

Tartu Ülikool
Meditšiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Marleen Mägi

**ENNEAEGSE VASTSÜNDINU JA TEMA VANEMATE FÜÜSILINE LÄHEDUS NING
PERE TOETAMINE VASTSÜNDINUTE RAVIS EESTIS**

Magistritöö

Tartu 2018

Juhendaja: Liis Toome, MD, PhD

/allkiri/

/kuupäev/

Ere Uibu, RN, MSc

/allkiri/

/kuupäev/

Otsus magistritöö kaitsmisele lubamise kohta: _____

/Juhendajate otsus ning kuupäev, millal otsus on õppetoolis protokollitud /

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Marleen Mägi

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda magistritöö **ENNEAEGSE VASTSÜNDINU JA TEMA VANEMATE FÜÜSILINE LÄHEDUS NING PERE TOETAMINE VASTSÜNDINUTE RAVIS EESTIS**

mille põhijuhendaja on **Liis Toome MD, PhD**

ja kaasjuhendaja **Ere Uibu RN, MSc**

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

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu alates 31. mai 2019 kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

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

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

Tartus, 11. mai 2018

TÄNUAVALDUSED

Käesoleva töö autor soovib tänada:

- SCENE töörühma ja eeskätt prof. Liisa Lehtoneni, Anna Axelini, Simo Raiskilat ja Sari Ahlqvist-Björkrothi kui rahvusvahelise lähedussuhete uuringu idee loojaid.
- Eesti töörühma Tartu vastutavat uurijat Heili Varendit, Tallinna vastutavat uurijat Liis Toomet, Ida-Tallinna keskhaigla vastutavat uurijat Pille Andressoni, kaastöötajaid Mari-Liis Ilmoja ja Kati Korjust ning teisi uuringus osalenud inimesi - Angeelika Plaaser, Svetlana Müüsepp, Birgit Kiilaspää, Marina Mkrtõtšjan, Jana Retpap, Sirje Keerdo ja Mirje Kristmann.
- Juhendajat Liis Toomet magistritöö idee ja kirjutamise juhendamise eest. Samuti teadmiste ja oskuste jagamise, teravate tähelepanekute, nõudlikkuse ning pühendumuse eest.
- Kaasjuhendajat Ere Uibut magistritöö kirjutamise juhendamise, kasulike näpunäidete, asjakohaste märkuste ja emotsionaalse toetuse eest.
- Marika Tammaru igakülgse abi eest statistikaalaste küsimuste lahendamisel ning samuti õpetamise, kannatlikkuse ja otsekohesuse eest.
- Häid kolleege Svetlana Mürseppa ja Darja Ahmarovat praktilise toetuse eest minu asendamisel tööl magistritöö kirjutamise perioodil, kuid samuti ka kõiki SA Tallinna Lastehaigla vastsündinute ja imikute osakonna kolleege igakülgse toetuse eest.
- Eva-Maria Kinkarit keelelise korrektuuri ja näpunäidete eest teksti selgemaks esitamiseks.
- Kõige suurem tänu kuulub minu abikaasale, tütrele ja pojale, kes mind õpingute ajal igakülgset toetasid, innustasid ja inspireerisid.

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

1. SISSEJUHATUS	6
2. UURIMISTÖÖ TEADUSLIK TAUST	8
2.1. Enneaegne vastsündinu intensiivravi osakonnas ja vastsündinu perekeskne ravi	8
2.2. Enneaegse vastsündinu ja tema vanema füüsiline lähedus vastsündinute ravis	12
2.3. Vanemate kaasamine lapse hooldus- ja raviprotsessi ning õdede roll selles	16
3. METOODIKA	19
3.1. Uuritavad	19
3.2. Andmete kogumine	20
3.3. Mõõtmisvahendite valiidsuse ja reliaabluse hindamine	22
3.4. Andmete analüüsi meetodi ja protsessi kirjeldus	24
4. TULEMUSED	25
4.1. Osakondade taustandmed	25
4.2. Läheduse päeviku andmed	27
4.2.1. Pere ja laste taustandmed	27
4.2.2. Erinevate läheduse kontakti kestused osakondade kaupa	27
4.2.3. Enneaegse vastsündinu ja tema vanemate füüsilise läheduse kestuse seos osakonna tüübiga	28
4.3. Vanemate ja õdede hinnangud vanemate toetamisele ning lapse hooldus- ja raviprotsessi kaasamisele	30
4.3.1. Pere ja laste taustandmed	30
4.3.2. Hinnangud küsimuste kaupa	30
4.3.3. Vanemate ja õdede hinnangute seosed vanemate toetusele ning lapse hooldus- ja raviprotsessi kaasamisele	38
5. ARUTELU	42
5.1. Olulisemad tulemused	42
5.1.1. Enneaegse vastsündinu ja tema vanemate füüsiline lähedus	42
5.1.2. Vanemate ja õdede hinnangud vanemate toetusele ning lapse hooldus- ja raviprotsessi kaasamisele	44
5.2. Eetilised aspektid	46
5.3. Tulemuste usaldusväärsus ja uurimistöö kitsaskohad	47
5.4. Uurimustulemuste olulisus ja tähendus kliinilisele tööle	48
6. JÄRELDUSED	50
KASUTATUD KIRJANDUS	51
LISAD	57
Lisa 1. Uuringu informatsioon eesti keeles	57
Lisa 2. Uuringu informatsioon vene keeles (Информация об исследовании)	59
Lisa 3. Osakonna küsimustik (<i>Unit Characteristics Questionnaire</i>)	61
Lisa 4. Vastsündinut ja perekonda iseloomustavad tunnused eesti keeles	65
Lisa 5. Vastsündinut ja perekonda iseloomustavad tunnused vene keeles (<i>Характеристики младенца и семьи</i>)	67
Lisa 6. Vanemate ja lapse läheduse päevik eesti keeles	70
Lisa 7. Vanemate ja lapse läheduse päevik vene keeles (<i>Дневник близости младенца и семьи</i>)	71
Lisa 8. SMS-küsimused vanematele eesti keeles	72
Lisa 9. SMS-küsimused vanematele vene keeles (<i>Веб-вопросы для родителей</i>)	73
Lisa 10. Veebiküsimused õdedele eesti keeles	74
Lisa 11. Veebiküsimused õdedele vene keeles (<i>Веб-вопросы для медсестер</i>)	75
Lisa 12. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee luba	76

KOKKUVÕTE

Enneaegse vastsündinu ja tema vanemate füüsiline lähedus ning pere toetamine vastsündinute ravis Eestis

Geneetiliste ja perinataalsete tegurite ning tõenduspõhise perinataalabi korralduse ja ravi kõrval omab enneaegsena sündinud lapse tervisele ja hilisemale arengule mõju teda ümbritsev sünnijärgne keskkond. Teadusuuringud on tõestanud, et füüsiline lähedus enneaegse vastsündinu ja tema vanema vahel ning perekeskne ravi ehk vanemate kaasamine lapse hooldus- ja raviprotsessi sünnijärgsel haiglaperioodil parandab oluliselt lapse terviseseisundit ja hilisemat arengut ning vähendab vanemate stressi. Käesoleva uurimistöö eesmärk oli kirjeldada enneaegselt sündinud lapse ja tema vanemate füüsilist lähedust Eesti lasteintensiivravi ja vastsündinute osakondades, selgitada füüsilise läheduse võimaldamist nendes osakondades ning kirjeldada vanemate ja õdede hinnanguid lähedussuhte toetamisele läbi perekeskse ravi.

Andmed koguti rahvusvahelise, enneaegse vastsündinu ja lapsevanema lähedussuhte uurimisprojekti raames, perioodil september 2013 kuni aprill 2014. Uuritavad olid Tartu Ülikooli Kliinikumis ja Ida-Tallinna Keskhaigla naistekliinikus enne 35⁺⁰ gestatsiooninädalat sündinud laste vanemad, kelle laps võis vastavalt näidustustele vajada ravi jätkamist Tartu Ülikooli Kliinikumi ja Tallinna Lastehaigla lasteintensiivravi ja/või vastsündinute osakondades. Lisaks olid uuritavateks kõigi kolme haigla lasteintensiivravi ja vastsündinute osakondade õed. Käesolevas magistritöös analüüsiti uurimisprojekti Eesti andmeid: 1) enneaegseid vastsündinuid raviva kuue osakonna taustandmeid; 2) vastsündinut ja perekonda iseloomustavate küsimustike ja nende füüsilist lähedust kajastavate päevikute andmeid (56 peret ja 67 last (sh 11 kaksikute paari)); 3) vanemate (35 peret ja 41 last (sh 6 kaksikute paari)) SMS-küsimustike (n= 954) ja õdede e-küsimustike (n= 1537) vastuseid. Andmeid analüüsiti statistiliselt, kasutades kirjeldavat statistikat, lineaarset regressiooni ja *Spearmani* korrelatsioonianalüüsi.

Enneaegsete vastsündinute ja vanemate füüsiline lähedus oli osakondades erinev kõigis läheduse aspektides: vanemate kohalolekus ja lapse süles ning nahakontaktis hoidmises. Ajaliselt olid vanemad kohal enim sünnitusmajades ning seejärel vastsündinute osakondades (vastavalt 93,7% ja 71,3% ööpäevast). Lasteintensiivravi osakondades jäi vanemate ööpäevane kohaloleku aeg märkimisväärselt lühemaks (6,1% ööpäevast). Erinevus osutus statistiliselt oluliseks. Vanemate

kohaloleku kestus seostus vanemate ööbimisvõimalusega osakonnas. Lapse nahk-naha kontaktis hoidmise kestus jäi lühikeseks kõigis erinevat tüüpi osakondades (1,2–4,4% ööpäevast).

Vanemate ja õdede hinnangutest vanemate kaasamise kohta lapse hooldus- ja raviprotsessi selgus, et nii vanemad kui ka õed hindasid kõrgeimalt vastastikust usaldust lapse eest hoolitsemisel. Madalaima hinnangu andsid nii vanemad kui ka õed vanemate arvamusega arvestamisele lapse hooldust ja ravi puudutavates otsustes. Lisaks hindasid vanemad madalalt ka emotsionaalse toetuse saamist õdedelt.

Uurimistöö tulemusena selgus, et kui vanemate kohalolek osakonnas oli pikk vanematele ööbimisvõimalust pakkuvates sünnitusmajade ja vastsündinute osakondades võrrelduna lasteintensiivravi osakondadega, siis nahk-naha kontakti rakendamine oli vähene kõigis Eesti osakondades võrrelduna rahvusvahelises uuringus osalenud Euroopa keskustega. Seetõttu on oluline, et Eesti lasteintensiivravi osakonnad soosiks vanemate ööpäevaringset haiglas olekut ja kõik osakonnad vaataksid üle oma seisukohad nahk-naha kontakti rakendamisel. Pere kaasamisel ootavad vanemad õdedelt suuremat emotsionaalset toetust ja nende kaasamist last puudutavates otsustes. Vanemate ja personali tagasiside võimaldab paremini mõista mõlema osapoole hoiakuid ja ootusi enneaegse vastsündinu haiglaravil. Uurimistööst selgunud vanemate ja õdede hinnangute erinevus toob välja personali süsteemse koolituse vajaduse perekeskse ja peret kaasava vastsündinute ravi rakendamisel.

Märksõnad: perekeskne ravi, nahk-naha kontakt, vanema-lapse lähedus, enneaegne vastsündinu.

SUMMARY

Physical closeness between preterm infants and their parents and support for families during neonatal hospital care in Estonia

Preterm infants' health is affected by genetic and perinatal factors, along with evidence-based organisation of perinatal care and evidence-based treatment. Furthermore, the environment during the postnatal period affects the health and developmental outcome of preterm infant. Earlier research has proven, that physical closeness between preterm infants and their parents, as well as family-centered care i.e. parental involvement in the care process of the infant during hospital stay after birth, significantly increases the child's health outcome and later development, and reduces the stress parents experience. The aim of this research paper was to describe the physical closeness between preterm infants and their parents in Estonian paediatric intensive care and neonatal units, explain the enabling of physical closeness in these units and describe the evaluation of parents and nurses for the support of close relations by providing family-centered care.

Data were collected from The International Closeness Survey in the SCENE Study from September 2013 until April 2014. The subjects being questioned were parents of infants born before 35⁺⁰ weeks of gestation in Tartu University Hospital and East-Tallinn Central Hospital Women's Clinic, whose infant might have needed further treatment in Tartu University Hospital and Tallinn Children's Hospital paediatric intensive care and/or neonatal units. In addition to aforementioned subjects, all of the nurses of the three hospital's paediatric intensive care and neonatal units were also questioned. This thesis paper focused on analysis of Estonian data: 1) background information of six units caring for preterm infants; 2) infant and parent background information questionnaires along with parental closeness diaries (56 families and 67 infants (11 pairs of twins)); 3) SMS-questions (n= 954) for parents (35 families with 41 infants (6 pairs of twins)) describing family-centered care together with WEB questionnaires (n= 1537) for the nurses. Data were analysed statistically using descriptive statistics, linear regression and Spearman's Correlation.

Physical closeness between preterm infants and their parents varied between the units throughout all aspects of closeness: presence of parents, holding and having skin-to-skin contact with the infant. The duration of parents presence was the longest at maternity hospitals, followed by neonatal units (93,7% and 71,3% of 24 hours accordingly). Presence of parents at paediatric intensive care units remained significantly shorter (6,1% of 24 hours). This difference turned out

to be statistically significant. The duration of parents presence depended on the possibility of an overnight stay at the unit. The duration of having skin-to-skin contact with infants remained short in all of the units (1,2–4,4% of 24 hours).

The process of analysing parents participation in infants care and treatment process revealed, that both, parents and nurses, valued mutual trust the most when caring for the infants. Recognition of parents opinion regarding choices of treatment of infants was the least valued aspect. Another unappreciated aspect by parents was receiving emotional support from nurses.

As important results, it was found firstly, that the duration of the presence of parents was longer in neonatal units offering the possibilities for overnight stay than in paediatric intensive care units, and secondly, that the skin-to-skin care was infrequently implemented in all units when compared to other European centres participating in the international survey. Therefore, it is essential that Estonian paediatric intensive care units offer the possibilities for parents to stay overnight and that all units review their stance on implementing skin-to-skin care. Involving family means that parents are waiting for bigger emotional support and help from nurses when making decisions on their child. Feedback coming from parents and hospitals personnel allows to better understand the opinions and expectations of both sides. The variations in the assessments of both sides brings out the need for systematic training of hospital personnel to provide family-centered and family-integrated care for infants.

Keywords: family-centered care, skin-to-skin contact, parent-infant closeness, preterm infant.

1. SISSEJUHATUS

Perekond on lapse arengu ja kasvu loomulikuks keskkonnaks tema esimestest elupäevadest peale. Enneaegselt sündinud lapse esmane keskkond on haigla – sageli vastsündinute intensiivravi osakond (*neonatal intensive care unit, NICU*). Enneaegsete vastsündinute ravi hõlmab nii vastsündinute intensiivravi (*neonatal intensive care*) kui järelravi (*neonatal step-down care*). (Flacking jt 2012, Raiskila jt 2016.) Enneaegsele vastsündinule, eriti väga väikese sünnikaaluga ja haigena sündinud enneaegsele vastsündinule ning tema perele, on intensiivravipalat oma tehnilise ülekülluse, privaatsuse puudumise ja seal tehtavate raviprotseduuridega stressirohke keskkond (Mazurek Melnyk jt 2006, Blomqvist ja Nyqvist 2010). Flacking jt (2012) toovad välja, et just keskkond on see, mis mõjutab enneaegse lapse aju arengut ja seeläbi ka lapse hilisemat arengut. Seetõttu on väga oluline stressi põhjustavate tegurite vähendamine lapsel.

Erinevate allikate põhjal võib väita, et vastsündinute intensiivrais on perekeskne ravi ehk pere kaasamine vastsündinu hooldus- ja raviprotsessi oluline stressi leevendamise meetod (Fergan ja Helseth 2009, Pallás-Alonso jt 2012, Baylis jt 2014, Lester jt 2016). Perekeskse ravi põhielemendid on vanemate õöpäevaringne viibimine osakonnas, lapsevanema ja lapse läheduse soodustamine ning seeläbi turvalise kiindumussuhte loomine (Flacking jt 2012, Grzyb jt 2013, Baylis jt 2014). Vanema ja lapse lähedus vähendab stressi ka vanematel ning on aluseks vanema ja lapse kiindumussuhte normaalsele arengule (Spinelli jt 2015, Lester 2016). Sellest tulenevalt on intensiivraviõel vanemate lapse hooldus- ja raviprotsessi kaasamisel väga oluline roll. Õe esmane ülesanne on tagada lapsele hea hooldusprotsess, läbi mille aidata kaasa lapse kaalukasvule ja arengule, kuid sama oluline on läbi perekeskse ravi võimaldamise vanema ja vastsündinu läheduse soodustamine, vanemate individuaalne juhendamine ja emotsionaalne toetamine (Fergan ja Helseth 2009, Blomqvist jt 2013, Raiskila jt 2016).

Enneaegse lapse ja tema vanema lähedus võib olla nii füüsiline kui emotsionaalne (Flacking jt 2012). Vastsündinute intensiivraviosakonnas loetakse füüsiliseks läheduseks vanema viibimist osakonnas, lapse süles hoidmist ning lapse ja vanema nahk-naha kontakti (Flacking jt 2012, Pallas-Alonso jt 2012). Emotsionaalse läheduse all mõistetakse eelkõige seda, kuidas vanemad kogevad erinevaid tundeid nagu tugev armastus ja hoolivus. Mõlemad on lapse arengu seisukohalt olulised (Flacking jt 2012), kuid antud uurimuses keskendutakse füüsilisele lähedusele ning personali toele lähedussuhte võimaldamisel.

Käesolev uurimistöö on osa rahvusvahelisest, enneaegse vastsündinu ja lapsevanema lähedussuhte uurimuse projektist (*The International Closeness Survey in the SCENE Study*), mille andmestik koguti 2013. aasta septembrist kuni 2014. aasta aprillini. Projekti oli kaasatud kokku kuus Euroopa riiki ning käesolevas uurimistöös analüüsitakse süvendatult Eesti lasteintensiivravi ja vastsündinute osakondade kohta kogutud andmeid enneaegsena sündinud lapse ja tema vanema füüsilisest lähedusest lapse haiglaravil viibimise ajal ning vanemate ja õdede hinnanguid lähedussuhte toetamisele läbi perekeskse ravi võimaldamise. Eesti osales uurimuses kahe keskusega: 1) Tallinna keskus ehk AS Ida-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku neonatoloogia osakond; SA Tallinna Lastehaigla anestesioloogia-intensiivraviosakond ning vastsündinute ja imikute osakond ning 2) Tartu keskus ehk SA Tartu Ülikooli Kliinikumi anestesioloogia ja intensiivravi kliiniku lasteintensiivravi osakond; lastekliiniku neonatoloogia osakond koos filiaaliga naistekliinikus. Tallinnas oli kaks haiglat hõlmatud ühe uurimuskeskusena, kuna tulenevalt patsiendi ravinäidustustest võisid patsiendid liikuda Ida-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku neonatoloogia osakonnast Tallinna Lastehaiglasse. Eelpool kirjeldatud osakondade töökorraldusest lähtuvalt kasutatakse käesolevas töös edaspidi mõistet “vastsündinute intensiivravi” ning osakondade tasemete määratlemise aluseks oli rahvusvahelises uurimuses Ameerika Pediaatria Akadeemia (*American Academy of Pediatrics, AAP*) (2012) poolt kehtestatud kriteeriumid.

Lähtuvalt õenduse- ja ämmaemanduse riiklikust arengustrateegiast on teenuste patsiendi- ja perekesksus valdkonna esmane prioriteet ning selle saavutamiseks tuleb teenuseid järjepidevalt kaardistada, hinnata ning arendada (Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2011–2020). Kuna ei ole teada, kui palju Eesti lasteintensiivravi ja vastsündinute osakondades viibivaid enneaegseid vastsündinuid saab füüsilises kontaktis olla oma vanematega ning kui palju ja kuidas õed vanemaid lapse hooldus- ja raviprotsessi kaasavad, on töö eesmärk kirjeldada enneaegselt sündinud lapse ja tema vanemate füüsilise läheduse kestust ning selle võimaldamist nendes osakondades, selgitada füüsilise läheduse kestuse seost osakondade taustandmetega ning kirjeldada vanemate ja õdede hinnanguid lähedussuhte toetamisele läbi perekeskse ravi võimaldamise. Lähtuvalt uurimistöö eesmärgist püstitati järgmised uurimisülesanded:

1. Kirjeldada enneaegse vastsündinu ja tema vanemate füüsilist lähedust haiglaravi ajal.
2. Selgitada seoseid füüsilise läheduse kestuse ja osakondade taustandmete vahel.
3. Kirjeldada õdede hinnanguid vanematele pakutava toetuse ning lapse hooldus- ja raviprotsessi kaasamise kohta.
4. Kirjeldada vanemate hinnanguid õdede poolt pakutava toetuse ning lapse hooldus- ja raviprotsessi kaasamise kohta.

2. UURIMISTÖÖ TEADUSLIK TAUST

2.1. Enneaegne vastsündinu intensiivraviosakonnas ja vastsündinu perekeskne ravi

Enneaegne vastsündinu on laps, kes on sündinud enne 37. gestatsiooninädala (GN) lõppu ($< 37^{+0}$ GN), kuid pärast 22. GN-i ($\geq 22^{+0}$ GN). Enneaegsuse alakategooriad jagunevad lapse gestatsioonivanuse järgi sünnil: a) erakordselt enneaegne vastsündinu – sündinud enne 28. GN-i ($< 28^{+0}$ GN); b) väga enneaegne vastsündinu – sündinud enne 32. GN-i (28^{+0} – 31^{+6} GN); c) mõõdukalt enneaegne vastsündinu – sündinud 32^{+0} – 36^{+6} GN-i (World Health Organization, Latva 2009) (Tabel 1).

Tabel 1. Gestatsioonivanuse liigitamine gestatsiooninädalate (GN) põhjal (Toome 2014)

Enneaegne vastsündinu $< 37^{+0}$ GN			Ajaline vastsündinu 37^{+0} – 41^{+6} GN	Ülekantud vastsündinu $\geq 42^{+0}$ GN
Erakordselt enneaegne vastsündinu $< 28^{+0}$ GN	Väga enneaegne vastsündinu 28^{+0} – 31^{+6} GN	Mõõdukalt enneaegne vastsündinu 32^{+0} – 36^{+6} GN		

Blencowe kaasautoritega (2012) toob välja, et 2010. aastal sündis maailmas hinnanguliselt 14,9 miljonit last enneaegselt, mis teeb 11,1% kõikidest elussündidest. Võrdlusena võib siinkohal välja tuua, et Eestis sündis raseduskestuse järgi 2013. aastal 862 enneaegset last 13 661 elussünnist, 2014. aastal 879 enneaegset last 13 572 elussünnist, 2015. aastal 846 enneaegset last 13 907 elussünnist ja 2016. aastal 854 enneaegset last 13 861 elussünnist. 2017. aastal sündis 820 enneaegset last 13509 elussünnist, mis on 6,1% kõikidest elussündidest (Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas).

Maailma Terviseorganisatsioon (*World Health Organization, WHO*) toob välja, et enneaegsete vastsündinute peamised terviseprobleemid on seotud elundite ja funktsioonide ebaküpsusega, mille tagajärjel võivad ilmned aegedad ja kroonilised haigused. Enneaegsetel lastel võib jääda eluaegne puue, sealhulgas motoorse või kognitiivse arengu häire, nägemis- ja kuulmishäired ning koolieas akadeemilises keskkonnas ilmnevad käitumishäired ja õpiraskused. Eestis läbi viidud varasemad uurimused väga enneaegsete laste ravitulemist näitavad küll laste elulemuse suurenemist, kuid suhteliselt suurt puute osakaalu (Toome 2014). Sattumine intensiivravi keskkonda ja lahusolek vanematest võivad tulenevalt enneaegselt sündinud lapse ebaküpsust füsioloogilisest seisundist põhjustada stressi, mis võib omakorda mõjutada lapse hilisemat tervist ja arengut (Flacking jt 2012). Eelpool väljatoodule toetudes võib vanemate ja enneaegselt

sündinud lapse lähedussuhte loomist ja selle toetamist käsitleda kergemate häirete, näiteks käitumishäirete ennetamisena ja parema alustala loomisena vaimsele arengule.

Enneaegselt sündinud lapse optimaalne intensiivravi toetab tema kasvu ja arengut (Flacking jt 2012). Arstide erialade arengukava (2001) sätestab, et intensiivravi on tervishoiuteenus, mida osutatakse raskes või eluohtlikus seisundis inimesele elutähtsate funktsioonide tagamiseks, säilitamiseks, juhtimiseks ja jälgimiseks vastavalt tegevusloale. Ameerika Pediaatria Akadeemia (2012) on sõnastanud, et vastsündinute intensiivravi on spetsialiseerunud enneaegselt sündinud või haigetele vastsündinutele ning intensiivravi jaguneb astmeteks sõltuvalt ravitavate vastsündinute ebaküpsusest ja haigusseisundist. I astme intensiivravile kuuluvad: vähese riskiga vastsündinud; terved ajalised vastsündinud sünnijärgseks kontrolliks; füsioloogiliselt stabiilsed 35^{+0} – 36^{+6} GN-i sündinud enneaegsed lapsed; $< 35^{+0}$ GN-i sündinud sünnijärgselt seisundi stabiliseerimiseni ja üleviimiseni kõrgema etapi haiglasse/osakonda. II-astme intensiivravile kuuluvad: stabiilsed või mõõdukalt haiged vastsündinud, kes on sündinud ≥ 32 . GN-i või sünnikaaluga ≥ 1500 grammi ning kellel on kiiresti lahenevad terviseprobleemid. III ja IV astme intensiivravile kuuluvad $< 32^{+0}$ GN-i sündinud vastsündinud sünnikaaluga < 1500 grammi või raskelt haiged lapsed sõltumata gestatsioonivanusest.

Intensiivravi tase määratakse Eestis TISS-skooringu (*Therapeutic Intervention Scoring System*) järgi ning jaotatakse neljaks astmeks: I, II, III ja IIIa aste. “Intensiivraviteenuse osutamise kvaliteet” (2011) on välja toodud, et Eestis võib Terviseameti tegevuslubade registri alusel osutada piirkondlikes ja keskhaiglates I–IIIa astme intensiivravi ning üldhaiglates I–III astme intensiivravi. I ja II astme intensiivravis toimub peamiselt patsientide elutähtsate parameetrite jälgimine mitteinvasiivsete meetoditega (hemodünaamika, hingamine, teadvusseisund) ja osutatakse esmast ravi. Võimalik peaks olema rakendada intravenoosset infusioonravi ja II astme intensiivravis peaks olema kättesaadav ja teostatav ka lühiaegne kopsude kunstlik ventilatsioon. Kui patsiendid vajavad spetsiifilisemat intensiivravi koos pikaajase kopsude kunstliku ventilatsiooniga, siis kuuluvad nad III astme intensiivravi patsientide hulka.

Eestis võib osutada sünnitusabi tervishoiuteenuseid regionaal- ja keskhaiglate kõrval ka maakondade üldhaiglates, kuid seda mitte kõrge riskiga rasedusega ja/või sünnitusega naistele (Haigla liikide nõuded 2004). Sellest tulenevalt toimub Eestis ähvardava enneaegse sünnituse korral enne 34^{+0} GN-i loote „üsisisene transport“ piirkondliku funktsiooniga sünnitusabi keskusesse: Tartu Ülikooli Kliinikumi, Ida-Tallinna Keskhaigla või Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikusse. Antud haiglate naistekliinikutes vastsündinute intensiivravi ei hõlma invasiivset

hingamistoetust, perioperatiivset ravi ja pikemaajalist haiglaravi, mistõttu lapse tervislikust seisundist või ravi kestusest tulenevalt võidakse enneaegselt sündinud lapsed sünnitusabi keskustest transportida edasiseks raviks Tallinna Lastehaigla ja Tartu Ülikooli Kliinikumi IIIa astme intensiivravi tasemega lasteintensiivravi osakonda või II astme tasemega vastsündinute osakonda. Seega on enneaegselt sündinud laste ravi Eestis käesoleval hetkel mitmeetapiline.

Maailmas on vastsündinute intensiivraviosakonnad ehitusliku lahenduse ja organisatoorse korralduse poolest erinevad. Kõige rohkem on kasutusel avatud ruumiga intensiivravipalatid (*open-bay*), kuid üha enam leidub perepalatitega (*single-family room*) vastsündinute intensiivraviosakondi (Flacking jt 2012, Lester jt 2016, Raiskila jt 2017). Perepalat võimaldab erinevalt avatud intensiivravipalatist perel viibidal lapse juures ööpäevaringselt ning pakub suuremat privaatsust lapsele ja vanemale. Avatud ruumiga intensiivravipalatis on loodud tingimused lapse juures viibimiseks, kuid enamasti mitte ööpäevaringselt (Flacking jt 2012, Raiskila jt 2016). Lester jt (2014) uurimusest perepalatite kasuteguri kohta leiti, et perepalatitega osakonnas viibivatele lastele tehti vähem meditsiinilisi protseduure, varasem oli üleminek enteralse toitmisele, vähem esines sepsist ning laste kaaluiive oli parem. Lester jt (2016) ja Stevens jt (2011) uurimistulemustest selgus, et võrreldes avatud intensiivravipaladiga seisneb perepalati kasutegur vastsündinute intensiivraviosakonnas selles, et perepalatid võimaldavad emade suuremat kaasatust ja osalemist lapse hoolduses juba väga varakult, sh varajase känguruhoolduse ehk nahk-naha kontakti loomist kui kõige olulisemat vanemliku seotuse komponenti. Seega tõdevad uurijad, et perepalatid võimaldavad perekeskset ravi. Nahk-naha kontakt annab ühtlasi tuge emalikuks hoolitsuseks ja rinnaga toitmiseks ning parandab lapse ravitulemit. Samas selgus, et vastsündinute intensiivravipalati tüübil ei ole ainuüksi suurt mõju lapse kognitiivsele, kõne ja motoorika arengule 18-kuu vanuses hinnatuna standardiseeritud testi Bayley-III põhjal, vaid olulisemaks osutus vanemate aktiivne kaasamine lapse hooldus- ja raviotsustesse (Lester jt 2016).

Vanemate juuresolek ja külastamine intensiivravi ja vastsündinute osakondades on Eestis ajas muutunud. 1970-ndatest aastatest on emadel võimalik ööpäevaringselt viibida lapse juures sünnitusmajades ja vastsündinute osakondades. Ainulaadse võimalusena Eestis loodi 1979. aastal tollases Tallinna Kliinilises Lastehaiglas osakond enneaegselt sündinud lastele ja haigetele ajaliste lastele, kus peamisteks laste hooldajateks 24/7 olid emad kuni lapse haiglast kojuminekuni. Osakonnas kasutati minimaalselt meditsiinitehnikat ning kontakt lapse ja haiglapersonali vahel oli vähene. Õdede peamisteks kohustusteks oli ravimite manustamine, kuid

ka vanemate ettevalmistamine ja juhendamine lapse eest iseseisvaks hoolitsemiseks ning imetamisnõustamine. (Levin 1994.)

Kui 1990-ndate aastate alguses oli isade külastusrežiim kõikides Eesti lasteintensiivravi ja vastsündinute osakondades rangelt keelatud, siis viimased 25 aastat on isade külastusrežiim ajas pikenenud ning tänapäeval on igati soovitud isadel külastada oma enneaegset vastsündinut. Ööpäevaringselt osakonnas viibimiseks on kõikidele emadele ja osaliselt ka isadele loodud tingimused sünnitusabi keskustes ja vastsündinute osakondades, lasteintensiivravi osakondades seni veel mitte. Uus vabariiklik ravijuhend „Enneaegse sünnituse ja enneaegse vastsündinu perinataalperioodi käsitus“ (2017) tunnustab ja on heaks kiitnud läheduse soodustamise enneaegselt sündinud laste ja vanemate vahel 24/7 ning perekeskse ravimudeli. Samas võib vastsündinute ravi mitmeetapilise organisatoorse korralduse tõttu tekkida olukord, kus ema ja laps lahutatakse johtuvalt ema ja/või lapse tervislikust seisundist või esineb olukord, kus mitmikena sündinud lapsed tulenevalt erineva tasemega intensiivravi vajadusest viibivad ühe haigla eri osakondades või isegi eri haiglates.

Flacking jt (2012), Westrup (2014) ja Lester jt (2016) toovad välja, et enneaegse lapse ebaküpse aju arengut ja seega hilisemat arengut mõjutab lisaks muudele teguritele ka last ümbritsev keskkond. Vastsündinu loomulik keskkond on seotud tema hooldajaga, seega kasvukeskkonna kujundamine selliselt, et enneaegse vastsündinu hoolduses saaksid osaleda vanemad, on väga oluline (Pallas-Alonso jt 2012, Westrup 2014, Welsch 2105). Vanemate kaasamisel eristatakse perekesket (*family centered care, FCC*) ja pere kaasavat (*family integrated care, FIC*) ravimudelit. Perekeskne ravi on muutunud vastsündinute intensiivrais lahutamatuks osaks lapse hoolduses ja ravis. Selle loomulik jätk on pere aktiivne kaasamine lapse hooldusesse ja ravisse, mille eesmärk on enneaegselt sündinud lapsevanematele kui lapse peamistele hooldajatele toetuse ja teadmiste pakkumine personali poolt (Banerjee jt 2018). Kahe ravimudeli erinevused on esitatud tabelis 2.

Perekeskse ravi idee seisneb vanemate kohalolekus ja otsustusprotsessis osalemises, avatud suhtlemises, info vahetamises ja partnerluses vanemate ja haiglapersonali vahel kuni haiglast lahkumiseni, samuti õdede poolt vanemate õpetamises lapse eest hoolitsemisel (suu hooldus, mähkmete vahetamine, sondist toitmine, rinnast toitmine ja nahk-naha kontakti loomine) (Trajkovski jt 2012, Baylis jt 2014, Westrup 2014, Banerjee jt 2018). Perekeskse ravi põhielemendid on vanemate ööpäevaringne viibimine osakonnas, lapsevanema ja lapse läheduse soodustamine ning seeläbi turvalise kiindumussuhte kujunemisele kaasa aitamine vanemate ja

vastsündinu vahel (Flacking jt 2012, Grzyb jt 2013, Baylis jt 2014). Fergan ja Helseth (2008) on siiski ka välja toonud, et perekeskse ravi kõige suurem puudujääk võib seisneda selles, et õe ja lapsevanemate vastastikuse koostöö asemel kasutatakse seda meetodit hoopis vanematele liigse vastutuse andmiseks lapse hooldamisel.

Tabel 2. Peamised erinevused perekeskse ja pere kaasava ravimudeli vahel (Banerjee jt 2018)

	Perekeskne ravimudel (Family-Centred Care)	Peret kaasav ravimudel (Family-Integrated Care)
Personali koolitus (<i>Staff Education</i>)	Personali koolitamine tervishoiukoolides.	Koolitusprogramm ja struktureeritud personali väljaõpe (õpetaja, mentor ja nõustaja vanematele).
Vanemate õpetamine (<i>Parent Education</i>)	Osakonnast saadud ja iseseisvalt avastatud teave, mis on vastuoluline ja vahelduv.	Ametlik väljaõpe, selge õppekava ja vanemate pädevuse hindamine.
Vanemate külastuspoliitika (<i>Parent visiting policy</i>)	Vanemaid julgustatakse osakonnas olema võimalikult palju. Kohalolekut toetavad olemasolevad ruumid (köök, peretuba, majutus).	Vanemaid julgustatakse osakonnas olema vähemalt 6–8 tundi ja võtma enda peale suuremat osa lapse hooldusest. Kohalolekut toetavad olemasolevad ruumid (köök, peretuba, majutus kõikidele vanematele).
Tavapärane hooldus (<i>Routine Cares</i>)	Vanemaid julgustatakse osalema oma lapse igapäevases hoolduses (toitmine ja mähkmete vahetamine).	Vanemaid julgustatakse osalema oma lapse igapäevases hoolduses, millele eelneb vastavasisuline koolitus.
Arstlik visiit (<i>Medical Rounds</i>)	Vanemaid julgustatakse osalema visiitidel, kus võib esitada küsimusi oma lapse kohta.	Vanemaid julgustatakse olema arstlikel visiitidel aktiivsed ning näitama ise oma last tervishoiutöötajatele.
Ravimite manustamine (<i>Administering medication</i>)	Vanematel on üldine arusaam lapsele antavatest ravimitest.	Vanemad on teadlikud rutiinselt manustatava ravimi toimest ning vanemad on võimelised manustama suukaudseid ravimeid õendustöötajate järelevalve all.
Psühhosotsiaalne toetus (<i>Psychosocial Support</i>)	Psühhosotsiaalne toetus on vanematele kättesaadav.	Vanematele on tagatud psühhosotsiaalne toetus ja abi selleks koolitatud vanemate poolt.

2.2. Enneaegse vastsündinu ja tema vanema füüsiline lähedus vastsündinute ravis

Enneaegsete vastsündinute ravis on oluline füüsilise läheduse võimaldamine ning füüsilise läheduse all vastsündinute intensiivravis käsitletakse eelkõige järgmisi olukordi: 1) vanema viibimine osakonnas; 2) lapse süles hoidmine; 3) lapse ja vanema nahk-naha kontakt, mida teatakse ka kui kangurumeetodit (Flacking jt 2012, Pallas-Alonso jt 2012).

Kohalolek ehk vanema viibimine osakonnas ehk lapse külastamine on leidnud kajastamist üldiselt (Franc ja Spencer 2003). Latva jt (2004) kirjeldavad seost vanemate külastamismustri ja lapse tervisetulemi vahel, toetudes analüüsitulemustele, mis viitavad sellele, et harv enneaegse lapse külastamine haiglas võib soodustada lapse hilisemaid käitumuslikke ja emotsionaalseid

probleeme. Samuti võib välja tuua Lester jt (2016) uurimusest, et Bayley-III testi põhjal olid laste kognitiivse arengu ning kõnetaju ja -loome arengu tulemused paremad nendel lastel, kelle emad osalesid aktiivsemalt laste hoolduses, sh viibisid sagedamini lapse juures osakonnas.

Lapse süles hoidmist ei ole kirjanduses täpselt defineeritud, kuid käesolevas uurimuses mõistetakse selle all lapse hoidmist lapsevanema kätel eemal kuvöösist, hällist või voodist. Raiskila jt (2017) uurimistööst ilmnes, et kui esialgu olid vanemad lapsega füüsilises läheduses nahk-naha kontakti kaudu, siis viimane vähenes lapse esimese elukuu jooksul ja asendus lapse süles hoidmisega.

Enam on uuritud kangurumeetodi ehk nahk-naha kontaktiga seonduvat. See on tõenduspõhine meetod ja üks esimesi võimalusi vanematele lapse hoolduses osalemiseks ja füüsilise läheduse pakkumiseks. Samuti on nahk-naha kontakt tunnustatud rahvusvaheliselt ohutuks meetodiks enneaegsete vastsündinute ravis (Nyqvist jt 2010, Olsson jt 2012, Lester 2016). Nahk-naha kontakti soovitatakse ning seda on võimalik rakendada ka erakordselt enneaegsetele ja invasiivsel hingamistoetusel olevatele vastsündinutele (Pallas-Alonso jt 2012).

Kangurumeetod võeti kasutusele 1980-ndatel Kolumbias kuvööside puuduse tõttu väikese sünnikaaluga laste raviks. Tänapäeval praktiseeritakse seda meetodit üle kogu maailma. Kangurumeetodit (*Kangaroo Mother Care, KMC*) defineeritakse kui varajast, pikaajalist ja pidevat (või nii kauakestvat kui asjaolud võimaldavad) nahk-naha kontakti väikese sünnikaaluga (< 2500 grammi) või enneaegse vastsündinu ja ema või teda asendava isa või mõne muu pereliikme vahel. Kangurumeetodiga alustatakse haiglas ja vajadusel jätkub see kodus kuni lapse oodatud sünniajani (Blomqvist ja Nyqvist, 2010, Olsson jt 2012). Nahk-naha kontakt toimub juhul, kui laps lamab paljalt kangurupoja poosis lapsevanema paljal rinnal, ainsateks kehakateteks on vaid mähkmed ning peas olev mütsike.

Nahk-naha kontakti on võimalik rakendada peamiselt kahel meetodil. Esimene meetod on nahk-naha kontakt ööpäevaringselt ehk pidevalt, hoides last seitse päeva nädalas ja 24 tundi ööpäevas kuvöösi asemel lapsevanema põues. See meetod on kasutusel pigem arengumaades (Blomqvist ja Nyqvist 2010, Strand jt 2014, Westrup 2014). Teine meetod on perioodiline, kus nahk-naha kontakti kohaldatakse limiteeritud perioodi jooksul, peamiselt võimalusel üks kuni kolm tundi järjest (Nyqvist jt 2010, Olsson jt 2012, Strand jt 2014). Viimast meetodit kasutatakse enamasti arenenud maade vastsündinute intensiivraviosakondades. Siiski selgus Blomqvist ja Nyqvist (2010) uurimistööst, mis puudutas Rootsi emade hinnanguid pideva kangurumeetodi rakendamise

kohta, et vanemad oleksid võimalusel nõus pakkuma lapsele pidevat nahk-naha kontakti, kuid ööpäevaringne enneaegse vastsündinu eest hoolitsemine ja nahk-naha kontaktis olemine on väsitav ja stressirohke. Eriti juhul, kui puudub piisav personali tugi ja adekvaatne info meetodi kohta. Mõned aastad hiljem tehtud Möreliuse ja Andersoni (2015) uurimusest selgus, et vastsündinute intensiivravi õed Rootsis pakuvad vanematele võimalust nahk-naha kontaktiks lapsega loodetust vähem. Peamised põhjused on õdede hirm piiratud juurdepääsu pärast vastsündinule protseduuride ja hooldustoimingute tegemiseks ja mure, et emad tunnevad ennast „lõksus olevat“. Õdede arvamused pidevast nahk-naha kontaktist jagunesid peamiselt kaheks. Osad arvasid, et vanematel peaks antud meetodi osas otsustusõigus olema. Teised jälle, et pidev nahk-naha kontakt oma kasutegurite tõttu peab olema kuldne standard kõigile lastele. Igal juhul leidis enamik uurimuses osalenud õdedest, et pidevaks nahk-naha kontaktiks peavad olema loodud sobivad tingimused, sh emadele ööbimisvõimalused osakonnas.

Raiskila jt (2017) rahvusvahelisest lähedussuhete uurimusest uurimistööst selgus, et nii Euroopa erinevate riikide kui ka sama riigi erinevate osakondade vahel esinesid olulised erinevused vanemate ja enneaegselt sündinud laste läheduse kõigis mõõdetavates aspektides: kohalolekus ning süles ja nahk-naha kontaktis hoidmises. Rohkem vanemate ja lapse füüsilist lähedust oli osakondades, mis võimaldasid vanematel viibida osakonnas ööpäevaringselt. Ka õdede arvamusi ja hoiakuid uurinud Strand jt (2014) uurimistööst selgus, et nahk-naha kontakti meetodisse suhtuvad soosivamalt ja seda rakendavad rohkem need õed, kes töötavad vastsündinute intensiivraviosakondades, kus vanemad võivad viibida oma laste juures piiramatult. Õed väljendasid ka arvamust, et adekvaatne koolitus nahk-naha kontakti meetodist tõstaks personali enesekindlust selle kasutamisel, annaks suuremal määral praktilisi kogemusi, parandaks vanemate juhendamist vähendades seeläbi ühtlasi õdede töökoormust ning soodustaks meetodi laialdasemat kasutamist. Mõlema osakonna õed olid seisukohal, et oluline on osakonna ülesehitus selliselt, et vanematel oleks võimalik osakonnas viibida piiramatult. Grzyb jt (2014) uurisid vanemate ja personali suhtumist vanemate ööpäevaringsesse viibimisse vastsündinute intensiivraviosakonnas, mille tulemusena selgus, et vanemad pidasid seda kasulikuks ning vähenes märgatavalt nende ärevus ja suurenes enesekindlus. Ka õed suhtusid vanemate ööpäevaringsesse viibimisse vastsündinute intensiivraviosakonnas positiivselt. Samas selgus uurimistööst ka see, et ööpäevaringne viibimine osakonnas võib vanemates esile kutsuda lisaks positiivsetele tunnetele ärevust ja segadust.

Sõltumata nahk-naha kontakti kestusest on see mitmeti kasulik nii vanemale kui ka vastsündinud lapsele. Nahk-naha kontakt kergendab väikese sünnikaaluga ja enneaegselt sündinud lastel uue

elukeskonnaga kohanemist ja toetab vanemarolli kujunemist haigla tingimustes. Blomqvist jt (2013), Olsson jt (2012), Bylis jt (2014) ja Lester (2016) rõhutavad, et vanemate puhul toob see kaasa muretunde ja stressi vähenemise, rinnaga toitmise õnnestumise, vanemlike oskuste arenemise ja lapse vajaduste parema tunnetamise. Nahk-naha kontakt aitab ennetada vanema ja lapse teineteisest võõrandumist ning õpetab vanemaid mõistma vastsündinu füüsilisi ja emotsionaalseid vajadusi (Blomqvist jt 2013, Olsson jt 2012, Baylis jt 2014).

Nahk-naha kontakti kasu lapsele on hüpotermia ohu vähenemine ja seda isegi väga väikese sünnikaaluga vastsündinutel, valutunde vähenemine valulike protseduuride ajal, haiglas viibimise perioodi lühenemine ning positiivne efekt on kognitiivses, emotsionaalses ja füüsilises arengus (Nyqvist jt 2010, Blomqvist jt 2013, Olsson jt 2012, Strand jt 2013, Westrup 2014, Lester 2016). Flacking jt (2012) ja Westrup (2014) on veel välja toonud, et nahk-naha kontakti tulemusel paraneb enneaegse vastsündinu unerežiim, tõuseb ebaküpse aju arengut ja kasvu soodustavate hormoonide tase ning paraneb interaktiivne suhtlemine ja turvaline kiindumussuhe. Samuti võib väita, et pikaajaline füüsilise kontakti puudus ema ja intensiivravis viibiva vastsündinu vahel võib olla seotud enneaegselt sündinud lapse emotsionaalsete ja füüsiliste probleemidega hilisemas eas, nagu näiteks kognitiivse ja neuroloogilise arengu hilistumine (Flacking jt 2012, Reynolds 2013), käitumisprobleemid ja tähelepanu defitsiidi häire (Olssen jt 2012, Westrup 2014).

Tegurid, mis mõjutavad füüsilist lähedust ja selle kestust vastsündinute intensiivravis, on erinevad. Suuresti on need mõjutatud enneaegselt sündinud lapsest, haiglast, osakonnast, personalist, perekondlikest põhjustest, aga ka ema tervislikust seisundist ja sünnitusviisist (Blomqvist ja Nyqvist, 2010, Flacking jt 2012, Olsson jt 2012, Baylis jt 2014, Spinelli jt 2015). Lapsega seotud tegurid on peamiselt lapse tervislik seisund ja gestatsioonivanus (laps sündinud enne $< 28^{+0}$ GN-i). Õed kardavad juhuslikku ekstubatsiooni, nabakateetri nihkumist ja ventileeritava patsiendi liigutamist, harvemini fototeraapiat ja CPAP ravi (*Continuous positive airway pressure* ehk ravi pideva positiivse rõhuga hingamisteedes) (Olsson jt 2012, Strand 2014, Mörelus jt 2015). Haiglast ja osakonnast tulenevalt võivad lähedust mõjutavad tegurid olla võimaluse puudumine vanematele haiglas viibimiseks ööpäevaringselt, osakonna ülesehitus (avatud või perepalatid), privaatsuse puudumine, ebasobivad tingimused osakonnas nahk-naha kontakti loomiseks või puhkamiseks (väike tuba, ebamugav voodi/diivan), osakonnasisesed reeglid, kirjalike juhendite puudumine, vähene abi pakkumine vanematele ning tehnikaküllus palatis (Blomqvist ja Nyqvist 2010, Hall 2012, Blomqvist 2013, Spinelli jt 2015). Personali puhul on esile toodud ka individuaalsed hoiakud ning teoreetilised ja praktilised teadmised antud valdkonnas (Olsson jt 2012, Baylis jt 2014, Spinelli jt 2015). Fegran ja Helseth (2009) ja Turner jt (2014) hinnangul on õdedepoolsed

füüsilise läheduse võimaldamist takistavad tegurid ka ajapuudus õe ja vanema suhtluseks ning keele- ja kultuurilised probleemid vanemate ja õdede vahel. Perekeskne ravi põhjused võivad olla seotud teiste lastega kodus või kaugel vahemaaga haigla ja kodu vahel (Franck ja Spencer 2003, Fegan ja Helseth 2008, Blomqvist jt 2013, Mörelus ja Anderson 2015). Samas Raiskila jt (2017) uurimuses need väited kinnitust ei leidnud.

Vanemate osalemine lapse hoolduses ja viibimine haiglas võib olla mõjutatud ka pakutavatest sotsiaalsetest toetustest. Raiskila jt (2017) toob välja, et kõik üleeuroopalises uurimuses osalenud riigid võimaldasid vanematele sünnitusjärgselt rahuldavaid sotsiaaltoetusi ning emapuhkus varieerub nendes riikides vahemikus 4–18 kuud ning isapuhkus vahemikus 0–60 päeva. Neljas riigis – Eestis, Soomes, Norras ja Rootsis – võimaldati tasustatud lapsehoolduspuhkust emale või isale 7–18 kuud. Lisaks sellele pakkusid kolm riiki – Soome, Norra ja Rootsi – isadele tasustatud lisaisapuhkust, et kompenseerida lapse haiglas viibimise perioodil saamata jäänud tulu ning võimaldada isal viibida oma lapse juures. Eestis on naisel õigus saada rasedus- ja sünnituspuhkust 140 kalendripäeva. Õigus vanemahüvitisele (435 päeva) algab rasedus- ja sünnituspuhkuse lõpupäevale järgnevast päevast. Õigus lapsehoolduspuhkusele on lapse emal või isal kuni lapse kolmeaastaseks saamiseni. Isad saavad võtta ka 10 tööpäeva pikkust isapuhkust kahe kuu jooksul enne arsti või ämmaemanda määratud eeldatavat sünnituse tähtaega või kahe kuu jooksul pärast lapse sündi. (Rasedus ja sünnituspuhkus ... 23.02.18.)

2.3. Vanemate kaasamine lapse hooldus- ja ravi protsessi ning õdede roll selles

Perekeskse ravi pakkumine on riikide, haiglate ja osakondade lõikes erinev ja selle toimimiseks on vajalik nii personali koolitamine kui ka sobiv keskkond (Fegan ja Helseth 2009, Trajkovski jt 2012, Banerjee 2017). Perekeskse ravi võimaldamises ja seeläbi vanematele suurema vastutuse andmises lapse hoolduses osalemiseks ning paremate tulemuste saavutamiseks on oluline roll vastsündinute intensiivraviõdedel (Fegan ja Helseth 2009, Franck ja Axelin 2013).

Varasemalt on uuritud lapsevanema osalemist lapse hooldusprotsessis ja personalipoolset juhendamist ning uurimistulemused näitavad, et see erineb osakonniti ja riigiti (Mazurek Melnyk jt 2006, Pallas-Alonso jt 2012). Erinevad võimalused vanemate kaasamiseks lapse hooldusprotsessi on näiteks lapse süles hoidmine valulikel protseduuridel valuaistingu vähendamiseks, vanemate julgustamine nahk-naha kontakti toetamiseks, toitmine ning vanemate juhendamine ja õpetamine lapse käitumissignaalide tõlgendamisel (Flacking jt 2012, Hall 2012, Weis 2013).

Spinelli jt (2015) uurisid 30 enneaegse vastsündinu ema kogemusi raseduse ja lapse sünni ning viibimise kohta intensiivraviosakonnas. Uurimistulemustest selgus, et personalil ja haigla keskkonnal on keskne roll ema kogemuse kujunemisel ning suur mõjuvõim ema ja lapse füüsilise ja emotsionaalse kontakti tekkimisel. Kuna enneaegselt sündinud lapse haiglas viibimise periood on enamasti pikk, saavad vanemad oma esmased kogemused lapse eest hoolitsemisel haiglast, mitte kogukonnalt või teistelt lastevanematelt. Emad õpivad laste eest hoolitsema õdede õpetuste kohaselt ning viimaste käitumine ja kommentaarid mõjutavad oluliselt vanemate rolliga kohanemist. Pidev toetumine õdede pädevusele lapse eest hoolitsemise küsimustes võib tekitada vanemates tunde, et personal on vanemliku rolli üle võtnud. Seetõttu peab personal olema tähelepanelik vanemate kaasamisel.

Vanemate juhendamine lapse käitumise ja arengu hindamiseks on parandanud lapse ja vanema vahelist suhtlemist ning vähendanud vanemate stressi (Mazurek Melnyk jt 2006, Fegran ja Helseth 2009, Korhonen ja Kangasniemi 2014). Vanemate osalemine arstlikel ringkäikudel vähendab emade ärevust ja suurendab vanemate enesekindlust (Grzyb jt 2013). Vanemate suhtlemise tundlik suunamine lapse käitumissignaale interpreteerides on parandanud lapse neuroloogilist seisundit, vähendanud vanemate ärevust (Flacking jt 2012, Welsh jt 2015), muutnud lapsekäsitlust positiivseks ning parandanud lapse arengut hilisemas eas (Kaaresen jt 2006, Nordhov jt 2010, Nordhov jt 2012).

Franck ja Axelin (2013) näiteks toovad oma uurimistöös välja õdede ja vanemate hinnangute erinevuse vanematele antud toetuse osas. Olgugi, et vanemad olid õdedelt saanud toetusega rahul, ütlesid nad, et personal andis rohkem lapse hooldamisega seotud tuge kui emotsionaalset tuge. Samas ei toeta see vanemlike oskuste arengut ja vanema-lapse vahelisi suhteid. Vanemad lootsid olla õdedega rohkem teraapilises suhtes, mis toetaks ühtlasi rohkem vanema ja lapse suhet. Õed aga ütlesid, et nad toetasid vanemaid peaaegu kogu aeg. Hall jt (2012) toovad oma uurimuses välja, et õdede ja vanemate vaadete erinevus on loomulik. Emadel on isiklik vastutus oma lapse eest ja õdedel professionaalne vastutus.

Spinelli jt (2015) toovad välja, et positiivne psühholoogiline toetus võimaldab emadel vabalt uurida ja katsetada oma loomulikku käitumist emana lapse eest hoolitsemisel. Füüsilise kontakti edendamine emade ja vastsündinute vahel aitab emadel tutvuda sügavalt ja intuiitiivselt oma lapsega. Emarolli harjutamine haigla keskkonnas toetab ema-lapse suhte loomulikke protsesse. Nimetatud näited toovad selgelt esile lapse ja vanema füüsilisest lähedusest saadavad kasutegurid,

millest peamised on enneaegselt sündinud või väikse sünnikaaluga lapse arengu paranemine ning lapse ja pere heaolu.

Fergan ja Helseth (2009), Korhonen ja Kangasniemi (2014), Franck ja Axelin (2013) on üksmeelel, et õdede igapäevases töös on oluline oma abi ja toetuse pakkumine vanematele ning usaldusliku suhte loomine. Trajkovski jt (2012) sõnul suudavad õed, kes on võimelised hoolitsema nii lapse kui vanemate eest, toetada peret paremini ja pakkuda üldiselt paremat perekeskset abi. Võib öelda, et õdede töö võtmekomponent vastsündinute intensiivravis on lisaks vanemate juhendamisele ja lapse eest hoolitsemisele ka heade suhete loomine ning säilitamine. Suhete loomise ja selle kvaliteedi määravad õdede hoiakud, suhtlemisoskus ja vanemate mõistmine. Turner jt (2014) hinnangul on vastsündinute intensiivraviõdede peamised vanematega seotud tööülesanded kuulamine, igapäevane suhtlemine, individuaalse toetuse pakkumine ja seda eriti lapse hooldust puudutavates küsimustes. Fergan ja Helseth (2009) tõstavad esile, et vanema ja õe lähedus vastsündinute intensiivravis on oluline ja sellise suhte kvaliteet avaldab mõju nii vanema kui õe kogemustele. Kõige suuremaks väljakutseks õdede töös on aga just vanematega suhtlemine ning see sõltub eelkõige õe individuaalsetest oskustest. Samas on õdedele oluline professionaalse vahemaa säilitamine ning vanemate iseseisvumisel ja vanemliku rolli tugevnemisel sobival ajal suhtest eemaldumine. Fergan ja Helseth (2009) toovad välja õe ja vanema suhte kujunemise kolm etappi vastsündinute intensiivravis: kriitiline faas, stabiliseerumise faas ja lahtilaskmise faas. Esimeses faasis hooldab last peamiselt õde ning oluline on usaldusliku suhte loomine vanematega. Stabiliseerumise faasis kohanevad vanemad vastsündinute intensiivravi elu ja vanemliku rolliga. Õed muutuvad eeskujudeks ja annavad üha enam kohustusi vanematele, soodustades seeläbi vanemate ja lapse vahelist suhet ja koostoimimist. Usalduslik suhe on selles faasis väga oluline, kuna õed peavad kohustuste üleandmisel olema kindlad vanemate hakkama saamises. Eemaldumise faasis on rõõm jagatud hirmuga ja vanemate kartused on seotud eelkõige lahkumisega turvalisest keskkonnast.

3. METOODIKA

3.1. Uuritavad

Uurimusse kutsuti kõik Tartu Ülikooli Kliinikumi ja Ida-Tallinna Keskhaigla naistekliinikus sündinud laste vanemad, kelle laps sündis enne 35⁺⁰ GN-i. Eesmärk oli igas Euroopa keskuses kokku saada 30 perekonda. Eeldati, et 30 pere värbamine on teostatav ka väiksemates osakondades. Vanemate uurimusse hõlmamine toimus võimalikult vara pärast sünnitust, kuid mitte hiljem kui lapse kuuendal elupäeval. Lisaks osalesid uurimuses lasteintensiivravi ja vastsündinute osakondade õed, kes töötasid enneaegselt sündinud laste ja nende vanematega. Uurimuses osalemine oli vabatahtlik kõikidele osakonnas töötavatele õdedele ja õe individuaalset osalemist ei uuritud.

Värbamiskriteeriumid peredele olid:

- lapse sünd enne 35⁺⁰ GN-i;
- ühe lapsevanema nõusolek uurimuses osalemiseks;
- vanemate võimelisus küsimustike ja läheduse päeviku iseseisvaks täitmiseks;
- mobiiltelefoni omamine.

Uurimusse ei sobinud järgmised pered:

- sündisid kolmikud;
- vanemad ei mõistnud eesti ega vene keelt või ei olnud oma tervisliku seisundi tõttu võimelised küsimustele vastama;
- laps võis suure tõenäosusega surra;
- lapse eeldatav haiglaravi kestus oli lühem kui seitse päeva (läheduse päeviku täitmine toimus kahe nädala vältel).

Uurimuskeskustes peeti kõikide enne 35⁺⁰ GN-i toimunud järjestikuste sündide kohta eraldi arvestust. Uurimistöö ajavahemikul Eestis (04. september 2013–24. märts 2014) sündis mõlemas keskuses kokku 133 enneaegset last raseduskestusega 24⁺⁴–34⁺⁶ GN-i. Uurimuses nõustus osalema 59 peret 72 lapsega (11 kaksikute paari). Läheduse päeviku andmeid analüüsiti 56 pere ja 67 lapse (11 kaksikute paari) kohta ning vanemate hinnanguid analüüsiti 35 pere 41 lapse (6 kaksikute paari) kohta. Andmete analüüsist jäid välja uurimuse katkestanud 2 peret 4 lapsega (2 kaksikute paari) ja üks pere ühe lapsega, kelle kohta puudusid peret ja last iseloomustavad andmed.

3.2. Andmete kogumine

Uurimistöö eesmärgist tulenevalt on uurimistöö kirjeldav ja kvantitatiivne. Kvantitatiivne uurimus on formaalne, objektiivne, range ja süstemaatiline protsess, kus info saamiseks kasutatakse numbrilisi andmeid ning järeldusi tehakse vaatlusandmete statistilisele analüüsile tuginedes (Burns ja Grove 2015: 19, 212–213).

Käesoleva magistritöö autor oli üks instrueeritud uuringuõdedest SA Tallinna Lastehaigla vastsündinute ja imikute osakonnas ning osales uurimuses koos peamise uuringuõdega. Mõlemad uuringuõded võtsid osa uurimistöö kavandi arutelu töökoosolekutest ning uurimistöö läbiviimisel lisaks vanematele küsimustike ja ankeetide jagamisele vastasid andmete kogumise käigus uuritavatel tekkinud küsimustele, andsid lisainformatsiooni ning vajadusel lahendasid tekkinud probleeme.

Rahvusvahelise uurimistöö eesmärk oli saada ülevaade enneaegselt sündinud lapse ja tema vanemate füüsilisest lähedusest vastsündinute intensiivraviosakondades. Andmete kogumine algas pärast ühe vanema kirjaliku nõusoleku saamist uurimuses osalemiseks (lisa 1 ja 2). Eestis toimus andmete kogumine sama uurimuse raames 2013. aasta septembrist 2014. aasta aprillini. Andmed koguti kasutades erinevaid küsimustikke: vastsündinut ja perekonda iseloomustav küsimustik, osakonda iseloomustav küsimustik, vanematele saadetud SMS-küsimustik, õdede e-küsimustik, haiglast kojumineku küsimustik vanematele ning päevikuid: läheduse päevik ja puuduvat teavet kajastav lähikontakti päevik. Tulenevalt käesoleva uurimistöö eesmärkidest kasutas töö autor järgmisi Eesti keskuseid puudutavaid andmeid:

- Osakonna vastutava uurija poolt täidetud **osakonda iseloomustavate tunnuste küsimustikust** (lisa 3, inglise keeles) saadud andmeid. Analüüsitavad andmed (osakonna ravitase, vastsündinute arv osakonnas, alaliste tugitoolide arv lapse voodi juures vanemale, võimalus osakonnas ööbimiseks, peretoa olemasolu, voodite arv vanematele osakonnas lapsest eraldi, võimalus ööbida väljaspool osakonda, sagedased ja aeg-ajalt esinevad takistused nahk-naha kontakti tegemiseks) küsimustikust valiti lähtuvalt uurimistöö eesmärgist.
- Vanemate poolt täidetud **vastsündinut ja perekonda iseloomustavate tunnuste küsimustikust** (lisa 4 ja 5) saadud andmeid. Analüüsitavad andmed (perede ja laste arv, kodu kaugus haiglast, nooremad kui 18-aastaste õdede/vendade arv, sünnitusviis, lapse sugu, mitmiksünd, gestatsioonivanus ja sünnikaal) küsimustikust valiti lähtuvalt uurimistöö eesmärgist.

- Vanemate poolt täidetud **läheduse päevikuid** (lisa 6 ja 7). Lapsevanem täitis läheduse päevikut iga päeva kohta esimese kahe uurimusunädala vältel ning seejärel kuni haiglast lahkumiseni lapse iga uue elukuu alguses iga päeva kohta ühe nädala vältel. Kui laps viidi üle ühest haiglast teise või ühest osakonnast teise, siis algas päeviku täitmise kahe nädalane periood uuesti. Päevikusse pani lapsevanem kirja oma viibimise haiglas, lapse hoidmise süles ja nahakontaktis viieminutilise täpsusega iga päeva kohta. Päevik sisaldas kuut lahtrit: „ema osakonnas kohal“, „ema hoiab“, „ema nahakontaktis“, „isa osakonnas kohal“, „isa hoiab“, „isa nahakontaktis“. Vanemate kohalolek osakonnas oli defineeritud kui aeg, mil vanem viibis haiglas, kuid ei pidanud viibima otseselt lapsega samas ruumis. Lapse hoidmine kätel oli defineeritud kui aeg, millal vanem hoidis oma last kätel/süles, sõltumata vanema tegevusest (kas vanem istus, lamas, seisis, kõndis). Nahk-naha kontakt oli defineeritud kui aeg, millal vanem hoidis oma riideteta last (v.a mähkmed, mütsike, peal soojenduseks tekk) vastu oma paljast ihu. Päevikute täitmise perioodil olid päevikud ümbrikus ning neid tohtisid näha ainult uurimuses osalenud lapsevanemad. Peale päeviku täitmist tagastasid lapsevanemad ümbriku täidetud päevikutega uuringuõele.
- Vanematele saadetud **SMS-küsimuste vastuseid** (lisa 8 ja 9). Lapse kogu haiglaravi jooksul saadeti nii lapse emale kui isale igal õhtul üks küsimus üheksast perekeskse ravi iseloomustavast küsimusest. Igal õhtul kell 21.00 saabus vanematele üks SMS-küsimus juhuslikkuse korras, millele nad vastasid valikvastuse numbriga. Vastuste hindamise aluseks oli 7-punktiline Likerti skaala, kus 1 = „üldse mitte“, 7 = „väga palju“ ja 0 = „ei olnud osakonnas“. Vastuste keskmine skoor iseloomustab vanemate hinnangut perekeskse ravi kvaliteedile osakonnas ja seda on võimalik arvutada iga osakonna kohta eraldi. 0-vastus aitab mõõta vanemate kohalolu osakonnas iga päev. Küsimused olid esitatud vormis „Kui palju personal Teid täna kuulas?“, „Kui palju Te täna osalesite oma lapse eest hoolitsemises?“ jms. Enne uurimusse kaasamist said vanemad osakonna uuringuõelt vajalikud juhised SMS-sõnumitele vastamiseks.
- Õdede **veebiküsimustike vastuseid** (lisa 10 ja 11). Õed vastasid kaheksast perekeskse ravi iseloomustavast küsimusest ühele küsimusele peale igat valvet kolmekuulise perioodi vältel. Ka õed andsid oma hinnangu 7-punktilisel Likerti skaalal, kus 1 = „üldse mitte“, 7 = „väga palju“ ja 0 = „ei ole vanematega töötanud“. Õde avas pärast oma tööpäeva lõppu internetilingi ja sai sealt ühe küsimuse juhuslikkuse korras, millele ta vastas valikvastusega. Vastuste keskmine skoor iseloomustab õdede hinnangut pakutava perekeskse ravi kvaliteedile osakonnas ja seda on võimalik arvutada iga osakonna kohta eraldi. 0- vastuse korral õde ei töötanud oma lõpetatud valve jooksul lapsevanematega. Vastamiseks paigaldati osakondadesse ainult uurimuse otstarbeks eraldi seisev arvuti, mida uurimisperioodi jooksul

ei suletud. Iga osakonnas töötav õde sai nii enne uurimisperioodi algust kui ka vajadusel uurimuse ajal vajalikud juhised küsimustele vastamiseks uuringuõdedelt.

Kuna õdede ja vanemate küsimused olid analoogsed, välja arvatud vanemate küsimustikus olnud seitsmes küsimus „Kui palju osalesite arsti ringkäigu/visiidi käigus toimunud aruteludel?“, mida õdede küsimustik ei sisaldanud, jäeti vanemate küsimus number seitse antud uurimuse analüüsist kõrvale. Analüüsi tegemisel kõrvutati õdede ja vanemate küsimused nende viimaste küsimuste osas analoogsuse järgi järgmiselt: 7/8 ja 8/9.

Perede värbamine ja õdede küsimustele vastamine algas üheaegselt. Pered ja õed ei olnud omavahel sobitatud, kuna eesmärk oli uurida lapse ja tema vanemate füüsilist lähedust ja perekeskse ravi erinevaid tahke osakonna tasandil. Uurimistöö metoodikast tulenevalt koguti vanemate andmeid õdede andmetest kauem.

Rahvusvahelise uuringu läbiviimiseks saadi luba Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt (protokoll nr 227/T–6, 28. august 2013) (lisa 12). Rahvusvahelises uurimuses osalenud keskustel oli luba oma riikide ja osakondade andmeid süvendatult analüüsida.

3.3. Mõõtmisvahendite valiidsuse ja reliaabluse hindamine

Lähedussuhte prooviuurimus viidi läbi nelja Soome haigla (Satakunta Keskhaigla, Päijät-Häme Keskhaigla, Turu Ülikooli Kliinikum, Oulu Ülikooli Kliinikum) vastsündinute intensiivraviosakonnas aastal 2012 ja see oli aluseks personali treeningprogrammile „Tihe koostöö vanematega“ (*Close Collaboration with Parents Training Program*). Tulemused kinnitasid uurimusmeetodite kasutatavust ja adekvaatsust. Prooviuurimuses kasutati läheduse päevikut, mille aluseks oli „*Babys Day Diary*“ (Lam jt 2010). Seda kohandati füüsilise läheduse uurimiseks, lisades sinna vanemate kohaloleku ning lapse süles ja nahakontaktis hoidmise aja.

Küsimuste koostamisel vanematele (lisa 8 ja 9) ja õdedele (lisa 10 ja 11) lähtuti sellest, et kõik perekeskse ravi põhielemendid oleks kajastatud. Samas oli eesmärk piirata küsimuste arvu selleks, et peredel oleks piisavalt aega ja võimalust vastata lapse haiglas viibimise perioodil kõigile küsimustele. Raiskila jt (2016) toovad välja, et varasemad meetodid ei olnud kavandatud selliselt, et perekeskset ravi oleks võimalik mõõta igapäevaselt ning küsimustikud sisaldasid ligikaudu 20 küsimust. Läheduse uurimuse tarbeks sõnastati kõik küsimused varasemale teaduspõhisele kirjandusele toetudes. Perekeskse ravi küsimuste sisu valideeris *SCENE* (*Separation and*

Closeness Experiences in the Neonatal Environment) ekspertrühm. See on rahvusvahelistest spetsialistidest koosnev multidistsiplinaarne grupp, mille eesmärk on parandada vastsündinute ravitulemusi ja vanemate kogemusi haiglaravi jooksul. *SCENE* grupp keskendub eelkõige uurimustele, kuidas ja miks lapsevanemate füüsiline ja emotsionaalne lähedus erineb vastsündinute osakondades riikide siseselt ja riikide vahel; millised on vastsündinute ja vanemate läheduse ja eraldatuse lühi- ja pikaajalised tagajärjed ning kuidas optimeerida vanemate ja lapse tervist ja heaolu.

Vanematele ja õdedele esitatud küsimused vaatasid üle ja neile andsid oma hinnangu *SCENE* gruppi kuuluvad vastsündinute intensiivraviõed, neonatoloogid, tervishoiu- ning sotsiaalteadlased ja psühholoogid. Ühiste arutelude käigus moodustati kaheksa küsimust, mis hõlmasid perekeskse ravi erinevaid aspekte: aktiivne kuulamine, lapsevanemate osalus lapse hoolduses; vanemate individuaalne juhendamine; vanemate osalemine otsuste vastuvõtmisel; vanemate usaldus personali osas, mis puudutab lapse eest hoolitsemist; vanemate tunded selle osas, kuidas personal usaldas neid lapse eest hoolitsemisel; individuaalne informatsioon; emotsionaalne toetus.

SMS-sõnumite saatmise ja neile vastamise protsessi tehnilist funktsionaalsust kontrolliti eelnevalt prooviuurimuse käigus Soomes. Enne rahvusvahelise projekti algust testiti SMS-sõnumite saatmise ja vastamise tehnilist funktsionaalsust ka Eesti keskuste vastutavate uurijate poolt aprillis 2013 ja veebiküsimuste kuvamise ja vastamise tehnilist funktsionaalsust mais 2014. Siiski esines Eestis tekstisõnumite edastamisel mõningaid raskusi seoses võrguoperaatorite probleemidega, mille tulemusel osa andmeid puudub.

Algsed uurimuse materjalid koostati inglise keeles ning hiljem tõlgiti seitsmesse keelde, sh eesti ja vene keelde. Tõlkimisel järgiti tõlkimise ja kultuurilise kohandamise suuniseid, mis sisaldasid peamisi samme: ettevalmistus, edasi tõlkimine, vastavusse viimine, tagasi tõlkimine, ühtlustamine, kognitiivne arutelu. Mõõdikute sisuvaliidsuse säilitamiseks kasutati Eestis „edasi-tagasi“ tõlkimisel professionaalset tõlkebürood, tagamaks küsimustike ja läheduse päeviku sisu säilimise.

Uurimistöö protokoll kinnitati vastavalt iga osaleva riigi ja haigla eeskirjadele ning see sai heakskiidu iga riigi eetikakomiteelt. Enne uurimuses osalemist võeti vanematelt kirjalik nõusolek. Haiglad andsid üldise nõusoleku ka õdede osalemiseks, mis oli anonüümne. Iga õe anonüümne veebiküsimuse vastus loeti informeeritud nõusolekuks. Osalemine oli vabatahtlik.

3.4. Andmete analüüsi meetodi ja protsessi kirjeldus

Keskuste ja patsientide valimite kirjeldamisel on kasutatud absoluutarve ja tsentraalse tendentsi näitajatena aritmeetilist keskmist ja mediaani. Kontaktivormi keskmise („osakonnas kohal“; „hoiab“; „nahakontaktis“) ööpäevase kestuse leidmiseks summeeriti päevikus vastava kontaktina märgitud aeg üle keskuste ja jagati keskuses veedetud päevade arvuga. Keskmise kontakti kestus ööpäevas avaldati protsentides. Kohaloleku kestuse hindamiseks summeeriti mõlema vanema kohaloldud aeg. Kõik ööpäeva ületavad kohaloleku ajad on märgitud 100%-na.

Erinevate kontaktivormide keskmise kestuse iseloomustamisel keskuste tüüpide kaupa on kasutatud kirjeldavaid statistikuid (aritmeetiline keskmine, standardhälve, mediaan, miinimum, maksimum). Lineaarset regressiooni kasutati kontakti keskmise kestuse ja keskuste tüübi seose uurimiseks kohandatuna muudele potentsiaalset kontakti kestust mõjutavatele teguritele (gestatsioonivanus, vaginaalne sünnitus vs keisrilõige, üksik vs kaksiklaps). Potentsiaalsed segavad tegurid valiti mudelisse teoreetilise teadmise alusel. Seos loeti statistiliselt oluliseks kui $p < 0,05$.

Skooride kirjeldusel keskuste kaupa kasutati tsentraalse tendentsi näitajana keskmist ja hajuvuse näitajana standardhälvet (SD), keskmiste varieeruvuse illustreerimiseks tulpdiagrammi. Vanemate ja õdede küsimuste vastuste skoorid arvutati keskmise antud punktide arvuna üle küsimuse ja keskuse. Vastust "0" keskmise arvutamisel arvesse ei võetud. Vanemate ja õdede vastuste seose uurimiseks kasutati *Spearmani* korrelatsioonanalüüsi skooride keskmiste väärtuste vahel keskuste ja küsimuste kaupa, analüüsitulemused on illustreeritud hajuvusdiagrammidel. Korrelatsioonikoeffitsiendi suuruste seletused on esitatud tabelis 3. Andmete korrastamine ja analüüs teostati Microsoft Excel ja Stata 14.2 vahenditega.

Tabel 3. Korrelatsioonikoeffitsiendi suuruste seletused (Mukaka 2012)

Korrelatsiooni suurus	Seletus
0,90 kuni 1,00 (-0,90 kuni -1,00)	Väga kõrge positiivne (negatiivne) korrelatsioon
0,70 kuni 0,90 (-0,70 kuni -0,90)	Kõrge positiivne (negatiivne) korrelatsioon
0,50 kuni 0,70 (-0,50 kuni -0,70)	Mõõdukalt positiivne (negatiivne) korrelatsioon
0,30 kuni 0,50 (-0,30 kuni -0,50)	Madal positiivne (negatiivne) korrelatsioon
0,00 kuni 0,30 (0,00 kuni -0,30)	Ebaoluline korrelatsioon

4. TULEMUSED

4.1. Osakondade taustandmed

Uurimuses osales Tallinna keskus kahe haigla kolme osakonnaga – Ida-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku neonatoloogia osakond (Tln SM), Tallinna Lastehaigla anestesioloogia- ja intensiivraviosakond (Tln LIRO) ning vastsündinute ja imikute osakond (Tln NEO) ja Tartu keskus Tartu Ülikooli Kliinikumi kahe osakonnaga – anestesioloogia ja intensiivravi kliiniku lasteintensiivravi osakond (Trt LIRO) ning lastekliiniku neonatoloogia osakond (Trt NEO) koos filiaaliga naistekliinikus (Trt SM). Osakondade taustandmed on esitatud tabelis 3.

Osakonnad erinesid vanematele pakutavate tingimuste poolest. Uurimusperioodil puudusid alalised tugitoolid vanematele lapse voodi juures Tartu keskuse osakondades ja Tln LIRO-s. Vanemate ööbimisvõimalus osakonnas puudus lasteintensiivravi osakondades, küll aga oli vanematel võimalik ööbida väljaspool osakonda haigla teistes osakondades. Kõikides osakondades puudus perepalat, kus mõlemal vanemal oleks olnud võimalus viibida intensiivravil oleva lapse juures ööpäevaringselt. Lapse stabiilse seisundi korral oli perepalati võimalus sünnitusmajades ja vastsündinute osakondades.

Osakondade hinnangul olid sagedasteks takistusteks nahk-naha kontakti tegemisel peamiselt invasiivne ja mitteinvasiivne hingamistoetus, nabakateeter ja arterikanüül ning lapse erakordne ebaküpsus. Lisaks aeg-ajalt esinevateks takistusteks tunnistati ka arstide, õdede ja pere vastumeelsust, privaatsuse puudumist ja ajapuudust (tabel 4).

Tabel 4. Osakondade taustandmed

	Tln SM	Tln LIRO	Tln NEO	Trt SM	Trt LIRO	Trt NEO	Kokku
Intensiivravi tase	IIIA	IIIB	II	II	IIIC	II	
Vastsündinute arv 2012. aastal	479	150	598	411	135	412	2185
Alaliste tugitoolide arv lapse voodi juures vanemale	3	0	10	0	0	0	13
Võimalus osakonnas õõbimiseks	JAH	EI	JAH	JAH	EI	JAH	
Peretuba	JAH	EI	JAH	JAH	EI	JAH	
Voodite arv vanematele osakonnas lapsest eraldi	14	0	25	0	0	18	57
Võimalus õõbida väljaspool osakonda	EI	JAH	EI	EI	JAH	EI	
Sagedased ja aeg-ajalt esinevad takistused NNK tegemiseks	GV < 28 ⁺⁰ , NK, CPAP, AK, osakonna füüsiline keskkond, privaatsuse puudumine, osakonna päevarütm	GV < 28 ⁺⁰ , NK, IHT, CPAP, osakonna füüsiline keskkond, privaatsuse puudumine	GV < 28 ⁺⁰ , NK, CPAP, privaatsuse puudumine, osakonna päevarütm, õdede vastumeelsus NNK osas, arstide vastumeelsus NNK osas, ajapuudus	NK, CPAP, privaatsuse puudumine, osakonna päevarütm, õdede vastumeelsus NNK osas, arstide vastumeelsus NNK osas, pere vastumeelsus NNK osas, ajapuudus	GV < 28 ⁺⁰ , NK, IHT, CPAP, privaatsuse puudumine, osakonna päevarütm, õdede vastumeelsus NNK osas, arstide vastumeelsus NNK osas, pere vastumeelsus NNK osas, ajapuudus	GV < 28 ⁺⁰ , NK, CPAP, privaatsuse puudumine, osakonna päevarütm, osakonna füüsiline keskkond, õdede vastumeelsus NNK osas, arstide vastumeelsus NNK osas, pere vastumeelsus NNK osas, ajapuudus	

NNK – nahk-naha kontakt; IHT – invasiivne hingamistoetus; CPAP – ravi pideva positiivse rõhuga hingamisteedes; NK – nabakateeter; AK – arteriaalne kanüül; GV – gestatsioonivanus

4.2. Läheduse päeviku andmed

4.2.1. Perede ja laste taustandmed

Läheduse päeviku andmete analüüs teostati järgmiste andmetega: Tallinna keskuses 31 peret 37 lapsega (sh 6 kaksikute paari) ja Tartu keskuses 26 peret 31 lapsega (sh 5 kaksikute paari). Ühe pere kohta (Tln SM) puudusid peret ja last iseloomustavad andmed, tabelis 5 on esitatud andmed 56 pere ja 67 lapse kohta.

Tabel 5. Läheduse uurimuses osalenud perede ja laste andmed

	Tln SM	Tln LIRO	Tln NEO	Trt SM	Trt LIRO	Trt NEO	Kokku
Perede tunnused							
Pered, n	26	3	15	9	4	21	56
Kodu kaugus haiglast, km (mediaan)	8	10	10	16	5	42	12
Peres nooremad kui 18-aastased õed/vennad, n	17	2	9	5	1	11	33
Sünnitus keisrilõike teel, n	14	2	10	2	3	14	31
Laste tunnused							
Lapsed, n	32	3	19	10	5	25	67
Meessugu, n	7	2	6	6	2	10	23
Sünd mitmikuna, n	12	1	8	3	2	8	22
Gestatsioonivanus, p (keskmine)	229	197	216	237	220	223	227
Sünnikaal, g (keskmine)	1957	1431	1648	2253	1582	1822	1920

n – arv; km – kilomeeter; p – päev; g – gramm

4.2.2. Erinevate läheduse kontakti kestused osakondade kaupa

Tabelis 6 toodud lapsevanemate osakonnas kohaloleku ning lapse hoidmise (süles) või nahakontakti ajalised näitajad on väljendatud protsendina ööpäevast. Kuna kohaloleku näitajat hinnati eraldi mõlema vanema kohta ja esitatakse summeeritult, siis kõik ööpäeva ületavad kohaloleku ajad on märgitud 100%-na. Osakonnad erinesid keskmiste läheduse kontaktide kestuse osas ööpäevas: vanemate kohalolek oli kõrgeim sünnitusmajades (Tln SM 98,1%, Trt SM 79,0%) ja järgnevalt vastsündinute osakondades (Tln NEO 72,8%, Trt NEO 70,1%). Kõige vähem viibisid vanemad lasteintensiivravi osakondades (Tln LIRO 6,1%, Trt LIRO 6,1%). Süles hoidmine oli kõrgeim Trt SM-s ja Tln NEO-s ning väikseim Tln ja Trt LIRO-des. Üheski Trt LIRO läheduse päevikus ei olnud vanemate poolt märgitud lapse süleshoidmist. Nahakontakti kestuse näitajad olid kõrgemad Tallinna keskuses, kuid jäid kõikides osakondades alla 5% vanemate kohaloleku ajast.

Tabel 6. Vanemad osakonnas kohal, lapse hoidmine (süles) ja nahakontakt osakondade lõikes protsentides ööpäevast

Raviasutus	Kontakti liik	Laste arv	Aritmeetiline keskmine	SD	Mediaan	Min	Max
Tln SM	Kohal	33	98,1	2,4	100,0	92,9	100,0
	Hoidmine (süles)	33	7,9	5,7	6,8	0,1	20,1
	Nahakontakt	29	4,9	3,6	4,0	0,2	13,3
Tln LIRO	Kohal	3	6,1	3,2	6,7	2,7	9,0
	Hoidmine (süles)	2	0,4	0,2	0,4	0,2	0,5
	Nahakontakt	2	2,1	0,7	2,1	1,6	2,6
Tln NEO	Kohal	19	72,8	25,4	80,4	21,7	100,0
	Hoidmine (süles)	19	12,9	9,1	9,0	3,0	29,6
	Nahakontakt	11	4,2	3,7	3,1	0,3	9,6
Trt SM	Kohal	10	79,0	37,1	100,0	5,6	100,0
	Hoidmine (süles)	9	19,9	13,6	17,4	0,5	44,1
	Nahakontakt	6	2,2	2,2	1,8	0,2	5,6
Trt LIRO	Kohal	5	6,1	3,2	7,6	0,7	8,7
	Hoidmine (süles)	0					
	Nahakontakt	2	0,3	0,2	0,3	0,1	0,5
Trt NEO	Kohal	25	70,1	26,0	67,5	19,6	100,0
	Hoidmine (süles)	25	7,0	5,7	5,6	0,6	24,7
	Nahakontakt	20	1,4	1,1	1,2	0,2	4,5
Kokku	Kohal	95	75,9	32,1	95,5	0,7	100,0
	Hoidmine (süles)	88	9,8	8,6	7,3	0,1	44,1
	Nahakontakt	70	3,3	3,2	2,4	0,1	13,3

4.2.3. Enneaegse vastsündinu ja tema vanemate füüsilise läheduse kestuse seos osakonna tüübiga

Lähtudes osakondade ravitasemest on läheduse päevikute andmete tõlgendamisel ning uurimusülesannetele vastuste leidmisel piisavate valimite saamiseks rühmitatud osakonnad tüüpideks järgnevalt: Tln SM ja Trt SM üheks SM-ks, Tln LIRO ja Trt LIRO üheks LIRO-ks ning Tln NEO ja Trt NEO üheks NEO-ks. Läheduse kontaktide kestusi ja erinevuste statistilist olulisust osakonnatüüpide kaupa kirjeldab tabel 7. Osakonnatüübid erinesid keskmiste läheduse kontaktide kestuse osas ööpäevas: vanemate kohalolek oli kõrgeim SM-des (93,7%) ja madalaim LIRO-des (6,1%); hoidmine oli kõrgeim SM-des (10,5%) ja madalaim LIRO-des (0,4%) ning nahakontakt oli kõrgeim SM-des (4,4%) ja madalaim LIRO-des (1,2%). Erinevus vanemate summaarses kohaloldud ajas ja nahakontakti kestuses osakonnatüüpide järgi osutus statistiliselt oluliseks. Erinevus süles hoidmise aja ja osakonna tüübi vahel oli piiripelase statistilise olulisusega.

Tabel 7. Vanemad osakonnas kohal, lapse hoidmine (süles) ja nahakontakt osakonnatüüpide lõikes protsentides ööpäevast

Kontakti liik	Osakonna tüüp	Laste arv	Aritmeetiline keskmine	SD	Mediaan	p-väärtus
Osakonnas kohal	SM	43	93,7	19,1	100,0	0,001
	LIRO	8	6,1	3,0	7,2	
	NEO	44	71,3	25,5	73,1	
Hoiab (süles)	SO	42	10,5	9,3	8,9	0,070
	LIRO	2	0,4	0,2	0,4	
	NEO	44	9,5	7,8	6,8	
Nahakontaktis	SM	35	4,4	3,5	3,7	0,013
	LIRO	4	1,2	1,1	1,0	
	NEO	31	2,4	2,7	1,4	

Seos keskmise kohaloleku aja ja osakonna tüübi vahel osutus oluliseks ka pärast kohandamist potentsiaalsetele segavatele teguritele (tabel 8, Mudel A). Keskmise kohaloleku kestus ööpäevas LIRO-des ($p < 0,001$) ja NEO-des ($p = 0,001$) oli võrreldes SM-ga väiksem ka pärast gestatsioonivanuse, sünnituse viisi ja kaksikustaatusse arvesse võtmist. Samadele teguritele kohandatud seos osakondade tüübi ja lapse süles hoitud aja vahel statistiliselt oluliseks ei osutunud (tabel 8, Mudel B). Sarnases mudelis ei ilmnenu statistiliselt olulist erinevust nahk-naha kontaktis oldud aja vahel SM-de ja LIRO-de vahel, erinevus SM-de ja NEO-de vahel demonstreeris piiripealset statistilist olulisust ($p = 0,063$) (Tabel 8, Mudel C).

Tabel 8. Regressioonimudelid kontakti kestuse seosele osakonna tüübiga, kohandatud gestatsioonivanusele, sünnitusele (vaginaalne vs keisrilõige) ja kaksikustaatussele (üksik vs kaksik) protsentides ööpäevast

Osakond	Koefitsient	p-väärtus	uv95%, alumine	uv95%, ülemine
<i>Mudel A: kohal</i>				
SM	0,0			
LIRO	-81,6	<0,001	-99,1	-64,2
NEO	-18,2	0,001	-28,3	-8,1
<i>Mudel B: hoidmine</i>				
SM	0,0			
LIRO	-7,2	0,258	-19,7	5,4
NEO	-1,0	0,606	-2,9	5,0
<i>Mudel C: nahakontakt</i>				
SM	0,0			
LIRO	-2,6	0,132	-6,1	0,8
NEO	-1,6	0,063	-3,3	0,1

4.3. Vanemate ja õdede hinnangud vanemate toetamisele ning lapse hooldus- ja raviprotsessi kaasamisele

4.3.1. Perede ja laste taustandmed

Vanemate ja õdede hinnangute analüüs sisaldab järgmisi andmeid: Tallinna keskuses 22 peret 26 lapsega (sh 4 kaksikute paari) ja Tartu keskuses 13 peret 15 lapsega (sh 2 kaksikute paari). Perede ja laste taustandmed on esitatud tabelis 9. Hinnangute analüüsimisel kasutati 954 (vanemad) SMS-küsimuste vastust ja 1537 veebiküsimuste vastust (õed). Vanematelt ja õdedelt saadud vastuste arv erines osakondade lõikes (tabel 9).

Tabel 9. SMS-küsimustikule vastanud perede ja laste taustaandmed ning vanematelt ja õdedelt laekunud vastuste arv osakondade lõikes

	Tln SM	Tln LIRO	Tln NEO	Trt SM	Trt LIRO	Trt NEO	Kokku
Perede tunnused							
Pered, n	20	2	10	6	2	8	35
Kodu kaugus haiglast, km (mediaan)	8	10	10	5	52	5	8
Peres nooremad kui 18-aastased õed/vennad, n	9	1	3	3	1	7	20
Sünnitus keisrilõike teel, n	10	1	5	1	1	6	18
Laste tunnused							
Lapsed, n	24	2	12	7	2	9	41
Meessugu, n	7	2	6	6	2	3	23
Sünd mitmikuna, n	8	0	4	2	0	2	12
Gestatsioonivanus, p (keskmine)	231,4	201,5	217,3	238,3	199	218,6	228,6
Sünnikaal, g (keskmine)	1996,7	1718	1670,7	2246	1353	1686,4	1958
Laekunud vastused							
Vanemad, n	187	77	317	65	30	278	954
Õed, n	409	178	395	238	86	231	1537

n – arv; km – kilomeeter; p – päev; g – gramm

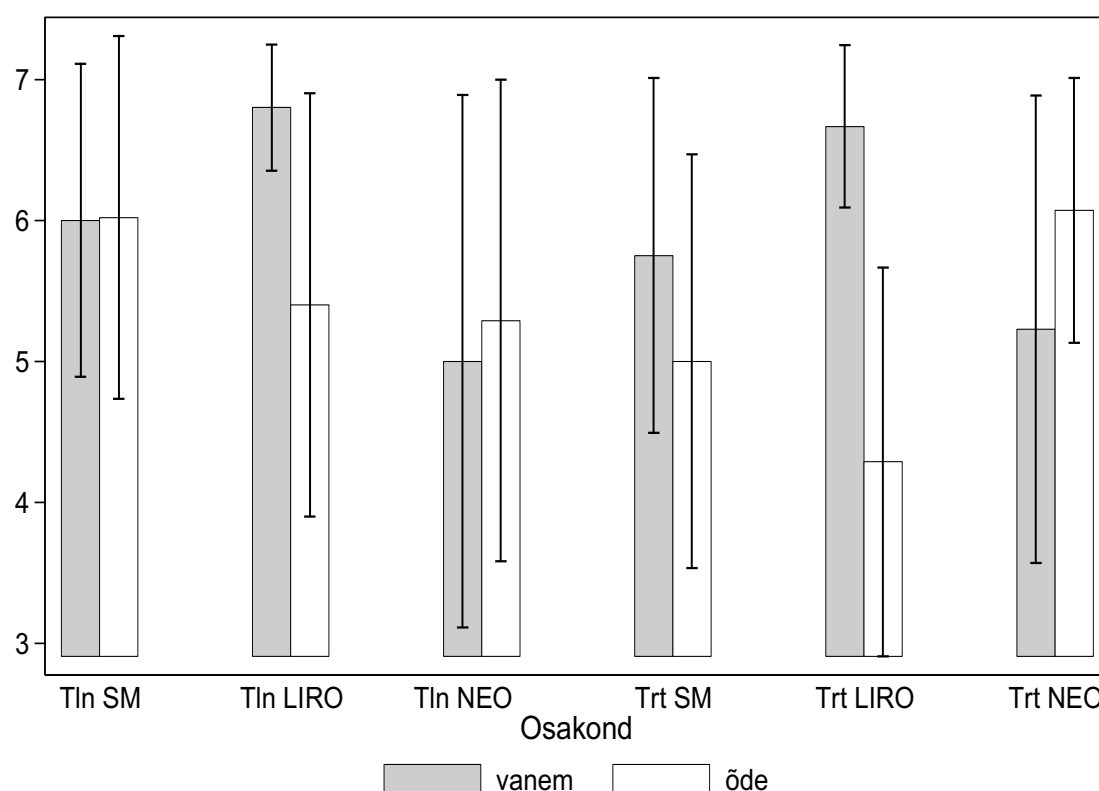
4.3.2. Hinnangud küsimuste kaupa

Õdede vastuste osakaal osakonniti, erinevatele küsimustele, mille vastuseks anti Likerti skaalal „0“ ehk valve jooksul vanemad osakonnas ei olnud, oli suurim Tln ja Trt LIRO-des (37%). Samad näitajad olid NEO-des 6% ja SM-des 4%.

Vanemate hinnang küsimusele „Kui palju personal teid täna kuulas?“ oli 7-punktsel Likerti skaalal 5,5 (SD 1,6) ja õdede keskmine hinnang küsimusele „Kui palju Te täna vanemaid kuulasite?“ oli 7-punktsel Likerti skaalal 5,6 (SD 1,5). Vanemate ja õdede vastuste arv ning keskmine hinnang Likerti skaala järgi on toodud osakondade lõikes tabelis 10 ja joonisel 1.

Tabel 10. Vanemate ja õdede hinnangud vanemate kuulamise kohta osakondade lõikes

	Tln SM	Tln LIRO	Tln NEO	Trt SM	Trt LIRO	Trt NEO	Kokku
Vanemad							
Vastuste arv	19	8	35	6	3	29	100
Nullide arv	5	3	6	2	0	7	23
Mediaan	6	7	5	6	7	6	6
Aritmeetiline keskmine	6	6,8	5	5,8	6,7	5,2	5,5
SD	1,1	0,5	1,9	1,3	0,6	1,7	1,6
Õed							
Vastuste arv	50	21	47	30	12	28	188
Nullide arv	0	6	9	3	5	0	23
Mediaan	6	6	6	5	5	6	6
Aritmeetiline keskmine	6,0	5,4	5,3	5,0	6,3	6,1	5,6
SD	1,3	1,5	1,7	1,5	1,4	0,9	1,5

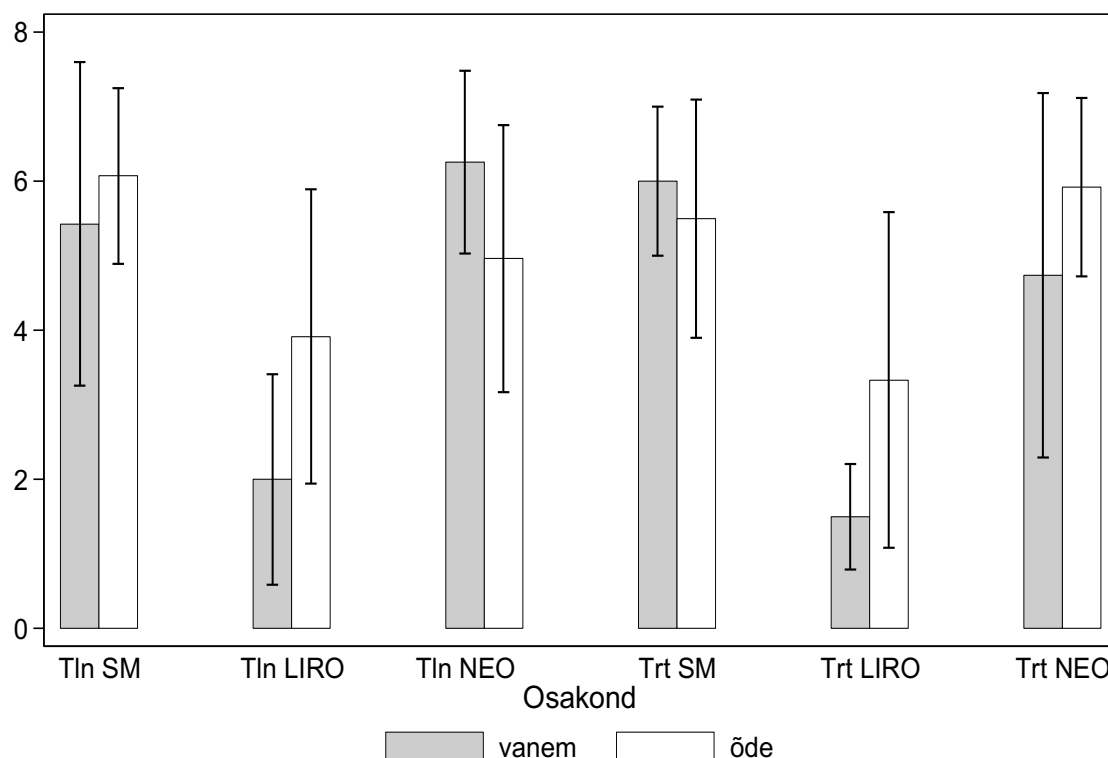


Joonis 1. Vanemate ja õdede hinnangute keskmised ja SD vanemate kuulamise kohta osakondade lõikes

Vanemate keskmine hinnang küsimusele „Kui palju Te täna osalesite oma lapse eest hoolitsemises?“ oli 7-punktilisel Likerti skaalal 5,3 (SD 2,2) ja õdede keskmine hinnang küsimusele „Kui palju võimaldasite täna vanematel osaleda nende lapse eest hoolitsemisel?“ oli 7-punktilisel Likerti skaalal 5,4 (SD 1,7). Vanemate ja õdede vastuste arv ning keskmine hinnang Likerti skaala järgi on toodud osakondade lõikes tabelis 11 ja joonisel 2.

Tabel 11. Vanemate ja õdede hinnangud vanemate osalemise kohta lapse hoolduses osakondade lõikes

	Tln SM	Tln LIRO	Tln NEO	Trt SM	Trt LIRO	Trt NEO	Kokku
Vanemad							
Vastuste arv	20	8	34	7	3	31	103
Nullide arv	6	4	7	2	1	12	32
Mediaan	7	1,5	7	6	1,5	6	7
Aritmeetiline keskmine	5,4	2	6,3	6	1,5	4,7	5,3
SD	2,2	1,4	1,2	1	0,7	2,5	2,2
Õed							
Vastuste arv	54	22	57	31	10	27	201
Nullide arv	0	10	3	3	4	1	21
Mediaan	6	4	5	6	2,5	6	6
Aritmeetiline keskmine	6,1	3,9	4,9	5,5	3,3	5,9	5,4
SD	1,2	2,0	1,8	1,6	2,3	1,2	1,7

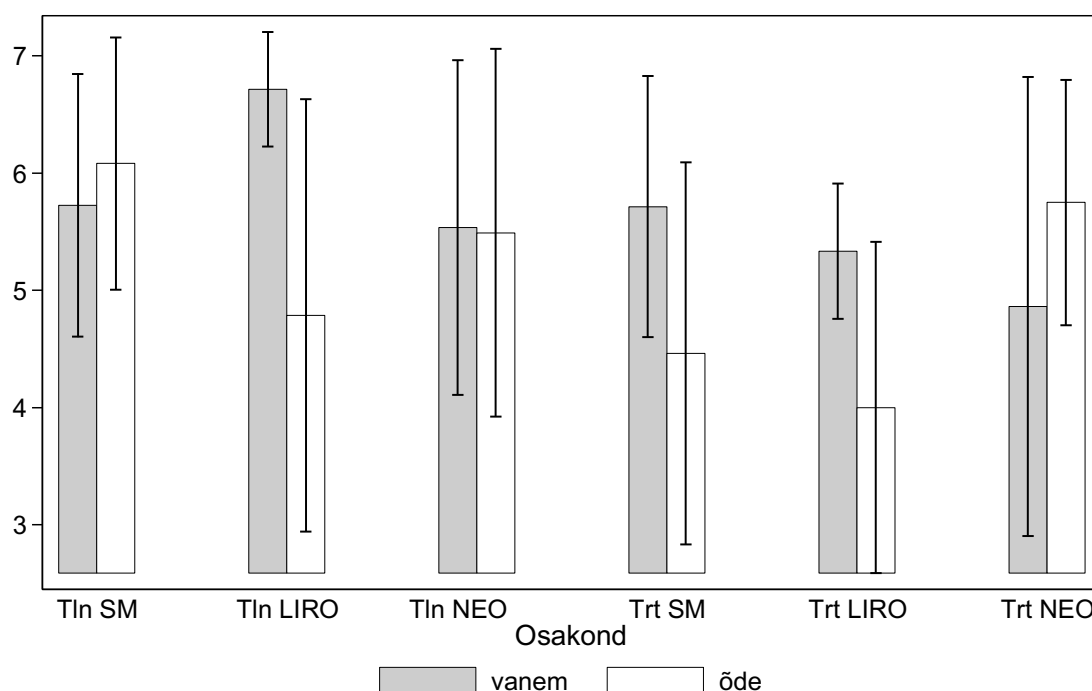


Joonis 2. Vanemate ja õdede hinnangute keskmised ja SD lapsevanemate osalemise kohta lapse hoolduses osakondade lõikes

Vanemate keskmine hinnang küsimusele „Kui palju vastas personali tänane juhendamine Teie vajadustele?“ oli 7-punktilisel Likerti skaalal 5,5 (SD 1,5) ja õdede keskmine hinnang küsimusele „Kui palju oli Teie tänane juhendamine kohandatud vanemate individuaalsetele vajadustele?“ oli 7-punktilisel Likerti skaalal 5,4 (SD 1,5). Vanemate ja õdede vastuste arv ning keskmine hinnang Likerti skaala järgi on toodud osakondade lõikes tabelis 12 ja joonisel 3.

Tabel 12. Vanemate ja õdede hinnangud vanemate individuaalse juhendamise kohta osakondade lõikes

	Tln SM	Tln LIRO	Tln NEO	Trt SM	Trt LIRO	Trt NEO	Kokku
Vanemad							
Vastuste arv	24	9	36	9	3	33	114
Nullide arv	2	2	8	2	0	11	25
Mediaan	6	7	5,5	6	5	5	6
Aritmeetiline keskmine	5,7	6,7	5,5	5,7	5,3	4,9	5,5
SD	1,1	0,5	1,4	1,1	0,6	2,0	1,5
Õed							
Vastuste arv	49	22	55	29	12	32	199
Nullide arv	0	8	6	3	4	0	21
Mediaan	6	5	6	4,5	4,5	6	6
Aritmeetiline keskmine	6,1	4,8	5,5	4,5	4	5,8	5,4
SD	1,1	1,9	1,6	1,6	1,4	1,1	1,5

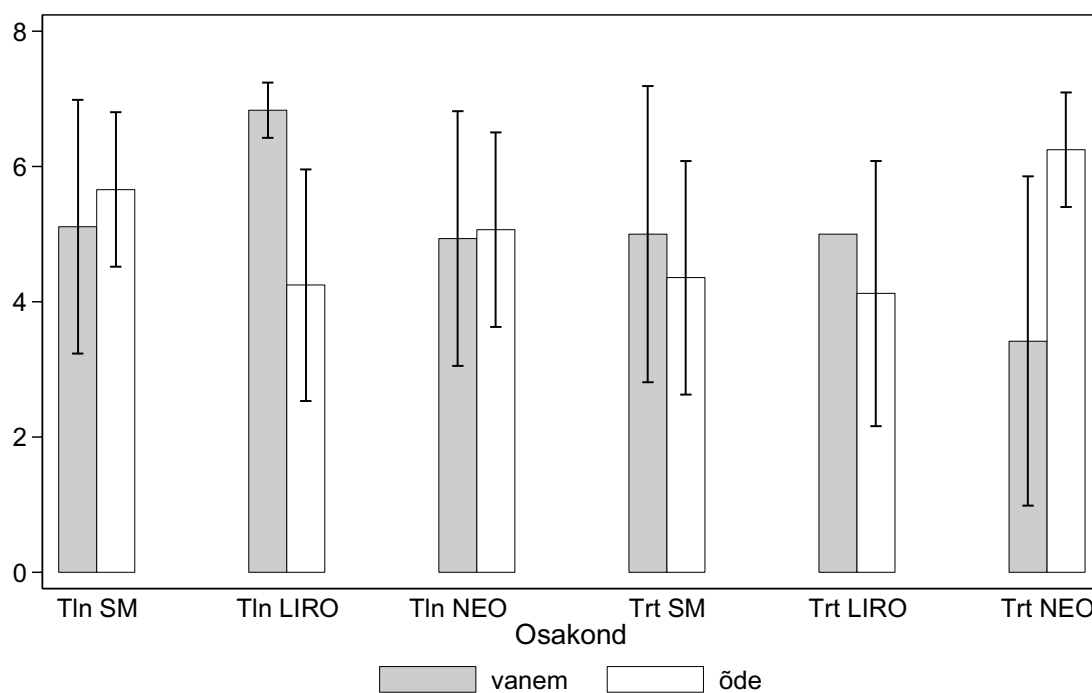


Joonis 3. Vanemate ja õdede hinnangute keskmised ja SD vanemate individuaalse juhendamise kohta osakondade lõikes

Vanemate keskmine hinnang küsimusele „Kui palju arvestati täna Teie lapse kohta tehtud otsustes Teie arvamusega?“ oli 7-punktilisel Likerti skaalal 4,8 (SD 2,1) ja õdede keskmine hinnang küsimusele „Kui palju arvestasite täna vanemate arvamusega, kui tegite nende lapsega seotud otsuseid?“ oli 7-punktilisel Likerti skaalal 5,2 (SD 1,5). Vanemate ja õdede vastuste arv ning keskmine hinnang Likerti skaala järgi on toodud osakondade lõikes tabelis 13 ja joonisel 4.

Tabel 13. Vanemate ja õdede hinnangud vanemate arvamusega arvestamise kohta osakondade lõikes

	Tln SM	Tln LIRO	Tln NEO	Trt SM	Trt LIRO	Trt NEO	Kokku
Vanemad							
Vastuste arv	19	8	39	8	3	33	110
Nullide arv	1	2	7	2	2	14	28
Mediaan	6	7	5	5	5	2	5
Aritmeetiline keskmine	5,1	6,8	4,9	5	5	3,4	4,8
SD	1,9	0,4	1,9	2,2		2,4	2,1
Õed							
Vastuste arv	53	21	51	32	13	28	198
Nullide arv	0	9	6	4	5	0	24
Mediaan	6	5	5	5	4	6	6
Aritmeetiline keskmine	5,7	4,3	5,1	4,4	4,1	6,3	5,2
SD	1,1	1,7	1,4	1,7	2,0	0,8	1,5

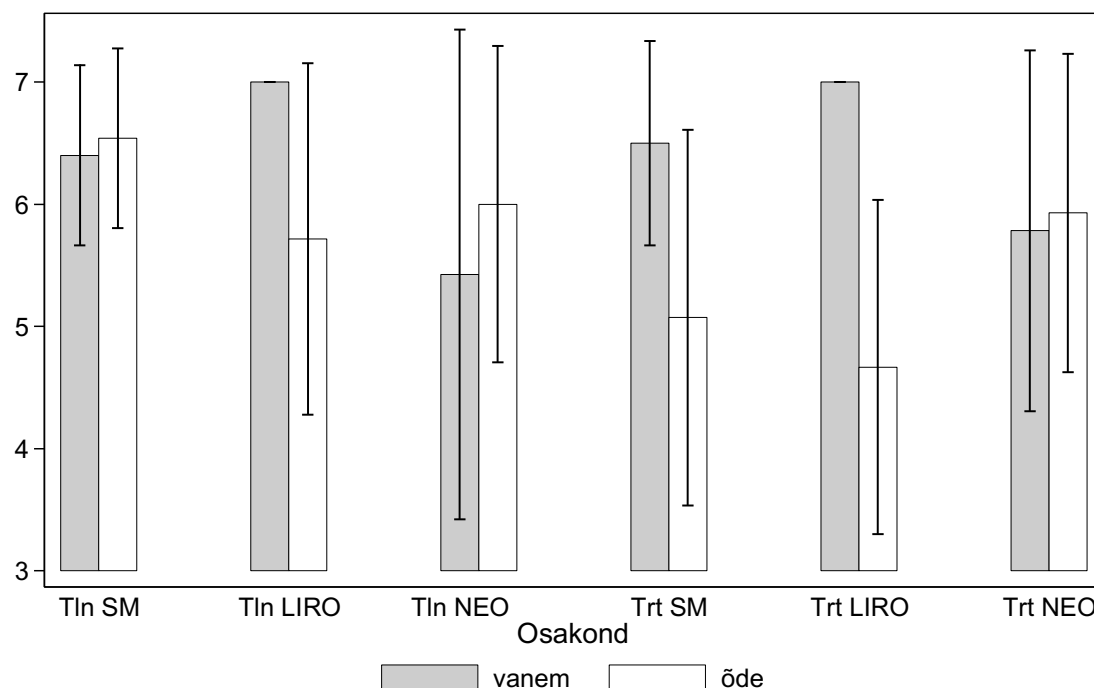


Joonis 4. Vanemate ja õdede hinnangute keskmised ja SD vanemate arvamusega arvestamise kohta osakondade lõikes

Vanemate keskmine hinnang küsimusele „Kui palju usaldasite täna personali oma lapse eest hoolitsemisel?“ 7-punktilisel Likerti skaalal 6,0 (SD 1,5) ja õdede keskmine hinnang küsimusele „Kui palju usaldasid vanemad Teid täna oma lapse eest hoolitsemisel?“ oli 7-punktilisel Likerti skaalal 5,9 (SD 1,3). Vanemate ja õdede vastuste arv ning keskmine hinnang Likerti skaala järgi on toodud osakondade lõikes tabelis 14 ja joonisel 5.

Tabel 14. Vanemate ja õdede hinnangud õdede usaldamise kohta lapse eest hoolitsemisel osakondade lõikes

	Tln SM	Tln LIRO	Tln NEO	Trt SM	Trt LIRO	Trt NEO	Kokku
Vanemad							
Vastuste arv	20	8	34	7	4	29	102
Nullide arv	5	2	8	1	0	6	22
Mediaan	7	7	6	7	7	6	7
Aritmeetiline keskmine	6,4	7	5,4	6,5	7	5,8	6
SD	0,7	0	2	0,8	0	1,5	1,5
Õed							
Vastuste arv	50	22	53	31	9	28	193
Nullide arv	0	8	3	3	3	0	17
Mediaan	7	6	7	5	5	6	6
Aritmeetiline keskmine	6,5	5,7	6	5,1	4,7	5,9	5,9
SD	0,7	1,4	1,3	1,5	1,4	1,3	1,3

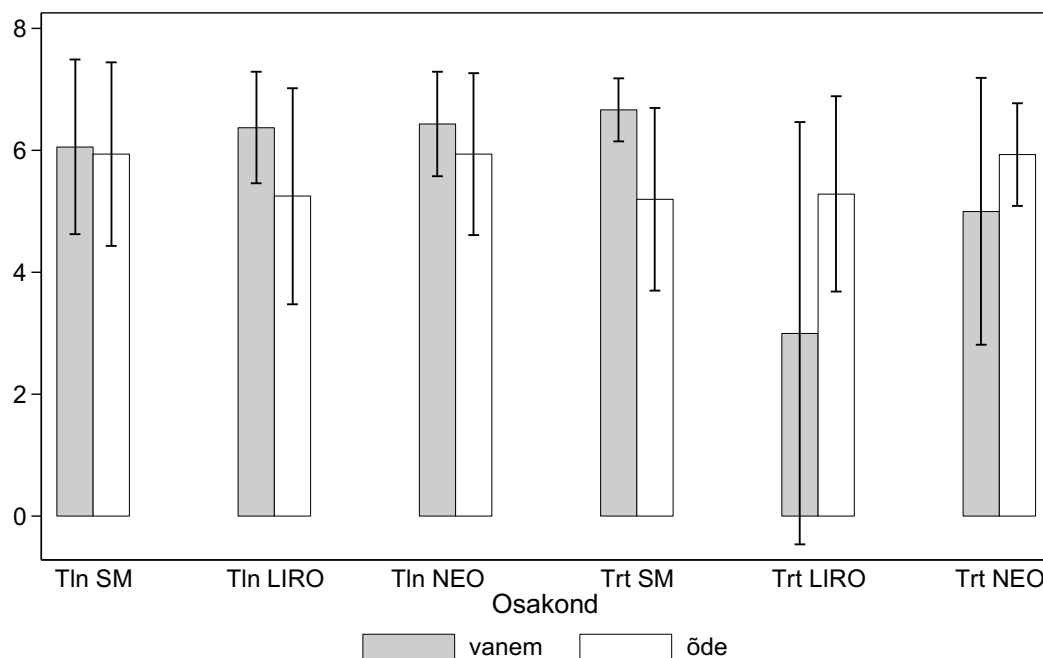


Joonis 5. Vanemate ja õdede hinnangute keskmised ja SD õdede usaldamise kohta lapse eest hoolitsemisel osakondade lõikes

Vanemate keskmine hinnang küsimusele „Kui palju usaldas personal täna Teid teie lapse eest hoolitsemisel?“ oli 7-punktsel Likerti skaalal 6,0 (SD 1,6) ja õdede keskmine hinnang küsimusele „Kui palju usaldasite täna vanemaid nende lapse eest hoolitsemisel?“ oli 7-punktsel Likerti skaalal 5,3 (SD 1,6). Vanemate ja õdede vastuste arv ning keskmine hinnang Likerti skaala järgi on toodud osakondade lõikes tabelis 15 ja joonisel 6.

Tabel 15. Vanemate ja õdede hinnangud vanemate usaldamise kohta lapse eest hoolitsemisel osakondade lõikes

	Tln SM	Tln LIRO	Tln NEO	Trt SM	Trt LIRO	Trt NEO	Kokku
Vanemad							
Vastuste arv	18	10	38	8	4	29	107
Nullide arv	1	2	8	2	1	13	27
Mediaan	7	7	7	7	1	5,5	7
Aritmeetiline keskmine	6,1	6,4	6,4	6,7	3	5	6,0
SD	1,4	0,9	0,9	0,5	3,5	2,2	1,6
Õed							
Vastuste arv	51	23	38	27	9	31	179
Nullide arv	2	7	3	2	2	2	18
Mediaan	6	6	6	5	6	6	6
Aritmeetiline keskmine	5,9	5,3	5,9	5,2	5,3	5,9	5,3
SD	1,5	1,8	1,3	1,5	1,6	0,8	1,6

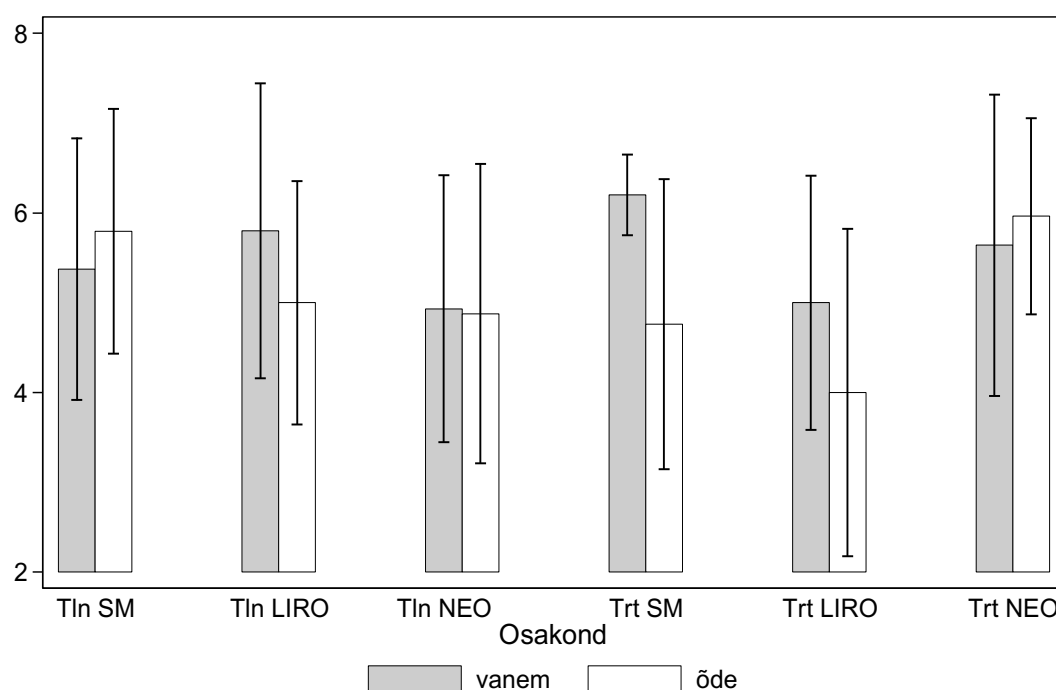


Joonis 6. Vanemate ja õdede hinnangute keskmised ja SD vanemate usaldamise kohta lapse eest hoolitsemisel osakondade lõikes

Vanemate keskmine hinnang küsimusele „Kui palju vastas täna personali antud teave Teie vajadustele?“ oli 7-punktilisel Likerti skaalal 5,4 (SD 1,5) ja õdede keskmine hinnang küsimusele „Kui palju oli Teie antud tänane teave kohandatud vanemate individuaalsetele vajadustele?“ oli 7-punktilisel Likerti skaalal 5,3 (SD 1,6). Vanemate ja õdede vastuste arv ning keskmine hinnang Likerti skaala järgi on toodud osakondade lõikes tabelis 16 ja joonisel 7.

Tabel 16. Vanemate ja õdede hinnangud individuaalse informatsiooni kohta osakondade lõikes

	Tln SM	Tln LIRO	Tln NEO	Trt SM	Trt LIRO	Trt NEO	Kokku
Vanemad							
Vastuste arv	20	9	34	7	3	32	105
Nullide arv	4	4	5	2	1	7	23
Mediaan	5,5	6	5	6	5	6	6
Aritmeetiline keskmine	5,4	5,8	4,9	6,2	5	5,6	5,4
SD	1,5	1,6	1,5	0,5	1,4	1,7	1,5
Õed							
Vastuste arv	54	23	51	29	11	28	196
Nullide arv	0	10	2	4	4	1	21
Mediaan	6	5	5	5	4	6	6
Aritmeetiline keskmine	5,8	5	4,9	4,8	4	6,0	5,3
SD	1,4	1,4	1,7	1,6	1,8	1,1	1,6



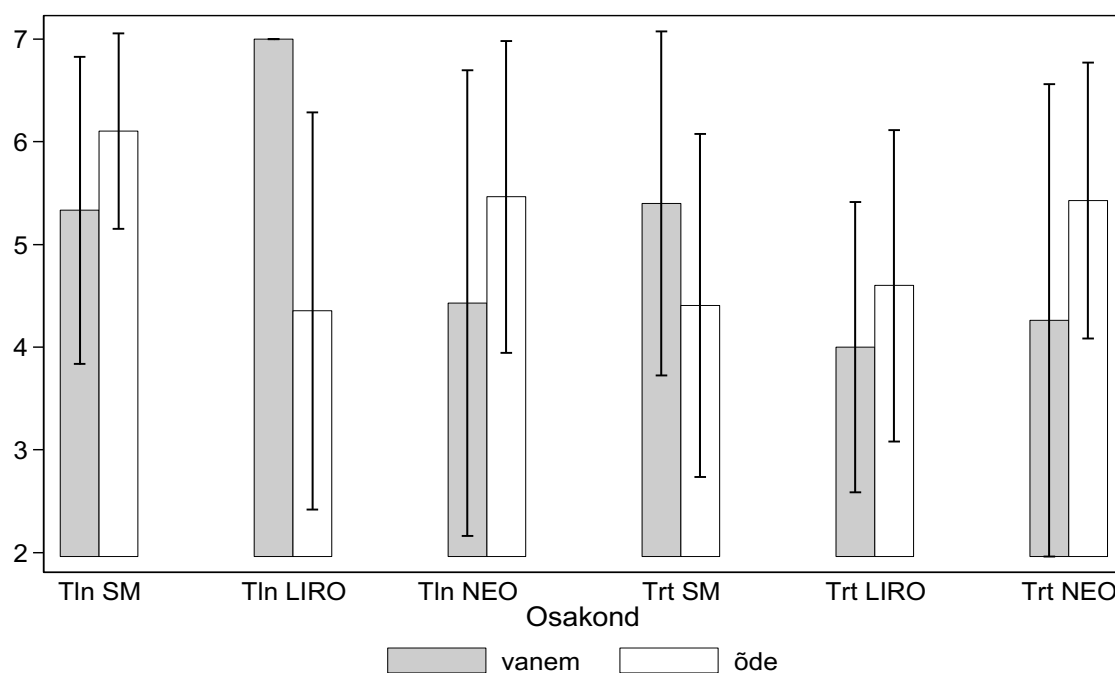
Joonis 7. Vanemate ja õdede hinnangute keskmised ja SD individuaalse informatsiooni kohta osakondade lõikes

Vanemate keskmine hinnang küsimusele „Kui palju emotsionaalset tuge te täna personalilt saite?“ oli 7-punktilisel Likerti skaalal 4,8 (SD 2,1) ja õdede keskmine hinnang küsimusele „Kui palju emotsionaalset tuge te täna vanematele pakkusite?“ oli 7-punktilisel Likerti skaalal 5,3 (SD 1,6).

Vanemate ja õdede vastuste arv ning keskmine hinnang Likerti skaala järgi on toodud osakondade lõikes tabelis 17 ja joonisel 8.

Tabel 17. Vanemate ja õdede hinnangud vanematele emotsionaalse toetuse pakkumus kohta osakondade lõikes

	Tln SM	Tln LIRO	Tln NEO	Trt SM	Trt LIRO	Trt NEO	Kokku
Vanemad							
Vastuste arv	25	8	33	6	3	33	108
Nullide arv	4	3	5	1	1	10	24
Mediaan	6	7	5	5	4	4	5
Aritmeetiline keskmine	5,3	7	4,4	5,4	4	4,3	4,8
SD	1,5	0	2,3	1,7	1,4	2,4	2,1
Õed							
Vastuste arv	48	24	43	29	10	29	183
Nullide arv	0	7	2	2	5	1	17
Mediaan	6	5	6	5	5	5,5	6
Aritmeetiline keskmine	6,1	4,4	5,5	4,4	4,6	5,4	5,3
SD	1,0	1,9	1,5	1,7	1,5	1,4	1,6



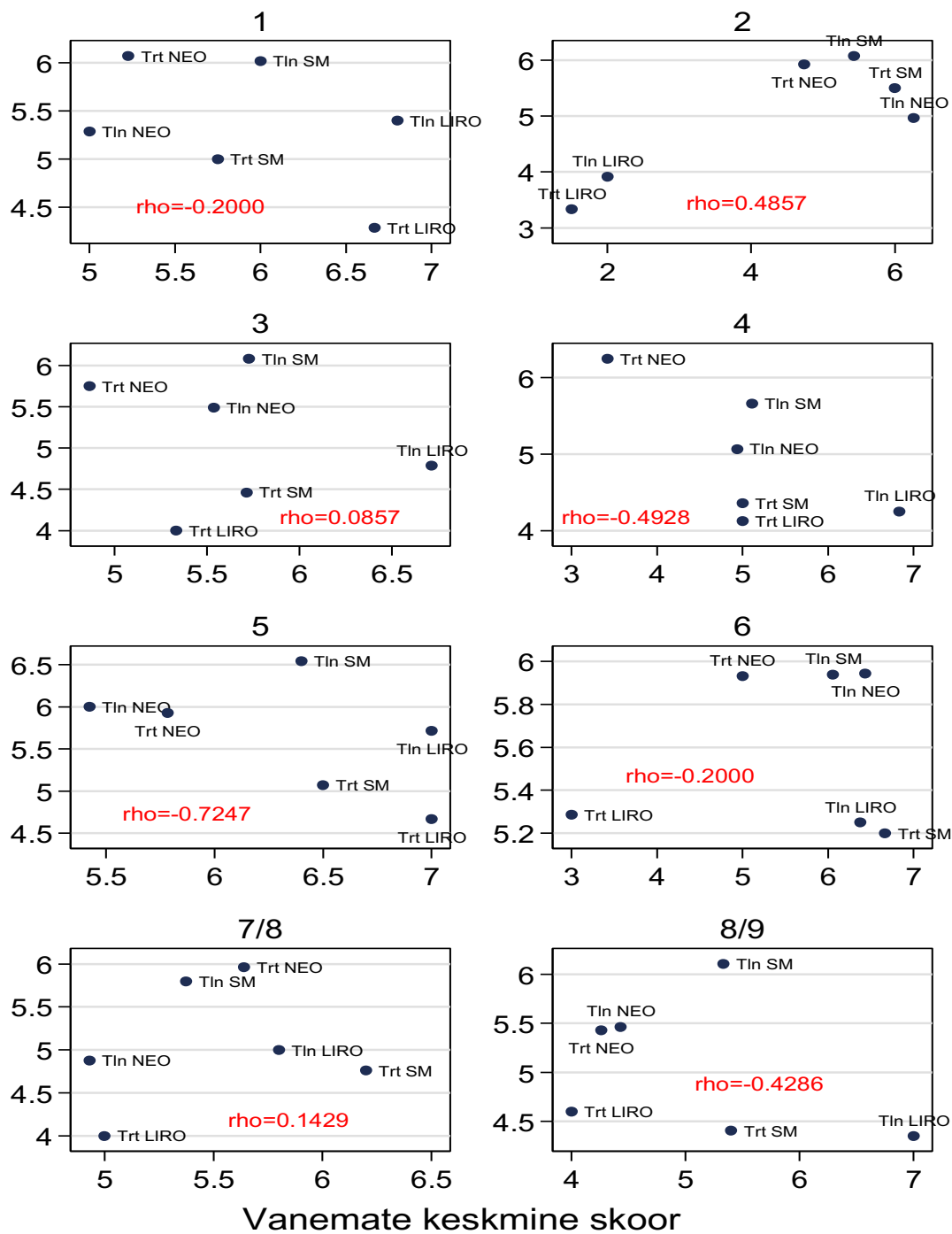
Joonis 8. Vanemate ja õdede hinnangute keskmised ja SD vanematele pakutud emotsionaalse toetuse kohta osakondade lõikes

4.3.3. Vanemate ja õdede hinnangute seosed vanemate toetusele ning lapse hooldus- ja raviprotsessi kaasamisele

Joonis 9 illustreerib osakonnapõhiseid seoseid vanemate ja õdede keskmiste skooride vahel üksikute küsimuste kaupa. Jooniselt on näha, et vanemate keskmine hinnang osakonniti ei ühti ühegi küsimuse korral õdede keskmise hinnanguga. Näiteks on küsimuse 1 õdede keskmine skoor

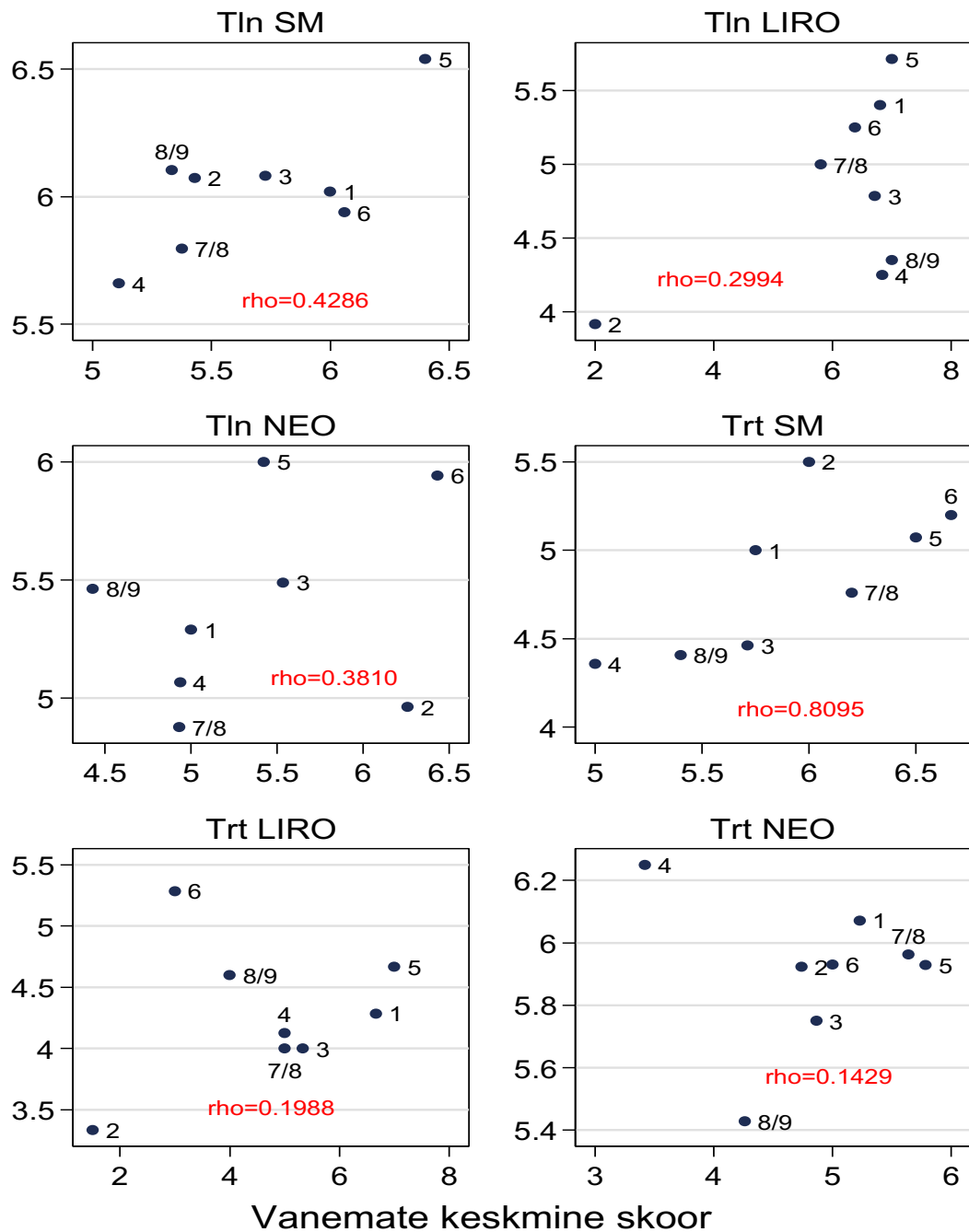
madalaim Trt LIRO-s, samas on vanemate keskmine skoor Trt LIRO-s üks kõrgemaid. Küsimuse 2 korral on õdede ja vanemate keskmiste skooride vahel esineva positiivse korrelatsiooni aluseks osakondade keskmiste väärtuste grupeerumine skaala otstesse. Nii õdede kui ka vanemate keskmised hinnangud on madalaimad Trt ja Tln LIRO-des, erinedes samas märkimisväärselt kõigi teiste hinnatud osakondade õdede ja vanemate skooride keskmistest. Küsimuse 4 korral on negatiivne korrelatsioon õdede ja vanemate keskmiste skooride vahel määratletud hinnangutega Trt NEO-le (õdede kõrgeim ja vanemate madalaim hinnang) ning Tln LIRO-le (vanemate kõrgeim ja õdede üks madalamaid hinnanguid). Küsimuse 5 korral esineb vaadeldutest tugevaim negatiivne korrelatsioon õdede ja vanemate keskmiste skooride vahel osakondade kaupa. Näiteks on NEO osakonnad vanemate skooride pingereas madalaimad, samas õdede skoorid on siin Tln SM järel kõrgeimad; õdede keskmine skoor on madalaim Trt LIRO-s, vanemate keskmine skoor on aga LIRO osakondades kõrgeim. Küsimuse 6 korral erineb seos märkimisväärselt lineaarsest: nii õdede kui vanemate keskmine skoor on madal Trt LIRO-s, kuid õdede madalaimad keskmised skoorid on vanemate kõrge keskmise skooriga osakondades Tln LIRO-s ja Trt SM-s. Ka küsimuste 8/9 korral on madalad nii õdede kui ka vanemate keskmised skoorid Trt LIRO-s, kuid näiteks suhteliselt kõrgete õdede keskmiste skooridega NEO-des on ühed madalamad vanemate keskmised skoord ning vanemate kõrgeima skooriga Tln LIRO-s on õdede skoor madalaim. Küsimuste 3 ja 7/8 korral jääb Spearmani korrelatsioonikoefitsient õdede ja vanemate keskmiste skooride vahel alla 0,2.

Joonis 10 illustreerib küsimusepõhiseid seoseid vanemate ja õdede keskmiste skooride vahel üksikute osakondade kaupa. Kõikides vaadeldud osakondades ilmnes positiivne korrelatsioon õdede ja vanemate keskmiste skooride vahel, *Spearmani rho* jäi vahemikku 0,14 (Trt NEO) ja 0,81 (Trt SM). Tln SM olid nii õdede kui vanemate keskmised skoorid madalaimad küsimuse 4 korral, mõlemad keskmised olid kõrgeimad küsimuse 5 puhul. Madalaim keskmine skoor Tln LIRO-s oli nii õdedel kui vanematel küsimuse 2 korral; samas küsimused 4 ja 9, mille vanemate keskmine skoor on suhteliselt kõrge, jäid õdede keskmiste skooride pingereas madalale. Tln NEO-s on kõrgeimad õdede küsimuse 5 keskmine skoor ja vanemate küsimuse 6 skoor; küsimus 2 keskmine skoor on vanematel üks kõrgemaid, samas õdedel üks madalamaid. Õdede ja vanemate küsimuste vastused oli kõige tugevamas korrelatsioonis Trt SM-s. Madalaimad olid nii õdede kui vanemate keskmised skoorid küsimuste 4, 9 ja 3 korral; vanemate kõrgeimad keskmised skoorid olid küsimustel 6, 5 ja 8 ning õdede kõrgeimad keskmised skoorid küsimustel 2, 6 ja 5. Trt LIRO-s oli nii õdede kui vanemate keskmine skoor madalaim küsimuse 2 korral. Trt NEO-s oli küsimus 4 keskmine skoor õdede kõrgeim ja vanemate madalaim.



Joonis 9. Seosed õdede ja vanemate keskmiste skooride vahel osakondade kaupa¹

¹ Alajoonised on esitatud üksikute küsimuste kohta. Alajoonise X-teljel on toodud vanemate keskmine skoor ja Y-teljel õdede keskmine skoor. Punkti asukoha määrab X-telje suhtes vastava osakonna vanemate keskmise skoori väärtus ja Y-telje suhtes vastava osakonna õdede keskmise skoori väärtus.



Joonis 10. Seosed õdede ja vanemate keskmiste skooride vahel küsimuste kaupa²

² Alajoonised on esitatud üksikute osakondade kohta. Alajoonise X-teljel on toodud vanemate keskmine skoor ja Y-teljel õdede keskmine skoor. Punkti asukoha määrab X-telje suhtes vastava küsimuse vanemate keskmise skoori väärtus ja Y-telje suhtes vastava küsimuse õdede keskmise skoori väärtus.

5. ARUTELU

5.1. Olulisemad tulemused

5.1.1. Enneaegse vastsündinu ja tema vanemate füüsiline lähedus

Käesoleva uurimistöö autorile teadaolevalt ei ole Eestis enneaegselt sündinud lapse ja tema vanemate füüsilist lähedust lasteintensiivravi ja vastsündinute osakondades kvantitatiivselt varasemalt uuritud. Antud uurimusest selgus, et Eesti vastavates osakondades on olulised erinevused kõigis lapse ja tema vanema füüsilise läheduse mõõdetavates aspektides: vanemate haiglas kohaloleku ning lapse süles ja nahk-naha kontaktis hoidmise kestuses.

Ajaliselt olid vanemad kohal enim sünnitusmajades ning seejärel vastsündinute osakondades. Lasteintensiivravi osakondades jäi vanemate kohaloleku aeg märkimisväärselt lühemaks. Vanemate viibimise erinevat kestust osakonniti kajastasid ka õdede veebiküsimustike vastused, kus lasteintensiivravi osakondades ligi kolmandik õdedest valve jooksul vanematega ei kohtunud, samas kui sünnitusmajade ja lastehaigla vastsündinute osakondade keskmine näitaja jäi märkimisväärselt väiksemaks. Viimasele võiks olla objektiivseks seletuseks asjaolu, et lasteintensiivravi osakondades viibivad kõige ebaküpsemad ja kriitilisemas seisundis vastsündinud. Kuid kuigi uurimuses osalenud laste keskmine sünnikaal ja gestatsioonivanus sünnil oli madalaim lasteintensiivravi osakondades, jäi erinevus vanemate kohaloleku kestuses osakonniti statistiliselt oluliseks ka peale kohandamist potentsiaalsetele segavatele teguritele, sealhulgas gestatsioonivanusele.

Vanemate kohaloleku kestus osakonnas oli seotud vanematele pakutud võimalustega osakonnas. Uurimusperioodil olid Eestis kõigis osakondades kasutusel avatud intensiivravipalatiid, kuid vanematel võimaldati ööbimist osakonnas vaid sünnitusmajade ja lastehaiglate vastsündinute osakondades. Eestis puudus selline võimalus Tallinna ja Tartu keskuse lasteintensiivravi osakondades. Vanemate kohaloleku kestust võis mõjutada ka alaliste mugavate tugitoolide olemasolu lapse voodi kõrval, mis uurimuse perioodil samuti puudus lasteintensiivravi osakondades.

Võrrelduna sünnitusmajadega võib vanemate lühemat kohaolekut vastsündinute osakondades, kus lapsed viibivad mitmeid nädalaid, osaliselt seletada lühikese isapuhkusega, mis Eestis on kümme tööpäeva. Kui vahetult sünnijärgselt leiavad isad võimaluse viibida oma lapse ja naise juures haiglas, siis juba hiljem peavad nad tööle minema. Naise viibimisel pikalt lapse juures haiglas

langeb enamasti isale ka kohustus hoolitseda peres kasvavate teiste alaealiste laste eest. Rahvusvahelise uurimistöö võrdluses (Raiskila jt 2017), kus vaadeldi Tallinna ja Tartu keskust tervikuna, viibisid vanemad Eesti keskustes haiglas kaua – Tallinna keskuses 21,5 tundi ja Tartu keskuses 17,5 tundi ööpäevas. Kõige kauem viibisid antud uurimuses vanemad haiglas Rootsi Huddinge keskuses 22,4 tundi ja kõige vähem Itaalia Como keskuses 3,4 tundi. Seega saab väita, et vaatamata takistatavatele teguritele viibisid vanemad Eestis tervikuna lapse juures haiglas pikalt.

Käesolevast uurimusest selgus, et nahk-naha kontakt jäi lühikeseks kõikides osakondades ja et üheski osakonnas ei olnud vanem ja laps pidevas nahk-naha kontaktis nagu Maailma Terviseorganisatsioon soovitab. Kuigi nii Tallinna kui Tartu keskuses oli lühim nahk-naha kontakti kestus lasteintensiivravi osakondades, ei olnud nahk-naha kontakti kestus seoses vanemate ööbimisvõimalusega osakonnas, sest näiteks nahk-naha kontakti kestus Tln LIRO-s oli võrdväärne Trt SM ja Trt NEO-ga.

Võrreldes Euroopa uurimuse andmetega (Raiskila jt 2017) viibisid Eesti vanemad osakondades küll võrdväärselt pikima kohalolekuajaga Euroopa keskustega, kuid vanema ja lapse nahk-naha kontakti kestus Eesti keskustes oli kuni kaheksakordselt lühem võrrelduna Euroopa pikima nahk-naha kontakti ajaga keskustega. Kui rahvusvahelises uurimuses oli keskmine nahk-naha kontakti kestus Tallinna keskuses 1,1 tundi ja Tartu keskuses 0,3 tundi ööpäevas, siis pikim kestus oli Rootsi keskustes – Uppsala keskuses 8,9 tundi ja Danderyd keskuses 8 tundi. Eesti nahk-naha kontakti kestus sarnanes lühima nahk-naha kontakti kestusega Itaalia Como (0,5 tundi) ja Hispaania Madridi (1,5 tundi) keskustega. Rahvusvahelise uurimuse tulemused näitasid, et ööbimisvõimalused osakonnas või peretoa olemasolu suurendab vanemate kohalolekut osakonnas lapse juures.

Rahvusvahelises uurimuses (Raiskila jt 2017) osalenud keskuste taustandmete võrdlus tõi välja erinevuse, et pikima nahk-naha kontakti kestusega Uppsala keskus ei märkinud ühtegi takistavat tegurit nahk-naha kontakti teostamiseks, samal ajal kui Eesti keskused tõid välja mitmeid takistusi, sealhulgas osakonna töö rutiini ja arstide, õdede ning vanemate vastumeelsuse nahk-naha kontakti osas. Sagedaste takistustena Eestis oli veel välja toodud invasiivne ja mitteinvasiivne hingamistoetus, nabakateetri ja arterikanüüli olemasolu ning lapse erakorraline ebaküpsus. Eelpool nimetatud takistused leiavad kinnitust ka varasemates uurimistöödes, kus Olsson jt (2012), Strand (2014) ja Mörelius jt (2015) on välja toonud nahk-naha kontakti võimaliku takistusena nabakateetri olemasolu või hingamistoetuse rakendamise. Blomqvist ja Nyqvist (2010), Hall (2012), Spinelli jt (2015) on oma uurimistöödes välja toonud privaatsuse puudumise, osakonna

tingimused ja reeglid, Olsson jt (2012), Baylis jt (2014), Spinelli jt (2015) personali hoiakud ning Fegran ja Helseth (2009) ja Turner jt (2014) ajapuuduse.

Oletada võib ka seda, et nahk-naha kontakti vähenemine lapse esimesel elukuul võib olla seotud näiteks lapse vanusega ning üleminekuga kuvöösist voodisse. Kui kuvöösis on laps reeglina ilma riideteta, siis voodis jube rietatult, mistõttu lapselt riiete ära võtmine võib vanematele tunduda lapse liigse häirimisena. Nahk-naha kontakti tegemine asendub sellisel juhul lapse süles hoidmisega. See, et lapse süles hoidmine on seotud lapse vanusega, on kinnitust leidnud ka Reynolds jt (2013) uurimuses.

Lasteintensiivravi osakondades olid võrreldes sünnitusmajade ning vastsündinute osakondadega lühem ka laste süleshoidmise keskmine kestus. Viimast võib seletada lasteintensiivravi osakonnas laste reeglina kuvöösis viibimisega. Samuti on neis osakondades lapse III astme intensiivravi vajavat seisundit arvestades lapse hoidmise otsus vanemate süles või nahakontaktis reeglina pigem õe- kui vanemate poolne.

Vanemate kohaloleku ja lapsega füüsilise läheduse soodustamiseks Eesti osakondades on oluline, et lasteintensiivravi osakonnad soosiks vanemate ööpäevaringset haiglas olekut ning ruumipuudusel pakuksid vanematele võimalust haiglas ööbimiseks teistes haigla osakondades ning seda vähemalt haiglast kaugel elavatele peredele. Samuti tuleb kõikidel osakondadel üle vaadata oma seisukohad nahk-naha kontakti rakendamisel ning üle hinnata erinevad olukorrad kui takistused nahk-naha kontakti teostamiseks. Samuti saab riik toetada peresid lähedussuhtes oma väga enneaegsena sündinud lapsega selles stressirohkes olukorras, kus vanematel on hirm lapse elu, tervise ning arengu ja pere toimetuleku ees. Sarnaselt Põhjamaadega (Raiskila jt 2017) võiks Eesti riik toetada tasustatud lisapuhkusega isasid võimaldamaks neil olla enam oma lapse ja naise juures lapse pikaldase ja sageli keeruka haiglaravi jooksul.

5.1.2. Vanemate ja õdede hinnangud vanemate toetusele ning lapse hooldus- ja raviprotsessi kaasamisele

Vanemate toetuse osas ehk perekeskse ravi erinevate aspektide läbiviimise osas olid nii vanemate kui õdede hinnangud suhteliselt head. Parimaks hinnati nii vanemate kui õdede poolt vastastikust usaldust lapse eest hoolitsemisel, mida võib lugeda vanemate ja õdede koostöö üheks tugevaimaks aluseks. Rahvusvahelises uurimuses (Raiskila jt 2016) osalenud keskuste andmete võrdlus tõi välja, et sarnaselt Eestile hinnati kõikides Euroopa keskustes kõige kõrgemalt õdede ja vanemate

vastastikust usaldust. Oluline on siinkohal õdede teadlikkus ja arusaam perekeskse ja pere kaasava ravi põhitõest, et lapse peamisteks hooldajateks ka haiglas on tema ema ja isa ning vanemate juhendamine lapse eest hoolitsemisel peab kulgema sujuvalt, taktitundeliselt ning vanemale ei tohi jääda tunnet, et vanemliku rolli on üle võtnud osakonnas töötavad õed. Õdede ja vanemate vastastikuse usaldamise olulisuse on välja toodud oma uurimuses ka Spinelli jt (2015).

Madalaim hinnang käesolevas uurimuses anti nii vanemate kui õdede poolt vanemate kaasamisele lapse hooldus- ja raviprotsessis otsuste vastuvõtmisel. Samuti hindasid vanemad madalalt emotsionaalse toetuse saamist õdedelt. Rahvusvahelise uurimuse võrdluses (Raiskila jt 2016), kus vaadeldi Euroopa keskuste vastuseid vanemate SMS-küsimustele ja õdede veebiküsimustele, ilmnis samuti, et kõige madalamalt hinnati vanemate poolt nende kaasamist otsuste vastuvõtmisel ja emotsionaalse toetuse saamist. Siiski eristus rahvusvahelises uurimuses Rootsi Uppsala keskus, kus vanemad hindasid enda kaasamist otsuste vastuvõtmisel kõrgelt. Ka Lester jt (2016) uurimuses leidis kinnitust, et lisaks intensiivravipalati tüübile (avatud või perepalat) on lapse arengu seisukohalt olulisem vanemate aktiivne kaasamine lapse hooldus- ja raviprotsessi. Vanemate arvamus emotsionaalse toetamise osas kattub Franck ja Axelin'i (2013) uurimusega, kus on samuti välja toonud, et vanemad ootasid personalit suuremat emotsionaalset tuge.

Erinevates uurimistöödes (Fergan ja Helseth 2009, Franck ja Axelin 2013, Turner jt 2014) on välja toodud vastsündinute intensiivraviõde omadused, peamised tegevused ja ootused seoses perekeskse raviga. Enamasti oodatakse õdedelt head suhtlemisoskust, kohanemisvõimet peredega, vanemate juhendamist lapse eest hoolitsemisel ja lapsega suhtlemisel, lapsevanema rolli õpetamist eelneva kogemuse puudumisel või vanema rolli toetamist haigla tingimustes, kuid üha sagedamini kerkib esile ootus vanemate psühholoogiliseks või emotsionaalseks toetamiseks. Kui vanemate juhendamine lapse hooldusküsimustes on veel arusaadav ja suhtlemisoskus hädavajalik, siis tundub, et arusaamine emotsionaalsest toetusest – nii selle saamisest kui selle andmisest, vajab täpsustamist kõikidele osapooltele: kas emotsionaalne toetus vanemate jaoks tähendab kõrgetasemelise ja professionaalse teenuse saamist haiglas viibimise perioodil või on see siiski pigem hingeline toetus ja empaatiline mõistmine? Kas õdede jaoks tähendab vanemate emotsionaalne toetamine oma igapäevase töö tegemist või oodatakse neilt midagi, mida nad täielikult ei mõista või ei ole valmis pakkuma?

Igal juhul annavad magistritöös analüüsitud vanemate ja õdede küsimuste vastused palju mõtlemisainet vanemate ootustest ning õdede enesehinnangust. See omakorda annab teavet lasteintensiivravi ja vastsündinute osakonnas töötavate õdede süsteemse koolituse vajadusest ja

ühtsete standardite kasutusele võtmise vajalikkusest perekeskset ja pere kaasavat ravi silmas pidades. Samuti annavad saadud tulemused mõtlemisainet, kuidas toetada vanemaid enneaegselt sündinud lapse viibimisel haiglas ning kuidas toetada ja aidata õdesid parima õendusabi pakkumisel ja töörahulolu saavutamisel.

5.2. Eetilised aspektid

Käesoleva uurimuse läbiviimisel eetilisi probleeme ei tekkinud. Rahvusvaheliseks uurimuseks oli olemas Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee luba (lisa 12). Kõikidele rahvusvahelises uurimuses osalenud keskustele oli antud luba oma riigi osakondade andmete süvendatud analüüsiks. Uurimuse teostamine oli kooskõlastatud kõigi uuritavate osakondadega. Kõiki uurimuses osalenud peresid teavitati uurimuse eesmärgist ja sisust, osalemise vabatahtlikkusest ja anonüümsusest andmete analüüsil ning võimalusest igal hetkel osalemisest loobuda. Uurimuses osalemise kinnitamiseks allkirjastasid lapsevanemad informeeritud nõusoleku vormi. Täiendavateks küsimusteks oli vanematel võimalik kontakteeruda osakonna vastutava uurija või uuringuõdega, kes vajadusel said toetust Euroopa uuringukekusest.

Osakondade õed olid eelnevalt instrueeritud ja nõus vabatahtlikult uurimuses osalema. Samuti olid nad informeeritud uurimistöö anonüümsusest. Uuringuõed olid valmis vastama andmete kogumise käigus tekkida võivatele küsimustele, andma lisainformatsiooni ning vajadusel lahendama võimalikke tekkinud probleeme.

Uurimuse läbiviimiseks puudus sihtotstarbeline finantseerimine ning uurimus viidi läbi igapäevase kliinilise töö käigus. Eelnevalt olid kõikide osalenud haiglate juhid ja osakondade vastutavad uurijad nõustunud uurimust läbi viima ilma lisatasu saamata. Iga haigla oli vastutav oma kulude eest. Vanematele kompenseeriti SMS-vastuste saatmise kulud lapse hooldusvahendite või muu lapsele vajalike esemete, näiteks mähkmete näol. SMS-vastuste kulu jäi alla viie eurot pere kohta, mistõttu esemeline kompensatsioon ületas pere tegeliku rahalise kulu.

Uurimuse vältel koguti Eesti andmed serverisse ja säilitati *Excel* failis. Uurimuse lõppedes edastati kõik kogutud andmed Eesti keskustest kodeeritult ja anonüümselt Turu Ülikooli, kus neid säilitatakse 15 aastat. Pärast andmete edastamist kustutati andmed serverist. Eesti keskuseid puudutavad uurimusandmed sain Turu Ülikoolist kodeeritult ja anonüümselt *Excel* failis. Saadud andmeid hoian ja säilitan isiklikus arvutis. Saadud andmeid töötlesin statistiliselt. Pärast uurimistöö kaitsmist kustutan andmebaasid oma arvutist.

Uurimistöö tulemused on esitatud üldistatuna ning neid ei saa otseselt seostada uuritavate perede ja õdedega. Tulemused on esitatud ausalt ja erapooletult. Võimaldan uurimistulemustega tutvuda kõikidel uurimuses osalenud haiglatel ja osakondadel. Tulemused esitan iga osalenud osakonna kohta eraldi, mis võimaldab igas osakonnas vajadusel läbi viia vajalikud muudatused. Samuti arutan erapooletult uurimusest selgunud osakondade vaheliste erinevuste objektiivseid põhjuseid.

5.3. Tulemuste usaldusväärsus ja uurimistöö kitsaskohad

Käesolevas uurimistöös teostatud analüüsiks saadi andmed seoses Eesti osalemisega rahvusvahelise enneaegse vastsündinu ja lapsevanema lähedussuhte uurimuse projektis. Uurimistöö kavand ja meetodid olid välja töötatud rahvusvahelise multidistsiplinaarse meeskonna poolt ning erinevad meetodid olid eelnevalt testitud pilootuurimusega Soome haiglates.

Antud uurimistöös andmete kogumisel kasutatud läheduse päevik oli eelnevalt testitud Soome uurimuse „Tihe koostöö vanematega“ raames. Läheduse päevik sisaldas kolme vastsündinute intensiivravis mõõdetavat füüsilise läheduse tegurit: vanemate osakonnas kohalolekut, lapse hoidmist süles ja nahakontaktis ning kõik tegurid olid mõõdetavad viieminutilise täpsusega iga päeva kohta. Kuna uurimuses kasutati otse vanematelt saadud päevikuandmeid, siis võib esineda teatud määral kõrvalekaldeid. Näiteks võis vanem unustada kirja panna kohaloleku, hoidmise või nahakontakti episoodi ning sellest tulenevalt võivad füüsilist lähedust mõõtvad tegurid olla pigem alahinnatud kui ülehinnatud.

SMS- ja veebiküsimustikke testiti eelnevalt pilootuurimuse käigus Soomes ja peale seda Eesti keskuste vastutavate uurijate poolt. Olenemata eelnevast testimisest esines siiski raskusi Eestis tekstisõnumite edastamisel vanematele seoses võrguoperaatorite probleemidega, mille tulemusel osa andmeid puudub ja mistõttu vanemate hinnangud eeskätt väheste vastuste tõttu lasteintensiivravi osakondade kohta võivad kajastada üksikute vanemate arvamust, mis võib erineda osakonna tavapärasest tavast nii positiivses kui negatiivses suunas. Raiskila jt (2016) uurimistöös oli välja toodud, et Eestis ei saanud SMS sõnumeid 47% vanematest. Nii SMS- kui veebiküsimustike eesti keelde tõlkimisel kasutati „edasi-tagasi“ tõlkimist ning professionaalse tõlkebüroo abi.

5.4. Uurimustulemuste olulisus ja tähendus kliinilisele tööle

Enneaegsena sündinud lapse tervisetulem on lisaks geneetilistele ja perinataalsetele teguritele mõjutatud nii tõenduspõhisest perinataalabi korraldusest ja ravist kui last ümbritsevast haigla keskkonnast. Keskkonna oluliseks osaks on vanemate kohalolek haiglas ja nende füüsiline ning emotsionaalne lähedus lapsega. Lisaks personali toele on viimane oluliseks osaks perekeskse ravi rakendamisel enneaegse vastsündinu ravis.

Magistritöö raames läbiviidud analüüs kirjeldas enneaegse vastsündinu ja tema vanemate füüsilist lähedust ja vanemate kaasatust Eesti haiglates aastatel 2013–2014. Teema uurimine oli vajalik esmakordseks kaardistamiseks ja hindamiseks Eestis, võimaldades üles leida puudujäägid ja kitsaskohad nii riigisiselt kui võrdluses teiste rahvusvahelises uurimuses osalenud riikidega. Leitud kitsaskohtadeks Eesti vastsündinute ravis olid uurimusperioodil vanemate piiratud võimalused ööpäevaringseks viibimiseks lasteintensiivravi osakondades, kõikides uuritud osakondades lühiaegne nahk-naha kontakti läbiviimine ning vanemate vähene kaasamine lapse hoolduse ja raviotsustes ning neile emotsionaalse toe ebapiisav pakkumine.

Uurimusperioodist möödunud viie aastaga on Eestis toimunud suured muutused. Kui uurimusperioodil olid kõikides haiglates intensiivravipalatid avatud disainiga, siis aastaks 2018 on loodud perepalatid Eestis nii Lääne-Tallinna Keskhaigla kui Ida-Tallinna Keskhaigla naistekliinikutes, kus on vanematel võimalik viibida ööpäevaringselt ka intensiivravi vajava lapse juures. Tallinna Lastehaigla vastsündinute ja imikute osakonnas on ümberehitus algamas sügisel 2018 vastsündinute intensiivravi rakendamiseks perepalatis ja Tartu Ülikooli Kliinikumis on planeerimisel uue haigla ehitus, kus avatud intensiivravipalatit asendab perepalat. Kui uurimusperioodil oli osakondade külastamine vanematele veel osaliselt ajaliselt piiratud, siis aastaks 2018 jagatakse vanematele kohalolekuks erinevaid soovitusi, kuid puuduvad külastamispiirangud. Osakonnad on vanematele avatud 24/7. Loodetavasti aitas muutustele kaasa koostöö rahvusvahelise uuringumeeskonnaga.

Olulise tulemusena tõi uurimus välja nahk-naha kontakti vähese rakendamise Eestis. Uurimus tuvastas ka erinevused osakondade taustaandmetes nahk-naha kontakti takistavate tegurite osas. Arvestades Rootsi keskustes praktiliselt olematuid piiranguid, peaks iga Eesti osakond üle vaatama oma seisukohad nahk-naha kontakti rakendamisel. Vabariiklikus juhendis „Enneaegse sünnituse ja enneaegse vastsündinu perinataalperioodi käsitus“ (Enneaegse sünnituse ja ... 2017) on tugeva

soovituseks kirjas, et nahk-naha kontakti tuleb soodustada kogu haiglaravi jooksul ning et nii mitteinvasiivne kui invasiivne hingamistoetus ei ole nahk-nahakontakti vastunäidustuseks.

Vanemate ja personali tagasiside võimaldab paremini mõista õdede ja lastevanemate hoiakuid ja ootusi. Vanemate ja õdede hinnagute erinevus toob välja ka personali süsteemse koolituse vajaduse perekeskse ja peret kaasava vastsündinute ravi rakendamisel. Taolisi ligi kaheaastaseid ja kogu osakonna personali hõlmavad koolitusi viiakse osades maades juba läbi ning kasutusel on erinevad küsimustikud osakonna endapoolseks testimiseks pakutava perekeskse ravi kvaliteedi osas. Näiteks on laialdast kasutamist leidnud „*The Bliss Baby Charter Audit Tool*” (Bliss Baby Charter ... 2012).

Oluline oleks igal osakonnal testida oma pakutava ravi kvaliteeti perekesksuse osas, viia läbi personali koolitus ning viimase järgselt testida uuesti ravikvaliteeti muutuste selgitamiseks. Oluline on lähiajal Eestis läbi viia kordusuurimus selgitamaks, kas ajas on toimunud positiivsed muutused.

Riiklikul tasandil võib uurimistöö tulemustele toetudes alata arutelu, kuidas on võimalik toetada vanemate kohalolekut haiglas riiklikul tasandil. Ka Eestis tuleb uuesti alata arutelu isade pikendatud ja riiklikult tasustatud isapuhkuse osas väga enneaegse lapse sünni korral.

6. JÄRELDUSED

Enneaegsena sündinud lapse ja tema vanemate füüsilises läheduses sünnijärgsel haiglaravil esinesid Eestis keskustevahelised erinevused kõigis läheduse aspektides: vanemate kohalolekus haiglas ning lapse süles ja nahakontaktis hoidmises. Erinevus vanemate kohaloleku kestuses osakonniti püsis olulisena kohandamisel segavatele teguritele (gestatsioonivanus, sünnitusviis ja kaksikstaatus).

Nahk-naha kontakti kestuse erinevus osakonniti jäi kohandamisel segavatele teguritele piiripealselt oluliseks, kuid oli märkimisväärselt lühem kõikides uuritud osakondades võrreldes rahvusvahelises uurimuses osalenud Rootsi ja Norra keskuste vastavate näitajatega. Enneaegse lapse ja tema vanema füüsilise läheduse kestus oli lühem osakondades, kus puudus võimalus vanemate ööpäevaringseks viibimiseks osakonnas.

Uurimistulemused õdede hinnangutest näitasid, et lähedussuhte omapoolset toetamist lasteintensiivravi ja vastsündinute osakondades hindasid õed positiivselt suhteliselt kõrge skooriga. Kõige kõrgema hinnangu andsid õed vanemate usaldusele personali osas lapse eest hoolitsemisel ja kõige madalama hinnangu omapoolsele vanemate kaasamisele lapse suhtes otsuste tegemisel.

Uurimistulemused vanemate hinnangutest näitasid, et lähedussuhte toetamist lasteintensiivravi ja vastsündinute osakondades hindasid vanemad samuti positiivselt. Kõige kõrgemalt hindasid vanemad usaldust personali suhte lapse eest hoolitsemisel ja kõige madalamalt nende kaasamist lapse hooldus- ja raviprotsessi otsustes ning emotsionaalse toe saamist õdedelt.

KASUTATUD KIRJANDUS

American Academy of Pediatrics. (2012). Levels of Neonatal Care. *Pediatrics*, 3: 587–597.

Arstide erialade arengukavad. Sotsiaalministri 28. detsembri 2001. a määrus nr 159.

<https://www.riigiteataja.ee/akt/163227> (07.01.2018).

Banerjee, J., Aloysius, A., Platonos, K., Deierl, A. (2018). Family centred care and family delivered care - What are we talking about? *Journal of Neonatal Nursing*, 24: 8–12.

Baylis, R., Ewald, U., Gradin, M., Nyqvist, K. H., Rubertsson, C., Blomqvist, Y. T. (2014). First-time events between parents and preterm infants are affected by the designs and routines of neonatal intensive care units. *Acta Paediatrica*, 103: 1045–1052.

Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M. Z. (2012). National, regional, and world - wide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*, 379: 2162–2172.

Blomqvist, Y. T., Nyqvist, K. H. (2010). Swedish mothers' experience of continuous Kangaroo Mother Care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20: 1472–1480.

Blomqvist, Y. T., Frölund, L., Rubertsson, C., Nyqvist, K. H. (2013). Provision of Mother Care: supportive factors and barriers perceived by parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27: 324–353.

Burns, N. & Grove, S. K. (2001). The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique & Utilization. W.B.S., Philadelphia.

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

Enneaegse sünnituse ja enneaegse vastsündinu perinataalperioodi käsitus, RJ - P/15.1 – 2017. Ravijuhendite Nõukoda.

Fegran, L., M., Helseth, S. (2009). The parent - nurse relationship in the neonatal intensive care unit context - closeness and emotional involvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23: 667–673.

Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., Axelin, A., Ahlqvist, S., Hall Moran, V., Ewald, U., Dykes, F. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatrica*, 101: 1032–1037.

Franck, L. S., Axelin, A. (2013). Differences in parents', nurses' and physicians' views of NICU parent support. *Acta Paediatrica*, 102: 590–596.

Franck, L. S., Spencer, C. (2003). Parent visiting and participation in infant caregiving activities in a neonatal unit. *Birth*, 30: 31–5.

Grzyb, M. J., Coe, H., Rühland, L., Dow, K. (2013). Views of parents and health - care providers regarding parental presence at bedside rounds in a neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology*, 34: 143–148.

Haigla liikide nõuded. Sotsiaalministri 19. augusti 2004. a määrus nr 103.
<https://www.riigiteataja.ee/akt/793970> (10.01.2018).

Hall, E. O. C., Brinchmann, B. S., Aagaard, H. (2012). The challenge of integrating justice and care in neonatal nursing. *Nursing Ethics*, 19(1): 80–90.

Kaaresen, P., Rønning, J. A., Ulvund, S. E., Dahl, L. B. (2006). A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics*, 118(1): 9–19.

Kliiniline audit "Intensiivraviteenuse osutamise kvaliteet". (2011). Eesti Haigekassa. Tallinn.
https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Kokkuvote_intensiivraviteenuse_osutamise_kvaliteedist_04052012.pdf (10.01.2018).

Korhonen, A., Kangasniemi, M. (2014). Nurses' narratives on termination of primary nursing relationship with parents in neonatal intensive care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28:716–723.

Lam, J., Barr, R. G., Catherine, N., Tsui, H., Hahnhaussen, C. L., Pauwels, J., Brant, R. (2010). Electronic and paper diary recording of infant and caregiver behaviors. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 31(9): 685–93.

Latva R. (2009). Preterm birth and hospitalisation experiences of mother and child. Tampere: Tampere University Press.

Lester B. M., Hawes, K., Abar, B., Sullivan, M., Miller, R., Bigsby, R. (2014). Single-family room care and neurobehavioral and medical outcomes in preterm infants. *The Journal of Pediatrics*, 134(4): 754–60.

Lester, B. M., Salisbury, A. L., Hawes, K., Dansereau, L. M., Bigsby, R., Laptook, A., Taub, M., Lagasse, L. L., Vohr, B. R., Padbury, J. F. (2016). Single 18-Month Follow-Up of Infants Cared for in a Single-Family Room Neonatal Intensive Care Unit. *The Journal of Pediatrics*, 177: 84–89.

Levin, A. (1994). The Mother-Infant unit at Tallinn Children's Hospital, Estonia: a truly baby-friendly unit. *Birth*, 21(1): 39–44.

Mazurek Melnyk, B., Feinstein, N. F., Alpert-Gillis, L., Fairbanks, E., Crean, H. F., Sinkin, R. A., Stone, P. W., Small, L., Tu, X., Gross, S. J. (2006). Reducing Premature Infants' Length of Stay and Improving Parents' Mental Health Outcomes With the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) Neonatal Intensive Care Unit Program: A Randomized, Controlled Trial. Early intervention improves behavioral outcomes for preterm infants: randomized controlled trial. *Pediatrics*, 118(5): 1414–27.

Mukaka, M. M. (2012). Statistics Corner: A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Medical Journal*, 24(3): 69–71.

Mörelus, E., Anderson, G. C. (2015). Neonatal nurses' beliefs about almost continuous parent - infant skin-to-skin contact in neonatal intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 24: 2620–2627.

Nordhov, S. M., Kaarsen, P. I., Ronning, J. A., Ulvund, S. E., Dahl, L. B. (2010). A randomized study of the impact of a sensitizing intervention of the child - rearing attitudes of parents of low birth weight preterm infants. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51: 385–391.

Nordhov, S. M., Rønning, J. A., Ulvund, S. E., Dahl, L. B., Kaaresen, P. I. (2012). Early intervention improves behavioral outcomes for preterm infants: randomized controlled trial. *Pediatrics*, 129(1): 9–16.

Nyqvist, K. H., Anderson, G. C., Bergman, N., Cattaneo, A., Charpak, N., Davanzo, R., Ewald, U., Ludington-Hoe, S., Mendoza, S., Pallás-Allonso, C., Peláez, J. G., Sizun, J., Widström, A. M., (2010). State of the art and recommendations. Kangaroo mother care: application in a high - tech environment. *Acta Paediatrica*, 99: 812–819.

Olsson, E., Andersen, R. D., Axelin, A., Jonsdottir, R. B., Maastrup, R., Eriksson, M. (2012). Skin - to-skin care in neonatal intensive care units in the Nordic countries: a survey of attitudes and practices. *Acta Paediatrica*, 101: 1140–1146.

Pallás-Alonso, C. R., Losacco, V., Maraschini, A., Greisen, G., Pierrat, V., Warren, I., Haumont, D., Westrup, B., Smit, B. J., Sizun, J., Cuttini, M. (2012). Parental involvement and kangaroo care in European neonatal intensive care units: A policy survey in eight countries. *Pediatric Critical Care Medicine*, 13(5): 568–577.

Raiskila, S., Lehtonen, L., Tandberg, B. S., Normann, E., Ewald, U., Caballero, S., Varendi, H., Toome, L., Nordhov, M., Hallberg, B., Westrup, B., Montiroso, R., Axelin, A. (2016). Parent and nurse perceptions on the quality of family - centred care in 11 European NICUs. *Australian Critical Care*, 106: 878–888.

Raiskila, S., Axelin, A., Toome, L., Caballero, S., Tandberg, B. S., Montiroso, R., Normann, E., Hallberg, B., Westrup, B., Ewald, U., Lehtonen, L. (2017). Parents' presence and parent - infant closeness in 11 neonatal intensive care units in six European countries vary between and within the countries. *Acta Paediatrica*, 106: 878–888.

Rasedus- ja sünnituspuhkus. Sotsiaalministeeriumi kodulehekülg.
<https://www.sm.ee/et/vanemapuhkused> (23.02.2018).

Reynolds, L. C., Duncan, M. M., Smith, G. C., Mathur, A., Inder, T., Pineda, R. G. (2013). Parental Presence and Holding in the Neonatal Intensive Care Unit and Associations with Early Neurobehavior. *Journal of Perinatology*, 33(8): 636–641.

Spinelli, M., Frigerio, A., Montali, L., Fasolo, M., Spada, M. S., Mangili, G. (2015). „I still have difficulties feeling like a mother“: The transition to motherhood of preterm infant mothers. *Psychology & Health*, 31(2): 184–204.

Stevens, D. C., Helseth, C. C., Akram Khan, M., Munson, D. P., Reid, E. J. (2011). A comparison of parent satisfaction in an open-bay and single-family room neonatal intensive care unit. *Health Environments Research & Design*, 4: 110–23.

Strand, H., Blomqvist, Y. T., Gradin, M., Nyqvist, K. H. (2014). Kangaroo mother care in the neonatal intensive care unit: staff attitudes and beliefs and opportunities for parents. *Acta Paediatrica*, 103: 373–378.

Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. (2015). Sünnikaal ja sündide arv raseduskestuse või elulise ja maakonna järgi. <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Database/Rahvastik/02S%C3%BCnnid/02S%C3%BCnnid.asp>. (27.10.16).

The Bliss Baby Charter Audit Tool. (2012). Bliss Publications Website. (http://www.walesneonatalnetwork.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1034/Baby-Charter-Audit-tool_lores.pdf). (21.04.18).

Toome, L. (2014). Very low gestational age infants in Estonia: Measuring outcomes and insights into prognostic factors. University of Tartu.

Trajkovski, S., Schmeid, V., Vickers, M., Jackson, D. (2012). Neonatal nurses' perspectives of family-centered care: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 21: 2477–2487.

Turner, M., Chur-Hansen, A., Winefried, H. (2014). The neonatal nurses' view of their role in emotional support of parents and its complexities. *Journal of Clinical Nursing*, 23: 3156–3165.

Weis, J., Zoffmann, V., Greisen, G., Egerod, I. (2013). The effect of person-centred communication on parental stress in a NICU: a randomized clinical trial. *Acta Paediatrica*, 102: 1130–1136.

Welsch, M., Firestein, M. R., Austin, J., Hane, A. A., Stark, R. I., Hofer, M. A., Garland, M., Glickstein, S. B., Brunelli, S. A., Ludwig, R. J., Myers, M. M. (2015). Family Nuture Intervention in the Neonatal Intensive Care Unit improves social-relateness, attention, and neurodevelopment of preterm infants at 18 months in a randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11): 1202–1211.

Westrup, B. (2014). Family-Centered Developmentally Supportive Care. *American Academy of Pediatrics*, 15: 325–335.

World Health Organization. (2016) Preterm birth. Website.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/> (05.11.16).

LISAD

Lisa 1. Uuringu informatsioon eesti keeles

Rahvusvaheline Lähedussuhte uuring
Lugupeetud lapsevanemad!

Palume Teil osaleda rahvusvahelises mitmekeskses uuringus, mille eesmärk on selgitada erinevusi lapsevanemate ja vastsündinute füüsilise lähedussuhte elluviimises, vanemate viibimises oma enneaegse beebi hoolduse juures ja toetuses, mida vanemad personalilt saavad oma lapse haiglas viibimise ajal. Uuring viiakse üheaegselt läbi 11 vastsündinute intensiivravi keskus 8 Euroopa riigis. Eesti osaleb uuringus 2 keskusena: Tallinn ja Tartu. Uuringu eesmärk on selgitada välja võimalikud erinevused osakondade töörutiinide vahel ja uurida mõju, mida need avaldavad vanemate ja nende enneaegsete laste lähedussuhtele ning toetusele. Selles uuringus võrreldakse omavahel osakondi, mitte perekondi. Informatsiooni, mida sellest uuringust saadakse, kasutatakse järgmistes uuringutes ja laste parema hoolduse planeerimiseks ning elluviimiseks. Uuring kestab niikaua, kui teie laps on haiglas. Palume mõlemal lapsevanemal täita graafilist päevikut, kuhu tuleks märkida last ravivates osakondades veedetud aeg, samuti perioodid, mil saite teha känguruhooldust (hoidsite last nahk-naha kontaktis enda palja naha vastas) ning hoidsite oma last süles või kätel. Informatsiooni täitmine päevikusse võtab päeva vältel ainult mõne minuti. Päevikut täidetakse 2 nädalat uuringu alguses (pärast lapse sündi). Juhul, kui Teie laps vajab ravi lastehaiglas, siis uude osakonda minekul päeviku täitmine jätkub veel 2 nädala ja iga lapse vanuse uue täiskuu alguses 1 nädala vältel (kui laps on haiglas kauem kui kuu).

Samuti saadetakse mõlema lapsevanema mobiiltelefonile SMS-küsimus igal õhtul kell 21, et selgitada, mil määral vanemad said osaleda sel päeval oma lapse hoolduses. Teilt oodatakse samal õhtul vastust, mis on ühenumbiline valikvastuse variant ja võtab väga vähe aega. Vastamine sellele SMS ile Teile ei maksa rohkem kui sõnumi saatmine Teile oma riigis. Kui uuring on lõppenud, kompenseerime vanemate soovil tekstisõnumitele vastamise kulu.

Lapsevanematel palutakse täita ka 2-leheküljeline ankeet enda taustainformatsiooni kohta.

Osalemine selles uuringus on vabatahtlik ja Teil on õigus keelduda osalemast või taandada ennast uuringust igal ajal. Informatsiooni, mida kogutakse, käsitletakse konfidentsiaalselt ja anonüümselt. Kogutud uuringuandmed säilitatakse vastavalt nõuetele või hävitatakse, kui Te otsustate ennast uuringust taandada. Osalemine uuringus või uuringust väljalangemine ei mõjuta kuidagi Teie lapse hooldust ega ravi. Uuring on Teile kohustustevaba.

Liisa Lehtonen, Soome Turu Ülikooli Lastekliiniku vastsündinute osakonna juhataja, on uuringu üldjuht.

Vastame hea meelega küsimustele, mis võivad tekkida seoses uuringuga.

Uuringukeskuse uurijad:

Pille Andresson (Ida-Tallinna Keskhaigla vastsündinute osakonna juhataja) tel 6207175

Liis Toome (Tallinna Lastehaigla vastsündinute osakonna juhataja) tel 6977155

Mari-Liis Ilmoja (Tallinna Lastehaigla laste intensiivravi osakonna juhataja) tel 6977122

Järgneb

Uuringu nõusolekuvorm

Rahvusvaheline Lähedussuhte uuring (*The International Closeness Survey in the SCENE Study*)

Oleme lugenud ja aru saanud informatsioonist uuringu kohta. Infolehel oleme saanud infot Rahvusvahelise Lähedussuhte uuringu kohta ning andmete kogumise, käsitlemise ja avalikustamise kohta. Meile on räägitud uuringu sisust ja me oleme saanud vastused kõigile uuringuga seotud küsimustele. Meil on olnud piisavalt aega järele mõelda meie uuringus osalemise kohta.

Saame aru, et nõusolek uuringus osaleda on täielikult vabatahtlik. Meil on õigus igal ajal uuringu jooksul, ilma seda põhjendamata, loobuda uuringus osalemisest. Ebaõnnestunud uuringus osalemine ja uuringust loobumine ei mõjuta meie lapse hooldust. Uuring ei too kasu meile ega meie lapsele, vaid peamiselt aitab enneaegseid lapsi ja nende vanemaid tulevikus.

Me kinnitame meie perekonna osalemist Rahvusvahelises Lähedussuhte uuringus

Koht: _____ Kuupäev: _____._____201_____

Allkiri _____ Allkiri _____

Ees- ja perekonnanimi _____ Ees- ja perekonnanimi _____

Sünniaeg: _____ Sünniaeg: _____

Mobiiltelefoni number: _____ Mobiiltelefoni number: _____

E-posti aadress: _____ E-posti aadress: _____

Lapse nimi ja ID: _____

Lapse postiaadress: _____

Nõusoleku saamise kuupäev: _____

Koht: _____

Kuupäev: _____._____201_____

Nõusoleku võtja allkiri

Nõusoleku võtja ees- ja perekonnanimi

Lisa 2. Uuringu informatsioon vene keeles (Информация об исследовании)

Международное исследование близости (близких отношений)

Уважаемые родители!

Просим Вас принять участие в международном исследовании, цель которого выяснить различия: в осуществлении физической близости между родителями и их новорожденным ребёнком; в участии родителей при уходе за недоношенным малышом; в поддержке, которую получают родители от персонала во время пребывания их ребёнка в больнице. Исследование проводится одновременно в 11 центрах интенсивной терапии в 8 странах Европы. От Эстонии участвуют 2 центра: Таллинн и Тарту.

Цель исследования выяснить возможные различия между повседневной работой отделений и исследовать влияние, которое работа оказывает на близость между родителями и их недоношенным ребёнком, а также влияние на поддержку. В этом исследовании между собой сравниваются отделения, а не семьи. Информация, полученная во время исследования, будет использоваться в последующих исследованиях и в планировании лучшего ухода за ребёнком, а также его реализации.

Исследование будет продолжаться до тех пор, пока ваш ребенок будет находится в больнице. Просим обоих родителей заполнять графический дневник, куда следует отмечать время проведённое в отделении, а также периоды, когда имелась возможность проводить кенгуру метод (держали ребёнка в контакте кожа к коже), а также когда имелась возможность держать ребёнка на руках. Заполнение дневника в день занимает пару минут. Дневник заполняется в течение 2-х недель с начала исследования (после рождения ребёнка) и в течение 1-ой недели при исполнении ребёнку первого месяца (при условии, что ребёнок находится в больнице больше месяца).

Также обоим родителям будет отправляться на мобильный телефон SMS-вопрос каждый вечер в 21.00, чтобы выяснить в какой степени смогли родители участвовать в уходе своего ребёнка в этот день. От Вас ждут в этот же вечер ответ, которым будет однозначная цифра из данных вам вариантов и займёт очень мало времени. Ответ на SMS будет стоить вам как обычное сообщение в Эстонии. При желании родителей, после окончания исследования, можем компенсировать расходы за сообщения.

Также просим родителей заполнить 2 страницы анкеты с общей информацией.

Участие в этом исследовании является добровольным, и Вы имеете право отказаться от участия в исследовании или выйти из него в любое время. Собранная информация конфиденциальная и анонимная. Информация будет храниться в соответствии с требованиями или будет уничтожена, если Вы решите выйти из исследования.

Участие в исследовании или отказ от него никак не повлияет на уход и лечение вашего ребёнка. Исследование не несёт никаких обязательств. Руководитель проекта: Лииса Лехтонен, заведующая отделением новорожденных Детской Университетской Клиники г. Туру, Финляндия.

Рады будем ответить на все вопросы, которые могут возникнуть в связи с исследованием.

Järgneb

Исследователь центра:

Pille Andresson (Ida-Tallinna Keskhaigla vastsündinute osakonna juhataja) tel 6207175

Liis Toome (Tallinna Lastehaigla vastsündinute osakonna juhataja) tel 6977155

Mari-Liis Ilmoja (Tallinna Lastehaigla laste intensiivravi osakonna juhataja) tel 6977122

Согласие на исследование

Мы прочитали и поняли информацию об исследовании. С информационного листа мы получили информацию о Международном Исследовании Близости, а также о сборе, обработке и использовании информации. Нам рассказали о содержании исследования и мы получили ответы на все вопросы, связанные с исследованием. У нас было достаточно времени, чтобы подумать о нашем участии в исследовании.

Мы понимаем, что согласие на участие в исследовании является полностью добровольным. У нас есть право в любое время в ходе исследования, без объяснения причин, отказаться от участия в исследовании. Неудачное участие и отказ в исследовании не повлияет на уход за нашим ребёнком. Исследование не несёт выгоды нам и нашему ребёнку, а поможет недоношенным детям и их родителям в будущем.

Мы подтверждаем участие нашей семьи в Международном Исследовании Близости

Место: _____ Дата _____. _____ 201 ____

Подпись _____ Подпись _____

Имя и фамилия _____ Имя и фамилия _____

Дата рождения: _____ Дата рождения: _____

Мобильный телефон: _____ Мобильный телефон: _____

E-mail: _____ E-mail: _____

Имя ребёнка и ID: _____

Почтовый адрес ребёнка: _____

Дата согласия: _____

Место: _____

Дата _____. _____ 201 ____

Подпись персонала _____

Имя и фамилия персонала _____

Lisa 3. Osakonna küsimustik (*Unit Characteristics Questionnaire*)

Country code _____ Unit code _____

1. Please describe the level of care that your unit can provide

(Choose the highest level of care that is possible at your unit):

- ☐ Level II. Specialty neonatal care *(provides care for infants born with gestational age above 32 weeks gestation)*
- ☐ Level III A. Subspecialty neonatal intensive care *(provides care for infants with gestational age above 28 weeks gestation)*
- ☐ Level III B. Higher subspecialty neonatal intensive care *(provides care for infants with gestational age below 28 weeks of gestation and provides neonatal surgery)*
- ☐ Level III C. Highest subspecialty neonatal intensive care *(in addition to level III B NICU, the institution provides ECMO and surgical repair of serious congenital cardiac malformations.)*

(Levels of care are in accordance with the system described by American Academy of Pediatrics (Pediatrics 2004;114;1341))

2. The total number of newborns admitted (below 7 days of life at admission) per year: _____

3. Number of preterm infants (<37 GA) admitted per year: _____

4. Number of very low gestational age infants admitted (<32 GA) per year: _____

5. Number of extremely low gestational age infants (<28 GA) admitted per year: _____
(Please provide the actual numbers of year 2012)

6. Key mortality/morbidity data from last year 2012? *(Please provide the numbers of infants in each cell, Gestational age groups and measures based on Vermont Oxford Network)*

Gestational age	<24	24-26	27-29	30-32
Total number of infants in each category in 2012				
Mortality				
BPD (oxygen at 36 PCA)				
Blood culture positive septicaemia within 7 days of life				
Necrotizing enterocolitis, operated				
Intraventricular hemorrhage grade 3 or 4				
ROP laser/medical treatment				
Survival without any morbidities mentioned above				

7. For how many infants during their first week of life (n and %) can you arrange a reclining chair for the parents next to the infant: n= _____ and _____ %

8. For how many infants during their first week of life (n and %) do you have a permanent reclining chair for the parents next to the infant: n= _____ and _____ %

9. For how many infants (n and %) during their first week of life can you arrange a bed for the parents next to the infant: n= _____ and _____ %

10. For how many infants (n and %) during their first week of life do you have a permanent bed for the parents next to the infant: n= _____ and _____ %

Järgneb

11. Number of beds for parents elsewhere within the unit: _____

12. Number of beds for parents elsewhere within or close by the hospital: _____

13. Are there **periods/procedures** during the **day/night/year** when parents are not allowed to be with the infant?

☐ Yes.

When? _____

☐ No

14. Are there inconsistencies within the staff in allowing the parents to be present in certain times/procedures?

☐ Yes.

Describe: _____

☐ No

15. Is your unit policy to invite the parents to participate in the medical rounds?

☐ Yes

☐ No

☐ Inconsistently depending on the staff member

Describe: _____

16. What is the length of paid maternity leave in your country?

17. How often these issues are seen as barriers for skin-to-skin care in your unit?

BARRIER	Always	Very frequently	Occasionally	Rarely	Never
Gestational age < 28 weeks					
Postnatal age < 3 days					
Ventilator treatment					
Nasal CPAP					
Pleura drain					
Umbilical catheter					
Arterial line					
I.V.-line					
Phototherapy					
Family's reluctance to initiate SSC					
Nurse's reluctance to initiate SSC					
Physician's reluctance to initiate SSC					
Physical environment at unit					
Lack of time					
Difficult to offer privacy for family					
No consequent praxis for SSC					
Rhythm of the day at unit					
Other:					

Järgneb

18. How often do other persons visit the infant in the unit?

Frequency/ Visitor	Usually daily	Usually at least every week	Less than every week	Usually never
Siblings				
Grandparents				
Friends				
Other, Define:				

19. Does your unit have family/single rooms where the infant can stay together with parents 24 hours per day?

- ☐ Yes. If "yes", how many families can stay at the same time: _____
- ☐ No

20. Is it possible for the mother and father to stay together with their infant in the intensive care room?

- ☐ 24 hours per day
- ☐ Almost always
- ☐ Sometimes
- ☐ Only exceptionally
- ☐ No

21. Does your unit have a room for parents to relax and socialize with the other parents?

- ☐ Yes
- ☐ No

22. Does your unit have a shower dedicated for parents?

- ☐ Yes
- ☐ No

23. Does your unit have facilities for the parents to cook/warm up food?

- ☐ Yes
- ☐ No

Does your unit routinely provide meals for the mother or father?

How often a day? _____

24. What is the planned staffing per shift (minimum) at your unit?

Shift/ Staff member	Daytime	Evenings	Nights	Weekends		
				Daytime	Evening	Night
Nursing assistants/ Nursing support workers						
Registered nurses/ midwives						
Doctors in specialist training						
Neonatologists						

25. Please give the resource of the following staff members that are working in your unit?

Staff member	Number of persons	Whole-time equivalent resource
Nursing assistants/ nursing support workers		
Registered nurses (incl. students)		
Doctors in specialists training		
Neonatologists		

Järgneb

26. How many of them fall in the following categories based on their working experience in your unit?

Working experience (yr.)/ Staff member	< 1 yr.	1- 5 yrs.	6-10 yrs.	>10 yrs.	Total number
Nursing assistants/ nursing support workers					
Nurses/ midwives					
Doctors in specialists training					
Neonatologists					

27. How many of your staff members have the following degrees?

Education/ Staff member	Specialized NICU nurse	Master Degree	PhD	Other	Total number
Nursing assistants/ nursing support workers					
Nurses					
Doctors in specialists training					
Neonatologists					

28. Did something extraordinary happen during the data collection of this study in your unit?
(e.g. RSV or other viral outbreak, strike, major renovation of the unit, implementation of
major changes in care/IT systems etc.)

☐ Yes.

Describe? _____

☐ No

29. Further comments? _____

30. Position of the person(s) answering the questionnaire (e.g. head nurse): _____

31. Name of the person answering the questionnaire:

(Voluntary)

32. If anything is unclear, can we contact you for further information?

☐ Yes. If “yes”, telephone number:

☐ No

Thank you for your answers!

Lisa 4. Vastsündinut ja perekonda iseloomustavad tunnused eesti keeles

	ID:
1. Gestatsiooninädalad ja -päevad sündimisel:	
2. Sünnikuupäev ja -aeg:	
3. Sünnihaigla:	
4. Sünnikaal (g):	g
5. Sünnipikkus (cm):	cm
6. Pea ümbermõõt sündimisel:	cm
7. Sugu:	☐ Naine ☐ Mees
8. Sünnitus:	☐ Keisrilõige ☐ Vaginaalne sünnitus
9. Mitmiksünd:	☐ Üksik laps ☐ Kaksikud
10. Kaksikute sünnijärjekord:	☐ A ☐ B
11. Kas mõni ema teistest lastest on kunagi olnud ravil vastsündinute intensiivravi osakonnas (VIRO)?	☐ Jah ☐ Ei
12. Kas mõni isa/partneri teistest lastest on kunagi olnud ravil VIRO-s?	☐ Jah ☐ Ei
13. Ema vanus:	aastat
14. Isa/partneri vanus:	aastat
15. Ema emakeel:	
16. Isa/partneri emakeel:	
17. Ema kõrgeim haridustase/kraad:	
18. Isa/partneri kõrgeim haridustase/kraad:	
19. Kas ema oli enne sünnitust?	☐ Palgatöötaja ☐ Töötu ☐ Üliõpilane ☐ Kodune ☐ Muu: _____

Järgneb

20. Kas isa/partner oli enne sünnitust?	☐ Palgatöötaja ☐ Töötu	☐ Üliõpilane ☐ Muu: _____
21. Kas teil on auto?	☐ Jah ☐ Ei	
22. Kas ema suitsetab?	☐ Ei ☐ Jah, sigarettide arv päevas: _____	
23. Kas isa/partner suitsetab?	☐ Ei ☐ Jah, sigarettide arv päevas: _____	
24. Kodu kaugus haiglast:	_____ km	
25. Perekond/vanemad	☐ Üksik ☐ Püsisuhtes, ei ela koos ☐ Püsisuhtes, kooselus/abielus	
26. Perekond/lapsed	☐ Mis vanuses on kodus elavad alla 18-aastased lapsed (jagatud hooldusõiguse korral vähemalt 50% ajast): _____	
27. Ema Kus ja kui varsti pärast sünnitust nägite oma last?	☐ Sünnitustoas ☐ VIRO-s Vanus: _____ Päevad _____ Tunnid Min	
28. Isa/partner Kus ja kui varsti pärast sünnitust nägite oma last?	☐ Sünnitustoas ☐ VIRO-s Vanus: _____ Päevad _____ Tunnid Min	
29. Ema Kus ja kui varsti pärast sünnitust saite oma last hoida?	☐ Sünnitustoas ☐ VIRO-s Vanus: _____ Päevad _____ Tunnid Min	
30. Isa/partner Kus ja kui varsti pärast sünnitust saite oma last hoida?	☐ Sünnitustoas ☐ VIRO-s Vanus: _____ Päevad _____ Tunnid Min	
31. Kus ja millal oli laps esimest korda nahk-naha kontaktis lapsevanemaga?	☐ Sünnitustoas ☐ VIRO-s Vanus: _____ Päevad _____ Tunnid Min	
32. Millal oli laps esimest korda inkubaatorist väljas vähemalt 24 t järjest?	☐ Vanus: _____ Päevad _____	☐ Ei olnud üldse inkubaatoris
33. Kaal (g), korrigeeritud vanus 34+0 näd:	_____ G	
34. Pikkus (cm), korrig vanus 34+0 näd:	_____ Cm	
35. Peaümbermõõt (cm), k.van 34+0 näd:	_____ Cm	

Lisa 5. Vastsündinut ja perekonda iseloomustavad tunnused vene keeles

(Характеристики младенца и семьи)

	ИН:
1. Количество недель и дней гестации на момент рождения:	
2. Дата и время рождения:	
3. Больница, в которой проходили роды:	
4. Вес при рождении (г):	Г
5. Рост при рождении (см):	См
6. Окружность головы (см) при рождении:	См
7. Пол:	☐ Женский ☐ Мужской
8. Роды:	☐ Кесарево сечение ☐ Вагинальные роды
9. Множественные роды:	☐ Один младенец ☐ Близнецы
10. Порядок рождения близнецов:	☐ А ☐ В
11. Были ли какие-либо из других детей матери на лечении в палате интенсивной терапии для новорожденных?	☐ Да ☐ Нет
12. Были ли какие-либо из других детей отца/партнера на лечении в палате интенсивной терапии для новорожденных?	☐ Да ☐ Нет
13. Возраст матери:	Лет
14. Возраст отца/партнера:	Лет
15. Родной язык матери:	
16. Родной язык отца/партнера:	
17. Наивысший образовательный ценз/степень матери:	
18. Наивысший образовательный ценз/степень отца/партнера:	

19. Была ли мать перед родами?	☐ На оплачиваемой работе ☐ Безработная ☐ Студентка	☐ Домохозяйка ☐ Иное: _____
20. Был ли отец/партнер перед родами?	☐ На оплачиваемой работе ☐ Безработный	☐ Студент ☐ Иное: _____
21. Есть ли у вас автомобиль?	☐ Да ☐ Нет	
22. Курит ли мать?	☐ Нет ☐ Да. Сколько сигарет в день: _____	
23. Курит ли отец/партнер?	☐ Нет ☐ Да. Сколько сигарет в день: _____	
24. Расстояние от дома до больницы:	_____ км	
25. Семья/Родители	☐ Одиночка ☐ Состоят в отношениях, не сожительствуют ☐ Состоят в отношениях сожительствуют/состоят в браке	
26. Семья/Дети	☐ Каков возраст проживающих дома детей младше 18 лет (по меньшей мере, 50% времени в случае разделенной опеки): _____	
27. Мать: Где и насколько вскоре после рождения вы увидели своего малыша?	☐ Родовая палата ☐ Палата интенсивной терапии для новорожденных В возрасте: _____ Дней _____ Часов _____ Минут _____	
28. Отец/партнер: Где и насколько вскоре после рождения вы увидели своего малыша?	☐ Родовая палата ☐ Палата интенсивной терапии для новорожденных В возрасте: _____ Дней _____ Часов _____ Минут _____	
29. Мать: Где и насколько вскоре после рождения вам удалось подержать младенца на руках?	☐ Родовая палата ☐ Палата интенсивной терапии для новорожденных В возрасте: _____ Дней _____ Часов _____ Минут _____	

Järgneb

