

Tartu Ülikool
Meditsiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Käthlin Vahtel

**MEESTE KOGEMUSED PEREKESKSE SÜNNITUSABIGA – KVALITATIIVNE
UURIMUS LÄÄNE-TALLINNA KESKHAIGLA JA LÕUNA-EESTI HAIGLA
SÜNNITUSOSAKONNAS**

Magistritöö

Tartu 2016

Juhendaja: Karin Eilmann, RM, MSc

/allkiri/

/kuupäev/

Kaasjuhendaja: Janne Pühvel, RM, MSc

/allkiri/

/kuupäev/

Otsus magistritöö kaitsmisele lubamise kohta:

/TÜ AR õendusteaduse osakonna nõukogu otsus, koosoleku protokoll nr ja kuupäev/

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Käthlin Vahtel,

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

MEESTE KOGEMUSED PEREKESKSE SÜNNITUSABIGA – KVALITATIIVNE UURIMUS LÄÄNE-TALLINNA KESKHAIGLA JA LÕUNA-EESTI HAIGLA SÜNNITUSOSAKONNAS,

mille juhendaja on Karin Eilmann, **RM, MSc**

ja kaasjuhendaja on Janne Pühvel, **RM, MSc,**

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

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

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

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

Tartus, **19.12.2016**

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	5
SUMMARY	6
1. SISSEJUHATUS.....	7
2. MEESTE KOGEMUSED PEREKESKSE SÜNNITUSABIGA – VARASEMATE UURIMISTÖÖDE ÜLEVAADE JA METOODIKA	9
2.1 Perekeskne sünnitusabi ja selle olulisus.....	9
2.2 Meeste kogemused perekeskse sünnitusabiga.....	10
2.3 Varasemate uurimistööde metoodika ja kasutatud mõõdikud.....	13
3. METOODIKA.....	15
3.1 Metodoloogilised lähtekohad	15
3.2 Uuritavad ja nende värbamine.....	15
3.3 Andmete kogumine	17
3.4 Andmete analüüs	19
3.5 Uurimistöö usaldusväärsus.....	20
4. TULEMUSED.....	22
4.1 Meeste kogemused seoses suhtlemisega perekesksel sünnitusel	22
4.2 Meeste kogemused perekesksel sünnitusel seoses saadud informatsiooniga.....	25
4.3 Meeste kogemused perekesksel sünnitusel seoses koostöö ja võimestamisega	34
4.4 Meeste kogemused perekesksel sünnitusel seoses enesega toimetulekuga.....	36
5. ARUTELU	41
5.2 Meeste kogemused perekesksel sünnitusel seoses informatsiooniga.....	43
5.3 Meeste kogemused perekesksel sünnitusel seoses koostöö ja jõustamisega.....	47
5.4 Meeste kogemused perekesksel sünnitusel seoses enesega toimetulekuga.....	47
6. JÄRELDUSED.....	50
7. KASUTATUD KIRJANDUS	51
LISAD	57
LISA 1. Kutse uurimistöös osalemiseks	57
LISA 2. Informeeritud nõusoleku vorm	59
LISA 3. Tartu Ülikooli Inimuringute Eetikakomitee Luba	61

KOKKUVÕTE

Meeste kogemused seoses perekeskse sünnitusabiga – kvalitatiivne uurimus Lääne-Tallinna Keskhaigla ja Lõuna-Eesti Haigla sünnitusosakonnas

Kõikides õenduse ja ämmaemanduse valdkondades on prioriteediks patsiendi- ja perekeskne lähenemine ning perekondade füüsilise ja emotsionaalse toimetuleku toetus (Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2011). Siiski puudub Eestis tõenduspõhine teave meeste kogemuste kohta seoses perekeskse sünnitusabiga. Käesoleva uurimistöö eesmärk oli kirjeldada meeste kogemuse seoses perekeskse sünnitusabiga.

Käesolev uurimistöö on empiiriline, kirjeldav ja kvalitatiivne. Uurimismeetodiks oli struktureerimata intervjuu. Uurimistöös osales 12 meest, kellest üheksa osalesid peresünnitusel Lääne-Tallinna Keskhaigla ja kolm Lõuna-Eesti haigla sünnitusosakonnas. Andmeid koguti kuni andmebaasi küllastuseni. Kõik intervjuud lindistati ning kirjutati sõna-sõnalt ümber. Saadud andmeid analüüsiti induktiivse sisuanalüüsiga paralleelselt uue teabe kogumisega.

Uurimistöö tulemusena selgus, et meeste kogemused perekeskse sünnitusabiga varieerusid ning olid mõjutatud paljudest teguritest. Olulisel kohal olid suhtlemine oma naisega ning nende omavahelise suhte toimimine, suhtlus ämmaemanda ning muu tervishoiupersonaliga, milles eristus selgelt privaatsuse vajadus. Meeste kogemuste puhul informatsiooniga perekesksel sünnitusel ilmnas, et info oli vähene ning kohati raskesti mõistetav nii personali eesti keele halva oskuse tõttu aga ka tervishoiutöötajate meditsiinialaste väljendite kasutamise tõttu. Mehed kogesid võimestamist tervishoiutöötajate poolt ning seda, et nad olid kaasatud otsuste tegemise protsessi. Mitte ükski uuritav ei maininud, et tal oleks olnud sünnitusel passiivne pealtvaataja roll. Sünnitusel osalemine oli meestele oluline katsumus ning nad tajusid füüsilisi muutusi toimetulekul.

Märksõnad: perekesksus, sünnitusabi, perekeskne sünnitus, kogemus, intervjuu, sisuanalüüs.

SUMMARY

Men's experiences with family-centered delivery - A qualitative study in West Tallinn Central Hospital and South-Estonian Hospital delivery units.

One of the main priorities in all nursing and midwifery fields is patient- and family-centered approach and support in physical and emotional coping (Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2011). However, there isn't any scientific evidential material that describes men's involvement in family-centered delivery. The aim of this study was to describe men's experiences with family-centered delivery.

The present study is empiric, descriptive and qualitative. The research method which was used, was an open-ended interview. 12 men voluntarily participated in this study - nine of those were from West Tallinn Central Hospital and three were from South-Estonian Hospital. Data was collected until saturation. All the interviews were recorded and transcribed verbatim and inductive content analysis was used. The gathering and analysis of the data took place simultaneously.

Results: Men's experiences with family-centered delivery varied and were affected by various factors. Communication with their partner, midwife and health care professionals were essential, also was important a close relationship between the partners and the men preferred their privacy. Men's experience with information in family-centered delivery showed that there was a lack of information and sometimes it was difficult to understand the staff of the hospital because of their lack of fluent Estonian and using lots of medical terms. Men felt that they were empowered by the health care professionals and they were involved in making decision during the process. None of the participants felt that they were left out nor a passive bystander. Taking part in family-centered delivery was also demanding for men and they felt physical changes in their bodies and behaviour.

Keywords: *family-centered, delivery, family-centered delivery, experience, interview, content analysis.*

1. SISSEJUHATUS

Juba ligi 40 aastat on räägitud perekesksest sünnitusest, sest tõdeti, et sünnitustoas ei sünni mitte ainult uus ilmakodanik vaid pere ning toetust vajavad kõik pereliikmed (Tiirikainen 2002). Eestis toimusid esimesed peresünnitused taasisesiseisvumise järgselt 1990. aastate alguses. Sünnitusabi suund on sellest ajast alates liikunud protseduurikeskselt patsiendi/kliendi- ja perekesksusele (Uriko 2006). Peresünnituste arv on Eestis aasta-aastalt tõusnud, näiteks 1997. aastal oli see 46,6%, 2007. aastal juba 73,3% ja 2012.aastal 77,9% kõikidest sünnitustest (Eesti meditsiiniline... 2013). 2015. aastal toimus Lääne-Tallinna Keskhaigla sünnitusosakonnas 3576 sünnitust, neist olid peresünnitused 3143 (88%) (Lääne-Tallinna Keskhaigla AS... 2016) ning Lõuna-Eesti Haigla sünnitusosakonnas 274, neist olid peresünnitused 214 (78%) (Lõuna-Eesti Haigla AS... 2016).

Perekeskne sünnitusabi on pere seisukohalt väga tähtis, kuna sünnitusel osalenute toetuse puudumine või mõne liikme eiramine võib viia lahkkelideni peresuhetes ning pere lagunemiseni (Tiirikainen 2002). Perekeskses tervishoius on olulised nii patsiendi kui ka pere rahulolu, kogemused ning seeläbi nende hinnang tervishoiuteenustele. (Global Standards for ... 2011.) Ka Eesti Õdede Liidu ja Eesti Ämmaemandate Ühingu arengustrateegia üheks prioriteediks kõikides õenduse ja ämmaemanduse valdkondades on patsiendi- ja perekeskne lähenemine, perekondade füüsilise ja emotsionaalse toimetuleku toetus. Seetõttu on oluline lisaks meditsiinilise abi osutamisele üha enam ka perekondade võimestamine ning raviprotsessi kaasamine (Eesti õenduse ja ... 2011.) Lõpliku hinnangu saadud tervishoiuteenustele kujundavad nii teostatud meditsiinilised toiminguid kui ka personali käitumine ja suhtumine patsienti ning tema peresse (Raiend 2005).

On läbi viidud erinevaid uurimistöid, milles on kirjeldatud meeste kogemusi sünnitusel viibimisega ning selle mõjuga isaks kasvamisel. Meeste osalemist sünnitusel seostatakse paremate tervisetulemitega naistel ja lastel, pere jätkusuutlikkuse tagamise ning pere toimimise võimekusega (Bäckström ja Wahn 2011). Mehed peavad oluliseimaks saada psüühilist ja emotsionaalselt tuge ämmaemandalt kogu sünnituse vältel (Premberg jt 2012), kuna sünnitustoas kogetaval hirmul on suur mõju edasistele peresuhetele (Eriksson jt 2007). Siiski kogevad nad tihti abitust ja jõuetust (Draper ja Ives 2013), emotsionaalset ja füüsilist

väsimust (Bäckström ja Wahn 2011) ning ebapiisavat juhendamist (Steen jt 2012). Seetõttu tunnevad mehed end sünnitustoas kõrvalise isikuna (Johansson jt 2012). Sünnitusel edastatav informatsioon on keeruline, sisaldades palju erialaseid väljendeid (Sapountzi-Krepia jt 2014). Isade positiivseid kogemusi sünnitusest seostatakse kõige rohkem kvaliteetse ämmaemandusabiga (Hasman jt 2014). Negatiivsed kogemused seostusid eelkõige erakorralise keisrilõike, instrumentaalse vaginaalse sünnituse ning ebapädeva tervishoiutöötaja poolse juhendamisega (Johansson jt 2012), samuti ebakindluse ja turvatunde puudumisega (Steen jt 2012). Mitmed uurijad on ühel nõul, et meeste uurimist tuleb läbimõeldult jätkata, sest kogemused muutuvad ajas ja varieeruvad erinevates kultuurides ning haigla sisekliimast lähtuvalt (Oommen jt 2011, Premberg jt 2012).

Käesoleva magistritöö uurimisprobleem on tõenduspõhise teabe puudumine meeste kogemuste kohta seoses perekeskse sünnitusabiga. Toetudes varasematele töödele julgub autor väita, et meeste kaasamine sünnitusse ning meeste rolli tähtsustamine perekeskses sünnitusel aitab tugevdada peresuhteid ja perede elukvaliteeti. Teadmised meeste kogemustest võimaldavad tervishoiutöötajatel meeste kogemustest lähtuvalt pakkuda neile perekeskset sünnitusabi. Ämmaemandusabi on vaja süstemaatiliselt arendada, et osutatav sünnitusabiteenus oleks võimalik kõrgetasemeline kõikidele peredele ja pereliikmetele. Meeste kogemusi sünnitusabi ja rasedusaegsesse hooldusesse kaasatusega kirjeldavad Tallinna (Pärnamets 2008, Suislep 2009) ja Tartu (Kukk ja Lavren 2015) Tervishoiu kõrgkoolis tehtud uurimistööd, kuid nende puhul on tegemist välisriikidest pärit kirjanduse ülevaadetega, seega ei saa nende uurimistööde tulemusi Eesti sünnitusabisse üheselt üle kanda. Ka on teada, et erinevates kultuurikontekstides ning haigla sisekliimast lähtuvalt on perekeskse sünnitusabi osutamine ja mõju erinevad (Sapountzi-Krepia jt 2014).

Käesolev uurimistöö keskendub meeste kui sünnitusel osalejate kogemuse kirjeldamisele. Kogemuse kirjeldamisel keskendub antud uurimistöö sünnitusosakonnas toimunule. Uurimistöö eesmärk on kirjeldada meeste kogemusi seoses perekeskse sünnitusabiga Lääne-Tallinna Keskhaigla Naistekliiniku ja Lõuna-Eesti Haigla sünnitusosakonnas. Uurimistöö on kvalitatiivne, empiiriline, kirjeldav. Uurimistöös palutakse uuritavatel ühe struktureerimata intervjuu abil kirjeldada kogemusi seoses perekeskse sünnitusabiga.

2. MEESTE KOGEMUSED PEREKESKSE SÜNNITUSABIGA – VARASEMATE UURIMISTÖÖDE ÜLEVAADE JA METOODIKA

2.1 Perekeskne sünnitusabi ja selle olulisus

Perekesksus (*family-centeredness*) tervishoius tagab kvaliteetsema teenuse (Raiend 2005). Seeläbi väheneb märgatavalt patsiendite ning nende lähedaste stress ja paraneb heaolu, patsiendid ja nende pered on suuremal määral kaasatud oma raviprotsessi, neil on valikuvabadus ning nad on esindatud tervishoiu poliitikas (IAPO 2007). Lisaks on oluline personalipoolne emotsionaalne toetus, mille läbi toimub patsientide ning nende lähedaste võimestamine (IPFCC 2004). Eesti Õdede Liidu ja Ämmaemandate Ühingu Arengustrateegia prioriteediks kõikides õenduse ja ämmaemandusabi valdkondades on patsiendi ja perekeskne lähenemine, perekondade füüsilise ja emotsionaalse toimetuleku toetus ning patsiendi ja perekondade võimestamine (Eesti õenduse ja ... 2011). Perekesksuse uurimisel on leitud, et võrdselt olulised on nii teadus kui ka kogemused. Samuti tervishoiutöötaja teadlikkus uuritavast nähtusest ning uuritava kaasatusest ravi- ja hooldusprotsessi. (Fulford jt 1996.) Lisaks peab arvestama, et perekesksust saab uurida nii kvalitatiivsete (Eriksson jt 2007) kui kvantitatiivsete (de Witte jt 2006) uurimismeetoditega ning seetõttu ei ole leitud ühtselt aktsepteeritavat mõõdikut, mis võimaldaks antud nähtust mitmedimensiooniliselt uurida (Sapountzi-Krepia jt 2014).

Sünnitusabi (*midwifery/ obstetrical care*) on tervishoiu eriala, mis käsitleb sünnituse ja sünnitusjärgsel ajal naise organismis toimuvaid füsioloogilisi protsesse (Romijn jt 2016) ning sõltuvalt patsiendi/pereliikme soovist kaasatakse tema ravis ja hooldusesse ka tema lähedased (IPFCC 2004). **Perekeskne sünnitusabi** (*family-centered birth/labour/delivery*) on sünnitusabi, mis hõlmab kõiki sünnitusel osalevaid pereliikmeid (Premberg jt 2012). Lisaks on perekeskses sünnitusabis olulised tervishoiutöötaja ja pere vaheline koostöö ja partnerlussuhe, milles keskendutakse läbirääkimistele, informatsiooni jagamisele, jagatud vastutusele ja pereliikmete jõustamisele, võttes aluseks pere väärtused, ootused, vajadused ning eripära (Gramling jt 2004, Halfon jt 2011, Wiegand jt 2013). Tervishoiuteenuste haiglasse koondumisega lahutati haiged perekonnast ning ravi keskendus indiviidile (Bowden ja Greenberg 2009). Käesoleval ajal pööratakse aga üha enam rõhku perekesksusele ja esineb

järjest rohkem peresünnitusi. Perekeskne sünnitusabi on oluline. Sünnitusel osalenute toetuse puudumine või mõne liikme eiramine võib viia lahkkelideni peresuhetes ning pere lagunemiseni (Tiirikainen 2002). Seetõttu tulebki kõiki sünnitusel osalevaid pereliikmeid psüühiliselt, psühhosotsiaalselt toetada ning aidata neil uue olukorraga kohaneda.

Perekeskne sünnitus tähendab sageli ka seda, et naisele on toeks muu tuttav isik, sünnitoetaja või pereliige lisaks mehele. Perekonda võib vaadelda ka kui kaheliikmelist liitu mehe-naise vahel, kuid sinna võivad perekonna eelistustest lähtuvalt kuuluda ka sugulased, tuttavad ja sõbrad ning nad kõik võivad osaleda sünnitusel tugiisikuna. (Åstedt-Kurki jt 2001.) Seetõttu on pereliikmete uurimisel alati oluline mõista pere mõju uuritava kogemuslikele aspektidele, sest tekib pere ühine kogemus ning indiviidi kogemus (Dellmann 2004). Lisaks on mehe uurimisel oluline mõista, et pikka aega on olnud kombeks, et sünnitavale naisele on toeks teine naine (lähedane sõber, ema, doula) kuid meeste rolli olulisust sünnitustoas teadvustatakse aasta-aastalt üha enam (Dermott 2008). Viimastel aastakümnetel on rollid peres ning peremudelid muutunud. Kui varasemalt oli mees see, kes majandusliku heaolu eest vastutas ning naise osalus selles oli väiksem, siis tänapäeval on meeste-naiste tööhõive võrdne ning seetõttu julgustatakse mehi sünnitusel ja pereelus aktiivsemalt osalema (Platin 2007) ning aktiivse partneri rolli täitma (Hasman jt 2014).

2.2 Meeste kogemused perekeskse sünnitusabiga

Meeste osalemine sünnitusprotsessis on tänapäeval üha sagedasem (Uriko 2006) ning nad on sünnitusel võrdsed pereliikmed (Gawlik jt 2015). Meeste osalemist sünnitusel seostatakse pere jätkusuutlikuse tagamisega ja paremas toimimisvõimekuses läbi elukaare (Steen jt 2012). Siiski peetakse meest sageli ainult naise ja lapse toetajaks ning seetõttu on nende rolli ja saadud kogemusi vähem teadvustatud ning seeläbi vähem arvesse võetud (Condon jt 2004, Montigny ja Lacharité 2004). **Kogemus** (*experience*) on elus või tegevuses kogetu põhjal omandatud teadmine või oskus (Langemets jt 2009) ja/või sündmuse läbielamisel saadud teadmine, oskus või tunne (Tauts 2014). Sünnituskogemuse saamine on meestele vajalik isaks kasvamisel, sest see loob aluse isa-lapse ja peresuhetele (Premberg jt 2012). Arvatakse, et meestel peaksid olema täpselt samasugused õigused ja vabadus sünnitusel viibida nagu

naiselgi, sest tegemist on ühtse perekonnaga (Royal College of Midwives 2011). Mehed kogeavad, et neil on raske defineerida isadust ning oma rolli perekonnas (Kaila-Behm ja Vehviläinen-Julkunen 2000). Sünnituskogemusele avaldab sageli suurt mõju ka sünnitusjärgne periood nii haiglas kui ka kodus, sest pererollidesse sisseelamine võtab aega ning nõuab kõigi osapoolte ühist pingutust (Kalam-Salminen 2005).

Mehed kogeavad, et nende roll sünnitusel ei ole üheselt määratletud, kuigi neilt oodatakse väga palju (Steen jt 2012). Kalam-Salminen (2005) toob välja, et emad on isadega võrreldes alati õendustegevuses esikohal nii Eestis kui Soomes ning isade kohaloleku piiramine raskendab õendustegevust. Isad kogeavad ka sünnitusjärgses osakonnas vähemal määral kaasatust lapsega seotud toimingutes. (Kalam-Salminen 2005, Oommen jt 2011.) Nad peavad oluliseimaks saada psüühilist ja emotsionaalselt tuge ämmaemandalt kogu sünnituse vältel (Premberg jt 2012), kuna sünnitustoas kogetaval hirmul on suur mõju edasistele peresuhetele (Eriksson jt 2007). Läbi arutamata hirm võib tekitada vastumeelsust nii partneri kui ka vastsündinu suhtes (Eriksson jt 2007) ning soovimatust edaspidi sünnitusel osaleda (Johansson jt 2012) ja täita lapsevanemaks olemise kohustusi (Draper ja Ives 2013). Mehed vaigistavad endas sisemise soovi kellegagi rääkida, sest ämmaemandad ei ole sageli valmis neid emotsionaalselt toetama (Royal College of Midwives 2011). Kui mehel puudub psüühiline valmisolek või esineb vastuseis sünnitusel osalemisega, tuleb teda ikkagi nõustada ja toetada isaks kasvamisel sünnitusjärgsel perioodil (Draper ja Ives 2013, Johansson jt 2015). Samas leiavad mehed, et stressi ja hirmu tekitavate olukordade lahti rääkimine (Hildingsson jt 2011) parandab partnerite omavahelist usaldust ning suhtumist tervishoiutöötajatesse (Bäckström ja Wahn 2011). Ämmaemand on parim tervishoiutöötaja sünnitustoas, kes aitab meestel stressiga toime tulla (Royal College of Midwives 2011) ning ta peaks pakkuma peredele vajalikke tugiteenuseid sünnitusmajas viibimise ajal (Dellmann 2004) nagu pereteraapiat, kriisinõustamist ning vestlusringe teiste sünnitanud paaridega, et toetada perekonda (Oommen jt 2011). Mehed, kes veedavad rohkem aega naise ja lapse kõrval sünnitushaiglas, kogeavad isa rolli perekaitsejана tähtsamalt (Montigny ja Lacharité 2004, Kalam-Salminen 2005, Sevil ja Özkan 2009, Oommen jt 2011). Peredele peab andma haiglas võimaluse tervishoiutöötajatega oma sünnituskogemust läbi arutada, et pererollidesse paremini sisse elada (Johansson jt 2015).

Ämmaemandaid peetakse normaalse sünnituse kaitsjateks (Royal College of Midwives 2011). Kui ämmaemandal ei ole võimalik naist pidevalt emotsionaalselt läbi sünnitusprotsessi toetada, on mees ainuke, kes seda jätkusuutlikult teeb (Bäckström ja Wahn 2011). Meestel on sageli raske mõista naise ja ämmaemanda etteantud kriteeriume sünnitusel viibimisega ning seetõttu on nende kogemused väga erinevad (Dellmann 2004). Nad kogevad tihti abitust ja jõuetust (Draper ja Ives 2013), emotsionaalset ja füüsilist väsimust (Bäckström ja Wahn 2011) ning tunnevad sünnitustoas end kõrvalise isikuna (Johansson jt 2012). Seetõttu on väga oluline, et ämmaemand jagaks mehele konkreetseid ülesandeid (Hasman jt 2014) nagu naisele joogi-söögi pakkumine, hingamistehnikate harjutamine naisele, sobiva meeleolumuusika valimine, asendite vahetamise abistamine naisel (Draper ja Ives 2013). Tervishoiutöötaja peab suutma meeste arvates keskenduda ka mehe juhendamisele (Kaila-Behm ja Vehviläinen-Julkunen 2000, Draper ja Ives 2013, Johansson jt 2013).

Mehed kogevad, et neile edastatav informatsioon on keeruline, sisaldades palju sünnitusabi-spetsiifilisi väljendeid (Sapountzi-Krepia jt 2014). Segadust tekitavad lisaks ka teadmatus sünnituse kulust (Premberg jt 2012) ja ema-loote hetkeseisundist (Deave ja Johnson 2008). Adekvaatne ja arusaadav informatsioon rahustab ja võimendab meest (Deave ja Johnson 2008, Hasman jt 2014) samas kui selle nappus muudab sünnitusel viibimise raskemaks (Oommen jt 2011). Seetõttu on oluline suhelda meestega lihtsas ja vabas vormis ning neile arusaadavate väljenditega (Sapountzi-Krepia jt 2014), jättes võimaluse küsimuste esitamiseks ja aruteluks ning kaasates nad otsuste tegemise protsessi (Johansson ja Hildingsson 2013). Mehed tahavad olla kaasatud otsuste tegemisse (Dellmann 2004), kuid naised on siiski sagedamini õendustoimingutes eelistatud (Kalam-Salminen 2005). Sageli selgub, et meestel on sünnitusel viibides passiivne pealtvaataja roll (Dellmann 2004, Premberg jt 2012, Johanssoni jt 2015). Mehed tunnevad kergendust, kui sünnitusel kasutatakse ravimeid. Kui mees näeb, et sünnitus edeneb, on tal emotsionaalselt kergem naist sünnitusprotsessis toetada. (Hasman jt 2014.)

Tervishoiutöötajate eetiline käitumine, erialased oskused ja hoiakud meeste suhtes on määrava tähtsusega perekeskse sünnituses (Johansson jt 2012). Personali liigne töökoormus on märgatav, sest ämmaemandal ei ole sageli võimalik naist pidevalt toetada. Seeläbi on suurenenud meeste roll informatsioonivahendajana naise ja ämmaemanda vahel. Omavahelist

pingevaba suhtlust peetakse väga oluliseks, kuna suhtluse puudumine on määrav tegur negatiivse kogemuse kujunemisel. (Bäckström ja Wahn 2011.) Isade positiivseid kogemusi sünnitusest seostatakse kõige rohkem kvaliteetse ämmaemandusabiga (Hasman jt 2014) ning võimalusega läbi arutada sünnituse võimalik kulgemine (Johansson ja Hildingsson 2013). Mehed vajavad, et ämmaemand selgitaks võimalusi, kuidas tõhustada peresuhte kvaliteeti ning milliste võimalustega saab aidata naisel sünnitusvaluga toime tulla (Dellmann 2004, Johanssoni jt 2015). Lisaks on olulised koostöö ja korrektsus nii perega kui teiste tervishoiu spetsialistidega. Kõrvalekallete puhul on oluline mehele selgitada teiste tervishoiu spetsialistide kaasamise vajalikkust. Ämmaemand peab suutma põhjendada günekoloogide viibimise vajalikkust sünnitusel (Perdok jt 2016), kuna mitme spetsialisti kohalolek tekitab segadust (Schytt ja Bergström 2014). Kui ämmaemand suudab naist ja meest vaatamata patoloogiliseks kujunenud sünnitusele juhendada, on tagasiside positiivsem (Perdok jt 2016).

Negatiivsed kogemused seostuvad eelkõige erakorralise keisrilõikega ning instrumentaalse vaginaalse sünnitusega. Samuti on olulised tervishoiutöötajate professionaalsed oskused, hoiakud ja suhtumine patsienti ning tema mehesse. Väga oluline on empaatiline ja vahetu suhtlemine, eriti keerulistes olukordades. (Johansson jt 2012.) Negatiivset kogemust sünnitusest kujundavad sünnitusel lisaks kogetav ebakindlus, turvatunde puudumine ja tervishoiutöötaja poolne vähene juhendamine (Steen jt 2012). Seetõttu peetakse väga oluliseks komplikatsioonide ilmnemisel vahetatut informeerimist ning ettevalmistust võimalikeks instrumentaalseteks vahelesekkumisteks (Johansson jt 2012, Sapountzi-Krepia jt 2014). Sekkumise vajadusest saavad mehed küll aru, kuid ei koge alati piisavalt arusaadavat juhendamist ega tuge (Johansson jt 2012). Mida rohkem on meestel võimalus olla oma naise kõrval (Dellmann 2004), küsida ämmaemandatelt nõu naise ja lapse heaolu kohta, seda enesekindlamalt mehed end tunnevad (McKellar jt 2006).

2.3 Varasemate uurimistöode metoodika ja kasutatud mõõdikud

Puuduvad sisutihedad, kõikehõlmavad ja spetsiifiliselt meestele suunatud ankeedid, millega oleks võimalik järjepidevalt sõltumata kultuurikontekstist uurida nende kogemusi sünnitusel viibimisega. Naistele mõeldud mõõdikud ei sobi aga alati meestele spetsiifiliste küsimuste tõttu. Kuigi mõõdikud annavad mõningase ülevaate meeste kogemustest, on puudujääke

nende valiidsuses ja reliaabluses. Näiteks FTFQ (*First-time fathers' questionnaire*) ankeedis ei näidanud *Cronbach alfa* kahel alagrupil neljast reliaablust. Seetõttu ei soovita uurimistöo autorid mõõdikut enne selle täiustamist laialdasemalt kasutada. (Premberg jt 2012.) Mõõdiku edasi-tagasi tõlkimisega seotud probleemid ja kultuurilised-usulised tegurid võivad olla põhjused, miks instrument ei sobi antud nähtuse uurimiseks. Lisaks selgub, et eri riikides läbi viidud uuringud ei ole üheselt naaberriikidele üle kantavad sünnitusabi spetsiifiliste ja haiglasisesest kliimast lähtuvate tegurite tõttu. Näiteks esineb siiani paljudes kultuurides tava, et mehed ei tohi sünnitusel osaleda. (Sapountzi-Krepia jt 2009.)

Ajaliselt on uuringuid läbi viidud nii vahetult postnataalses perioodis kui ka kuni aasta peale lapse sünni. Lisaks on teada, et kogemused muutuvad ajas ning on sageli mõjutatud lapse tervislikust seisundist sünnijärgselt, peresuhetest ning indiviidi võimekusest olukorraga sobituda. Esimesed sünnitusjärgsed päevad ja nädalad kuluvad perel uue situatsiooniga kohanemiseks. Parim aeg kogemuste edastamiseks on 4-15 nädalat peale sünnitust. (McKellar jt 2006.) Puuduvad jätkusuutlikud strateegiad, kuidas mehi sünnitustoas toetada ja võimestada (Hasman jt 2014). Pole teada, millisel määral isa negatiivne hoiak muudab naise valikuid sünnituskoha ja –viisi suhtes, sh keisrilõike suhtes (Gawlik jt 2015). Tõendus põhise teabe puudumine meeste kogemuste kohta seoses perekeskse sünnitusabiga on tõstatanud palju küsimusi nii perede, meeste kui ka tervishoiutöötajate poolt. Seetõttu on tervishoiutöötajad tihti sunnitud lootma oma intuitsioonile, kuna esineb puudujääk tõendus põhises teabes, mida eesmärgipäraselt perekeskse sünnitusabis kasutada. Selle lünga täiustamine praktikas soodustaks perekeskse sünnitusabi jätkusuutlikkust ning kvaliteetsemat tervishoiuteenust..

3. METOODIKA

3.1 Metodoloogilised lähtekohad

Feminism kui filosoofiline suund käsitleb lisaks võrdõiguslikkuse teemadele palju muudki. Tänapäeval leiab kajastamist eelkõige kolmanda laine feminism ehk postfeminism, sest feministlik filosoofia on arenenud oluliselt kaugemale kui meeste ja naiste võrdsusega seotud küsimused. Postmodernistlik feminism ei ole kriitiline ainult tavapärase teaduse suhtes, vaid kritiseerib ka feminismi tavasid, eriti teooriaid, mis puudutavad soolist erinevust ja patriarhaati. (Sarantakos 2004.) Feministlikus uurimuses on olulised kõigi osalejate arvamused ja kogemused, eelistamata üht teisele, ning rohkem on kasutusel kvalitatiivsed kui kvantitatiivsed uurimismeetodid (King 1994), kuna kogemuslikud aspektid on alati subjektiivsed. Seetõttu kasutatakse kvalitatiivses uurimistöös üha enam feministlikku lähenemisviisi, sest see sobib subjektiivsete kogemuste uurimiseks. Käesolev magistr töö põhinebki feministlikul teadusfilosoofial, kuna uuritakse mehi kui sünnitusel osalevaid võrdseid perekonnaliikmeid, kasutades kvalitatiivset kirjeldavat uurimismetoodikat. Andmete analüüsimine toimub induktiivse sisuanalüüsiga. Andmete kogumine toimus struktureerimata intervjuu abil, milles paluti uuritavatel kirjeldada oma kogemusi seoses uuritava nähtusega.

3.2 Uuritavad ja nende värbamine

Uuritavad olid esindatuse suurendamiseks pärit kahest haiglast – väikesest maakonna haiglast ja suurest keskhaiglast. Uuritavateks olid mehed, kes osalesid 2015. aastal peresünnitusel Lääne-Tallinna Keskhaigla (edaspidi LTKH) või Lõuna-Eesti Haigla (edaspidi LEH) sünnitusosakonnas. 2015.aastal toimus LTKH-s 3576 sünnitust, neist olid peresünnitused 3143 (88%) (Lääne-Tallinna Keskhaigla AS... 2016) ning LEH-s oli sünnitust 274, neist peresünnitused 214 (78%) (Lõuna-Eesti Haigla AS... 2016).

Uuritavate valikul oli neli peamist kriteeriumi: 1) uuritaval olid teadmised ja kogemused perekeskse sünnitusabiga, 2) uuritav oli võimeline suhtlema eesti keeles, 3) uuritav oli nõus uurimistöös osalema ning 4) sünnitusel osalemisest oli möödunud 4-12 nädalat. Nõusolekut küsiti ja saadi uurimistöö läbiviimiseks LTKH ja LEH sünnitusosakondadest. Uurimistöö kirjeldab Eesti kahe sünnitusosakonna näitel meeste kogemustest perekeskse sünnitusabiga.

Varasemalt tehtud uurimistöödes on mehi küsitatud väga erinevatel ajaperioodidel peale sünnituskogemuse saamist – alustades varasest postnataalsest perioodist (Montigny ja Lacharité 2004, Oommen jt 2011, Hasman jt 2014) kuni 3-4 kuud (Condon jt 2004, Deave ja Johnson 2008) või isegi 12 kuud peale sünnitust (Condon jt 2004). Käesoleva uurimistöö intervjuud viidi läbi 4-12 nädalat peale sünnitust, kuna see on kirjandusele tuginedes parim periood uurimaks sünnituse juures viibinud mehe kogemust.

Uuritavad kaasati uurimistöösse vabatahtlikkuse alusel. Alustuseks teavitas uurija haiglate sünnitus- ja sünnitusjärgsete osakondade vanem- ning valveämmaemandaid käimasolevast uurimistööst, tuues välja uurimistöö eesmärgid, kasutatavad meetodid ning ajakava. Seejärel pandi igasse sünnitustuppa öökapile (nii LTKH-s kui ka LEH-s) uurimistööd tutvustav kiri ning kutse (LISA 1. Kutse uurimistöös osalemiseks) selles osalemiseks. Kutse uurimistöös osalemiseks kleebiti ka sünnitusjärgsetesse osakondadesse infostendile.

Sünnitusel osalevatel meestel oli võimalus tutvuda sünnitustubades ja seejärel sünnitusjärgses osakonnas oleva kutsega uurimistöös osalemiseks, milles oli ära toodud, kuidas huvi korral võtta ühendust uurimistöö teostajaga. Soovi korral oli võimalus ühendust võtta telefoni või e-maili teel. Kontakti saavutamisel küsis uurimistöö teostaja uuritavatel telefonikõne ajal suuliselt või e-maili teel lihtkirjas nõusoleku ning kinnitati kontaktandmed. Seejärel pakkus uurija mõlemale osapoolale sobiva aja saabuva nädala jooksul ning lepiti kokku intervjuu läbiviimise koht.

Uurimistöö läbi viimise kohtadeks Tallinnas olid Lääne-Tallinna Keskhaigla Raseduskeskuse Imetamisnõustamise kabinet või uuritava kodu. Haigla ruume eelistasid neli ja kodu viis uuritavat. Lõuna-Eestis elavatele uuritavatele pakuti võimalust intervjuu läbi viia Lõuna-Eesti haigla sünnitusosakonnas või uuritava kodus, kuid kõigil kolmel juhul eelistati oma kodu. Uuritavaid oli kokku 12. Nendest üheksa osalesid peresünnitusel LTKH-s ja kolm LEH-s. 11 uuritavat olid eesti ja üks uuritav vene rahvusest. Noorim uuritav oli 22- ja vanim 44-aastane. Esimest korda isaks saanud oli uuritavate seas kaheksa ja korduvaid neli.

Enne intervjuuga alustamist sõlmiti uuritavatega kirjalik kokkulepe uuringus osalemiseks ja allkirjastati nõusolekuleht (LISA 2. Informeeritud nõusoleku vorm), millest üks eksemplar jäi uurijale teine uuritavale. Uuritavad kodeeriti uurimistöö teostaja poolt andes igale uuritavale numbrilise tähise (nt 1, 2, 3 jne). Uurimistulemusi illustreerivad näited on toodud uurimistöösse ainult numbrite näol, nimeliselt kedagi töös ei nimetata.

3.3 Andmete kogumine

Kvalitatiivses uurimistöös kogutakse andmeid sageli intervjuudega, kuna see loob võimaluse vahetuks ja sügavamaks informatsiooni edastamiseks uuritava poolt (DiCicco-Bloom ja Crabtree 2006, Turner 2010). Uurimistöö eesmärgist lähtuvalt jagatakse intervjuud struktureerimata, poolstruktureeritud ja struktureeritud intervjuudeks (Turner 2010). Struktureerimata intervjuu korral kogutakse informatsiooni läbi uuritava verbaalse ja mitteverbaalse suhtlemise. Uuritavale sõnastatakse teema, mille üle palutakse arutleda. (DiCicco-Bloom ja Crabtree 2006.) Struktureerimata intervjuu valiti seetõttu, et uuritavat nähtust oleks võimalik mitmedimensiooniliselt kirjeldada, tuues välja uuritavate kogemused seoses uuritava nähtusega. Samuti on valitud meetodi puhul uurija uuritavaga vahetus kontaktis ning see aitab kaasa saadud andmete tõlgendamisele. (Elo ja Kyngäs 2008.) Tänu sellele saab uurija teha lisamärkmeid ka uuritava kehakeele, kehahoiaku, hääletooni ning muude oluliste muutuste ja tähelepanekute kohta, mis teiste uurimismeetodite puhul ei oleks võimalikud. Saadud informatsioon aitab kaasa intervjuust saadud andmete tõlgendamisele ja sisukamale edastamisele. (Turner 2010.)

Kvalitatiivsetes uurimustes toimub andmete kogumine ja analüüs parimate tulemuste saamiseks paralleelselt. Kogutava andmestiku sisu ja olemus on sageli teadmata ning seetõttu on andmete kogumise planeerimine keeruline. Kogutud andmeid tuleb analüüsida esimesel võimalusel pärast intervjuu läbiviimist, et võimalikult palju uuritava nähtuse kohta käivaid aspekte saaks talletatud. Samas on intervjuudest saadud informatsioon abiks edaspidi uuritavate jutu peegeldamisel ning veendumisel, et uuritavatest saadi adekvaatselt aru. Kvalitatiivses uurimistöös on uuritavate hulk keskmiselt 10-15 uuritavat. (Elo ja Kyngäs 2008.) Uuritavate hulk on piisav, kui andmete kogumisel saabub andmebaasi küllastatus, see tähendab, et edasiste intervjuude läbiviimisel ei saada uurimisprobleemi kohta enam uut teavet (Burns ja Grove 2005, White ja Marsh 2006, Turner 2010). Andmebaasi küllastatus

tekkis peale kümnendat intervjuud. Seejärel viidi läbi veel kaks intervjuud ning veenduti saadud andmete sügavuses ja kõikehõlmavuses.

Võimalike kitsaskohtade kaardistamiseks viidi läbi prooviintervjuu, milles veenduti valitud meetodi sobivuses andmete kogemise meetodina ning seetõttu kaasati prooviintervjuu käigus saadud informatsioon uurimistöösse. Struktureerimata intervjuul puudub intervjuu kava, sest intervjuu pikkus ning uuritava kogemused ja nende väljendamine on individuaalsed. Kõik intervjuud toimusid privaatses ruumis, kus viibisid ainult uurija ja uuritav. Intervjuu keskmine pikkus oli 38 minutit, pikim 79 minutit ja kõige lühem 15 minutit. Uurimistöö teema oli uuritavatele ette teada. Enne intervjuu alustamist "jäälõhkumise eesmärgil" küsis uurija uuritavalt enesetunde ja kohanemise kohta uue pereliikme saabumisel. Lisaks pakuti võimalust juua teed või kohvi. Samuti küsis uurija, kas mõiste perekeskne sünnitusabi on oma olemuselt arusaadav ja kas see sobib ka uuritava arvates sünnitusabi kirjeldamiseks. Lisaks selgitas uurija, et uuritav võib vabalt kirjeldada kõiki kogemuslikke aspekte kartmata diskrimineerimist. Intervjuud alustas uurimistöö teostaja, paludes uuritaval kirjeldada oma kogemusi, mis on seotud perekeskse sünnitusabiga.

Andmeid koguti struktureerimata intervjuuga ajavahemikul juuli 2015 – detsember 2015. Lähtudes Burns'ist ja Grove'ist (2005) informeeriti enne intervjuuga alustamist uuritavat tema õigustest (vabatahtlikkus, anonüümsus ja konfidentsiaalsus). Uuritavat teavitati võimalusest ja õigusest loobuda uurimistöös osalemisest kogu uurimistöö vältel. Intervjuud lindistati diktofoniga, millelt esimesel võimalusel kirjutati andmed sõna-sõnalt ümber paberkandjale. Andmete analüüsimine algas vahetult peale esimese intervjuu läbiviimist. See tagas suurema tõenäosusega andmete objektiivsuse, sest andmebaasi analüüs toimus paralleelselt uute andmete kogumise protsessiga võttes arvesse varasemalt saadud tulemusi. Andmete tõlgendamisel pidas uurija oluliseks, et saadud andmed oleksid võimalikult objektiivsed.

Uurijal oli uurimuse läbiviimiseks LTKH ja LEH nõusolek ning Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee luba (LISA 3. Tartu Ülikooli Inimuuringute Eetikakomitee Luba). Ühel korral tuli intervjuu katkestada uuritava elukaasase vahelesegamise tõttu. Uuritav kutsuti teise tuppa ning ta soovis peale elukaaslasega rääkimist intervjuu katkestada, kuid lubas juba edastatud informatsiooni uurimistöös kasutada.

3.4 Andmete analüüs

Andmete analüüsiprotsess jagatakse Elo ja Kyngäs'i (2008) järgi kolmeks: 1) andmete ettevalmistus, 2) andmete töötlus ja 3) andmete esitus. Andmete töötlemisel kasutati induktiivset sisuanalüüsi. Andmete ettevalmistusfaasis kirjutati intervjuud sõna-sõnalt arvutisse *word-failina* ümber ning prinditi välja. Intervjuud nummerdati ning igale intervjuu numbrile lisati, kas tegemist on Tallinnas või Võrus toimunud sünnitusel osalemisega (näiteks: LTKH-s osalenute intervjuude numbrite järel kirjutati "T" ja LEH-s osalenute puhul "V"). Neid loeti korduvalt läbi ning leiti sarnased sõnad/ sõnade ühendid. Sarnased sõnad ja sõnade ühendid eristati diktofonilt ümber kirjutatud tekstis erivärviliselt, see tähendab, et sarnaseid kogemuslikke aspekte kirjeldavad sõnad ja sõnade ühendid kujutati ühevärvilistena. Andmebaasi järk-järgulisel täiustumisel andmete töötluse faasis kategoriseeriti sarnased lihtsustatud väljendid ühise nimetaja alla. Selleks olid sõna ja/või sõnade ühendid (substantiivne kood). Substantiivsed koodid kirjutati märkustena transkriptsioonide servale. Kogu andmestik rühmitati sarnasuse põhimõttel alakategooriatesse. Alakategooriaid moodustades vaadati veelkord üle algandmed ning veenduti alakategooria nimetuse vastavuses. Alakategooriale anti selle sisu ülevaatlilikult kirjeldav nimetus. Alakategooria peab andma võimalikult täpse ülevaate selles sisalduvatest substantiivsetest koodidest. Seega ei saa kategooria olla liiga "kitsas" ega liiga "lai". Samatähenduslikke alakategooriaid rühmitati omakorda ühise ülakategooria alla. Üla- ja alakategooriate omavahelise vastavuse kontrollimiseks vaadati veelkord üle kõik alakategooriad ning nende sisu. Seejärel moodustus ülakategooria, mis hõlmas kõikide alakategooriate sisu (vt Joonis 1). Uurimistulemuste esitamisel on iga alakategooria puhul esitatud intervjuukatkeid näitena algandmetest. See võimaldab lugejal analüüsiprotsessi ja kategooriate tähenduse sügavamalt jälgimist. Intervjuukatketest on eemaldatud uuritavate nimed ning mõttepausid on tähistatud kolme punktiga (...). Teemast kõrvale kaldunud tekst on eemaldatud märgistusega: /.../ . Lisaks eelnevale märgiti sulgudesse uurija tähelepanekud intervjuueeritava kehakeelest, hääle tugevuse muutusest või emotsionaalsusest.

Tabel 1. Andmete esitus

Substantiivne kood	Alakategooria	Ülakategooria
Intervjuu teksti näide: „See, et seal eem perekoolis räägiti, et ei pruugigi minna seal sünnitusel kõik nii kiiresti, see oli pigem ikka positiivne. Et ma nagu oskasin sellega arvestada.” (2) Perekoolis osalemisel saadud informatsioon;	Meeste kogemused seoses tugiisikut sünnituseks ettevalmistava informatsiooniga	Meeste kogemused perikesksel sünnitusel seoses informatsiooniga

3.5 Uurimistöö usaldusväärsus

Kvalitatiivses uurimistöös tagavad usaldusväärse sobivad uuritavad, kogutud andmete sügavus ja ulatus, andmebaasi küllastumine, andmete analüüsiprotsessi jälgitavus ja hinnatavus, klassifitseerimise ja tõlgendamise reeglite ühemõttelisus. Oluliseks peetakse uurija võimet olla andmete analüüsimisel võimalikult objektiivne. See hõlmab uuritavate öeldu peegeldamist, ümbersõnastamist, uurija ja uuritava kehakeele ja hoiaku jälgimist, subjektiivsuse vähendamist. (Elo ja Kyngäs 2008.)

Kõik uuringus osalenud uuritavad olid sobilikud, kuna neil olid teadmised ja kogemused uuritava nähtusega. Uurimistöö andmed koguti isikustatud kujul, see tähendab, et uurijal on teadmine, milline uuritav milliseid kogemuslikke aspekte kirjeldas. Isikustatud kujul andmebaas võimaldab läbi tagasikodeerimise kasutamise uuritavatel uuringus osalemise igal neile sobival ajahetkel katkestada. Uurimistöösse lisati näiteid intervjuudest, et kodeerimine ning tulemuste esitamine oleksid lihtsamini jälgitavad ja hinnatavad. Veendumaks, et uurija on uuritavast õigesti aru saanud, kasutati peegeldamist ja kogemuste ümber sõnastamist. Uurimistöö täistekste nägi ainult uurija. Lisaks pakuti uuritavatele võimalust tutvuda uurimistulemustega ning vajadusel täiendada enda öeldut, kuid seda kasutas vaid 2 uuritavat, kes olid nõus uurimistöö sisulise poolega, kuid ei lisanud kogemuslikke aspekte. Andmebaasi küllastatus saavutati peale 10. intervjuud.

Uurimistöö peamise probleemina pelgas uurija uuritavate soovimatust uurimuses osaleda, kartes hinnangu andmise ja arvamuse avaldamise järel sattuda konflikti oma elukaaslase või sünnitusel osalenud tervishoiutöötajatega. Selle probleemi ennetamiseks selgitati uurimuses osalemise vabatahtlikkust, anonüümsust ja konfidentsiaalsust ning seda, et intervjuu viiakse läbi ilma elukaaslase ja muude isikute kohalolekuta. Uuritavale tuletati meelde võimalust uurimuses osalemisest loobuda kogu uurimistöö vältel. Kõik uuritavad kodeeriti intervjuueerija poolt ning ühtegi intervjuueeritavat uurimuses isikuliselt ei identifitseerita. Intervjuu tekst kirjutati ümber diktofonilt paber kandjale autori poolt isiklikult ning uurimistööga mitte seotud isikutel puudus ligipääs diktofonile ja ümber kirjutatud tekstidele. Uurimistööga seotud andmed hoiustas uurimistöö teostaja AS Lääne-Tallinna Keskhaigla Imetamisnõustamise kabinetis lukustatavas sahtlis, seega puudus kõrvalistel isikutel ligipääs algandmeteni ning uurimistöös osalenud isikuteni. Andmebaasi haldaja ja vastutav töötleja oli uurija isiklikult.

Uurimistöö usaldusväärsust vähendab asjaolu, et uurija on ise ämmaemand ning töötab LTKH sünnitusosakonnas. On võimalik, et uuritavatega on olnud mittetahtlik kokkupuude sünnitusosakonnas (näiteks erakorralistes situatsioonides) ning seetõttu ei väljendanud uuritavad kõike kogemuslikke aspekte, kuna nende elukaaslased soovivad ka edaspidi LTKH-s sünnitada ning mitte saada diskrimineeritud negatiivsete kommentaaride tõttu. Uurija mõistab, et antud töö tulemused ei ole kõikidele sünnitusel osalenud meestele üldistatavad. Siiski saab nende põhjal teha kokkuvõtteid LTKH-s ja LEH-s sünnitusel osalenud meeste kohta.

Magistritöö kaitsmise ning eetikakomiteele lõpparuande esitamise järgselt hävitatakse uurimistööga seotud paberid kasutades paberihunti ning kustutatakse salvestised. Andmed publitseeritakse üldistatud kujul, mis ei võimalda uurimistööga tutvujal uuritava isikuni jõuda. Andmete publitseerimine on planeeritud teadusartiklina, posterettekandena Arstiteaduskonna päevadel ning suulise ettekandena Eesti Ämmaemandate Ühingu koolituspäeval 2017.aastal.

4. TULEMUSED

4.1 Meeste kogemused seoses suhtlemisega perekesksel sünnitusel

Esimeses ülakategoorias moodustus 2 alakategooriat, milles sisaldus 7 substantiivset koodi. Alakategooriad jagunesid: 1) meeste kogemused seoses naisega suhtlemisega 2) meeste kogemused seoses ämmaemandaga suhtlemisega.

Tabel 2. Meeste kogemusi seoses suhtlemisega perekesksel sünnitusel iseloomustavad substantiivsed koodid ja neist moodustunud alakategooriad

Sünnitusel osalemise järgselt tööle naasemine põhjustas probleeme perega	Meeste kogemused seoses naisega suhtlemisega	Meeste kogemused seoses suhtlemisega perekesksel sünnitusel
Naise tungiv soov, et mees osaleks sünnitusel		
Lahkhelid seoses sünnituskoha valikuga		
Mure suhte edasise toimimisega		
Soov suhelda muudel teemadel		
Mehe ja ämmaemanda erinev nägemus perekesksest sünnitusest	Meeste kogemused seoses ämmaemandaga suhtlemisega	
Ämmaemanda käitumine suhtlemisel		

Esimene alakategooria **kogemused seoses suhtlemisega perekesksel sünnitusel** koosnes viiest substantiivsest koodist, milleks olid 1) sünnitusel osalemise tõttu tööle naasemine sünnitusjärgselt põhjustas probleeme perega, 2) naise tungiv soov, et mees osaleks sünnitusel, 3) lahkhelid seoses sünnituskoha valikuga, 4) mure suhte edasise toimimisega, 5) soov suhelda muudel teemadel.

Mehed kogesid, et kuigi tööandjaga oli kokkulepe olemas sünnitusel viibimiseks, põhjustas **sünnitusel osalemise järgselt tööle naasmine probleeme perega**. Mehed soovisid, et nad saaksid peale sünnitust ka oma tööasjadega tegeleda, kuna ainult lapsega tegelemine kurnas. „... ma ju tean, aga kui sul on ikka mingi suur projekt käsil, pead sa valima, kas oled peale sünnitust naise kõrval või lähed ja teed 2 tundi tööd, et pere paremini, ses mõttes et rahadega paremini hakkama saaks.” (4V)

„... aga meil jäigi see lahti rääkimata, et jah sünnitustoas olin küll kõrval, aga edaspidi olin ise mõelnud, et lähen ikka tööle tagasi kohe. Naisele see muidugi eriti ei meeldinud.” (3T)

„... noh, ses mõttes, et ma ei ole ju nii kaasatud. See tähendab, ma ei tahagi nii, et mitte ära saa valesti aru. Pigem teeksin meeste asju, nagu oma tööd või nii.” (7V)

Lisaks mainiti, et **naise tungiv soov, et mees osaleks sünnitusel**, tekitas nii sünnituseelselt kui ka sünnituse ajal pingeid. Samas selgus, et mõnel juhul oli positiivne, et naine otsustajarolli enda kanda võttis.

„Me rääkisime sellest kaasa tulemisest korduvalt, aga mul oli selline tunne, et nagu ütle, mis tahad, kaasa tulema pead ikkagi.” (2T)

„Meil oli küll konkreetselt nii, et see polnudki nagu arutamise koht... jah ma olin ka kohe nõus...aga ausalt.... ta (naine) oleks võinud ju küsida.” (8V)

„...aga lisaks lõpuks ikkagi oli see rohkem tema (naise) otsus, kui minu, et tuleb kaasa tulla. Aga noh kodurahu huvides kannatad ära. Lõpuks polnudki asi nii hull, hakka või mõtlema, et nii pidigi minema..” (1T)

„Pigem on ikkagi nii, et ikka teed nii, et naisel on parem ja lähed kaasa, kuigi tegelt mõtled, et ei taha... või noh pigem ei läheks, teeks kodus parem mingit remontigi või nii.”(7V)

„Ei ... ikkagi, omaette teema on ju sellega, et ma läheks ju ka siis kaasa, kui mingit pushi'mist ei oleks.” (5T)

Samas leiti, et **lahkhelid seoses sünnituskoha valikuga** tekkisid nii mõneski peres. Enim toodi välja erinevust maa-ja linnahaiglate vahel. Kahel intervjuul mainiti, et peres oli jutuks olnud ka võimalik kodusünnitus.

„...igal juhul ikka suur haigla, ma neid väikseid ei usalda... /.../ Aga noh.. seda, et naine arvas, et väikses haiglas oleks parem.” (2T)

„...seda, et muidu oleks vist Paide olnud, aga naine surus oma tahtmise läbi ja tulime ikka linna. Mina oleks tahtnud maahaiglas olla.” (4V)

„Tartusse ei tahtnudki, pikk maa ja ses mõttes, et siin (LEH-s) ju ka kõik vajalik olemas, aga me ikka paaril korral olime ka tülis ses suhtes, et kuhu siis minna.” (8V)

„... mingi aeg oli ikka kindel, et Pelgu, aga siis otsustas naine mingi hetk, et hoopis kodu /.../ Ma ei olnud nõus /.../ lõpuks tulime ikka haiglasse.” (6T)

Mure suhte edasise toimimisega peale lapse sündi pani paljud mehed mõtlema juba raseduse ajal ning kulmineerus varases postnataalses perioodis koduses olukorras kohanedes. Ka mehed tajuvad vajadust kohanenda peale lapse sündi muutunud pererollidega ning oluliseimaks saab teineteisega arvestamine.

„Eks ma ikka põdesin korralikult, et kuidas pärast edasi see ... ee.. meie suhe kulgeb, aga täitsa ok. Põhimõtteliselt nagu varem.” (9T)

„Täiskasvanuna sa saad ju aru, et laps muutub mingi hetk kõige tähtsamaks pereliikmeks ja kõike kohe mis sa naisega teha tahad, ei saa, sest laps võtab suure või noh enamuse aja ju ära. /.../ Aga tegelt kokkuvõttes tuli see meie suhtele küll kasuks. Õppisime teineteisega paremini arvestama.” (12T)

„Eks see hirm on ikka sees, et kas meie suhe on ikka samamoodi nagu varem, et kas armastus on ikka meie vahel sama püsiv kui perre lisa tuleb.” (5T)

Soov suhelda muudel teemadel raseduse ajal lisaks sünnitusele on oluline, kuna avaldab mõju pere heaolule ning soodustab teineteise väärtustamist.

„... et selles mõttes, et sa ei peagi ju koguaeg jahuma, et sünnitus ja sünnitus. Pigem ikka aeg-ajalt lihtsalt koos ka olla. Ämmakas ka ühel visiidil mainis, et tuleb vahepeal niisama ka olla, mitte ainult sünnituse ootuses olla.” (8V)

„Lisaks need nädalavahetused ikka aeg-ajalt kurnasid täitsa ära, ainult mingi tite jutt. Ei noh, ära saa valesti aru, aga see sünnitus on ju nii väike osa, ses mõttes, et meie elust või nii.” (2T)

„Ma arvan, et kõik see muu asi, mis naise rasedusega kaasnes, oli sama oluline, kui kogu see sünnituse värk.” (2T)

Teine alakategooria **kogemused seoses ämmaemandaga suhtlemisega** koosnes kahest substantiivsest koodist: 1) mehe ja ämmaemanda erinev nägemus perekesksest sünnitusest, 2) ämmaemanda käitumine suhtlemisel.

Mehe ja ämmaemanda nägemus perekesksest sünnitusest on meeste kogemustele tuginedes sageli erinev. Selgus, et mehed on kogenud survet sünnitusel osalemiseks ka ämmaemandate poolt nii ambulatoorsetel visiitidel kui ka perekoolis.

„...eem või näiteks see, et keegi küsib loengus, või ei ta ütles, et tõstke käed, kes läheb kaasa

ja siis naeratas, et ah te nangunii kõik lähete, mis siin ikka küsida. No ma ei tea, kas nii peaks küsima, mind isiklikult, see tähendab, eriti ei häirinud, aga mõnel oli võib-olla küll ... tunne.”
(1T)

„... see, et keegi (ämmamend) väidab, et see on nii ja naa (sünnitusel osalemine on kohustus), noh ma ei tea. Tegelt tahaks ikka ise nagu otsusele jõuda, et kas lähen kaasa või ei.” (2T)

„Ei noh, arusaadav ju, võrdsuse ühiskond, aga tegelt pole hullu. Pigem ongi see, et ajad muutuvad ja see on nüüd ju jumala ok, kui kaasa lähed, pigem vaadatakse (sünnitustoa personal) siis viltu, kui niisama koju passima jääd.” (3T)

Suure murekohana nägid paljud mehed **ämmaemanda käitumist suhtlemisel** sünnitustoa. Mainiti, et mehed eelistanud tervishoiutöötaja tutvustamiset, sünnitustoa uksele koputamist ning selle sulgemist personali lahkumise järgselt. Mehed kirjeldasid, et kogesid ämmaemandate mõningast üleolevat suhtumist.

„Mingit konkreetset uksele koputamist või tere -mina-olen-see ja-see küll ei olnud! Oleks olnud ju viisakas öelda, kes-miks sinna tuppa tuli.” (2T)

„Vahepeal tundus, et see palat oli nagu läbikäiguhoov..... uks lahti ja igäiks, kes mööda kõndis, sais sisse vahtida. /.../ Ta (ämmaemand) oleks pidanud enda järel ukse ikka kinni panema!” (10T)

„ ... ja siis ta (ämmaemand) nagu ütles, et kas sa oled mees või ei?! Ma tundisn end solvatuna.” (8V)

„Mingit enda tutvustamist nad seal sünnituses küll ei teinud.....meil oli ka nagu segadus, et kes on kes või nii...” (12T)

4.2 Meeste kogemused perekesksel sünnitusel seoses saadud informatsiooniga

Teises ülakategoorias moodustus 3 alakategooriat, milles sisaldus 17 substantiivset koodi. Alakategooriad jagunesid: 1) meeste kogemused seoses tugiisikut sünnituseks ettevalmistava informatsiooniga, 2) meeste kogemused seoses sünnitusosakonna kodukorra kohta käiva informatsiooniga, 3) meeste kogemused seoses edastatava informatsiooni olemusega.

Tabel 3. Meeste kogemusi perekesksel sünnitusel seoses saadud informatsiooniga iseloomustavad substantiivsed koodid ja neist moodustunud alakategooriad

Perekoolis osalemisel saadud informatsioon	Meeste kogemused seoses tugiisikut sünnituseks ettevalmistava informatsiooniga	Meeste kogemused perekesksel sünnitusel seoses saadud informatsiooniga
Teistelt isadelt saadud informatsioon		
Perekoolis ämmaemandalt saadud infomatsioon		
Perekoolis saadud informatsiooni hulk		
Sünnitusmaja tutvustamisega seotud informatsioon	Meeste kogemused seoses sünnitusosakonna kodukorra kohta käiva informatsiooniga	
Tugiisikuga seotud informatsioon		
Sünnitustoas viibivate tervishoiutöötajate hulgaga seotud informatsioon		
Toitlustamisega seotud informatsioon		
Peretubade jaotamise/ümber kolimisega ühest palatist teise seotud informatsioon		
Sünnitustoas oleva aparatuuriga seotud informatsioon	Meeste kogemused seoses edastatava informatsiooni olemusega	
Informatsiooni selgus		
Informatsiooni emakeelsus		
Informatsiooni kiirus		
Informatsiooni vastuolulisus		
Informatsioon sünnituse edenemise kohta		
Informatsioon lapsele suunatud tegevuste kohta		
Informatsioon sünnitusjärgse perioodi kohta		

Esimene alakategooria **kogemused seoses tugiisikut sünnituseks ettevalmistava informatsiooniga** koosnes neljast substantiivsest koodist: 1) perekoolis osalemisel saadud informatsioon, 2) teistelt isadelt saadud informatsioon, 3) perekoolis ämmaemandalt saadud informatsioon, 4) perekoolis saadud informatsiooni hulk.

Isad kogesid, et **perekoolis osalemisel saadud informatsioon** mõjutab oluliselt sünnitusel osalemist. Nad leidsid, et sünnitus-, tugiisiku- ja sünnitusjärgset perioodi käsitlevates loengutes käimine mõjutas positiivselt sünnitusel kogetut. See andis teatava ettekujutuse eelseisvast ning tekitas rahulolu ja enesekindlust.

„See, et seal eem perekoolis räägiti, et ei pruugigi minna seal sünnitusel kõik nii kiiresti, see oli pigem ikka positiivne. Et ma nagu oskasin sellega arvestada. ” (2T)

„... sai ju mainitud loengus, et pigem ikka kogu seda värki (sünnitust) võetakse rahulikult, et noh, las laps sünnib ikka omas tempos, kui võimalik. ” (9T)

„Lisaks ju see ka perekoolis, et ikka pisut kindlam tunne, eriti kui oled seal (sünnitustoas) esimest korda.... eem.... tead, nagu mida teha, või et kas mingi asi on norm või mitte. ” (5T)

„... või kui sul naine ikka käest vere välja pigistab, siis sina oled ikka mees, ei vingu, et valus või nii. ” (8V)

„...et, see (perekool) loob ikkagi mingisuguse ettekujutuse, mis seal sünnitustoas näha võib. ” (10T)

Mehed selgitasid, et **teistelt isadelt saadud informatsioon** oli neile sünnituseelselt üsna huvitav. Eriti peeti oluliseks seda, et oli võimalus suhelda isadega, kellel juba oli sünnitusel viibimise kogemus. Selgus, et see oli tõhus meeste omavaheline teraapia, mis maandas tekkinud pingeid.

„... kasvõi see, et parim sõber oli just selle kõik läbi teinud ja elama jäänud. Lisaks mainis ta, et ... eem.. või noh, et kui mina ellu jäin, jääd sina ka. ” (3T)

„Pigem see meeste omavaheline ... noh, tead küll, selline lõõpimine võttis ikka pingeid vähemaks, et küll hakkama saan, pole vast hullu. ” (9T)

„Paljud mu sõbrad... eem, noh tuttavad ka, et ikka on läinud kaasa ja siis hiljem on saadud rääkida, pole hullu midagi, pigem selline noh, et kardad ette. Aga tegelt pole ju vaja. ” (4V)

„... eem võib ju mainida seda ka, et mõni on seal, noh ütleme, et kolm korda sama naisega käinud ja elusalt tagasi tulnud ja ikka veel peresuhe toimib, siis milles küssa. ” (3T)

Perekoolis ämmaemandalt saadud informatsiooniga sünnituse kohta kogesid mehed nii rahulolu kui ka ebakindlust. Nad kahtlesid, kas kõik vajalik informatsioon sünnitusel meelde tuleb.

„Kõige olulisem oligi see, et ta (ämmaemand) oskas meile lihtsalt ja arusaadavlt selle juba enne sünnitust selgeks teha, et mis nagu seal (sünnitustoas) toimuma hakkab. ” (12T)

„Meid küll jah nagu niiöelda justkui rahustati, et ämmakas ütles, et küll meie juba teame.....Aga ma just jäingi mõtlema, et ega endale need asjad vist küll õigel ajal meelde ei tule... ” (6T)

Perekoolis saadud informatsiooni hulk võib mõjuda erinevalt, kuna edastatavat materjali oli väga palju. Osa uuritavad selgitasid, et lisaks perekooli loengustes saadud informatsioonile, oli väga oluline ka ämmaemanda oskus ambulatoorsetel visiitidel jagada informatsiooni pereelu, naise rasedusega seotud ja sünnitusjärgsetel teemadel.

„Selles mõttes, et kõik need sünnituse materjalid ja need ka, mis me perekoolis vaatasime, seal, noh nendes olid ju mehed naiste kõrval sünnituses ja ta (ämmaemand) ütles, et me peaks ka seal osalema.” (10T)

„Ja siis kui me seal kohapeal käisime (ambulatoorsetel visiitidel), siis ämmaemadn andis meile alati nagu võimaluse, et küsige midagi....ja kui me ei küsinud, siis ta ikkagi nagu valgustas meid ka, et kuidas teineteist toetada jne....Pani meid tulevikule mõtlema.” (10T)

„ ja siis see hulk seda infot, mis ta (ämmaemand) perekoolis rääkis oli ikka hirmutav küll.” (2T)

Teine alakategooria oli **meeste kogemused seoses sünnitusosakonna kodukorra kohta käiva informatsiooniga**. See jagunes kuueks substantiivseks koodiks: 1) sünnitusmaja tutvustamisega seotud informatsioon, 2) tugiisikuga seotud informatsioon, 3) sünnitustoas viibivate tervishoiutöötajate hulgaga seotud informatsioon, 4) toitlustamisega seotud informatsioon, 5) peretubade jaotamise/ümber kolimisega ühest palatist teise seotud informatsioon, 6) sünnitustoas oleva aparatuuriga seotud informatsioon. Informatsiooniga seotud kogemuslike aspektide kirjeldamisel esitas 7 uuritavat, kellest 6 olid osalenud LTKH-s ja 1 LEH-s sünnitusel, küsimusi haiglas toimunu kohta ka uurijale. Suures osas puudutasid küsimused haigla kodukorda, tugiisikutega ning vastsündinuga seonduvat ja sünnitustoas viibivate tervishoiutöötajate arvu/hulka. Näiteks paluti uurijal selgitada, kuidas ja millisest uksest ning millistel kellaaegadel toimub lähedaste külastamine ja naiste vastuvõtmine sünnitusosakonda. Samas tekitas segadust vastuoluline informatsioon peretubade jaotamise ja ühest toast teise (üldpalatist perepalatisse ja üldpalatist ema-lapse palatisse) kolimise suhtes.

Sünnitusmaja tutvustamisega seotud informatsioon oli meeste arvates peredele väga vajalik. Sünnitusmajaga tuttav olemine andis teatava kindlustunde, kuid selle puudumine tekitas ebakindlust. Eriti oluliseks pidasid seda esmakordselt isaks saanud mehed.

„... ja kuna neid ju tutvustavaid tuure (sünnitusmaja tutvustavaid ringkäike) ju ei olnud, siis

olime nagu täiesti võõras kohas. /.../ Ei teadnud isegi ju seda, et kust või kas kohvi näiteks saab osta." (12T)

„... ja ka näiteks seda, et millisest uksest sisse-välja saab ja kas on ok, kui ma näiteks seal koridoris niisama longin." (3T)

„Me tulime öösel ja wc uks oli kinni, see et pidime ikka pikalt otsima, kuhu siis saaks minna./.../ ma ei osanud seda (wc) ka kusagilt mujalt otsida siis käid seal nagu narr ringi''(1T)

„Kui sa oled juba majaga tuttav, siis on nagu kindlam tunne sünnitama tulla. /.../ Mäletasime kuhu-minna teed esimese lapse ajast." (4V)

„Meie saime hea ülevaate, kuhu tulla, kuna see ämmaemand, kes meiega sünnitusel oli käis meiega ringi ja tutvustas maja, et kus miski asub." (12T)

Uuritavad leidsid, et nende kogemused **tugiisikuga seotud informatsiooniga**, olid puudulikud. Mehed ei olnud teadlikud sünnitusmajas eelistatud tugiisikute arvust ning ettepanekuna lisasid nad, et seda puudutav informatsioon peaks olema leitav sünnitusmaja kodulehelt.

„Oleks võinud sellest siis varem juttu olla, et naise õde on seal toas üleliigne või et kui palju seal neid (tugiisikuid) üldse olla võib. Nõme on ju tulla, kui sulle sealsamas ikkagi ust näidatakse ja ära aetakse." (6T)

„... sest meil oli algusest peale plaan, et oleme kolmekesi – mina, naine ja sõbranna. Aga siis mingi hetk ikkagi see ei sobinud ja tegime vahetustega." (9T)

„See oli nagu meie tiimi lõhkumine, noh veits, et olime ju arvestanud, et meid saab seal toas rohkem olema." (9T)

Sünnitustoas viibivate tervishoiutöötajate hulgaga seotud informatsioon tekitas uuritavates küsimusi. Selgitati, et osa mehi ei teadnud või ei saanud aru, miks oli vajalik nii palju spetsialiste sünnitustuppa kutsuda. Samas selgus aga ka see, et mõnele mehele tekitas teadmine, et lisaks ämmaemandale on sünnitustoas ka arst, pigem kindlustunnet. Osa paare eelistas siiski vaid ühe ämmaemanda poolt juhitud sünnitust.

„Meil oli ju kõik hästi või noh ma nii arvasin, aga siis nad tulid (2 arsti) ja hakkasid nagu asja ise juhtima, aga ma ei saanud aru, et kas midagi oli valesti või...?" (6T)

„Meile ta (ämmaemand) ütles, et kui kõik läheb rahulikult, siis jääb ainult tema meiega. Aga

ta mainis, et kui mingid ohumärgid on, siis kutsub ta arsti. ” (10T)

„Ega ma aru ei saanud, kes siis nagu see oli, kes protsessi juhtis, või kuidas sellega tavaliselt on? ” (9T)

„Minu meelest oli nagu hea, et ta (arst) tuli appi./.../ Tema kohalolek mõjus kuidagi rahustavalt. ” (7V)

„Tema (ämmaemand) oli algusest peale meiega üksi ja see oligi see, mida me tahtsime.” (2T)

Lisaks mainiti, et sünnitusmajas võiks olla **toitlustamisega seotud informatsioon** paremini edastatud. Sünnitama tulles unustatakse või ei teata, et tuleb ehk oma söök kaasa võtta. Uuritavad mainisid, et naise üksijätmise toidu toomiseks oleks võinud olemata olla.

„Ma nagu ei arvanudki, et sellega (söögiga) võiks mingi probleem tulla, aga samas kui kõht ikka koriseb ja kohvikus ka nagu midagi erilist ei ole, pead ikka kusagilt kaugemalt midagi tooma. /.../ Sel ajal on naine ju täitsa üksi, suht vastik ju. ” (3T)

„Toit tundus norm, kuid välimus oli petlik – üsna maitsetu ja siis tegelt oligi naine söömata ja mina ka. Aga ära ka ei julgenud käia, kartsin, et jään siis millesti olulisest ilma. ” (9T)

„... või lihtsalt seegi, et sa pead päev otsa nälgas ootama, et õhtust saaks haiglas... veits imelik. ” (5T)

Segadust tekitas **peretubade jaotamise/ümber kolimisega ühest palatist teise seotud informatsioon**. Uuritavad mainisid, et said palju vastukäivat informatsiooni ning olid seetõttu häiritud. Uuritavad soovisid, et saaksid esimesed sünnitusjärgsed päevad omaette peretoas veeta. Olulise aspektina selgitasid 2 meest, et nende laps oli esimesel elunädalal lasteintensiivravis ning seal said nad probleemideta privaatse peretoa.

„Hommiikul öelda, et kindlasti päeval saab peretuppa üle kolida, hiljem räägiti, et sedasi need asjad siin ei käi. Olime nasiega täitsa nõutud, sest olin just kodust kõik asjad kaasa toonud. ” (2T)

„Mulle tundus, et töötajad olid ise ka segaduses, keda kuhu saata (kuhu millised sünnitanud paarid lähevad) ning meil kästi oodata ootasime, kuid ega see mingeid loodetud tulemusi ei andnud. /.../... ja siis lõpuks öeldi kindlalt, et mingit ümber kolimist ei ole, jääte sinna, kuha teid algul pandi. Siis tekkis küll selline trots, et misasja – meile ju lubati!” (9T)

„Ma algul arvasin, et asi on rahas, aga siis sain aru, et tegelt neil polndki enam lihtsat ruumi, kuhu meid panna lapse ja naisega. ” (6T)

Palju küsimusi tekitas **sünnitustoas oleva aparatuuriga seotud informatsioon**. Toa liigne koormamine aparatuuriga ajas osa mehed ärevaks ning pani mõtlema kogetava üle. Samas kogesid teised, et tehnika sünnitustoas on pigem hea, sest vajadusel on kõik aparatuur käepärast.

„... ja siis sa astud sinna tuppa (sünnitustuppa) ja koge see kaadervärk ... ajab tegelt üsna segadusse, et kas seda kõike on ikka vaja ka või miks see siin on..?“ (3T)

„Selline tunne tekkis, et on ikka kõvasti kraami siin, mõtlesin, et issake, nagu mingi kiirabi haigla /.../ Lootsin kohe, et normi korral seda vaja ei lähe.“ (1T)

Kolmas alakategooria oli **meeste kogemused seoses edastatava informatsiooni olemusega** ja moodustus 7 substantiivsest koodist: 1) informatsiooni selgus, 2) informatsiooni emakeelsus, 3) informatsiooni kiirus, 4) informatsiooni vastuolulisus, 5) informatsioon sünnituse edenemise kohta, 6) informatsioon lapsele suunatud tegevuste kohta, 7) informatsioon sünnitusjärgse perioodi kohta.

Mehed kogesid, et **informatsiooni selgus** oli nende jaoks väga oluline. Eriti oluliseks peeti tervishoiutöötaja oskust anda selget ja arusaadavat ülevaadet sünnitustoas toimuvast. Edastatava informatsiooni puhul peeti samuti tähtsaks võimalikult lihtsat selgitamist ilma raskeid meditsiinilaseid termineid kasutamata.

„..., et ja siis tulevad need mingid rasked sõnad, millest ma aru ei saanud. Aga ta (ämmaemand) väga püüdis niimoodi lihtsalt selgitada, et me nagu aru saaksime või nii, aga kohati jah suht keeruline.“ (3T)

„... ja siis kui ma midagi küsisin, nad ilusti vastasid, aga vahepeal pidin ikka küsima, et mis see on või kas ma sain ikka õigesti aru.“ (9T)

„Ei noh, ma saan ju aru, et nendele on see lihtne, et mis miski on, aga ma, noh see tähendab, ma ju ei saa kõikidest arstisõnadest aru.“ (2T)

Uuritavad soovisid saada **informatsiooni emakeeles**, kuid kohati oli raske mõista, mida neile öeldi. Selgus, et venekeelsed hooldustöötajad ei andnud ülevaadet tehtavatest toimingutest ega saanud aru pere soovidest, mis puudutasid naise korrastamist sünnitusjärgselt. Samuti jäid segaseks mõned venekeelsete ämmaemandate poolt antud juhiseid ja enesejälgimissoovitused sünnitusjärgseks toimetulekuks.

„... ja siis noh tegelt me ju aru ei saanud, aga ei tahtnud teda (hooldaja) nagu piinata ka, et mida sa just ütlesid.” (1T)

„Ma nagu eeldasin, et nad kõik räägivad vabalt, või noh nii, et ikka me aru saame, aga kohati pidime ikka nagu üle küsima, et saaks aru, mida ta (hooldaja) venekeeles rääkis.” (5T)

„Tal (ämmaemand) oli küll üsna selline kehv eesti keel, aga tegelt ta ju püüdis ja mina sain ikkagi tegelt aru, kuigi jah eestikeelne ämmaemand, ses mõttes, et oleks lihtsam olnud.” (12T)

Rahulolu tekitas sünnitusel antav **informatsiooni kiirus**. Informatsiooni edastamist kiirustades ei peetud uuritavate poolt probleemiks, kui see info oli esitatud arusaadavalt. Kiire informatsioon rahustas mehi ning oli positiivse tagasiside aluseks.

„Ükskõik, millal küsisin, suht kohe sain vastuse ka.” (11T)

„Mulle meeldis, et sain infot hästi ruttu, kui laps lastetuppa viidi. Et oli nagu selline, noh hea tunne, et kõik korda sai.” (5T)

„... ja siis kui noh lapsel seal midagi naise kõhus oli (südamelöögisageduse langus), siis nad (ämmaemand ja arst) ka nagu kohe kiiresti ja lihtsalt vaatasid justkui meile mõlemale otsa ja siis arst ütles, et nüüd on vaja kohe tegutseda /.../” (6T)

„Sain kohe infot, kui laps oli sündinud, et temaga oli kõik korras, et kõik läks hästi!” (1T)

„Peale lapse süüdi kohe ämmaemand mainis, et siin on arvatavasti vaja protseduuri teha.” (8V)

Mehed kogesid, et **informatsiooni oli** kohati **vastuoluline**, tekitades palju küsimusi ja ebamugavustunnet. Uuritavates tekitas segadust, et mõne protseduuri ajaks paluti neil palatist lahkuda või ei lubatud läbivaatustuppa. Ükski uuritav ei olnud otseselt selle vastu, kuid kogemust mõjutas liiga vähe antav informatsioon ning naise-mehe füüsiline eraldamine.

„Üks ämmakas ütles, et briljantröheline on ok ja teise käest saime ikka nahutada, et seda kasutasime.... aga kellel lõplikult õigus oli, ei tea me siiani.” (4V)

„... ja siis see arst ütles, et kui hea idee on toa õhku niiskemaks muuta. /.../ Aga teise ämmaka käest saime põhimõtteliselt sellise halvustava kommentaari, et mida me õige endast mõtleme.” (10T)

„Lastearst mainis, kuidas ja kust saada neid ninatilku ja kui me neid küsima läksime, ei teadnud keegi asjast midagi /.../ Meile öeldi, et need tilgad on hoopis teises kohas ja teise inimese käes.” (11T)

„... ja siis see, et mingi hetk öeldakse, et sina jääd nüüd ukse taha ootama, nagu mis mõttes. /.../ Ma saan ju aru, kui naine ei taha, et ma kaasa lähen, aga kui seda ütleb töötaja, siis ma ei saanud aru miks.” (2T)

„Kaks täiesti erinevat kogemust. Esialgu ei lubatud mind läbivaatustuppa ega seletataud ka eriti, et miks või nii – ma oleks ju aru saanud! /.../ Aga sünnitustoas, kui see seljavärk tehti (epiduraalanalgeesia), siis ämmakas selgitas ja mul ei tekkinudki mingit sellist noh, et ma ei oleks aru saanud. Kõik oli loogiline ju.” (5T)

„minus tekitab siiani arusaamatust, miks nii, et mina ei tohi teatud ruumidesse minna, see tähendab, et perekesksust ju ei ole või mis?” (4V)

Enim küsimusi tekitas saadud **informatsioon sünnituse edenemise kohta**. Meestel, kellel puudus varasem sünnitusel viibimise kogemus, ei suutnud tajuda sünnituseks kuluvat ajahulka ning mõiste ”kiire-sünnitus” oli eritähenduslik mehele ja ämmaemandale.

„... ja siis ämmakas mainis, et siin läheb aega küll ja küll. Samas ma ju nägin, et asi on nii äge, et noh kohe-kohe see laps tuleb.” (2T)

„ja siis öeldakse, et tänase päeva jooksul ja see on norm, polegi vaja kiirustada. Aga see tänane päev kestab veel ju vähemalt 12 tundi... ee siis mul tekkis kohe küsimus, et kas siis nagu ongi kõik, et umbes 12-tunniga saame hakkama vä?” (6T)

„Vaatasin, et ta (ämmaemand) pani asjad valmis ja mõtlesin, et küllap kohe ongi asjad seal maal, et titt käes. /.../ Tegelt läks ikka jubedalt aega veel.” (8V)

„Ma arvan, et meil on erinev ajataju, ses mõttes et minul ja siis sellel töötajal. /.../ Ja siis kui laps sündima hakkas, siis ämmakas ütles, et küll läks kiiresti – minu meelest võttis ikka küll aega.” (7V)

Informatsioon lapsele suunatud tegevuste kohta selgus, et informatsioon oli sisukas ning mehed said esitatud küsimustele vastused.

„Ta (ämmaemand) selgitas, et mida ja mis järjekorras me lapsega teeme ja siis näitas neid vahendeid ka, et see nabaasi ja siis miks mütsi on vaja.” (8V)

„... ja siis meile selgitati, et kuidas ja millal on vajalik kaalumised jne asjad teha lapsega.” (1T)

„Ta (ämmemand) küsis meilt nagu isegi nõusolekut, et kas nüüd on ok, kui ma teie lapse kaalun-mõõdan./.../ Ta tegelikult pidevalt selgitas, et miks ta midagi teeb lapsega.” (7V)

Informatsioon sünnitusjärgse perioodi kohta oli meestele kogemustele tuginedes oluline. Mehed lisasid, et võimalus sünnitusmajja tagasi helistada ja nõu küsida, oli suureks abiks. Samas leiti, et peaks olema võimalus kutsuda koju ämmaemand, kes saaks pere abistada kodus keskkonnas.

„... ja kui sa lõpuks koju jõuad on seda infot nii palju, et sa ei oska seda kasutada ja siis me ikka paaril korral helistasime sinna (sünnitusmajja) tagasi, et noh nagu küsida, kuidas ja nii /.../ Õnneks saime vastused ka.” (4V)

„Samas meil oli kohe hea meel, et näete, see mis meile eile räägiti oli kõik õige jutt ja täna ei olegi vaja üle rääkida vaid piisab ka lihtsalt kodus jälgimisest.” (5T)

„aga me ei saanud perearsti kätte (helistatud väljaspool tööaega) ja siis otsustasime sünnitusse tagasi helistada, et probleemile lahendus leida. /.../ Ikkagi oleks olnud parem, kui ta (ämmaemand) oleks tulnud meile koju ka hiljem ja siis nagu siin koos meiega kõik asjad läbi teinud ja üle vaadannud. et kas noh, et kas me teeme ikka nii nagu peab või nii...” (12T)

5.3 Meeste kogemused perekesksel sünnitusel seoses koostöö ja võimestamisega

Kolmandas ülakategoorias moodustus 2 alakategooriat, milles sisaldus 5 substantiivset koodi. Alakategooriad jagunesid: 1) meeste kogemused seoses võimestamisega tervishoiutöötaja poolt, 2) meeste kogemused seoses koostöös tervishoiutöötajatega.

Tabel 4. Meeste kogemusi perekesksel sünnitusel koostöö ja võimestamisega iseloomustavad substantiivsed koodid ja neist moodustunud alakategooriad

Jagatud vastutus mehe ja tervishoiutöötaja vahel	Meeste kogemused seoses võimestamisega tervishoiutöötaja poolt	Meeste kogemused seoses koostöö ja võimestamisega perekesksel sünnitusel
Hooliv suhtumine tervishoiutöötaja poolt		
Mehe tegevustesse kaasatus	Meeste kogemused seoses koostöös tervishoiutöötajatega	
Mehes kindlustunde tekitamine		
Mehe sünnitusabi otsuste tegemisse kaasatus		

Meeste kogemused seoses võimestamisega tervishoiutöötaja poolt koosnes kahest substantiivsest koodist: 1) jagatud vastutus mehe ja tervishoiutöötaja vahel, 2) hooliv suhtumine tervishoiutöötaja poolt.

Uuritavatega sünnitusmajas kokku puutunud tervishoiutöötajad suunasid mehi tegutsema. Seeläbi tundsid mehed, et **jagatud vastutus mehe ja tervishoiutöötaja vahel** oli vastsündinu hoolduse osas läbimõeldult neile suunatud.

„...ja siis sa saad nagu aru, et tegelikult see on ju sinu, või noh minu laps. /.../ et neid otsuseid tehes pead ju arvestama kõigi heaolu ja tervisega.” (3T)

„Ta (ämmaemand) ütles siis ka, et teeme nii, et issi – noh mina siis, tegeleb nüüd lapsega, et las emme puhkab. /.../ Samas näitas ta (ämmaemand) ja juhendas mind igal sammul, et selline hea tunne oli.” (5T)

„Minu meelest oli väga asjakohane, et ta (arst) rääkis, kuidas ja millised võimalused meil on. /.../ ja ta (ämmaemand) selgitas ka, et kui need ravimid peaksime valima, et mis see nende kasu ja võimalik nagu kõrvaltoime võib olla, aga samas lasti ikkagi meil ju otsustada.” (4V)

Väga olulisel kohal oli sünnitusel ja selle järgselt **tervishoiutöötaja poolne hooliv suhtumine** mehesse ja tema peresse. See oli aluseks meeldejäával ja pingevabal suhtlusel mehe ja personali vahel.

„Mulle andis väga palju jõudu juurde teadmine, et olime selle ämmakaga juba varem rääkinud ja selline soe tunne oli ja ta tõesti hoolis meist nagu vanadest tuttavatest sünnitustoas.” (7V)

„Igakord kui tema (ämmaemand) tuppa tuli, oskas ta meiega nii hästi ja selliselt nagu rahustavalt rääkida. /.../ Ta maandas meie hirme.” (12T)

„Tegelt on seda üsna lihtne mõista, kui ikka sinust hoolitakse. /.../ Minu pere oligi sel hetkel (sünnitusel) nende proriteet.” (12T)

Meeste kogemused seoses koostöös tervishoiutöötajatega koosnes kolmest alakategooriast:

1) mehe tegevustesse kaasatus, 2) mehes kindlustunde tekitamine, 3) mehe sünnitusabi otsuste tegemisse kaasatus.

Väga oluliseks pidasid mehed koostööd tervishoiutöötajaga. Eriti seda, mis puudutas **mehe** erinevatesse **tegevustesse kaasamist**. Nimetati tehtavaid toiminguid nii lapse kui ka naisega.

„Ja siis ta (ämmaemand) ütles, et noh issi tule ja vaatame siis poja koos üle. Selline hästi toetav ja siis nagu tekkis endal ka selline hea tunne, et saad ise käed külge panna ja teha.” (7V)

„Tegelikult oli ikka selline mõnus koostöö temaga (ämmaemandaga), sest samal ajal kui ta näitas, mida ja kuidas lapsega teha, aitas ta ka nagu minul selle isaks olemisega toime tulla.” (6T)

„Ma ei osanud teda (oma naist) kuidagi aidata, aga ämmaemand näitas mulle ette, et kuidas ma saaksin teda silitada või juua pakkuda või masseerida.” (3T)

Kindlustunne tekkis samuti tegutsedes. Lisaks tuli selgelt esile, et tervishoiutöötaja poolne julgustav hoiak innustas tegutsema.

„Et selline tunne, et nagu sul on backup kohe olemas, kui seda vaja, julged siis ikka teha küll rohkem ju.” (9T)

„Justkui selline, et mida rohkem teed, seda enesekindlam ma olin.” (5T)

„Selline hästi toetav õhkkond, et saad nagu aru, et oled seal oodatud ja, et sind aidatakse ja juhendatakse hea meelega.” (11T)

„..., et ta (arst) nagu näitas ja selgitas, et näe, kui hästi laps end tunneb. Ja siis ta nagu niimoodi käega näitas, et kuidas see, noh nagu, et lapse süda lööb ja kõik on hästi. Selline rahulolu tekkis, et kõik on hästi.” (10T)

Mehed avaldasid, et nende jaoks oli väga oluline pidada personaliga läbirääkimisi ning olla **sünnitusabi otsuste tegemisse kaasatud.**

„Tegelikult me ju teadsime, et nii võib minna (sünnitus võib lõppeda keisrilõikega), aga noh vähemalt anti meile võimalus, noh, et naine saaks ise ikka proovida (sünnitada).” (2T)

„... ja siis ma nagu ütlesin, et tegelt oli meil plaan nagu koos sünnitada, et nagu naine on püsti ja mina tema seljataga. /.../ lõpuks saimegi sellises asendis sünnitada.” (10T)

„Mina küsisin kohe julgelt, et kas see on ok, kui ma koos naisega vannis olen. Vastati, et miks ka mitte.” (11T)

5.4 Meeste kogemused perekesksel sünnitusel seoses enesega toimetulekuga

Kolmandas ülakategoorias moodustus 2 alakategooriat, milles sisaldus 10 substantiivset koodi. Alakategooriad jagunesid: 1) meeste kogemused seoses füüsiliste muutustega toimetulekuga, 2) meeste kogemused seoses iseenda käitumisega toimetulekuga.

Tabel 5. Meeste kogemusi perekesksel sünnitusel enesega toimetulekuga iseloomustavad substantiivsed koodid ja neist moodustunud alakategooria

Rahutus	Meeste kogemused seoses füüsiliste muutustega toimetulekuga	Meeste kogemused seoses enesega toimetulekuga perekesksel sünnitusel
Üleväsimus ja nälg		
Mehe mure oma krooniliste haiguste pärast		
Füüsiline välimus tekitas meestes ebakindlust		
Ebaviisakas käitumine	Meeste kogemused seoses iseenda käitumisega toimetulekuga	
Sünnitustoast väljaastumine aitas toime tulla		
Naise valu on raske pealt vaadata		
Teiste sünnitajate häälekus		
Ülevaate edastamine lapse seisundist		
Tänuikkus elu ees		

Esimene alakategooria **meeste kogemused seoses füüsiliste muutustega toimetulekuga** koosnes neljast substantiivsest koodist: 1) rahutus, 2) üleväsimus ja nälg, 3) mehe mure oma krooniliste haiguste pärast, 4) füüsiline välimus tekitas meestes ebakindlust.

9 uuritavat 11-st mainisid, et olid kogenud sünnituse erinevates faasides **rahutust**, kuna sünnituse kulg on väga intensiivne.

„... ja siis oli nagu kohe selline rahutus kätes/.../ mingi hetk vist hakkas vererõhk tõusma.” (1T)

„ ... tundsin ise ka, et vererõhk oli vist kõrge ja väike värin tuli ka sisse - nagu tahtsin, et kõik kiiresti tehtud saaks.” (2T)

„ ... ja siis nagu kõik ajab iiveldama /.../ tekkis oksetunne.” (8V)

„ ... iivelduse tunne, et kõik need lõhnad - jube tugevad ju selles väikses ruumis.” (7V)

„ ... ja lisaks veel selline tunne, et õhk saab ruumist otsa.” (11)

Meeste kogemusi uurides selgus, et nende kogemust mõjutasid oluliselt ka sünnitusel kogetav **üleväsimus ja nälg**.

„... ja kui ikka otse ise ka öövalvest tuled, siis ega sust seal toas(sünnitustoas) väga asja ei ole. Tundsin, et peaksin end enne ikka korralikult välja magama ... või noh vähemasti pikutamagi või nii” (5T)

„ Mõnikord oled ju ise ka, see tähendab, et kodus oled ikka üleval, kui naine sul haiglas on. Ei ole nii, et põõnad kõht ripakil. Tegelt on kõik need viimased päevad enne sünnitust selline pinnapealsem uni. ” (8V)

„...ämmaemand ütles, et mina peaksin ka sööma. Siis taipasin ise ka, et sellepärast vist hakkaski halb ” (5T)

„... ma ei olnud samuti eilsest õhtust saadik söönud /.../ juba sellest tekkist tohutu väsimus. ” (3T)

„Põhimõtteliselt kohe anti mõista, et ... oot, kuidas ta(ämmaemand) ütleski, ah ja : söömine on ainus, mis toidab ja kas ikka mees, see tähendab, et siis mina ka ikka söönud olen. ” (9T)

„Lisaks kõigele ämmakas mainis, et mehe kõht peab täis olema, muidu hakkab kindlasti halb, kui asi pikaks venib /.../ Peale söömist oli kohe nagu teine hingamine ” (6T)

Mehe mure oma krooniliste haiguste pärast tekitasid ebakindlust ning mõjutasid kogetavat.

„... ja siis ega, noh, sa ei lähe ju arstile või ämmakale rääkima, et kuule ma nüüd lähen korraks koju, pean ravimeid võtma või nii.... eem veits piinlik ju. ” (10T)

„... ma mõtlesin kohe, et äkki peaks ikka ütlema, et mul see hoog peale tulla võib, langetõbi, noh... /.../ lõpuks ikka mainisin, et nad teaksid./.../ Aga ikkagi – ilgelt piinlik ju ” (3T)

„Unustasin ju need, noh ravimid koju, aga tekkis juba selline ärevust, et peaks ikkagi võtma. Saime ämmakaga kaubale ja käisin vahepeal kodus ära. Aga ikkagi selline imelik, et pead teistele rääkima, mis sul viga on ” (11)

Kahel korral mainiti, et **füüsiline välimus tekitas meestes ebakindlust**. Seda mainisid isad, kelle partneri sünnitus oli lõppenud erakorralise keisrilõikega.

„Põhimõtteliselt oli nii, et mul kästi särk ära võtta ja laps pandi rinnale, aga noh veits piinlik ka, kuigi keegi võõras, no see tähendab naine ikkagi su suurt kõhtu näeb.... lähed korraks ikka näost puneseks ju. ” (2T)

„... et korraks isegi mõtlesin, et oleks ma teadnud, oleksin ehk rinnakarvad ära ajanud, aga noh, see toimus nii kiiresti, et nüüd võta särk ära ja laps rinnale. Endal oli veits imelik, kuigi jah, vaevalt et keegi mind sellise piguga vaatas (mees teeb imestunult suured silmad) ” (6T)

Meeste kogemused seoses iseenda käitumisega toimetulekuga koosens kuuest alakategooriast: 1) ebaviisakas käitumine, 2) sünnitustoast väljaastumine aitas toime tulla, 3) naise valu on raske pealt vaadata, 4) teiste sünnitajate häälekus, 5) tänulikkus elu ees, 6) ülevaate edastamine lapse seisundist.

Mainiti, et vahel aitab ka mõne järsema sõna välja ütlemine iseendaga hakkama saada. Seda peeti üsna tavapäraseks, et ärevas olukorras võib **ebaviisikalt käituda**, kuna see aitab pingeid maandada.

„Ma ju tegelt olen selline viisakas härrasmees (naeratab), aga noh saad ju aru küll, kui ikka miskit ei edene, siis tahaks vanduda /.../ hakkaks kohe kergem.” (9T)

„...tundsin kohe, et ropendamine aitaks /.../ (muheleb rahulolevalt) tõsiselt, aitaski!” (4V)

„Tegelt oli hea, et saime vahepeal naisega kahekesi olla, siis julgesin vanduda kaoeh veits kergem hakkas.” (11T)

Sünnitustoast väljaastumine aitas meestel **toime tulla ning** paremini hakkama saada ja naist toetada.

„Ma mõtlen, et see, et ma sain vahepeal toast välja (sünnitustoast), see nagu ee, see nagu võttis pingeid nagu vähemaks ja siis oli nagu rohkem jõudu tagasi minnes, et naisele toeks olla.” (12T)

„Ma tean ju, et seda vist ei tohtinud teha (mees käis väljas suitsetamas), aga mind see tegelikult pigem nagu aitas. /.../ Kuna mina olin peale käiku lõdvestunud, siis sain ka naist paremini aidata.” (2T)

Naise valu oli raske pealt vaadata, kuna valu on sünnitusel paratamatu. Samas on valul oluline roll sünnituse edenemisel.

„Selline abituse tunne, et ei saa nagu mitte kuidagi naist aidata. Aga tahaks ju aidata, aga tegelt on nii raske seda kõike lihtsalt niisama pealt vaadata...” (8V)

„Isegi nagu vastik on ju, et ma ei saa talt (naisetl) kuidagi seda valu ära võtta või seda nagu kuidagi vähemaks teha.” (3T)

Sünnitusoad ei ole helikindlad ning sageli oli kuulda ka teisi sünnitajad. **Teiste sünnitajate häälekus** oli segav faktor oma partnerile keskendumisel. Samas mainisid LEH-s sünnitusel

osalenud mehed, et teiste sünnitajate hääled neid ei seganud või ei olnudki neid ei pandudki tähele.

„Tegelikult oli see vastik, et sa pead kuulma, mis seal kõrval (teises sünnitustoas) toimub, sest see naine lausa röökis./.../ See tegelt mõjus ka naisele halvasti, ma arvan.” (6T)

„Meil oli nagu plaan, et kuulame mingit relax-muusikat, aga sellest ei tulnud midagi välja, sest meie kõrval karjuti ikka meeletult.” (1T)

„Kõik oli väga vaike, ainult meie. /.../ Olime sel ööl ainukesed.” (7V)

Sündiva lapse seisundist ülevaate edastamist peeti väga oluliseks ning kogeti, et kuuldes, et kõik on hästi, andis ka mehele jõudu juurde, et sünnitusel vastu pidada.

„... ja siis see ämmakas ütles, et näe ta ju tuleb juba! /.../ Siis tuli selline nagu uus power või nii, et jess saame koos hakkama.” (7V)

„Mingi hetk oli nii läbi, et jää või magama ja siis saime teada, et lapsel on nüüd parem. Siis mõtled, et jess! Paneme edasi!” (5T)

Uuritavad mainisid, et lapse sünd ja terve vastsündinud ootamine tekitas neis **elu ees tänulikkust**.

„... siis hakkad tegelt alles mõtlema, mis see elu väärt on ja mingi hetk tuleb selline kartus... ee, mitte nagu päris, vaid selline aukartus, et sa oled tegelt looduse ees üsna võimetu” (9T)

„Ja sa saad siis aru, et sa ei saagi midagi teha ...lihtsalt pisarad voolavad ja selline suur õnne- ja tänutunne, et jess, hästi läks kõik” (5T)

„... ja saadki nagu aru, et tegelt pead olema lihtsalt tänulik, et kõik hästi läks ja muidugi see vabanemise tunne /.../ pisarad õnnest voolavad.” (7V)

„Tegelt oli küll selline tunne, et kas ma ikka olen seda tervet last väärt, nagu selline aukartus elu ees või nii.” (11T)

5. ARUTELU

5.1 Meeste kogemused perekesksel sünnitusel seoses suhtlusega

Käesoleva magistritöö eesmärk on kirjeldada meeste kogemusi seoses perekesksel sünnitusabiga Lääne-Tallinna Keskhaigla ja Lõuna-Eesti haigla sünnitusosakonnas. Perekeskne tervishoid on prioriteediks Õdede Liidu ja Ämmaemandate Ühingu arengukavas, kuna see tagab kvaliteetsema tervishoiuteenuse (Raiend 2005). Perekesksuse uurimisel on leitud, et võrdselt olulised on nii teadus kui ka kogemused. Samuti tervishoiutöötaja teadlikkus uuritavast nähtusest ning uuritava ning tema perekonna kaasatusest raviprotsessi. (Fulford jt 1996.)

Selgus, et peresised suhted olid positiivse sünnituskogemuse saamise aluseks. Kuigi sünnitus ja varapuerpeerium on perele tõeliseks katsumuseks, selgitati et arutamist vajavaid olukordi oli teisigi. Näiteks põhjustas **tööle naasmine probleeme peresiseselt**, kuna mehel ja naisel oli erinev nägemus, kui pikalt peaks koos haiglas veetma peale lapse sündi. Mõned mehed tundsid, et tööl olles panustaksid nad suuremal määral pere heaolusse, kui haiglas koos sünnitusel või selle järgselt viibides. Eesti seadusandlus võimaldab meestel veeta 2 nädalat lapse sünni korral isapuhkusel (Isapuhkus ja lapsepuhkus 2012). Samas ei saa jääda lapsehoolduspuhkusele enne lapse 70. elupäeva ehk mitte enne naise rasedus- ja sünnituspuhkuse lõppemist. Sellega soovitakse lisaks emade koju jäämisega soodustada ka jätkusuutlikku imetamist. Siiski ei ole leitud kõigile sobivat varianti, mis soodustaks isade kaasatust pere igapäeva ellu. Hetkel on Riigikogus arutlusel vanemahüvitse süsteem, mille alusel oleks võimalus nii emadel kui ka isadel 3 aasta jooksul peale lapse sündi lapsehoolduspuhkus osade kaupa välja võtta. Eestis on siiani suures osas lapsehoolduspuhkusel ema. **Sünnitusel osalemine oli mõnele uuritavale kohustuslik, tema enda vastasseisust hoolimata.** Selgus, et mõnel juhul oli mees naisega nõus pererahu huvides. Siiski ei põhjastanud sünnitusel osalemine uuritavate sõnul emotsionaalset kahju, vaid pigem tuli pereelule kasuks. Seetõttu ei ühtinud varasemate uurimistööde tulemused käesolevaga, milles leiti, et see tekitada vastumeelsust nii partneri kui ka vastsündinu suhtes (Johansson jt 2012) ega soodusta lapsevanemaks kujunemist (Draper ja Ives 2013) ning sellel võib olla negatiivne mõju peresuhetele (Eriksson jt 2007). Teisest küljest arvab Premberg jt (2012), et sünnituskogemuse saamine on meestele vajalik isaks kasvamisel, sest see loob

aluse isa-lapse ja peresuhetele. Siiski on antud teema piisavalt aktuaalne, et selle üle arutleda ka perekooli vestlusingides ning julgustada partnereid omavahel sisukamalt diskuteerima koos sünnitama mineku osas. Sünnitusel osalemine omakorda pani mõtlema **suhte edasise toimimise üle**. Tugevalt negatiivseid kogemusi ega peresuhete olulist halvenemist ei maininud üksi uuritav. Pigem olid mehed selle poolt, et tänapäeval on see igati normaalne ja vajalik kogemus. Ka perekoolid võiksid pakkuda meestele sünnitusjärgseid vestlusringe ning seeläbi soodustada nende kaasatust pereellu. Oluline oleks kajastada ka muutunud rolle perekonnas ning teineteisega arvetsamist, kuna esimeste sünnitusjärgsetel kuudel on vastsündinu oma vajadustega tähelepanu keskpunktis ning mehe-naise privaataeg on vähene.

Mehe ja ämmaemanda nägemus perekesksest sünnitusest võib erineda. Sünnitustoas töötavad ämmaemandad puutuvad igapäevaselt sünnitusabialaste situatsioonidega kokku, kuid paljudele meestele oli see esmakordne kogemus. Ka korduvalt isaks saanud meestele on sünnitus nii emotsionaalselt kui ka füüsiliselt kurnav. Nii mõnelgi korral tajuti, et sünnitusel eirati pere privaatsust sünnitustoast sisenemisel-väljumisel. Selgus, et paljud mehed oleksid eelistanud igakordset uksele koputamist ning ukse sulgemist. Lisaks mainis üks uuritav, et ta tajus isiklikku solvamist. Samas kogeti ka ämmaemanda positiivset ja rahustavat mõju sünnitusel. Väga oluline on ka ämmemanda oskus suunata mehe tähelepanu naisele ja lapsele. Seda eriti olukordades, kui naist sünnitusjärgselt ömmeldakse ja korrastatakse. Tervishoiutöötajate eetiline käitumine, erialased oskused ja hoiakud meeste suhtes on määrava tähtsusega kogetava suhtes (Johansson jt 2012). Mida rohkem on meestel võimalus küsida ämmaemandatelt nõu naise ja lapse heaolu kohta, seda enesekindlamalt nad end tunnevad (McKellar jt 2006). Igasuguse tervishoiuteenuse puhul on eriti oluline personali ja patsientide omavaheline suhtlus. Nii LTKH kui ka LEH koolitusosakonnad võimaldavad töötajatel läbida erinevaid enesearengut ja erialast pädevust soodutavad koolitusi. Näiteks pakub LTKH suhtlemisioskust ja patsiendi motiveerimist käsitlevaid kursusi nii eesti kui ka venekeelsetena. Lisaks toimib mõlemas haiglas patsientide tagasisidesüsteem, millest saab teha järeldusi töötajate koolitamisvajaduse osas. Sama oluline on haigla juhtkonna poolt koolitada töötajad ka seadusandluse osas, kuna aasta-aastalt on suurenenud kohtusse jõudnud haigusjuhtumite arv ning tervishoiutöötajaad peavad olema võimelised enda tehtud tööd kommenteerima.

5.2 Meeste kogemused perekesksel sünnitusel seoses informatsiooniga

Isad kogesid, et sünnitus-, tugiisiku- ja pereks kasvamise **perekooli loengutes** käimine mõjutas positiivselt sünnitusel kogetut. Lisaks leidsid mehed, et teiste isadega vestlemine oli neile sünnituseelselt rahustav. Eriti tõhusaks pidasid mehed võimalust suhelda perekoolis juba **varasemalt sünnitusel osalenud meestega**. Esmas- ja korduvisadel ongi sageli erinev toetuse vajadus sünnitusel (Hildingsson jt 2011) ning see eeldab, et korduv- ja esmasisid peaks perekoolis käsitlema veidi erinevalt (Premberg jt 2012). Näiteks puuduvad uuringus osalenud haiglate perekoolides ainult meestele suunatud loengud. Paar aastat tagasi LTKH perekool neid pakkus ning nõudlus oli suur. Nüüd on need lektori puudumise tõttu ära jäetud. Samas on palju mehi, kes selliste koolituste kohta aktiivselt informatsiooni otsivad. Meeste vestlusringe pakub aga näiteks SA Tartu Ülikooli Kliinikumi perekool. Seega peaksid ka teised perekoolid olema valmis vastavasisuliselt loenguid pakkuma. Tõenäoliselt tunnevad mehed ainult neile suunatud loengutes end vabamalt, sest ka lektor on eelistatult mees ning tabuteemasid ei ole. **Perekoolis ämmaemandalt saadud informatsiooniga sünnituse** kohta kogesid mehed nii rahulolu kui ka ebakindlust, kuna sünnituse kulg ja kestvus on ette teadmata. Mitmel korral selgus, et **informatsiooni hulk sünnituse ja vastsündinud kohta perekoolis võib mõjuda kurnavalt**, seda eriti nooremate meeste puhul, kes esmakordselt sünnitusel osalesid. Lisaks leidsid Schytt ja Bergström (2014), et sama efekt mõjutab ka vanemaid esmakordselt isaks saavad mehi. Seega peaksid perekoolid lisaks informatsiooni edastamisele tegelema ka kuhjunud pingete maandamisega, mida sünnituse ootamine endas sageli kaasa toob. Samas peaks liigse informatsiooni asemel hoopis mehi suuremal määral emotsionaalselt toetama ning seetõttu on kasulikud harjutuste sooritamine loengus.

Informatsiooniga, mis puudutas **sünnitusosakonna kodukorda**, esitati küsimusi ka uurijale. Sünnitusmaja tutvutamine oli meeste kogetule toetudes peredele väga vajalik. Lisaks andis see teatava kindlustunde, et sünnitusmajaga ollakse enne sünnituse algust tuttavad. Eriti oluline oli see esmakordsetele vanematele, kes ei olnud varem sünnitusosakonnaga kokku puutunud. 2015. aasta suvel puhkuste perioodil ei toimunud LTKH-s sünnitusmaja tutvustavaid ringkäike. Selle puudust märkisid oma intervjuudes 4 uuritavat. Lisaks selgus, et individuaalset ämmaemandusteenust kasutanud pered (2) said sünnitusmaja tutvustuse tänu ämmaemandale. LEH-s sünnitusel osalenud mehed ei käinud naise rasedusaegselt

sünnitusmajaga tutvumas, kuna ei pidanud seda vajalikuks. Seetõttu on vajalik järjepidevalt uuendada kodulehel haigla tutvustamisega seotud informatsiooni ning pered suunata majaga tutvumise ringkäikudele. Ka perekooli lektorid peaksid aktiivselt peresid majaga tutvumisele suunama ning vastavasisuliselt infovoldikuid jagama.

Uuritavad leidsid, et nende kogemused infoga, mis puudutas **tugiisikute** arvu, olid puudulikud. Seda mainisid LTKH-s peresünnitusel osalenud mehed. Näiteks peaks tugiisikut puudutav informatsioon olema leitav sünnitusmaja kodulehelt ning seda võiks käsitleda ka perekooli loengutes ja ämmaemanda visiitidel. Info, mis oli seotud **sünnitustoas viibivate tervishoiutöötajate hulgaga**, tekitas uuritavates küsimusi. Selgitati, et osa mehi ei teadnud või ei saanud aru, miks oli vajalik nii palju spetsialiste sünnitustuppa kutsuda. Mitme spetsialisti kohalolek sünnitustoas tekitab sageli segadust on leidnud ka Schytt ja Bergström (2014). Mõnele mehele hoopis meeldis, et lisaks ämmaemandale on sünnitustoas ka arst, sest see tekitab kindlustunnet. Seda põhjendati asjaoluga, et vanasti oli ju arst see, kes sünnitust juhtis. Samas mainiti, et kaks ämmaemandat koos oli usaldusväärsem. Ämmaemandate selgitusi mitme spetsialisti vajalikkusest sünnitustoas mõjusid meestele rahustavalt. Ka Perdok jt (2016) leidis, et ämmaemand peab suutma põhjendada mitme tervishoiutöötaja viibimise vajalikkust sünnitusel. Samas tuli selgelt esile, et loomuliku sünnituse pooldajad eelistasid pigem ämmaemanda juhitud sünnitust. Lisaks mainiti, et sünnitusmajas võiks olla **toitlustamine** paremini organiseeritud, sest uuritavad ei olnud toidu kvaliteediga ega toitlustamise kellaaegadega rahul. Nii mõnigi uuritav käis sünnitusmajas viibimise ajal toitu ostmas väljaspool asutust. Sellest võib järeldada, kui oluline on peredele sünnitusjärgselt hea kvaliteediga isuäratav söök.

Lisaks tekitas segadusi **peretubade saamise ja ümberkolimise** süsteem. LTKH-s sünnitusel osalenud uuritavad said palju vastukäivat informatsiooni ning olid seetõttu segaduses. Peredele oli oluline veeta esimesed sünnitusjärgsed päevad peretoas. Nii LTKH kui ka LEH sünnitusosakonnas on peretoad, kuid nende ette broneerimist ei rakendata. Olenevalt vabade peretubade arvust ja perede soovist pakutakse kõigile sünnitusmajas seda võimalust. LTKH-s on väga palju sünnitusi ning seetõttu on peretoad sageli kinni. Samas võiks haigla juhtkond peretubade juurde ehitamist soodustada ning seeläbi suurendada patsientide ning nende perede rahulolu. Olulise aspektina selgitasid 2 uuritavat, et nende laps oli esimesel elunädalal

lasteintensiivravivis ning seal said nad koheselt peretoa. Palju küsimusi tekitas **sünnitustubades olev aparatuur ja töövahendid**. Sünnitustoad tundusid liigselt aparatuuriga koormatud olevat ning see tekitas uuritavates äravust. Loomulikku ja perekesket sünnitust soovivatee paaridele peaks võimaldama sünnitada võimalikult loomulikult. Seetõttu oleks mõistlik liigne aparatuur tubadest võimalusel ära viia. Samas peaks aparatuuri hoiustamine olema hoolikalt läbimõeldud, et vajaduse ilmnemisel see sünnitustuppa transportida. Madala risikiga sünnitajad võikski suunata vähese aparatuuriga sünnitustubadesse, et peredes rahulolu suurendada. Samas kogesid osa uuritavaid, et tehnika sünnitustoas pigem rahustas. Vastavalt Tervishoiuteenuse Korraldamise seadusele peab sünnitustoas olema teatud varustus ilma milleta ei ole lubatud sünnitusabi tervishoiuasutuses pakkuda (Tervishoiuteenuse korraldamise seadus 2005). Mehed lisasid, et võimalus **sünnitusjärgselt sünnitusmajja tagasi helistada** ja nõu küsida, oli suureks abiks, sest paljud asjad olid koju jõudes ununenud. Peredele peab jagama haiglas võimalust tervishoiutöötajatega oma sünnituskogemust läbi arutada, et pererollidesse paremini sisse elada (Johansson jt 2015). Peredele peaks koju minekul kaasa andma paber kandjal infomaterjale, et vajadusel olulisi vastasündinu kohta käivad aspekte meelde tuletada. Infovoldik võiks endas sisaldada ka vajalikke telefoninumbreid ja asutuste aadresse tagasipöördumise korral. Lisaks mainiti, et peaks olema võimalus ämmaemandat koju kutsuda, kuna probleemid ja küsimused tekivadki kodus. Sünnitusjärgseid koduvisiite LTKH ja LEH hetkel ei paku, kuid nõudlus selleks on uurimistöö andmetel märkimisväärne. Samas pakuvad sünnitusjärgseid koduvisiite nii Ida-Tallinna Keskhaigla kui ka SA Tartu Ülikooli Kliinikumi sünnitusosakonnad ning rahulolu teenusega on oluline kvaliteedi indikaator. Lisaks pakuvad teenust eraettevõtted, kuid teenuse maksumuse tõttu abi siiski kõigini ei jõua.

Mehed kogesid, et **informatsiooni selgus** oli nende jaoks väga oluline, kuna tervishoiutöötaja peab suutma anda selget ja arusaadavat ülevaadet sünnitustoas toimuvast. Uuritavatele oli oluline, et informatsioon oleks lihtsalt mõistetav ilma spetsiifilisi meditsiinilaseid termineid kasutamata. Varasemaltki on mehed kogenud, et neile edastatav informatsioon on keeruline, sisaldades palju erialaseid väljendeid (Sapountzi-Krepia jt 2014) ning nendega peab suhtlema lihtsas ja vabas vormis ning arusaadavate väljenditega (Sapountzi-Krepia jt 2014), jättes võimaluse küsimuste esitamiseks, aruteluks ning kaasates nad otsuste tegemise protsessi (Johansson ja Hildingsson 2013). Lisaks mainiti, et sooviti saada **informatsiooni eesti**

keeles, kuid kohati oli raske mõista, mida neile öelda taheti. Selgitati, et venekeelsed hooldustöötajad ei andnud ülevaadet tehtavatest toimingutest ega saanud aru pere soovidest, mis puudutasid naise korrastamist sünnitusjärgselt. Samuti jäid segaseks mõned venekeelsete ämmaemandate poolt antud juhiseid ja enesejälgimissoovitused sünnitusjärgseks toimetulekuks. Seetõttu peaks haigla juhtkond jätkusuutlikult töötajate riigikeele oskust süvendama erinevate kursuste raames. Ühe ettepanekuna võiks töötajaid koolitada muude võõrkeelte osas, et sünnitajate ning nende peredega vahetumalt suhelda. Sama probleem võib tekkida aga ka ainult vene või muud võõrkeelt kõnelevate peredega ainult eesti keelt kõneleva ämmaemanda puhul. Lisaks peab arvestama, et välisriikidest saabuvate sünnitajate hulk kasvab jõudsalt ning seda eriti Eesti linnades.

Rahulolu tekitas sünnituse edenemisega seoses antava **informatsiooni kiirus**. Informatsioon oli küll kohati edastatud kiirustades, aga arusaadavalt ning seda ei peetud probleemiks. Mehed kogesid, et edastatav **informatsiooni oli kohati vastuoluline** tekitades palju küsimusi, ebamugavustunnet ja segadust. Selgus, et antud soovitused lapsel kasutatavate vahendite osas erinesid. Lisaks mainiti, et olenevalt ämmaemandast/arstist anti erinevat informatsiooni ning väga raske oli aru saada, kelle soovitusi jälgida. Tõenäoliselt oleks lihtsam, kui enese- ja lapsejälgimissoovitused oleksid sünnitusjärgsetes palatites seintel või infovoldikuna öökapil. See annaks perele võimaluse ise veenduda informatsiooni selguses. Samuti peaks koolitama personali, et nad annaksid ühesugust informatsiooni. Lisaks tekitas uuritavates segadust mehe-naise eraldamine teatud protseduurideks (epiduraalanalgeesia teostmise ajal, günekoloogilisel läbivaatusel vastuvõtutoas). Mõlemad uurimistöös osalenud haiglad pakuvad perekoolid sünnitusloenguid. Neis peaks käsitlema ka haigla kodukorda ning selgitama miks, millal steriilsuse tagamise seisukohalt on oluline mees naisest hetkeks eraldada. Küsimusi tekitas aga ka sünnituse edenemisega seoses antav informatsioon. **Informatsiooni osas** tehtavate protseduuride kohta, mis **olid suunatud lapsele**, olid mehed väga õnnelikud avaldama, et neile see oli sisukas. Mida rohkem on meestel võimalus olla oma naise kõrval (Dellmann 2004), küsida ämmaemandatelt nõu naise ja lapse heaolu kohta, seda enesekindlamalt mehed end tunnevad (McKellar jt 2006).

5.3 Meeste kogemused perekesksel sünnitusel seoses koostöö ja jõustamisega

Sünnitusel oli **tervishoiutöötaja poolne võimestamine** oluliseks kogemuse kujundajaks, milles mainiti jagatud vastutust ning hoolivat suhtumist. Väga oluliseks pidasid mehed **koostööd tervishoiutöötajaga**. Meestele pakkus rahulolu, et neid kaasati lapsega seotud toimingutesse ning anti ülevaadet sündiva lapse seisundist. Kindlustunne tekkis tänu tervishoiutöötaja poolsele julgustavale hoiakule. Mehed avaldasid, et nende jaoks oli väga oluline pidada personaliga läbirääkimisi ning nad olid sünnitusabi osutamisel meditsiiniliste otsuste tegemisse kaasatud. Uuritavad ei maininud, et nad oleksid olnud õendustoimingutes vähem eelistatud kui emad ja lapsed. Seega erinevad antud uurimistöo tulemused Kalam-Salminen (2005) tulemustest. Tõenäoliselt on aastatega perekeskset tervishoidu ka sünnitusabis tõhusamalt rakendatud, kuna nii mehed kui ka teised pereliikmed on oodatud sünnitajaga sünnitusele kaasa tulema. See on tingitud nii ämmaemandate juhtitud sünnituste teadlikumast juhtimisest kui ka ämmaemanduse kui iseseisva tervishoiu eriala arengust. Madala riskiga rasedusi ning sünnitusi jälgib ja juhendabki reeglina ämmaemand. Ämmaemand on normaalse sünnituse spetsialist ning tervishoius tunnustatud meeskonna liige, omades lisaks sünnitusabialastele teadmiste ka teadmisi perede ja nende liikmete emotsionaalsest ja psüühilisest toetamisest.

5.4 Meeste kogemused perekesksel sünnitusel seoses enesega toimetulekuga

Üheksa uuritavat 11-st mainisid, et olid kogenud sünnituse erinevates faasides **rahutust** ning lisasid, et vahel aitab vandumine iseendaga paremini hakkama saada. Meeste kogemusi uurides selgus, et nende kogemust mõjutasid oluliselt ka sünnitusel kogetav **üleväsimus, nälg** ja **mure enda krooniliste haiguste pärast**. Mehed, kelle partneri sünnitus oli lõppenud erakorralise keisrilõikega ning lõikusjärgselt asetati vastsünninud isa rinnale nahk-naha kontaktiks mainisid, et nende **enda füüsiline välimus tekitas neis ebamugavust**. Ka varasemalt on leitud, et mehed kogevad tihti abitust ja jõuetust (Draper ja Ives 2013), emotsionaalset ja füüsilist väsimust (Bäckström ja Wahn 2011). **Sünnitustoast välja astumine** aitab meestel toimuvaga paremini hakkama saada, oma mõtteid koguda ning uuesti naisele toeks olla. Seetõttu on eriti oluline, et ämmaemand toetaks kõiki sünnitusel osalevaid pereliikmeid ning julgustaks mehi aruteludeks ning küsiks ka mehe enesetunde ja eelistuste

kohta. Eriti oluline on ämmaemanda oskus suunata meeste tähelepanu oma naisele ja vastsündinule mitte aga eritunud kehavedelikele või intiimpiirkonnale naise korrastamisel. **Naise valu on raske pealt vaadata**, kuid mehed mõistavad, et valu on sünnitusel paratamatu. Valul on ka oluline roll sünnituse edenemisel. Sünnitusoad ei ole helikindlad ning sageli oli kuulda ka teisi sünnitajad. **Teiste sünnitajate häälendus** oli segav faktor oma partnerile keskendumisel LTKH-s sünnitanud paaridel. Samas mainisid LEH-s sünnitusel osalenud mehed, et teisi sünnitajaid ei olnud kuulda. Uuritavad mainisid, et lapse sünd ja terve vastsündinud ootamine tekitas neis elu ees **tänuikkust**, sest see pani mõtlema elu ja surma üle. Samas oli meestele väga oluline näha kinnitust hästi kulgenud rasedusest tervelt sündinud lapse näol. Tervishoiutöötajad peaksid julgelt kaasama mehed lapse kaalumisel-mõõtmisel ning ka sünnijärgsete hetkede jäädvustamiseks.

5.5 Uurimistöö usaldusvärsus ja eetilised aspektid

Uurimistöö viidi läbi kahes Eesti sünnitushaiglas: LEH-s ja LTKH-s ning kokku osales selles 12 uuritavat. Uurimistöös osalemine oli vabatahtlik ning uuritavatele tagati konfidentsiaalsus. Kõik uuringus osalenud uuritavad olid sobilikud, kuna neil olid teadmised ja kogemused uuritava nähtusega. Kutsed uurimistöös osalemiseks kleebiti sünnitus- ja sünnitusjärgsetesse osakondadesse. Uurimistöös osalemise soovi korral võtsid uuritavad ise uurijaga ühendust, seega puudus sünnitusmaja personalil teave uuritavate isikutest ning sünnituse detailidest.

Intervjueerimise eelselt nõustati uuritavaid nende õigustest ja konfidentsiaalsusest ning allkirjastati kahepoolselt ja kahes eksemplaris uurimistöös osalemiseks nõusoleku vorm. Uurimistöö andmed koguti isikustatud kujul, see tähendab, et uurijal on teadmine, milline uuritav milliseid kogemuslikke aspekte kirjeldas. Uurimistööga seotud dokumentatsiooni hoiustas uurija vaid talle ligipääsetavas lukustatavas kabinetis. Peale magistratöö edukat kaitsmist ning eetikakomiteele lõpparuande esitamist hävitatakse uurimistööga seotud dokumentatsioon. Intervjueerimisel vältis uurija uuritavate suunamist ja survestamist. Mitmekülgse informatsiooni ja tõlgendamise paremaks interpreteerimiseks kasutas uurija peegeldamist ja uuritava öeldu ümbersõnastamist. Uurimistöö tulemuste jälgitavuse lihtsustamiseks ja usaldusvärsuse suurendamiseks on lisatud tsitaate ja märkmeid uuritava

kehakeelest, -asendist ja hääletoonist. Uurimistöö täistekste nägi ainult uurija. Uuritavatel oli võimalus tutvuda uurimistulemustega ning vajadusel täiendada enda öeldut.

Uurija on ise õppinud ämmaemandaks ning töötab LTKH-s sünnitus- ja sünnieelseosakonna ämmaemandana. Käesoleva töö autor puutub igapäevases töös pidevalt peredega sünnitusel kokku. Seetõttu jälgis töö autor hoolikalt ka oma kehahoioakut ja hääletooni, et mitte uuritavaid nende kogemuslike aspektide kirjeldamisel suunata. Lisaks oli võimalus, et uuritavatega on toimunud juhuslik kohtumine sünnitusosakonnas enne intervjuerimist. Seda siiski ei juhtunud. Kuna uuritavate isikud olid teada vaid töö autorile, siis ei tekkinud ka sünnitusjärgselt konflikti ka sünnitusel osalenud tervishoiutöötajatega.

Käesolevas uurimistöös ei ole eristatud esmaselt ja korduvalt sünnitusel osalenud isasid, kuna iga sünnitus ja sellest tekkinud mälestused on erinevad. Samas peaks neid uurima, kuna neil on sageli erinev toetuse vajadus. Seetõttu on oluline välja selgitada, millisel määral erinevad esmas- ja korduvisade kogemused ning millist toetust nad naise rasedusel, sünnitusel ning selle järgselt vajavad. Mõistlik oleks leida ka seoseid meeste perekoolis osalemise ja sünnitusel, sünnitusjärgselt ajal toimetulekuga. Uurimistöös eritus selgelt, et osa mehi eelistab vaid ämmaemanda, osa aga günekoloogi poolt juhitud sünnitust. Seetõttu on vaja välja selgitada, millised pered millistel põhjustel ämmaemandat või arsti eelistavad ning seeläbi neile sünnitusabi pakkuda. On vaja uurida, millised olukorrad naise rasedusel ning sünnitusprotsessis põhjustavad kõige tõenäolisemalt meestes ebamugavustunnet, rahuolematust, ebameeldivaid kogemusi ning seeläbi luua strateegiad, kuidas mehi jätkusuutlikumalt toetada. Lisaks võiks uurida ka kõiki teisi Eestis tegutsevaid sünnitusabi pakkuvaid haiglaid ning välja töötada strateegiad, kuid toetada ja võimestada tugiisikuid järjepidevalt ja jätkusuutlikult.

Uurija mõistab, et antud töö tulemused ei ole kõikidele sünnitusel osalenud meestele üldistatavad, kuid nende põhjal saab teha kokkuvõtteid LTKH-s ja LEH-s sünnitusel osalenud meeste kohta. Uurimistulemusi saab rakendada uurimistöös osalenud osakondades. Saadud uurimistulemuste põhjal on võimalik sisse viia muudatusi personali koolitamisel, riigikeele õppel ning luua tööjuhiseid, millele toetudes oleks peredele antav informatsioon võimalikult selge, adekvaatne ja arvestav.

6. JÄRELDUSED

Sünnitusel osalemine võib olla mõnel juhul meestele kohustuslik, kuid see ei põhjusta üldjuhul emotsionaalset kahju, vaid tuleb pigem pereelule ja suhte toimimisele kasuks. Seetõttu peavad ämmaemandad julgelt kõiki mehi sünnitusele kaasa minema suunama. Mehe ja ämmaemanda nägemus perekesksest sünnitusest võib erineda, seetõttu on personalil oluline roll meeste eelistuste, vajaduste ja ootuste pereeluga kohandamisel. Tervishoius töötav personal vajab pidevat mitmekülgset erialast täiendõpet.

Tervishoiuteenuse pakkumisel on eriti oluline personali ja pere omavaheline suhtlus, kuna saadud informatsiooniga koetakse nii rahulolu kui ka ebakindlust. Informatsiooni hulk sünnituse kohta võib mõjuda kurnavalt ning seetõttu peab tervishoiutöötaja suutma mehi ja nende peresid läbi raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi toetada, julgustada ning aidata kohaneda muutuvate pererollide ja ülesannetega. Sünnitusmaja peab pakkuma võimalust sünnituskogemust läbi arutada. Sünnitusel on tervishoiutöötaja poolne võimestamine ning personali ja perevaheline koostöö oluliseks kogemuse kujundajaks. Tervishoiutöötaja poolne julgustav hoiak innustab tegutsema ning seostub eelkõige kvaliteetse perekeskse sünnitusabiga. Mehed kogevad järjest enam oma rolli perekesksel sünnitusel aktiivse ja arvestatava osapoolena.

Peredele edastatav informatsiooni peab olema lihtne, ladus ning arusaadav kõigile sünnitajatele ning nende kaaslastele. Peredele peab koju minekul kaasa andma paber kandjal infomaterjale seoses vastündinu hoolduse, naise, peresuhete ning enesejälgimissoovitustega. Infovoldik peab sisaldama ka vajalikke telefoninumbreid ja asutuste aadresse tagasipöördumise vajaduse korral. Sünnitusmaja peab pakkuma sünnitusjärgseid ämmaemanda koduvisiite.

7. KASUTATUD KIRJANDUS

Bowden, V. R. ja Greenberg, C.S. (2009). *Children and Their Families: The Continuum of Care*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.

Burns, N, Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique & Utilization*. W.B.Saunders, Philadelphia.

Bäckström, C. ja Wahn, E. H. (2011). Support during labour: first-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. *Midwifery*, 27(1): 67-73.

Condon, J.T., Boyce, P. ja Corkindale, C.J. (2004). The First-Time Fathers Study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 56–64.

Deave, T. ja Johnson, D. (2008) The transition to parenthood: what does it mean for fathers? *Journal of Advanced Nursing*, 63(6): 626–633.

Dellmann, T. (2004). The best moment of my life: a literature review of Fathers' experience of childbirth. *Journal of the Australian College of Midwives*, 17(3): 20-26.

Dermott, E. (2008). *Intimate fatherhood a sociological analysis*. New York, Routledge.

de Witte, L., Schoot, T. ja Proot, I. (2006). Development of the client-centred care questionnaire. *Journal of Advanced Nursing*, 56(1): 62-68.

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

Draper, H. ja Ives, J. (2013). Men's involvement in antenatal care and labour: rethinking a medical model. *Midwifery*, 29 (7): 723-729.

Eesti Meditsiiniline Sünniregister 1992 -2012. Eesti Abordiregister 1996-2012. (2013).

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

Eriksson, C., Salander, P. ja Hamberg, K. (2007). Men's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Journal of Men's health and gender*, 4(4): 409-416.

Fulford, K.M.W., Ersser, S. ja Hope, T. (1996). Essential practice in patient-centred care. Oxford, Blackwell Science.

Gawlik, S., Müller, M., Hoffmann, L. ja Dienes, A. (2015). Assessing birth experience in fathers as an important aspect of clinical obstetrics: How applicable is Salmon's Item List for men? *Midwifery*, 31, 221-228.

Global Standards for Midwifery Regulation. (2011). International Confederation of Midwives.

Gramling, L., Hickman, K. ja Bennett, S. (2004). What makes a Good Family-Centered Partnership Between Women and Their Practitioners? A Qualitative Study. *Birth*, 31, 1.

Halfon, N., Stevens, D., Larson, K. ja Olson, L. K. (2011). Duration of a Well-Child Visit. Association With Content, Family-Centeredness, and Satisfaction. *Pediatrics*. DOI: 10.1542/peds.2011-0586.

Hasman, K., Kjaergaard, H. ja Esbensen, B. A. (2014). Fathers' experience of childbirth when non-progressive labour occurs and augmentation is established. A qualitative study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 5, 69-73.

Hildingsson, I., Karlström, A. ja Nystedt, A. (2011). Parents' experiences of an instrumental vaginal birth findings from a regional survey in Sweden. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 4, 3-8.

IAPO. (2007). Declaration on Patient-Centred Healthcare.

IPFCC (2004). Institute for Patient- and Family-Centered Care. Website. <http://www.ipfcc.org/> (02.02.2016).

Isapuhkus ja lapsepuhkus. (2012). Sotsiaalkindlustusamet.

Johansson, M., Fenwick, J. ja Premberg, A. (2015). A meta-synthesis of fathers experiences of their partners labour and the birth of the baby. *Midwifery*, 31, 9-18.

Johansson, M. ja Hildingsson, I. (2013). Intrapartum care could be improved according to Swedish fathers: Mode og birth matters for satisfaction. *Women and Birth*, 26, 192-201.

Johansson, M., Rubertsson, C., Rådestad, I. ja Hildingsson, I. (2012). Childbirth – An emotionally demanding experience for fathers. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 3, 11-20.

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

Kaila-Behm, A. ja Vehviläinen-Julkunen, K. (2000). Ways of being a father: how first-time fathers and public health nurses perceive men as fathers. *International Journal of Nursing*, 37(3): 199-205.

Kalam-Salminen, L. (2005). Hoidon laatu lapsivuodesastoilla suomessa ja virossa.

King (1994). *Research Methods in Anthropology*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA, Sage.

Kukk, K. ja Lavren, T. Isade kaasatus rasedusaegsesse hooldusesse. Tartu Tervishoiu kõrgkool. Lõputöö.

Langemets, M., Tiits, M., Valdre, T., Veskis, L., Viks, Ü., Voll, P. (2009). Eesti keele seletav sõnaraamat. 6. kd., U-Y. Eesti Keele Sihtasutust, Tallinn.

Lääne-Tallinna Keskhaigla AS Naistekliiniku 2015.aastaruanne. Tallinn, 03.02.2016.

Lõuna-Eesti Haigla AS Sünnitusosakonna 2015.aastaruanne. Võru, 2016.

McKellar L.V., Pincombe, J.I. ja Henderson, A.M. (2006). Insights from Australian parents into educational experiences in the early postnatal period. *Midwifery*, 22, 356–364.

Montigny, F. ja Lacharité, C. (2004). Fathers' Perceptions of the Immediate Postpartal Period. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33, 328-339.

Oommen, H., Rantanen, A., Kaunonen, M., Tarkka, M.-T. ja Salonen, A.H. (2011). Social support provided Finnish mothers and fathers by nursing professionals in the postnatal ward. *Midwifery*, 27, 754-761.

Perdok, H., Jans, S., Verhoeven, C., van Dillen, J., Batenburg, N., Mol, B. W., Schellevis, F. ja de Jonge, A. (2016). Opinions of professionals about integrating midwife- and obstetrician-led care in The Netherlands. *Midwifery*, 37, 9-18.

Platin, L. (2007). Fatherhood and Health outcomes in Europe: WHO Regional Office for Europe.

Pärnamets, M. (2008). Peresünnitus sünnitanu ja isa kui tugiisiku poolt kogetuna. Tallinna Tervishoiu kõrgkool. Lõputöö.

Premberg, Å., Taft, C., Hellström, A-L. Ja Berg, M. (2012). Father for the first time - development and validation of a questionnaire to assess fathers' experiences of first childbirth

(FTFQ). *Pregnancy and Childbirth*, 12, 35.

Raiend, T. (2005). Eesti tervishoiuteenuste kvaliteet. Eesti Tervishoiuprojekt 2015. *Eesti Arst*, 84(Lisa): 15-18.

Romijn, A., Muijtjensen, A.M.M., Bruijne, M.C., Donkers, H.H.L.M., Groot, C.J.M. ja Teunissen, P.W. (2016). What is normal progress in the first stage of labour? A vignette study of similarities and differences between midwives and obstetrician. *Midwifery Today*, 11(41): 104-109.

Sapountzi-Krepia, D., Psychogiou, M., Sakellari, E. Ja Vehviläinen-Julkunen, K. (2014). Greek fathers' experiences from their wife's/partner's labour and delivery. A Qualitative approach. *International Journal of Nursing Practice*, 21(5).

Sarantakos (2004). *Research Methods in Public Administration and Nonprofit Management. Quantitative and Qualitative Approaches*. New York, Armonk.

Schytt ja Bergström (2014). First time fathers' expectations and experiences of childbirth in relation to age. *Midwifery*, 30, 82-88.

Sevil ja Özkan (2009). Fathers' functional status during pregnancy and the early postnatal period. *Midwifery*, 25(6): 665-72.

State of Maternity Services Report 2015. Royal College of Midwives 2011.

Steen, M., Downe, S., Bamford, N. ja Edozien, L. (2012). Not-patient and not-visitor: A metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery Today*, 28(4), 422-431.

Suislep, K. (2009). Meeste tunded ja kogemused seoses naise raseduse ja sünnitusega ning ämmaemanda roll meeste toetamisel. Tallinna Tervishoiu kõrgkool. Lõputöö.

Tauts, B. (2014). Mõiste analüüs. Tartu Ülikool, Õendusteaduse osakond. http://www.oendusteadus.ut.ee/sites/default/files/ode/moisted_2008_2014.pdf (02.03.2015).

Tervishoiuteenuse korraldamise seadus 2005 (RT I 2001, 50, 284).

Tervise Arengu Instituut.
https://intra.tai.ee/images/prints/documents/138624380837_EMSR.pdf (18.12.2014).

Tiirikainen, P., Lepistö, L. (2002). Synnyttäjien hoidon kehittämiskohteet sairaalassa. *Sairaanhoitaja*, 10, 8-11.

Turner, D.W., III (2010). Qualitative interview design: A practical guide for novice investigators. *The Qualitative Report*, 15(3), 754-760.

Uriko, K. (2006). Sünnituskogemused seoses sünnitusjärgse perioodiga kohanemise, vanemliku rolli tähtsustamise ja abieluga rahuloluga sünnitusjärgse aasta jooksul. Magistritöö. Tallinn: Tallinna Ülikool.

Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E. ja Lehti, K. (2001). Methodological issues in interviewing families in family nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2): 288-293.

White, M. D., Marsh, E. E. (2006). Content Analysis: A Flexible Methodology. *Library Trends*, 55 (1), 22–45.

Wiegand, D. L., Grant, M. S., Cheon, J., & Gergis, M. A. (2013). Family-centered End-of-Life Care in the ICU. *Journal of Gerontological Nursing*, 39 (8), 60-68.

LISAD

LISA 1. Kutse uurimistöös osalemiseks

Informeeritud nõusoleku vorm

LUGUPEETUD UURIMISTÖÖS OSALEJA

Olen Tartu Ülikooli õendusteaduse II kursuse magistrant Kätlin Vahtel ning palun Teie osalemist oma magistratöoga seotud uurimistöös, mille eesmärgiks on kirjeldada meeste kogemusi seoses perekeskse sünnitusabiga Lääne-Tallinna Keskhaigla või Lõuna-Eesti Haigla AS sünnitusosakonnas.

Perekeskse sünnitusabi eesmärgiks on pakkuda tervishoiutöötaja ja pere vahelist informeeritud koostööd, milles keskendutakse läbirääkimistele, informatsiooni jagamisele, jagatud vastutusele ja pereliikmete võimestamisele, võttes aluseks pere väärtused, ootused, vajadused ning eripära. Ämmaemandusabi on vaja süstemaatiliselt arendada, et osutatav sünnitusabiteenus oleks võimalik kõrgetasemeline kõikidele peredele ja pereliikmetele. Tõenduspõhine teabebaas Eestis meeste kogemuse kohta sünnitusel viibimisega on hetkel puudulik. Uurimistöö keskendubki meeste kui sünnitusel osalejate kogemuse kirjeldamisele, et tervishoiutöötajatel, kes sünnitustoas peredega kokku puutuvad, oleks võimalik oma teenust pakkuda arvestada kõiki sünnitusel viibivaid pereliikmeid.

Uurimistöö viiakse läbi meeste seas, kes on osalenud Lääne-Tallinna Keskhaigla või Lõuna-Eesti Haigla AS sünnitusosakonnas peresünnitusel 2015. aastal, on andnud kirjaliku nõusoleku uurimistöös osalema, on võimelised andma informatsiooni eesti keeles. Uurimistöös osalemine on vabatahtlik. Uurimistöö käigus viiakse uuritavatega läbi üks struktureerimata intervjuu.

Uurimistöö tulemused avaldatakse üldistatud kujul. Teile tagatakse anonüümsus ja konfidentsiaalsus, Teie nimi on teada vaid uurijatele ning seda ei avalikustata. Uurimistöoga mitte seotud isikutel puudub juurdepääs Teie poolt edastatud andmetele. Soovi korral võite alati uurimuses osalemise katkestada ning sel juhul Teie poolt öeldut uurimistöös ei kajastata. Uurija on alati valmis vastama tekkinud küsimustele ja täpsustama töö eesmärki ning

uurimuse läbiviimisega seotud aspekte.

Juhul kui Te soovite uurimistöös osaleda, palun võtke ühendust telefoni või e-posti teel.

Uurimuse läbiviimiseks on taoteldud luba Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteelt.

Meeldivat koostööd soovides,

Käthlin Vahtel
õendusteaduse magistrant
Ravila 19-4056, 50411 TARTU

Tel. 55578375

e-post: kathlin.vahtel@keskhaigla.ee

LISA 2. Informeeritud nõusoleku vorm

Informeeritud nõusoleku vorm

LUGUPEETUD UURIMISTÖÖS OSALEJA

Olen Tartu Ülikooli õendusteaduse II kursuse magistrant Kätlin Vahtel ning palun Teie osalemist oma magistritööga seotud uurimistöös, mille eesmärgiks on kirjeldada meeste kogemusi seoses perekeskse sünnitusabiga Lääne-Tallinna Keskhaigla või Lõuna-Eesti Haigla AS sünnitusosakonnas.

Perekeskse sünnitusabi eesmärgiks on pakkuda tervishoiutöötaja ja pere vahelist informeeritud koostööd, milles keskendutakse läbirääkimistele, informatsiooni jagamisele, jagatud vastutusele ja pereliikmete võimestamisele, võttes aluseks pere väärtused, ootused, vajadused ning eripära. Ämmaemandusabi on vaja süstemaatiliselt arendada, et osutatav sünnitusabiteenus oleks võimalik kõrgetasemeline kõikidele peredele ja pereliikmetele. Töenduspõhine teabebaas Eestis meeste kogemuse kohta sünnitusel viibimisega on hetkel puudulik. Uurimistöö keskendubki meeste kui sünnitusel osalejate kogemuse kirjeldamisele, et tervishoiutöötajatel, kes sünnitustoas peredega kokku puutuvad, oleks võimalik oma teenust pakkuda arvestada kõiki sünnitusel viibivaid pereliikmeid.

Uurimistöö viiakse läbi meeste seas, kes on osalenud Lääne-Tallinna Keskhaigla või Lõuna-Eesti Haigla AS sünnitusosakonnas peresünnitusel 2015. aastal, on andnud kirjaliku nõusoleku uurimistöös osalema, on võimelised andma informatsiooni eesti keeles. Uurimistöös osalemine on vabatahtlik. Uurimistöö käigus viiakse uuritavatega läbi üks struktureerimata intervjuu.

Uurimistöö tulemused avaldatakse üldistatud kujul. Teile tagatakse anonüümsus ja konfidentsiaalsus, Teie nimi on teada vaid uurijatele ning seda ei avalikustata. Uurimistööga mitte seotud isikutel puudub juurdepääs Teie poolt edastatud andmetele. Soovi korral võite alati uurimuses osalemise katkestada ning sel juhul Teie poolt öeldut uurimistöös ei kajastata. Uurija on alati valmis vastama tekkinud küsimustele ja täpsustama töö eesmärki ning uurimuse läbiviimisega seotud aspekte.

Uurimuse läbiviimiseks on taoteldud luba Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteelt.

Meeldivat koostööd soovides,

Käthlin Vahtel
õendusteaduse magistrant
Ravila 19-4056, 50411 TARTU

Tel. 55578375

e-post: kathlin.vahtel@keskhaigla.ee

Mind

/ees-ja perekonnanimi, kontaktandmed/

on informeeritud ülalmainitud uurimusest ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist, uuringu metoodikast ning uuringuga seotud võimalikest riskidest ja kinnitan oma nõusolekut selles osaleda allkirjaga. Tean, et uurimistöö käigus tekkivate küsimuste kohta saan täiendavat informatsiooni uurimistöö läbiviijalt.

Kuupäev, kuu, aasta, allkiri _____

Informatsiooni andis uurimistöö teostaja Käthlin Vahtel

Kuupäev, kuu, aasta, allkiri _____

LISA 3. Tartu Ülikooli Inimuringute Eetikakomitee Luba

Protokolli number: 249/T-8