusega, et haiglas on pomm	☐	☐	☐
Tallinna lähel on õlireostu saanud kannatada			
Haigla IT võrk on maas. Patsientide elektrooniline registreerimine ja muud e-teenused ei toimi	☐	☐	☐
Tallinnas toimub haarang illegaalsete migrantide tabamiseks	☐	☐	☐
Olümpia hotellis on tulekahju	☐	☐	☐
Helsingis on leetrite puhang. Teatatakse 40 haigestunust	☐	☐	☐

3. Milliste HO-dega pidi haigla 2019. aasta jooksul tegelema? Palun valige kõik sobivad variandid.

☐ Pommiähvardus	☐ Leetrite puhang
☐ Tulekahju	☐ Mitmete kannatanutega bussiõnnetus
☐ IT-kriis	☐ Ulatuslik elektrikatkestus
☐ Tellingute varing	☐ Muu _____

4. Millised 3. küsimuses nimetatud HO-d mõjutasid Teid? Palun kirjutage joonele. Juhul, kui Teid puudutavaid HO-sid ei olnud, siis minge edasi 6. küsimuse juurde.

5. Kas olite teadlik, kuidas Teid puudutavates HO-des toime tulla? Palun märkige linnukesega 1 vastusevariant.

6. Kuidas haigla teavitab Teid HO-st, mis puudutab Teid? Palun valige kõik sobivad variandidid.

☐ Arvuti ekraaniteatega	☐ ERR kanalist ametliku teadaandega
☐ Sotsiaalmeedia kaudu	☐ Kolleegiga sõna saates
☐ SMS-ga	☐ Teatega haigla siseveebis
☐ Haigla ajalehe kaudu	☐ MSMS-ga
☐ E-kirja teel	☐ Muu _____

7. Haigla on pakkunud viimase 2 aasta jooksul HO-deks valmisoleku koolitusi. Kas olete osalenud vähemalt ühel HO koolitusel? Palun märkige linnukesega 1 vastusevariant.

☐ Jah
☐ Ei
☐ Ei mäleta

8. Kui vastasite 7. küsimusele jah, siis palun loetlege teemasid, mida koolitusel käsitleti.

9. Kas Te olete valmis haigla HO-deks valmisolekuga seotud koolitustel osalema? Palun märkige linnukesega 1 vastusevariant.

☐ Jah
☐ Ei
☐ Ei oska öelda, vajaksir

10. Milline oleks Teie hinnangul parim koolitusmeetod HO valmisoleku õppimiseks? Palun märkige linnukesega 1 vastusevariant.

☐ E-kursus	☐ Loeng koos õppusega
☐ Õppus	☐ Muu _____
☐ Loeng	

11. Mil määral Te nõustute alljärgnevate väidetega? Palun tõmmake ring ümber kõige sobivamale variandile.

1 – ei ole üldse nõus ja 7 – nõustun täielikult

Regulaarne koolituste läbiviimine aitab kaasa HO toimetuleku parandamisele	1 2 3 4 5 6 7
HO koolitustel peaks osalema kogu haigla personal	1 2 3 4 5 6 7
HO koolitusi peaks korraldama ainult arstidele ja õdedele	1 2 3 4 5 6 7
Olen kindel, et olen võimeline HO ajal rakendama vajalikke meetmeid enda kaitsmiseks	1 2 3 4 5 6 7
Tean, et olen võimeline HO korral tegema seda, mida on vaja teha enda kaitsmiseks	1 2 3 4 5 6 7
Usun, et suudan HO ajal enamiku probleeme lahendada, kui mul on selleks piisavalt aega ja ma pingutan piisavalt	1 2 3 4 5 6 7
Minu HO-alaste teadmiste kasutamine tagab minu ohutuse	1 2 3 4 5 6 7
HO ajal suudan ressursse tõhusalt kasutada	1 2 3 4 5 6 7
Saan aidata teistel otsustada, milliseid meetmeid HO ajal kasutusele võtta	1 2 3 4 5 6 7
HO ajal suudan oma eesmärkidest kinni pidada	1 2 3 4 5 6 7
HO ajal suudan oma eesmärg	

HO ajal suudan saavutada enamiku endale seatud eesmärkidest	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Olen kindel, et suudan ootamatute HO-dega tõhusalt toime tulla	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

Tänu oma leidlikkusele oskan HO ajal ettenägematute olukordadega toime tulla	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

HO ajal saan tavaliselt hakkama kõigega, mis ette tuleb	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Teie vanus _____aastat.

Teie sugu:

☐ Mees

☐ Naine

Teie kõrgem lõpetatud haridustase:

☐ Alg-või põhiharidus

☐ Kõrgharidus

☐ Keskharidus

☐ Muu_____

☐ Kesk-eriharidus

Teie tööstaaž Ida-Tallinna Keskhaiglas _____aastat.

Millises üksuses asub Teie töökoht?

☐ Ravi

☐ Magdaleena

☐ Tõnismäe

☐ Järve

Täna vastamise eest!

Tabel A1

Kriisitõhususe dimensioonide väited

Dimensioon	Väide
Tegevuse tõhusus	Olen kindel, et olen võimeline HO ajal rakendama vajalikke meetmeid enda kaitsmiseks
	Tean, et olen võimeline HO korral tegema seda, mida on vaja teha enda kaitsmiseks
	Usun, et suudan HO ajal enamiku probleeme lahendada, kui mul on selleks piisavalt aega ja ma pingutan piisavalt
Ennetuse tõhusus	Minu HO-alaste teadmiste kasutamine tagab minu ohutuse
	HO ajal suudan ressursse tõhusalt kasutada
	Saan aidata teistel otsustada, milliseid meetmeid HO ajal kasutusele võtta
Saavutuse tõhusus	HO ajal suudan oma eesmärkidest kinni pidada
	HO ajal suudan oma eesmärgid saavutada
	HO ajal suudan saavutada enamiku endale seatud eesmärkidest
Ebakindluse ohjamise tõhusus	Olen kindel, et suudan ootamatute HO-dega tõhusalt toime tulla
	Tänu oma leidlikkusele oskan HO ajal ettenägematute olukordadega toime tulla
	HO ajal saan tavaliselt hakkama kõigega, mis ette tuleb

Lisa B

Venekeelne küsimustiku kaaskiri

Уважаемый работник Ida-Tallinna Keskhaigla (ИТК) !

В последнее время наша больница уделяет все больше внимания обеспечению готовности к различным кризисным ситуациям. При обеспечении работы больницы в кризисной ситуации большую роль играет также неклинический персонал.

Цель данного опроса – получить обзор осведомленности людей, работающих на неклинических рабочих местах в ИТК, о кризисных ситуациях, их потребности в обучении и готовности справляться с кризисными ситуациями в больнице. Результаты опроса будут использованы при разработке обучения для неклинического персонала, посвященному поведению в кризисных ситуациях.

Я также планирую использовать данные, собранные в ходе опроса, в своей магистерской работе по специальности «Поведение в организации», которую пишу в Таллиннском университете.

Ответ на вопросы займет примерно 20 минут. Сбор ответов происходит в анонимной форме, что означает, что их нельзя связать с Вашей личностью.

Благодарю Вас за уделенное опросу время и сотрудничество!

Karin Lemming

Координатор работы по обслуживанию клиентов ИТК

Магистрант Таллиннского университета

Venekeelne küsimustik

1.Ниже приведены определения готовности к кризисным ситуациям в больнице. Пожалуйста, отметьте галочкой один вариант, который, по вашей оценке, лучше всего описывает готовность сотрудника к кризисам, имеющим отношение к больнице.

☐	Я знаком(а) с планом разрешения кризисных ситуаций в больнице; я принимал(а)/принимаю участие в курсах и учениях по подготовке к кризисным ситуациям; я готов(а) в случае кризиса делать то, что мне скажут
☐	Я принимал(а)/принимаю участие в курсах и учениях по подготовке к кризисным ситуациям; я знаю свою роль в случае кризиса
☐	Я знаком(а) с планом разрешения кризисных ситуаций в больнице; я принимал(а)/принимаю участие в курсах и учениях по подготовке к кризисным ситуациям; я знаю свою роль в случае кризиса
☐	Я знаком(а) с планом разрешения кризисных ситуаций в больнице; я готов(а) руководить другими в случае кризиса

2. Далее перечислены различные ситуации, которые могут случиться в любое время. Пожалуйста, оцените, является ли описанная ситуация для больницы кризисом и может ли она коснуться Вас как работника больницы. Пожалуйста, отметьте в случае каждой ситуации один вариант ответа.

	Это кризисная ситуация	не	Эта ситуация может стать кризисной, но меня она не коснется	Это кризисная ситуация, которая касается всей больницы
В Таллиннском порту произошла крупная авария, и в отделение больницы на ул. Рави доставили 20 пострадавших	☐		☐	☐

У меня дома прорвало трубу	☐	☐	☐
В больницу пришло электронное письмо о том, что в ней заложена бомба	☐	☐	☐
В Таллиннском заливе произошла утечка нефти, и пострадало множество птиц	☐	☐	☐
В больнице отказала компьютерная сеть. Не работает услуга электронной регистрации пациентов и другие цифровые сервисы	☐	☐	☐
В Таллинне проводится рейд по обнаружению нелегальных мигрантов	☐	☐	☐
В отеле Olümpia произошел пожар	☐	☐	☐
В Хельсинки разразилась вспышка кори. Сообщается о 40 заболевших	☐	☐	☐

3. С какими кризисными ситуациями больнице пришлось столкнуться в 2019 году? Пожалуйста, выберите все подходящие варианты.

☐ Сообщение о заложенной бомбе	☐ Вспышка кори
☐ Пожар	☐ Автобусная авария с несколькими пострадавшими
☐ Сбой в работе ИТ-систем	☐ Обширное отключение электричества
☐ Обрушение лесов	☐ Другое _____

4. Какие из перечисленных в вопросе 3 кризисных ситуаций повлияли на Вас? Пожалуйста, запишите в строке. Если ни одна из кризисных ситуаций на Вас не повлияла, переходите к вопросу 6.

5. Знали ли вы, как действовать в касающихся Вас кризисных ситуациях? Пожалуйста, отметьте галочкой один вариант ответа.

- ☐ Да, я был(а) достаточно подготовлен(а)
- ☒ Нет, я был(а) недостаточно подготовлен(а)
- ☐ В некоторых кризисных ситуациях знал(а), в некоторых – нет

6. Как больница уведомит Вас о кризисной ситуации, которая касается Вас? Пожалуйста, выберите все подходящие варианты.

- | | |
|---|---|
| ☐ С помощью сообщения на экране компьютера | ☐ С помощью официального уведомления по каналу ERR |
| ☐ По каналам социальных медиа | ☐ Передавая информацию через коллегу |
| ☐ С помощью SMS | ☐ С помощью сообщения во внутренней сети больницы |
| ☐ Через больничную газету | ☐ С помощью MSMS |
| ☐ По электронной почте | ☐ Другое _____ |

7. В течение двух последних лет больница проводила обучения на тему готовности к кризисным ситуациям. Принимали ли Вы участие хотя бы в одном обучении? Пожалуйста, отметьте галочкой один вариант ответа.

- ☐ Да
- ☒ Нет
- ☐ Не помню

8. Если Вы ответили на вопрос 7 утвердительно, пожалуйста, перечислите темы, которые рассматривались в ходе обучения.

9. Готовы ли Вы участвовать в обучении, связанных с готовностью к кризисным ситуациям? Пожалуйста, отметьте галочкой один вариант ответа.

- | |
|---|
| ☐ Да |
| ☐ Нет |
| ☐ Затрудняюсь ответить, мне нужно больше информации для принятия решения |

10. Какой метод обучения, по Вашей оценке, лучше всего использовать для подготовки к кризисным ситуациям? Пожалуйста, отметьте галочкой один вариант ответа.

- | | |
|---|--|
| ☐ Электронный курс | ☐ Лекция и учения |
| ☐ Учения | ☐ Другое _____ |
| ☐ Лекция | |

11. В какой степени Вы согласны со следующими утверждениями? Пожалуйста, обведите кружком наиболее подходящий вариант.

1 - категорически не согласен и 7 - полностью согласен

Регулярное проведение обучения помогает улучшить способность справляться с кризисными ситуациями	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

В обучении на тему готовности к кризисным ситуациям должен участвовать весь персонал больницы	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Обучение на тему готовности к кризисным ситуациям нужно проводить только для врачей и медсестер	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Я уверен (-а) в своей способности применить необходимые меры для защиты себя во время кризиса	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Я знаю, что способен (способна) делать то, что надо для защиты себя в случае кризиса.	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Я уверен(а), что смогу решить большинство проблем в условиях кризиса, если для этого будет достаточно времени и я приложу достаточно сил.	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Использование имеющихся у меня знаний о кризисных ситуациях обеспечит мою безопасность.	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Я смогу эффективно использовать ресурсы во время кризиса.	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Я могу помочь другим решить, какие действия предпринять во время кризиса.	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Во время кризиса я могу придерживаться своих целей.	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Во время кризиса я могу достигать поставленные цели.	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

Во время кризиса я могу достичь большинства целей, которые себе поставил (-а).	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

Я уверен (-а), что смогу эффективно справиться с неожиданными кризисными ситуациями.	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

Благодаря моей изобретательности, я смогу справиться с непредвиденными ситуациями во время кризиса.	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Во время кризиса я обычно смогу справиться со всем, с чем приходится столкнуться.	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Возраст: _____ лет.

Пол:

☐	Мужской
--------------------------	---------

☐	Женский
--------------------------	---------

Наивысшая законченная ступень образования

☐	Начальное образование	или	основное	☐	Высшее образование
☐	Среднее образование			☐	Другое _____
☐	Средне-специальное образование				

Стаж работы в Восточно-Таллиннской центральной больнице: _____ лет.

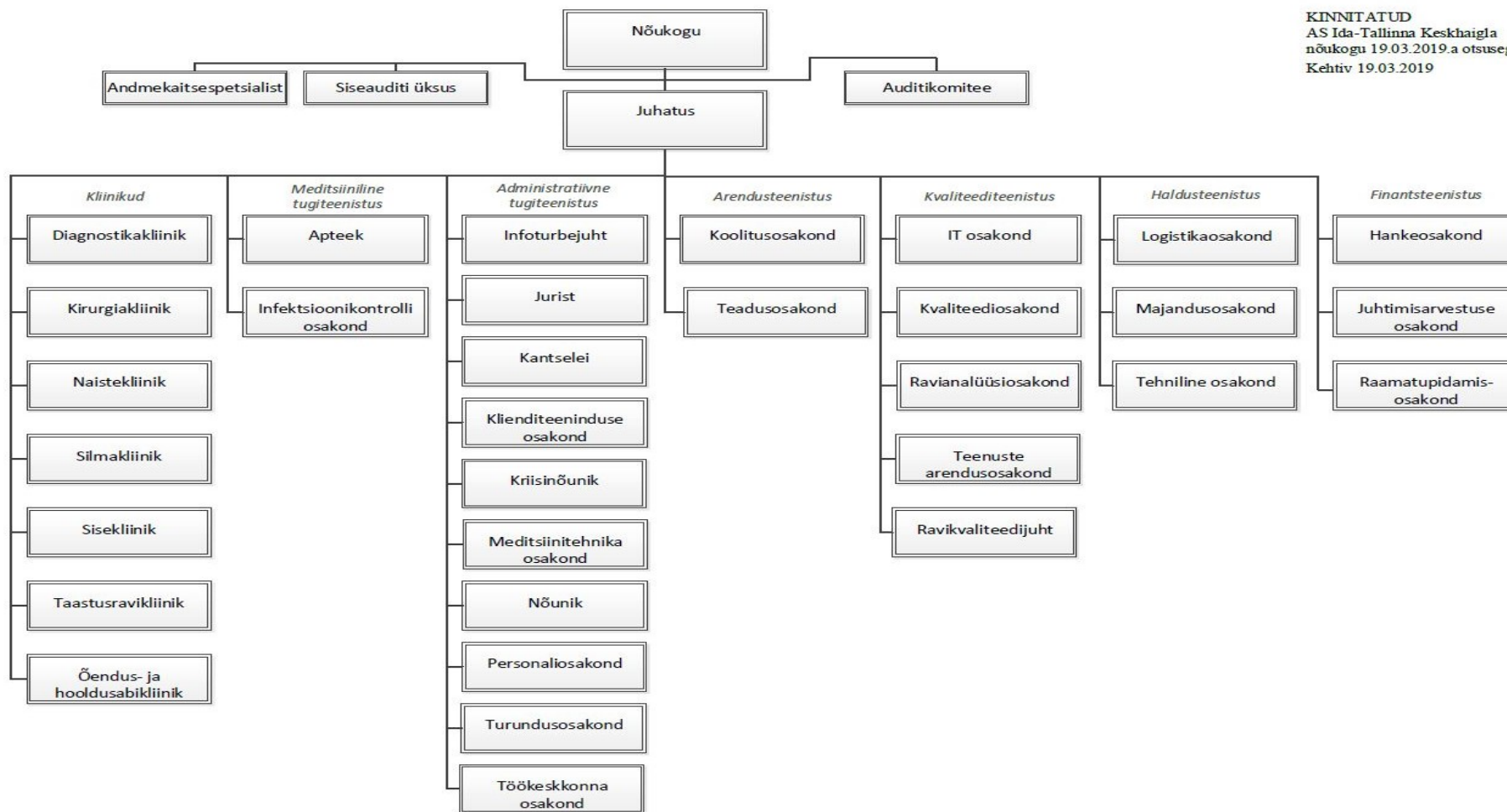
В каком отделении находится Ваше рабочее место?

☐	Рави	☐	Магдалеэна
☐	Тынисмяэ	☐	Ярве

Благодарю за участие в исследовании!

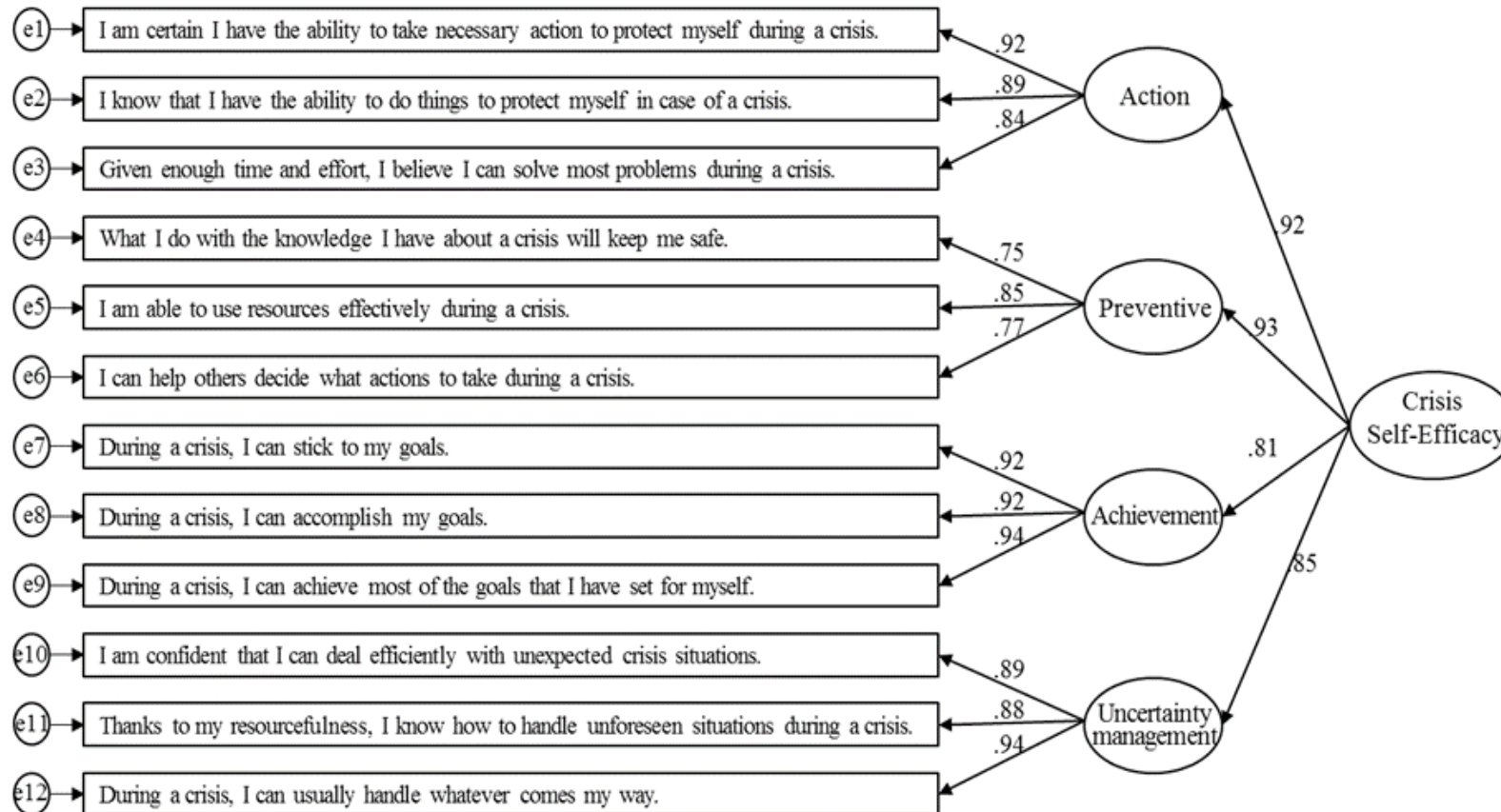
Lisa C

AS Ida-Tallinna Keskhaigla struktuur



Lisa D

Kriisi enesetõhususe neljadirimensiooniline mudel (Park, 2016)



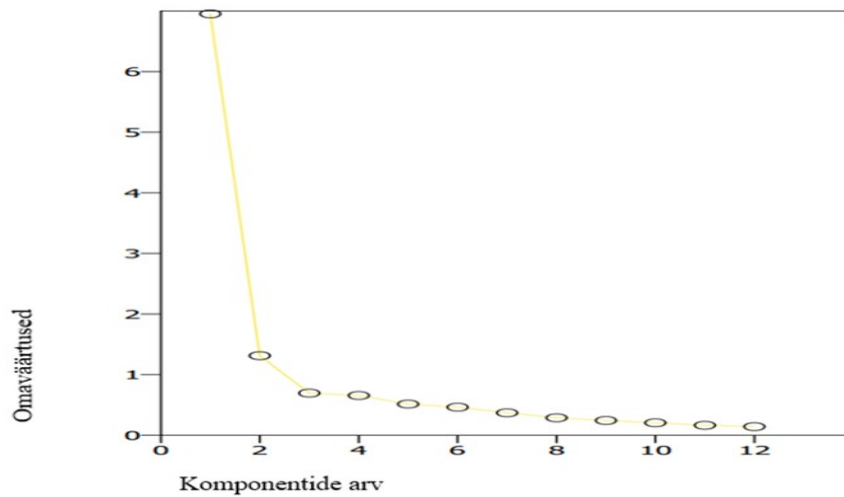
Tabel E1

Kriisitõhususe skaala kommunaliteetid

Väide	Esialgsed kommunaliteetid	Eraldatud kommunaliteetid
1. TT	1.00	.83
2. TT	1.00	.86
3. TT	1.00	.56
4. TT	1.00	.48
5.ESET	1.00	.64
6. ESET	1.00	.59
7.ESET	1.00	.67
8.ESET	1.00	.79
9. ESET	1.00	.78
10. ESET	1.00	.75
11. ESET	1.00	.66
12. ESET	1.00	.65

$n = 327$

Märkus. TT – tegevuse tõhusus; ESET – ennetuse, saavutuse ja ebakindluse ohjamise tõhusus



Joonis E1. Peakomponentide analüüsimisel saadud omaväärtuste graafik

Tabel E2

Peakomponentide osaväärtused ja nende poolt kirjeldatud osa koguhajuvusest protsentides

Komponen t	Kokku	Esialgne		Kokku	Eraldatud	
		Variatiivsus (%)	Kumulatiivsus (%)		Variatiivsus (%)	Kumulatiivsus (%)
1. TT	6.95	57.94	57.94	6.95	57.94	57.94
2. TT	1.31	10.93	68.87	1.31	10.93	68.87
3. TT	.69	5.79	74.66			
4. TT	.66	5.46	80.12			
5. ESET	.51	4.28	84.40			
6. ESET	.46	3.86	88.25			
7. ESET	.37	3.08	91.33			
8. ESET	.29	2.39	93.72			
9. ESET	.24	2.02	95.75			
10. ESET	.20	1.71	97.45			
11. ESET	.16	1.37	98.82			
12. ESET	.14	1.18	100.00			

$n = 327$

Märkus. TT –tegevuse tõhusus; ESET –ennetuse, saavutuse ja ebakindluse ohjamise tõhusus

Tabel E3

Skaalade reliaablused (α), minimaalsed (min), maksimaalsed (max) ja keskmised (M) väärtused ning standardhälbed (SD)

Skaala nimetus	Väidete arv	α	min	max	M	SD
KT	12	.93	1.00	7.00	4.71	1.20
TT	4	.81	1.00	7.00	4.99	1.24
ESET	8	.93	1.00	7.00	4.57	1.32

Märkus. KT- kriisitõhusus; TT –tegevuse tõhusus; ESET –ennetuse, saavutuse ja ebakindluse ohjamise tõhusus

Tabel E4

Skaala väidete korrelatsioonid üldskooriga ja skaala sisemise homogeensuse muutus väidete eraldamise järel

Väide	Skaala keskmine väite eraldamise järel	Skaala variatiivsus väite eraldamise järel	Väite korrelatsioon ülejäänud väidete summaga	Skaala Cronbachi α väite eraldamise järel
1. TT	51.69	181.07	.60	.93
2. TT	51.54	181.37	.58	.93
3. TT	51.62	178.64	.67	.93
4. TT	51.24	178.93	.61	.93
5. ESET	51.78	174.34	.75	.93
6. ESET	52.27	173.58	.72	.93
7. ESET	51.74	173.95	.73	.93
8. ESET	51.84	173.07	.78	.92
9. ESET	51.92	172.13	.77	.92
10. ESET	52.01	172.60	.81	.92
11. ESET	51.93	175.88	.72	.93
12. ESET	52.10	174.18	.73	.93

$n = 327$

Märkus. TT –tegevuse tõhusus; ESET – ennetuse, saavutuse, ebakindluse ohjamise tõhusus

Lisa F

Tabel F1

Meessoost ja naissoost mittekliinilise personali hinnangute võrdlus HO-des käitumise enesetõhususe osas. T-testi tulemused

		Levene'i test		t-test						
		F	p	t	df	p	Keskväärtuste erinevus	Keskväärtuste erinevuse standardviga	Keskväärtuste 95% Alumine	erinevuse usalduspiirid Ülemine
Kriisitõhusus	Võrdsete hälvete korral	0.00	.961	1.35	325.00	.179	.25	.18	-.11	.61
	Erinevate hälvete korral			1.30	66.18	.197	.25	.19	-.13	.63

n = 327

Märkus. HO – hädaolukord

Tabel F2

Meessoost ja naissoost mittekliinilise personali hinnangute võrdlus HO-deks valmisolekuks osas. T-testi tulemused

		Levene'i test		t-test						
		F	p	t	df	p	Keskväärtuste erinevus	Keskväärtuste erinevuse standardviga	Keskväärtuste 95% Alumine	erinevuse usalduspiirid Ülemine
TT	Võrdsete hälvete korral	.00	.986	1.09	325.00	.278	.21	.19	-.17	.58
	Erinevate hälvete korral			1.06	66.9	.291	.21	.20	-.18	.60
ESET	Võrdsete hälvete korral	.25	.620	1.33	325.00	.186	.27	.20	-.13	.67
	Erinevate hälvete korral			1.31	67.33	.194	.27	.20	-.14	.68

n = 327

Märkus. TT –tegevuse tõhusus; ESET- ennetuse, saavutuse ja ebakindluse ohjamise tõhusus; HO – hädaolukord

Tabel F3

HO-alase koolituse läbimine vanusegruppide kaupa. Bonferroni testi tulemused

Vanusegruppide võrdlus	Teststatistik	Standardviga	Standard teststatistik	p	Kohandatud p
3 grupp – 2 grupp	11.069	10.903	1.015	.310	.930
3 grupp – 1 grupp	27.572	10.950	2.518	.012	.035
2 grupp – 1 grupp	16.502	10.696	1.543	.123	.369

$n = 327$

Märkus. 1 grupp: 23-48a ($n = 111$), 2 grupp: 49-60a ($n = 113$), 3 grupp 61-82 ($n = 103$). HO - hädaolukord

		Levene'i test		t-test						
		F	p	t	df	p	Keskvaartuste erinevus	Keskvaartuste erinevuse standardviga	Keskvaartuste 95% Alumine	erinevuse usalduspiirid Ülemine
Kriisitõhusus	Võrdsete hälvete korral	.04	.838	1.57	220.00	.117	.22	.14	-.05	.49
	Erinevate hälvete korral			1.67	54.52	.101	.22	.13	-.04	.48

Tabel F4

Meessoost ja naissoost mittekliinilise personali hinnangute võrdlus HO-des käitumise teadlikkuse osas. T-testi tulemused

$n = 222$

Märkus. HO - hädaolukord

Tabel F5

HO - tõhususe võrdlus HO - alasel koolitusel osalemise – mitteosalemise osas. Dispersioonanalüüsi (ANOVA) tulemused

	Levene'i test p		Keskruutude summa	df	Keskruut	F	p
Kriisitõhusus	.568	Gruppidevaheline	14.14	2	7.07	5.02	.007
		Gruppide sisene	456.67	324	1.41		
		Kokku	470.80	326			
ESET	.973	Gruppidevaheline	13.97	2	6.98	4.09	.018
		Gruppide sisene	552.83	324	1.71		
		Kokku	566.80	326			

$n = 327$

Märkus. HO – hädaolukord; ESET – ennetuse, saavutuse ja ebakindluse ohjamise tõhusus

Tabel F5.1

Kriisitõhususe võrdlus HO - alasel koolitusel osalemise – mitteosalemise osas. Tukey testi tulemused

Grupid	Gruppide vaheline võrdlus	Keskmine vahe	Standardviga	p	95 % Usalduspiir	
					Ülemine	Alumine
1	2	.03733	.18929	.979	-.4084	.4830
	3	-.43707	.14747	.009	-.7843	-.0899
2	1	-.03733	.18929	.979	-.4830	.4084
	3	-.47441	.20295	.052	-.9523	.0034
3	1	.43707	.14747	.009	.0899	.7843
	2	.47441	.20295	.052	-.0034	.9523

$n = 327$

Märkus. 1 grupp: ei ole koolituse osalenud; 2 grupp: ei tea kas on koolitusel osalenud, 3 grupp on koolitusel osalenud. HO - hädaolukord

Tabel 5.2

Tegevuse tõhususe võrdlus HO - alasel koolitusel osalemise – mitteosalemise osas. Bonferroni testi tulemused

Vanusegruppide võrdlus	Teststatistik	Standardviga	Standard teststatistik	p	Kohandatud p
1 grupp – 2 grupp	-.175	15.036	-.012	.991	1.000
1 grupp – 3 grupp	-32.399	11.714	-2.766	.006	.017
2 grupp – 3 grupp	-32.224	16.121	-1.999	.046	.137

$n = 327$

Märkus. 1 grupp: ei ole koolituse osalenud; 2 grupp: ei tea kas on koolitusel osalenud, 3 grupp on koolitusel osalenud. HO - hädaolukord

Tabel F5.3

Ennetuse, saavutuse ja ebakindluse ohjamise tõhususe võrdlus HO - alasel koolitusel osalemise – mitteosalemise osas. Tukey testi tulemused

Grupid	Gruppide vaheline võrdlus	Keskmine vahe	Standardviga	p	95 % Usalduspiir	
					Ülemine	Alumine
1	2	.05488	.20827	.962	-.4355	.5453
	3	-.4291	.16266	.023	-.8113	-.0473
2	1	-.05488	.20827	.962	-.5453	.4355
	3	-.48419	.22330	.078	-.1.0100	.0416
3	1	.42931	.16226	.023	.0473	.8113
	2	.48419	.22330	.078	-.0416	1.0100

$n = 327$

Märkus. 1 grupp: ei ole koolituse osalenud; 2 grupp: ei tea kas on koolitusel osalenud, 3 grupp on koolitusel osalenud. HO - hädaolukord

Tabel F6

HO tõhususe võrdlus varasema haigla HO kogemuse osas. Dispersioonanalüüsi (ANOVA) tulemused

	Levene'i test		Keskruutude				
	p		summa	df	Keskruut	F	p
Kriisitõhusus	.119	Gruppidevaheline	40.10	2	20.05	15.50	.000
		Gruppide sisene	283.29	219	1.29		
		Kokku	323.38	221			
ESET	.116	Gruppidevaheline	43.82	2	21.91	13.86	.000
		Gruppide sisene	346.35	219	1.58		
		Kokku	390.18	221			

$n = 222$

Märkus. HO – hädaolukord; ESET – ennetuse, saavutuse ja ebakindluse ohjamise tõhusus

Tabel F6.1

Kriisitõhususe võrdlus varasema haigla HO kogemuse osas. Tukey testi tulemused

Grupid	Gruppide vaheline võrdlus	Keskmine vahe	Standardviga	p	95 % Usalduspiir	
					Ülemine	Alumine
1	2	-.69149	.20016	.002	-1.1638	-.2192
	3	-1.12658	.20236	.000	-1.6041	-.6491
2	1	.69149	.20016	.002	.2192	1.1638
	3	-.43509	.17402	.035	-.8457	-.0244
3	1	1.12658	.20236	.000	.6491	1.6041
	2	.43509	.17402	.035	.0244	.8457

$n = 222$

Märkus. HO – hädaolukord;

Tabel 6.2

Tegevuse tõhususe võrdlus varasema haigla HO kogemuse osas. Bonferroni testi tulemused

Vanusegruppide võrdlus	Teststatistik	Standardviga	Standard teststatistik	p	Kohandatud p
1 grupp – 2 grupp	-.29.839	11.274	-2.647	.008	.024
1 grupp – 3 grupp	-49.679	11.398	- 4.359	.000	.000
2 grupp – 3 grupp	-19.840	9.802	-2.024	.043	.129

$n = 222$

Märkus. 1 grupp: ei ole koolituse osalenud; 2 grupp: ei tea kas on koolitusel osalenud, 3 grupp on koolitusel osalenud. HO – hädaolukord

Tabel F6.3

Ennetuse, saavutuse ja ebakindluse juhtimise tõhususe võrdlus varasema haigla HO kogemuse osas. Tukey testi tulemused

Grupid	Gruppide vaheline võrdlus	Keskmine vahe	Standardviga	p	95 % Usalduspiir	
					Ülemine	Alumine
1	2	-.72616	.22132	.003	-1.2482	-.2039
	3	-1.17783	.22375	.000	-1.7058	-.6498
2	1	.72616	.22132	.003	.2039	1.2484
	3	-.45167	.19242	.052	-.9057	-.0024
3	1	1.17783	.22375	.000	.6498	1.7058
	2	.45167	.19242	.052	.0024	.9057

Tabel F7

Staaži ja kriisitõhususe üldskoori, HO teadlikkuse ja koolituseks valmisoleku vahelised korrelatsioonid (Spearmani korrelatsioonikordaja)

	Kriisitõhususe üldskoor**	Hädaolukorra teadlikkus***	Koolituseks valmisolek**
Staaž	-.142*	-.047	-.030

* $p < .05$

** $n = 327$; *** $n = 222$

Märkus. HO – hädaolukord

		Levene'i test		t-test						
		F	p	t	df	p	Keskväärtuste erinevus	Keskväärtuste erinevuse standardviga	Keskväärtuste 95% Alumine	erinevuse usalduspiirid Ülemine
Kriisitõhusus	Võrdsete hälvete korral	2.31	.129	1.60	325.00	.110	.23	.15	-.05	.52
	Erinevate hälvete korral			1.50	155.83	.135	.23	.16	-.07	.54
HO-teadlikkus*	Võrdsete hälvete korral	15.08	.000	1.39	220.00	.166	.17	.12	-.07	.40
	Erinevate hälvete korral			1.53	106.71	.129	.17	.11	-.05	.38

Koolituseks Valmisolek	Võrdsete hälvete korral	6.92	.009	2.01	325.00	.045	.22	.11	.01	.44
	Erinevate hälvete korral			1.95	166.70	.052	.22	.11	.00	.45

Tabel F8

Emakeelel põhinev võrdlus kriisitõhususe üldskoori, HO teadlikkuse ning koolituseks valmisolekuga. T-testi tulemused

$n = 327$, * $n = 222$.

Märkus. HO – hädaolukord

Tabel F9

Meeste ja naiste hinnangute erinevuse võrdlus väitele: regulaarne koolituse läbiviimine aitab kaasa HO-des toimetuleku parandamisele. T-testi tulemused

		Levene'i test		t-test						
		F	p	t	df	p	Keskväärtuste erinevus	Keskväärtuste erinevuse standardviga	Keskväärtuste 95% Alumine	erinevuse usalduspiirid Ülemine
Regulaarne koolitus	Võrdsete hälvete korral	.26	.608	.02	325	.983	.00	.21	-.41	.42
	Erinevate hälvete korral			.02	69.91	.982	.00	.20	-.40	.41

n = 327

Märkus. HO – hädaolukord

Tabel F10

Emakeele põhjal hinnangute erinevuse võrdlus väitele: regulaarne koolituse läbiviimine aitab kaasa HO-des toimetuleku parandamisele. T-testi tulemused

n = 327

Märkus. HO – hädaolukord

		Levene'i test		t-test						
		F	p	t	df	p	Keskväärtuste erinevus	Keskväärtuste erinevuse standardviga	Keskväärtuste 95% Alumine	erinevuse usalduspiirid Ülemine
Regulaarne koolitus	Võrdsete hälvete korral	5.14	.024	1.18	325.00	.239	.19	.16	-.13	.52
	Erinevate hälvete korral			1.09	152.80	.275	.19	.18	-.16	.54

Tabel F11

Meeste ja naiste hinnangute erinevuse võrdlus väitele: HO koolitusel peaks osalema kogu personal. T-testi tulemused

		Levene'i test		t-test						
		F	p	t	df	p	Keskväärtuste erinevus	Keskväärtuste erinevuse standardviga	Keskväärtuste 95% Alumine	erinevuse usalduspiirid Ülemine
Kogu personal	Võrdsete häälvete korral	10.79	.001	-2.21	325.00	.028	-.51	.23	-.96	-.05
	Erinevate häälvete korral			-1.87	60.51	.066	-.51	.27	-1.05	.03

n = 327

Märkus. HO – hädaolukord

Tabel F12

Emakeele põhjal hinnangute erinevuse võrdlus väitele HO koolitusel peaks osalema kogu personal. T-testi tulemused

		Levene'i test		t-test						
		F	p	t	df	p	Keskväärtuste erinevus	Keskväärtuste erinevuse standardviga	Keskväärtuste 95% Alumine	erinevuse usalduspiirid Ülemine
Kogu personal	Võrdsete häälvete korral	2.43	.120	.01	325.00	.992	.00	.18	-.36	.36
	Erinevate häälvete korral			.01	164.58	.993	.00	.19	-.37	.38

n = 327

Märkus. HO – hädaolukord

Tabel F13

Meeste ja naiste hinnangute erinevuse võrdlus väitele: koolitusi peaks korraldama ainult arstidele ja õdedele. T-testi tulemused

		Levene'i test		t-test						
		F	p	t	df	p	Keskväärtuste erinevus	Keskväärtuste erinevuse standardviga	Keskväärtuste 95% erinevuse usalduspiirid	
									Alumine	Ülemine
Arstidele, õdedele	Võrdsete hälvete korral	4.91	.027	-1.03	325.00	.302	-.27	.26	-.78	.24
	Erinevate hälvete korral			-1.33	90.60	.188	-.27	.20	-.67	.13

n = 327

Tabel F14

Emakeele põhjal hinnangute erinevuse võrdlus väite: koolitusi peaks korraldama ainult arstidele ja õdedele. T-testi tulemused

		Levene'i test		t-test						
		F	p	t	df	p	Keskväärtuste erinevus	Keskväärtuste erinevuse standardviga	Keskväärtuste 95% erinevuse usalduspiirid	
									Alumine	Ülemine
Arstidele, õdedele	Võrdsete hälvete korral	7.09	.008	-1.88	325.00	.061	-.39	.20	-.79	.02
	Erinevate hälvete korral			-1.76	153.81	.081	-.39	.22	-.82	.05

n = 327

Tabel G1

Mis Teie hinnangul kirjeldab kõige paremini töötaja valmisolekut HO-deks

Olen tutvunud haigla HO lahendamise plaaniga; olen osalenud/osalen HO ettevalmistavatel koolitustel ja õppustel; olen valmis HO korral tegema seda, mida mulle öeldakse.	<i>n</i> = 176
Olen osalenud/osalen HO ettevalmistavatel koolitustel ja õppustel; tean oma rolli HO korral.	<i>n</i> = 59
Olen tutvunud haigla HO lahendamise plaaniga; olen osalenud/osalen HO ettevalmistavatel koolitustel ja õppustel; tean oma rolli HO korral.	<i>n</i> = 74
Olen tutvunud haigla HO lahendamise plaaniga; olen valmis HO korral teisi juhendama.	<i>n</i> = 18

n = 327

Märkus. HO = hädaolukord

Tabel G2

Kas kirjeldatud olukord on haigla jaoks HO ja kas see võiks puudutada ka Teid haiglatöötajana

	Ei ole HO	Võib olla HO, kuid mind ei puuduta	On HO, mis puudutab kogu haiglat
Tallinna Sadamas on juhtunud suur õnnetus ja Ravi üksusesse tuuakse 20 kannatanut	<i>n</i> = 43	<i>n</i> = 150	<i>n</i> = 134
Mul on kodus veeavarii	<i>n</i> = 320	<i>n</i> = 5	<i>n</i> = 2
Haigla infomeilile saabub e-kiri teavitusega, et haiglas on pomm	<i>n</i> = 12	<i>n</i> = 24	<i>n</i> = 291
Tallinna lähel on õlireostus ja paljud linnud on saanud kannatada	<i>n</i> = 212	<i>n</i> = 105	<i>n</i> = 10
Haigla IT võrk on maas. Patsientide elektrooniline registreerimine ja muud e-teenused ei toimi	<i>n</i> = 56	<i>n</i> = 64	<i>n</i> = 207
Tallinnas toimub haarang illegaalsete migrantide tabamiseks	<i>n</i> = 235	<i>n</i> = 77	<i>n</i> = 15
Olümpia hotellis on tulekahju	<i>n</i> = 118	<i>n</i> = 150	<i>n</i> = 59
Helsingis on leetrite puhang. Teatatakse 40 haigestunust	<i>n</i> = 183	<i>n</i> = 108	<i>n</i> = 36

n = 327

Märkus. HO = hädaolukord

Tabel G3

Milliste HO-dega pidi haigla 2019. aasta jooskul tegelema

Pommiähvardus	<i>n</i> = 122
Tulekahju	<i>n</i> = 10
IT-kriis	<i>n</i> = 241
Tellingute varing	<i>n</i> = 1
Leetrite puhang	<i>n</i> = 30
Mitmete kannatanutega bussiõnnetus	<i>n</i> = 33
Ulatuslik elektrikatkestus	<i>n</i> = 30
Muu	<i>n</i> = 14

n = 327

Märkus. HO = hädaolukord. Lahtris muu olid kommentaarid: ei ole kursis (*n* = 4), IT-kriis (*n* = 2), ei mäleta (*n* = 1), ei tea (*n* = 1), pole silmitsi seisnud (*n* = 1)

Tabel G4

Kuidas haigla teavitab Teid HO-st, mis puudutab Teid

Arvuti ekraaniteatega	<i>n</i> = 219
Sotsiaalmeedia kaudu	<i>n</i> = 28
SMS-ga	<i>n</i> = 94
Haigla ajalehe kaudu	<i>n</i> = 14
E-kirja teel	<i>n</i> = 183
ERR kanalist ametliku teadaandega	<i>n</i> = 21
Kolleegiga sõna saates	<i>n</i> = 162
Teatega haigla siseveebis	<i>n</i> = 205
MSMS-ga	<i>n</i> = 26
Muu	<i>n</i> = 9

n = 327

Märkus. HO = hädaolukord. Lahtris muu olid kommentaarid: telefoni teel (*n* = 7), häiresignaal (*n* = 2)

Tabel G5

Koolitusel käsitletud teemad

Tuleohutus ja päästelohistite kasutamine	<i>n</i> = 35
IT-turvalisus, IT-kriisiõppus	<i>n</i> = 15
Esmaabi	<i>n</i> = 10
HO definitsioonid, masskannatanute situatsioon	<i>n</i> = 6
Kriisi- ja riskikommunikatsioon	<i>n</i> = 5
Kriisiõppus	<i>n</i> = 5
Gripp ja teised infektsioonhaigused	<i>n</i> = 4
Terrori ja pommiohu korral tegutsemine	<i>n</i> = 6
Patsiendi suunamine, informeerimine ja registreerimine HO ajal	<i>n</i> = 2
Kuidas käituda ja abistada teisi	<i>n</i> = 2
Kodune ettevalmistus ja valmisolek HO-ks	<i>n</i> = 2
MIMMS	<i>n</i> = 1
Raudteel juhtunud õnnetuse lahendamine	<i>n</i> = 1

n = 85*Märkus. HO = hädaolukord*

Tabel G6

Milline oleks Teie hinnangul parim koolitusmeetod HO valmisoleku õppimiseks

E-kursus	<i>n</i> = 54
Õppus	<i>n</i> = 29
Loeng	<i>n</i> = 49
Loeng koos õppusega	<i>n</i> = 190
Muu	<i>n</i> = 5

n = 327*Märkus. HO = hädaolukord. Lahter muu oli ilma kommentaarideta.*

Autorideklaratsioon ja lihtlitsents

Mina, Karin Lemming,

1. olen koostanud magistritöö iseseisvalt. Teiste autorite uurimistööd, olulised seisukohad kirjandusest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.
2. annan Tallinna Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

AS Ida-Tallinna Keskhaigla mittekliinilise personali hädaolukordadeks valmisolek kui kriisitõhususe väljendusviis

mille juhendaja on Antek Kasemaa,

- 2.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja elektroonilise avaldamise eesmärgil Tallinna Ülikooli Akadeemilise Raamatukogu repositooriumis alates lõputöö positiivsele tulemusele hindamisest kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni;
- 2.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tallinna Ülikooli Akadeemilise Raamatukogu repositooriumis alates lõputöö positiivsele tulemusele hindamisest kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni;
3. olen teadlik, et punktis 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile;
4. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitset reguleerivatest õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Töö autor:

Karin Lemming

digitaalne allkiri, 28.05.2020

Töö on kaitsmisele lubatud.

Juhendaja:

Antek Kasemaa, MA

digitaalne allkiri, 28.05.2020

Kaitsmine toimub Tallinna Ülikooli Loodus- ja terviseteaduste instituudi magistritööde kaitsmiskomisjoni avalikul koosolekul juunis 2020. aastal Tallinnas.