

UURIMISTÖÖDE KOGUMIK. STRUKTUURI JA VORMISTAMISE NÄIDIS

UURIMISTÖÖ STRUKTUUR

TÖÖ PEALKIRI (suurtähtedega, paksus kirjalaadis **Bold**)

Ingliskeelne töö pealkiri (väiketähtedega, paksus kirjalaadis **Bold**)

Töö autorid sh juhendaja(d) kui kaasautor(id), loetelus viimasena

Autorite õppeasutuse või töökoha nimetus

Abstract (pealkiri paksus kirjalaadis **Bold**, kogu tekst inglise keeles, *kaldkirjas*). Abstrakt sisaldab tausta lühikirjeldust, töö eesmärki ja ülesandeid, metoodika lühikirjeldust, järeldusi ning märksõnu. Maht kuni $\frac{3}{4}$ lk.

Taust (pealkiri paksus kirjalaadis **Bold**). Taust sisaldab teema valiku põhjendamist, selgitamist, mis vajaks lahendamist, arendamist ja/või muutmist. **Uurimisprobleemi eraldi ei ole vaja kirjutada, probleem selgub tausta kirjelduses** toetudes tõenduspõhisele kirjandusele ja sisaldades viiteid. Taustas märgitakse uurimistöö eesmärk ning uurimisülesanded/-küsimused. Maht 1–1,5 lk.

Metoodika (pealkiri paksus kirjalaadis **Bold**). Metoodika sisaldab töös kasutatud meetodi kirjeldust, selle valiku põhjendust tuginedes kirjandusallika(te) viitele/viidetele. Esitatakse allikate valiku kriteeriumid, põhilised andmebaasid, otsingusõnad ja/või nende kombinatsioonid. Empiirilist osa sisaldavas töös märgitakse uuritavate üldpopulatsioon, valimi moodustamise printsiibid, hulk, töö teostamise ajaline intervall jms. Selgitatakse statistiliste andmete kogumise meetodeid. Kirjeldatakse, kuidas on tagatud uurimistöö usaldusväärsusest ja eetikast kinnipidamine. Maht 1–1,5 lk. (empiirilisel tööil kuni 2 lk.).

Tulemused (ainult empiirilisel uuringul). Selles peatükis võib esitada ka tabeleid ja/või jooniseid. Maht kuni 3 lk. Oluline on, et tabelite ja jooniste numeratsioon vastaks kogumiku jaoks esitatud artiklis ära toodud tabelite ja jooniste numeratsioonile (st kui artiklis on vähem tabeleid ja jooniseid kui lõputöös, siis nende numeratsioon vastaks artiklile, mitte lõputöö numeratsioonile).

Arutelu (pealkiri paksus kirjalaadis **Bold**). Arutelu peatükis analüüsitakse saadud tulemusi võrreldes erinevate autorite arvamusi kõrvutades neid töö autori(te) omapoolse(te) hinnangu(te)ga ja/või õppepraktikal nähtuga, kogetuga. Selgitatakse uurimistöö olulisust eriala praktika seisukohalt ja mida uut uurimistöö käigus teada saadi või missugune varasem teave leidis kinnitust.

Empiirilise uuringu puhul võrreldakse saadud uurimistulemusi kirjanduse andmetega sh varasemalt läbiviidud uurimuste tulemustega. Arutelus tuuakse välja autori(te) omapoolsed arvamused saadud tulemuste osas. Arutelu peatükis ei esitata töös varem käsitlemata seisukohti. Maht 1–1,5 lk. (empiirilisel tööil kuni 3 lk.)

Järeldused (pealkiri paksus kirjalaadis **Bold**). Iga uurimisülesande/-küsimuse kohta esitatakse üks konkreetne ja loogiline järeldus, kas punktide või numeratsiooni alusel. Järeldused baseeruvad arutelul, empiirilise töö puhul tulenevad kirjanduse ülevaatest ja uurimistulemustest. Maht kuni 1 lk.

Kasutatud kirjandus (pealkiri paksus kirjalaadis **Bold**). Märgitakse **ainult antud kirjutises** kasutatud kirjandusallikad, mitte kõiki allikaid, mis kogu uurimistöö osas kasutust leidis. Kasutatud kirjanduse allikad märkida ülalt alla alfabeetilises järjekorras.

UURIMISTÖÖ VORMISTAMISE ÜLDNÕUDED

Töö kirjutatakse eesti keeles, v.a *Abstract*'i peatükk. Töö peab vastama õigekeelsuse nõuetele. Slängi-, käibe- ja kõnekeele fraaside ning emotsionaalsuse väljendamine töös on sobimatu. Soovitavalt kasutada umbisikulist vormi. Numbrite, lühendite, valemite, loetelude, protsentide jms. töös kasutamisel lähtuda juhendist: „Kirjalike üliõpilastööde struktuur ja vormistamine Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis“ 2017.

Kirjastiil *Times New Roman*, kirjasuurus 12 pt, reavahe 1,5. Lehekülje vaba ruum e veeris 3 cm vasakust ja 2,5 cm teistest servadest. Tekst rööpjoondatud (lehekülje vasak ja parem serv on sirged).

Tekst jaotatakse lõikudeks, ühe lõigu pikkus on vähemalt kolm lauset. Ei kasutata taandridu. Eraldi tiitellehte ei ole vaja vormistada. Tiitellehe tekst (töö pealkiri kahes keeles, autorid ja nende andmed), alapeatükid: abstract, taust, metoodika,... jne järgnevad samal jooksval leheküljel, ei pea algama uuel leheküljelt.

Kõik leheküljed nummerdatakse, märkides numbrid lehekülje jalusesse, keskele.

Allajoonimisi ei kasutata. Tekstis **Bold** esiletõstmisega olla mõõdukas.

Lisasid mitte kirjutada.

Pealkirjades sõnu ei poolitata ja lühendeid ei kasutata.

Kasutatud kirjanduse loetelus kasutatakse ühe allika kirje koostamisel reavahet *Single*. Kirjandusallikate vahele jäetakse üks vaba rida.

Eelpool vormistatud tekst saata aadressil e-mail: lkogumik@ttk.ee Teema: Kogumik

Saadetud meilidel peavad olema koopiana kirjas **kõigi autorite meiliaadressid** ka juhendaja(te) meiliaadress(id), et kõik autorid oleksid informeeritud kogumikus nende nimede all avaldatud uurimistöödest. NB! Juhendaja(d) on artikli kaasautor(id)!

NÄIDIS järgmisel lehel.

NÄIDIS 1 (Kirjanduse ülevaade)

MASSAAŽI POSITIIVNE MÕJU TERVETELE AJALISTELE JA MEDITSIINILISELT STABIILSETELE ENNEAEGSETELE IMIKUTELE

The positive effect of massage on healthy full-term and medically stable premature infants.

Tene Kolossova¹, Scharlett Veldi¹, Kaire Sildver²

¹ Pelgulinna Naistekliinik

² Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

ABSTRACT

AIM: *is to describe the essence of massage, the positive effect on healthy full-term and medically stable premature infants.*

METHODS: *is literary overview. The choice of reference materials is based on empirical validity, currency and relevancy. Data is collected from electronic databases and libraries.*

RESULTS AND CONCLUSION:

Massage is the manipulation of soft tissues which stimulates the infant's organ systems and has a positive effect on sleep cycle regulation, diminishes digestive system problems, stress and anxiety. Infant massage is based on four fields: stroking, muscle tissue kneading, rhythmical movements, circular or back and forth rubbing and it is a repeated cyclical touch. Massage therapy is an effective way to improve the welfare of premature infants in neonatal intensive care unit. Massage has several positive effects on healthy full-term and medically stable premature infants. Massage helps to diminish stress and/or anxiety in healthy full-term infants, change the sleep cycle and improves infant-parent communication. Moderate pressure massage therapy helps premature infants to relax, resulting in stress-level, helps premature infants to gain weight and spend less time in the hospital. Touch is an internal emotion which creates a physical and emotional bond between the infant and the parent. Massage enables the evolvement of a strong child-parent relationship. Fathers should also be included in the massage so they wouldn't feel left out and be a part of the infant-parent attachment. Massage may help to increase fathers' involvement.

Taust

Massaaž on üks maailma vanimaid ravimise meetodeid, mida on esmalt kirjeldatud Hiinas II sajandil pKr ning varsti pärast seda Indias ja Egiptuses (Gürol jt 2012: 36). Massaaž võimaldab lastele turvalist ning armastavat puudutust, mis võib tugevdada suhteid teiste lastega ning arendada teadlikkust oma keha ja iseendaga. Massaaž võib aidata kaasa laste lugupidavale ning vägivallatule suhtlemisele eakaaslaste ja pereliikmetega ning teadlikkusele sündsast ja ebasündsast puudutusest. (Beider jt 2007: 1035). Imiku massaaž on lihtsaim ning kergeim suhtlemise viis, mis vanemaid ja lapsi liidab (Gürol jt 2012: 36).

Neonatoloogia intensiivravi osakonna õdedel ja ämmaemandatel on oluline leida viis, kuidas enneaegsete laste stressi vähendada. Pikaajaline stressiseisund võib põhjustada kogu elu kestvaid terviseprobleeme. (Im jt 2009: 451). Nahk-naha kontaktil on tõestatud positiivne efekt enneaegselt sündinud laste ajutalilusele. Enneaegse lapse kasvu ning arengut mõjutab ka õigete puudutustega stimulatsioon, mille käigus väheneb stress. (Im jt 2009: 451). Seetõttu saab massaaži teha ka meditsiiniliselt stabiilsetele enneaegsetele imikutele. *European Perinatal Health Report* (2010: 14)

Tervishoiu kõrgkoolides ega ülikoolides pole varasemalt massaaži kasulikkuse teemat nii enneaegsetele kui ka ajalistele imikutele käsitletud. Kuigi tõenduspõhine kirjandus Eestis puudub ja seda on vähe käsitletud, võib väita, et ühiskonnas on massaaži vastu suur huvi ja nõudlus. *Google* otsingumootor annab, et beebide massaaži, sealhulgas imikute massaaži pakub 15 asutust ning enamikes on ootejärjekorrad kuni kaks kuud. Kuigi nõudlus on suur, siis Beider jt (2007: 23) väidavad, et tervishoiutöötajad ei ole piisavalt informeeritud alternatiivse meditsiini harudest ning nende kasulikkusest patsientidele, et teha teadlik valik.

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada massaaži olemust, positiivset mõju tervetele ajalistele ja meditsiiniliselt stabiilsetele enneaegsetele imikutele.

Tulenevalt eesmärgist on seatud järgmised ülesanded:

- Kirjeldada tervetele ajalistele ning meditsiiniliselt stabiilsetele enneaegsetele imikutele tehtava massaaži olemust.
- Kirjeldada massaažiteraapia positiivset mõju tervetele ajalistele ning meditsiiniliselt stabiilsetele enneaegsetele imikutele.
- Kirjeldada imiku massaaži positiivset mõju vanem-lapse kiindumussuhte kujunemisele.

Metoodika

Uurimistöö on kirjanduse ülevaade. Kvalitatiivne uurimismeetod on süstemaatiline informatsiooni kogum ning eelnevate teadmiste kinnitamine. Uurimine võimaldab juurelda teooriad, vaateid ja kogemusi, et edendada parimat infot praktikas. (Steen jt 2011: 8). Kogutud andmete analüüsi põhjal on koostatud kirjanduse ülevaade. Töö koostamisel on kasutatud vastavalt teemale, eesmärgile ja uurimisülesannetele kaasaegseid ning tõendus põhiseid allikaid.

Kirjandusallikate valiku kriteeriumiteks seati ilmumisaasta, keel, tõendus põhisus ning vastavus uurimistöö teemale. Andmete kogumiseks on kasutatud materjale, mis pärinevad elektroonilistest andmebaasidest ja raamatukogudest. Materjali otsides leiti ligikaudu 1000 vastet millest välja arvati need, millel ei olnud täisteksti või mis sisukokkuvõtte järgi ei olnud teemakohased. 140 täistekstiga tõendus põhiseid artiklit loeti läbi. Materjali analüüsimise käigus lähtusid autorid artiklitest, kus tervete imikute vanus jäi vahemikku 0–12 kuud ning enneaegsete imikute puhul jäi gestatsioonivanus vahemikku 28–32 nädalat. Kasutusele võeti artiklid, mis sobisid uurimistöö teemaga, sisuga ning üldise kontseptsiooniga.

Otsingusõnad ja nende kombinatsioonid: massaaž (*massage*), enneaegne imik (*preterm infant*), massaažiteraapia (*massage therapy*), enneaegse imiku massaaž (*preterm infant massage*), imiku massaaž (*infant massage*), ajaline imik (*full term infant*), imiku massaaž (*baby massage*), ajalise imiku massaaž (*full term infant massage*), imiku massaažiteraapia (*infant massage therapy*).

Uurimistöö on autorid koostanud iseseisvalt. Töös on kasutatud tõendus põhiseid materjale ja kõikidele allikatele, mis märgitud kirjanduse loetelus tähestikulises järjekorras, on korrektselt viidatud. Uurimistöös on jälgitud eetika põhimõtteid.

Arutelu

Mitmetes uuringutes (Underdown jt 2010; Inal jt 2012; Saleem jt 2013) on välja toodud ka massaaži kasulikkus ajalise imiku immuunsüsteemile, unetsükli regulatsioonile, seedeelundkonna paremale toimimisele ning profülaktiline ravi koolikate puhul. Lisaks on

tulnud artiklitest välja, et massaaži olemust kui sellist ei osata põhjendada, kuid kasutegureid tuuakse välja mitmeid. Santy-Tomlinson (2013) ja Powell jt (2010) on ühisel seisukohal, et massaaži eesmärk on verevoolu suurendamine kudedesse läbi pehmete kudede stimuleerimise ning sellest tulenevalt võib öelda, et teised kasutegurid on võrdelises seoses kudede masseerimisega. Kui masseeritakse tervet ajalist imikut pidevalt ja järjekindlalt saavutatakse parem unetsükli regulatsioon ning närvisüsteem areneb paremini

Enneaegsete imikute massaaži sessioon on kindlalt ajalisel määratletud, et avalduks positiivne mõju, kuid tervete ajaliste imikute massaaži kestvust ning intervallid ei ole konkreetselt määratletud. Seetõttu on keeruline töös välja tuua, kaua peaks masseerima tervet ajalist imikut, et positiivsed mõjud avalduksid. Erinevad uuringud (Cheng jt 2011; Inal jt 2012; Gürol jt 2012) on kasutatud erinevaid intervale. Kuid ollakse ühesel arvamusel, et massaaži sessioon tervel ajalisel imikul võiks kesta pikemaajalisel perioodil.

Puudutus on sisemine emotsioon, mis ühendab last ja lapsevanemat emotsionaalselt ning füüsiliselt (Underdown jt 2010). Massaaž hõlmab lihtsaid liigutusi, kuid need võivad olla aluseks tugeva vanem–lapse suhte loomiseks. O’Higgins jt (2008) leiavad, et massaaž mõjub positiivselt, kuid kasutegur on väike võrreldes massaaži mitte teostanud grupiga. Seevastu Ameerika, Korea ning Kanada uurijad (Oswalt jt 2009; Lee 2006; Cheng jt 2011) on veendunud, et massaaž mõjutab nii vanemaid kui nende lapsi positiivselt.

Autorid järelavad antud töö puhul, et imiku massaaž on kasulik nii lastele kui vanematele. Aidates kaasa laste arengule ning harmoonilise kooselu rajamisele. Seetõttu on laps rahulolev ja vanemad rõõmsamad, sest nad saavad aru, mida nende laps soovib ja oskavad nendele soovidele vastata. Erialaselt on tähtis mõista, kuidas saaksime tervete ajaliste ning meditsiiniliselt stabiilsete enneaegsete imikute tervist ning heaolu parandada. Autorite arvates on selleks vajalik teavitada ning õpetada erinevaid tervishoiutöötajaid ja vanemaid massaažiteraapiat läbi viima ning teavitama selle kasulikkusest. Autorite arvates kõige uuenduslikum viis pakkuda imiku massaaži ämmaemandateenusena oleks perearstikeskustes, kus Esmatasandi Tervisekeskuste Kaasajastamise seadus (2015: §2) põhjal kuulub esmatasandi tervishoiu kohustusliku põhiteenuse alla ämmaemanda iseseisev vastuvõtt.

Järeldused

Käesolevas lõputöös jõuti järgmistele järeldustele:

- Massaaž on pehmete kudede käsitlemine, mis stimuleerib imiku organsüsteeme ning mõjub kasulikult unetsükli regulatsioonile, vähendab seedeelundkonna probleeme, stressi ja ärevust. Imiku massaaž põhineb neljal olulisel suunal: paitus, lihaskoe sõtkumine, rütmilised liigutused ning ringikujuline või edasi-tagasi hõõrdumine ning on korduv tsükliline puudutus. Massaažiteraapia on efektiivne viis enneaegsete imikute toimetuleku parandamiseks neonatoloogia intensiivravi osakonnas. Massaažil on oluline roll ennetamaks enneaegsetel imikutel eluaegseid tervislikke probleeme. Lisaks on massaažiteraapia hea viis, kuidas pakkuda patsiendi- ning pereskesemat tervishoiuteenust.
- Massaažil on mitmeid positiivseid mõjusid nii tervetele ajaliste kui ka meditsiiniliselt stabiilsetele imikutele. Massaaž aitab kaasa tervete ajaliste imikute stressi ja/või ärevuse vähenemisele, unetsükli muutusele ning lapse-vanema paremale suhtlusele. Mõõduka survega massaažiteraapia aitab enneaegsetel imikutel lõdvestuda, mistõttu vähendab stressi tase neonatoloogia intensiivravi osakonnas viibivatel lastel. Mõõduka survega massaažiteraapia aitab tõsta enneaegsetel imikutel kaalu ning seetõttu väheneb laste haiglas viibimise aeg.
- Puudutus on sisemine emotsioon, mis ühendab lapse ja vanema vahelist suhet emotsionaalselt ja füüsiliselt. Massaaž võimaldab tugeva lapse–vanema vahelise suhte arenemist. Massaažiteraapia mõjub positiivselt kiindumussuhte kujunemisele vanemate ning imikute vahel. Massaažiteraapia ajal õpivad vanem ja laps üksteist paremini tundma, tänu millele on nad rohkem lõõgastunud ning õnnelikumad. Massaaži peaks kaasama ka isad, et nad ei tunneks ennast kõrvalejäetuna ning saaksid osa kiindumussuhtest oma imikuga. Massaaž on vahend vanemliku hoolivuse kujunemisele ning suuremale isade kaasatusele.

Kasutatud kirjandus

Beider, S., Mahrer, N. E., Gold, J. I. (2007). Pediatric massage therapy: an overview for clinicians. *Pediatric Clinics of North America*, 54(6), 1025–1041.

Cheng, C. D., Volk, A. A., Marini, Z. A. (2011). Supporting fathering through infant massage. *The Journal of Perinatal Education*, 20(4), 200–209.

Esmatasandi tervisekeskuste kaasajastamine (RT I, 14.08.2015, 22, 17.08.2015).
<https://www.riigiteataja.ee/akt/114082015022> (04.01.2015).

European Perinatal Health Report. (2010). Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010.
<http://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf> (23.02.2015).

Gürol, A., Polat, S. (2012). The effects of baby massage on attachment between mother and their infants. *Asian Nursing Research*, 6(1), 35–41.

Im, H., Kim, E. (2009). Effect of Yakson and Gentle Human Touch versus usual care on urine stress hormones and behaviors in preterm infants: a quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(4), 450–458.

İnal, S., Yıldız, S. (2012). The effect of baby massage on mental-motor development of healthy full term baby, *HealthMED*, 6(2), 578–584.

Lee, H. (2006). The effects of infant massage on weight, height and mother-infant interaction. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 36(8), 1331–1339.

O'Higgins, M., St James Roberts, I., Glover, V. (2008). Postnatal depression and mother and infant outcomes after infant massage. *Journal of affective disorders*, 109(1–2), 189–192.

Oswalt, K. L., Biasini, F. J., Wilson, L. L., Mrug, S. (2009). Outcomes of a massage intervention on teen mothers: a pilot study. *Pediatric Nursing*, 35(5), 284–289, 317.

Powell, L., Cheshire, A., Swaby, L. (2010). Children's experiences of their participation in a training and support programme involving massage. *Complementary therapies in clinical practice*, 16(1), 47–51.

Saleem, M., Bhatti, J., Azam, M. (2013). Effectiveness of massage therapy for treatment of infantile colic. *Journal of Rawalpindi Medical College*, 17(2), 178–180.

Santy-Tomlinson, J. (2013). Good old fashioned massage. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 17 (4), 169–170.

Steen, M., Roberts, T. (2011). *The handbook of midwifery research*. Sussex: Blackwell Publishing.

Underdown, A., Barlow, J., Stewart-Brown, S. (2010). Tactile stimulation in physically healthy infants: results of a systematic review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(1), 11–29.

NÄIDIS 2 (Empiiriline uurimistöö)

RINNAVÄHIPATSIENDI ELUKVALITEEDI TOETAMINE ÕDEDE POOLT

SA PÕHJA-EESTI REGIONAALHAIGLAS

Nursing support to breast cancer patients quality of life in North Estonian Medical Center

Annika Hunt ¹, Eva Moik (Näf)², Mare Tupits³, Irma Nool³

¹ Ida-Tallinna Keskhaigla Silmapolikliinik

² Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli vilistlane

³ Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

ABSTRACT

AIM: *is to describe nursing support to breast cancer patient's quality of life in North Estonian Medical Centre and to establish correlations between the patient's background variables and nursing support given to patients.*

METHODS: *is quantitative, empirical and of descriptive nature. The sample consisted of the adult outpatients clinic breast cancer patients of the North Estonian Medical Centre. The data was collected using a questionnaire. Out of the delivered 132 questionnaires 105 were returned and analysed. Data, required for the research, was collected during a period from April to November 2014. Statistical data processing was performed with the SPSS 22.0 package using descriptive statistics and comparison of groups (relevance probability $p < 0.05$). The Spearman correlation analysis and χ^2 -test were used to describe correlations between patient's background and nursing support. The Cronbach's α value of the questionnaire was 0.955.*

RESULTS AND CONCLUSIONS: *showed that patients often did not had enough information and practical support from nurses and the lowest rating of nursing support was given on sexual related issues. Breast cancer patients gave the highest ratings on emotional support. The lower the breast cancer patient's education was, the more satisfied they were with the information obtained from nurses about the disease itself. The higher the level of education of the patients was, the less satisfied they were with the quantity of information*

obtained from a variety of treatment options. Chemotherapy patients compared to patients receiving hormonal therapy gave nurses a lower rating on received information about independent living at home. Breast cancer patients who had undergone mastectomy received more information from nurses on the problem situation coping at home than inoperable breast cancer patients. Statistically a very strong link occurred between breast cancer patient's presence of children and the patient's non-organized home care. The more minor children the breast cancer patients had, the more assistance was needed to organize home care.

Taust

Rinnavähk on naiste seas enim levinud vähihaigus maailmas (10 facts... 2013) ning levinuim vähiliik ka Eesti naiste seas (Riiklik vähistrateegia...2007: 6, 20). Igal aastal diagnoositakse Eestis ca 600 rinnavähi esmajuhtu. Kõige sagedamini saavad rinnavähidiagnoosi 55-59-aastased naised. (Pahaloomuliste kasvajate... 2013). Eesti Riikliku Vähistrateegia põhieesmärgid aastateks 2007-2015 on suunatud tervenemisele, pikendatud elueale ja elukvaliteedi parandamisele (Riiklik vähistrateegia...2007: 4).

Rinnavähki haigestumine mõjutab lisaks patsiendile ka tema lähedasi ja suhtlusringkonda. Tingituna rinnavähi esinemissagedusest on oluline teada, kaardistada ja mõista tegureid, mis mõjutavad rinnavähipatsiendi elukvaliteeti. Uuringutest on selgunud, et valdaval enamusel vähktõvega patsientidel esineb psühholoogilisi ja seksuaalsusega seotud probleeme, mis toetuse ja abita võivad süveneda ja kesta aastaid. Vähipatsiendi elu on haigusest häiritud ja kaasnev psühhosotsiaalne mõju langetab nii patsiendi kui ka tema lähedaste elukvaliteeti. (Pumo jt 2012: 63).

Õendussekumised nagu nõustamine, sotsiaalse toetuse tagamine ja vajadusel ka ravimite manustamine parendavad rinnavähipatsiendi elukvaliteeti (Montazeri 2008: 31). Õel on oluline roll patsiendi huvide kaitsel, pakkudes neile asjakohast ja õigeaegset teavet, sotsiaalset ja psühholoogilist toetust (Hardie 2010: 42). Kõige olulisema tähtsusega õe töös on patsiendi seisukohast, et õed leiavad aega ja pööravad neile personaalselt tähelepanu. Nõustatud patsiendid tulevad ravi ja kõrvalnähtudega paremini toime ning katkestavad ravi harvem, kui need patsiendid, keda nõustatud ei ole. (Rosenzweig jt 2011: 86).

Olulised on teadmised, mis aitavad multidistsiplinaarsel meeskonnal patsienti paremini toetada ja mõjutavad rinnavähipatsiendi elukvaliteeti positiivses suunas (Taylor jt 2013: 80). Rinnavähi varane avastamine ja ravi suurendavad tänapäeval ellujäämisvõimalusi, kuid sageli jäävad rinnavähipatsiendi vajadused ja ravi kõrvalmõjud personalil märkamata. Õdedel puudub teadlikkus, kuidas rinnavähipatsientide elukvaliteeti paremini toetada ja säilitada (Garrusi jt 2008: 160; Groenvold 2010: 16-17; Pumo jt 2012: 64).

Eestis ei ole rinnavähipatsiendi elukvaliteedi toetamist õenduse seisukohast varem uuritud. Antud uurimistöö teemavalik tulenes Tampere Ülikooli terviseteaduste osakonna õenduse õppetooli tudengi Erika Wathéni magistritööst, mis käsitleb Eesti rinnavähipatsientide elukvaliteeti ja õdede toetust patsiendile. Tallinna Meditsiiniuuringute Eetikakomitee loal otsus nr 600 väljastatud 25.03.2014, koostöös Tampere Ülikooli, Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli ja SA Põhja-Eesti Regionaalhaiglaga viidi rinnavähipatsientide seas läbi uuring.

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada rinnavähipatsiendi elukvaliteedi toetamist õdede poolt SA Põhja-Eesti Regionaalhaiglas.

Uurimistöö eesmärgi täitmiseks on püstitatud järgmised **uurimisülesanded**:

- Kirjeldada õdede toetust rinnavähipatsiendile
- Kirjeldada õdede poolse toetuse seoseid rinnavähipatsientide taustaandmetega

Metoodika

Uurimistöö on kvantitatiivne, empiiriline, kirjeldav uurimus. Kvantitatiivne uurimismeetod annab võimaluse üldistada tulemusi kogu populatsioonile. Kvantitatiivse uurimistöö eesmärk on saada objektiivseid ja empiirilisi andmeid reaalse nähtuse kohta. Kirjeldava uurimistöö eesmärk on uurida ja kirjeldada nähtusi ja nendevahelisi seoseid. (Burns jt 2001: 52).

2014. aasta veebruaris sõlmiti konfidentsiaalsusleping SA Põhja-Eesti Regionaalhaiglaga ja sama aasta märtsi lõpus saadi ühisavalduse alusel Tallinna Meditsiiniuuringute Eetikakomiteelt luba nii uuringu läbiviimiseks, andmete analüüsimiseks kui ka nende avaldamiseks ning edastamiseks Soome osapoolle. Andmete kogumine toimus 2014. aasta aprillist novembrini. Uuringuandmeid töödeldi sama aasta novembris ja detsembri alguses.

Andmeid koguti ankeetküsimustikuga, mis olid paber kandjal, eesti- ja venekeelsed ning koosnesid kolmest osast, milles oli kokku 66 küsimust. Esimene sisaldas patsiendi taustaandmeid ja teine käsitles õdede poolset toetust rinnavähipatsiendile, mille aluseks on Rantaneni 2004. aastal välja töötatud küsimustik, mis hindab õdede poolset sotsiaalset toetust patsiendile ja tema lähedastele. Mõõdik põhineb Kahni 1979. aasta teorial sotsiaalsest toetusest, mis eristab kolme aspekti: mõjutus, abi ja kinnitus. Õdede poolt osutatud sotsiaalset toetust puudutavad muutujad on tuletatud Soomes varem läbi viidud patsiendi elukvaliteedi uuringutest. (Salonen 2011: 89). Kolmas küsimustik oli rinnavähipatsiendi elukvaliteeti mõõtev FACT-B (Version 4), mida antud uurimistöö analüüsi osas ei käsitletud.

Üldkogumiks olid rinnavähi diagnoosiga patsiendid. Valimi moodustasid SA Põhja-Eesti Regionaalhaiglas ambulatoorset ravi saavad rinnavähipatsiendid. Tegemist oli käepärase valimiga. Andmeid koguti SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla Keemiaravi keskuses, Naistehaiguste polikliiniku sidumiskabinetis ning onkoloogi vastuvõtu ooteajal informeeritud nõusoleku lehega tutvunud patsientidelt, kes olid vanemad kui 18-aastased, valdasid eesti või vene keelt ja täitsid küsimustikud täies mahus. Uuringus osalemine oli rinnavähipatsiendi jaoks vabatahtlik ning anonüümne.

Jagatud 132st ankeedist saadi tagasi ja analüüsiti 105. Andmete töötlemiseks avati suletud ümbrikud ja anti igale täidetud küsimustikule identifitseeriv number. Saadud uuringutulemused sisestati numbriliselt programmi MS Excel 2013 ning seejärel analüüsiti tulemusi sotsiaalteaduste statistikapaketiga IBM SPSS 22.0. Andmete analüüsiks kasutati kirjeldavat statistikat ning gruppide võrdlust (oluliseks arvestati seosed, mille tõenäosus oli $p < 0,05$). Taustaandmete ja õdede poolse toetuse vaheliste seoste kirjeldamiseks kasutati Spearmani korrelatsioonanalüüsi ja χ^2 -testi. Küsimustiku Cronbachi α väärtuseks saadi 0,955, mis näitab uuringutulemuste usaldusväärsust 15 õdede toetust puudutava väite kohta.

Uuringu läbiviimise õiguse SA Põhja-Eesti Regionaalhaiglas ja uuringu aluseks olevate eesti- ja venekeelsete taustaküsimustiku, õdede poolse toetuse küsimustiku ning rinnavähipatsientide elukvaliteedi hindamiseks väljatöötatud FACT-B (Version 4) kasutamise õiguse taotles Erika Wathén. Seoses uuringu läbiviimisega sõlmiti konfidentsiaalsusleping SA Põhja-Eesti Regionaalhaiglagaga ning antud töö autorid lähtusid kõigist eelnimetatud sõlmitud kokkulepetest. Kõik load, taotlused ja uuringus kasutatud rinnavähipatsientide taustaandmete ning neile osaks saanud õdede poolse toetuse

küsimustikud on kontrolliks risttõlgitud. Tulemused on esitatud üldistatult, uuritud isikuid ei ole võimalik seostada uuringu tulemustega.

Uurimistöõ tulemused

Uuritavate taustaandmed: Uuringus osales 105 rinnavähipatsienti, kelle keskmine vanus oli $59,27 \pm 12,387$ aastat ning pooled olid eesti keelt ja pooled vene keelt emakeelena kõnelevad patsiendid. Enamus ehk 80 (76,2%) vastanut elas linnas ja 25 (23,8%) maal või asulas. Kõrgharidusega patsiente oli vastanute seas 36 (34,3%), neile järgnesid ametikooli lõpetanud 29 (27,6%), keskharidusega 19 (18,1%), rakendusliku kõrgharidusega 12 (11,4%) ja põhiharidusega 9 (8,6%) vastanud. 105st vastanust 95 (90,5%) olid emad. Laste arv varieerus ühest kuni viieni ning kõige enam oli ühe- ja kahelapselisi patsiente 73 (69,5%). 21 (20,1%) vastajat kasvatas hetkel kodus alaealist last. Enim vastajaid, 50 (47,6%), oli abielus.

Küsimustikule vastanute seas oli erineva tausta ja haiguskogemusega patsiente. Keskmiselt diagnoositi rinnavähk küsitletud patsientidel $25,22 \pm 42,070$ kuud tagasi. Küsitletute seas oli neid, kellel rinnavähk diagnoositi vaid kuu tagasi, samas oli üks patsient, kellel esmasest rinnavähi diagnoosimisest oli möödas juba 18 aastat. Kõige enam oli vastanute seas viimase aasta jooksul diagnoosi saanud rinnavähipatsiente - 72 (68,6%). Vastanutest 95 (90,5%) ehk valdava enamuse jaoks oli rinnavähidiagnoos esmane. Enam kui pooltel, 58 (55,2%), patsientidel teostati operatsioon, mille käigus eemaldati rind täielikult.

Õdede toetus rinnavähipatsiendile: Igapäevaeluga toimetuleku toetamise kohta andsid patsiendid õdede toetusele madala hinnangu. Mida kõrgema haridustasemega oli rinnavähipatsient, seda madalam hinnang anti ($\chi^2 = 33,266^a$; $p=0,007$). Samas õdedelt saadud innustuse ja emotsionaalse toetamise osas patsientide arvamused lahknesid. Rinnavähipatsiendid tajusid, et said õdedelt informatsiooni enda haiguse kohta piisavalt. Õdedelt saadud toetust probleemide tekkimise korral hinnati väga madalaks. Kauem haiged olnud rinnavähipatsiendid olid saanud rohkem tuge seksuaalprobleemide korral ($r=0,225$; $p=0,021$).

Õdedelt on saanud informatsiooni enda haiguse kohta mõõdukalt ja üsna palju 55 (52,4%) patsienti. Õdedelt saadud erinevate ravivõimaluste ja kodus iseseisva toimetuleku kohta käiva informatsiooni jagamise hulka hinnati pigem väheseks, kus ei olnud saanud informatsiooni

või oli seda saanud liiga vähe 53 (50,4%) ja 47 (44,8%) vastanut. Õelt saadud probleemolukorras informatsiooni saamise kohta vastati suhteliselt võrdselt kogu skaala ulatuses: 24 (22,9%) patsienti väitis et ei saanud õdedelt antud küsimuse kohta üldse infot või said liiga vähe 21 (20,0%), kuid 48 (45,7%), kinnitas, et said infot piisavalt.

Patsiendid said õdedelt informatsiooni ja praktilist tuge tagasihoidlikult ning sageli liiga vähe. Saadud emotsionaalset toetust hindasid patsiendid kõrgeks. Uuritavad patsiendid andsid kõige positiivsema hinnangu küsimusele, kas nad teavad, kust saada vajadusel abi ja nõu. Rinnaeemalduslõikuse ehk mastektoomia läbinud patsiendid said õdedelt informatsiooni probleemolukorras abisaamise kohta rohkem kui mitteopereeritud rinnavähipatsiendid. Samas rinda säästva operatsiooni läbinute hinnangud jagunesid info saamise ja mittesaamise vahel tasakaalustatult ($\chi^2=17,485^a$; $p=0,025$). Rinnavähipatsientide hinnang õdedelt saadud informatiivsele toetusele on esitatud tabel 1.

Tabel 1. Rinnavähipatsientide hinnang õdedelt saadud informatiivsele toetusele

	Üldse mitte	Liiga vähe	Mõõdukal	Üsna palju	Väga palju
Olen õdedelt saanud informatsiooni enda haiguse kohta	15	20	31	24	15
	14,3 %	19,0%	29,5%	22,9%	14,3%
Olen õdedelt saanud informatsiooni erinevatest ravivõimalustest	33	20	20	17	15
	31,4%	19,0%	19,0%	16,2%	14,3%
Olen õdedelt saanud informatsiooni, mis aitab mul iseseisvalt kodus toime tulla	32	15	17	17	24
	30,5%	14,3%	16,2%	16,2%	22,9%
Olen õdedelt saanud informatsiooni, kust saab abi	24	21	12	21	27

probleemolukorras	22,9%	20,0%	11,4%	20,0%	25,7%
Tean, milliseid tugiteenuseid mul on võimalik saada	20	20	21	22	22
	19,0%	19,0%	20,0%	21,0%	21,0%
Tean, et mul on võimalik saada abi seksuaalelu probleeme puudutavates küsimustes	63	12	11	9	10
	60,0%	11,4%	10,5%	8,6%	9,5%
Mulle on korraldatud vajaminev kodune hooldus	83	4	8	4	6
	79,0%	3,8%	7,6%	3,8%	5,7%
Mulle on antud kirjalikud juhised koduseks raviks	33	13	27	6	26
	31,4%	12,4%	25,7%	5,7%	24,8%
Tean, kust ma saan abi ja nõu, kui ma seda vajan	4	20	22	26	33
	3,8%	19,0%	21,0%	24,8%	31,4%

Innustust igapäevaeluga toimetulekuks sai üsna või väga palju 40 (38,1%), samas sai innustust liiga vähe või üldse mitte 50 (47,6%) rinnavähipatsienti. Õdede toetus haigusega kaasnevate emotsioonide mõistmisel oli patsientide arvates erinev, toetust ei saanud või sai liiga vähe 47 (44,8%) ja toetuse olemasolu kinnitas 40 (38,1%) patsienti. Ülekaalukam positiivne tulemus 49 (46,6%) saadi küsimusele, kas õed hoolisid patsiendi tunnetest. Kõige enam vastanuid, 33 (31,4%), leidis, et õed sisendasid neisse väga palju paranemise usku. Kui küsiti, kas õdedel oli aega patsiente kuulata, siis rõhuasetus oli pigem mõõdukas 26 (24,8%) või madal 45 (46,7%). Suurem hulk patsiente koges, et õed hindasid neid ja pidasid neid oluliseks. Mõõteskaalal hindas õdedelt saadud tähelepanu hulka üsna ja väga paljuks 46 (43,9%). Rinnavähipatsientide hinnang õdedelt saadud emotsionaalsele toetusele on esitatud tabelis 2.

Tabel 2. Rinnavähipatsientide hinnang õdedelt saadud emotsionaalsele toetusele

	Üldse mitte	Liiga vähe	Mõõdukal	Üsna palju	Väga palju
Olen õdedelt saanud innustust igapäevaeluga toimetulekuks	30	20	15	12	28
	28,6%	19,0%	14,3%	11,4%	26,7%
Õed aitasid mul mõista minu haigusega kaasnevaid emotsioone	25	22	18	13	27
	23,8%	21,0%	17,1%	12,4%	25,7%
Õed hoolisid minu tunnetest	19	14	23	18	31
	18,1%	13,3%	21,9%	17,1%	29,5%
Õed süstisid minusse paranemise-usku	20	15	21	16	33
	19,0%	14,3%	20,0%	15,2%	31,4%
Õdedel oli haiglas aega mind kuulata	22	23	26	18	16
	21,0%	21,9%	24,8%	17,1%	15,2%
Kogesin, et õed hindasid mind ja pidasid mind oluliseks	11	19	29	24	22
	10,5%	18,1%	27,6%	22,9%	21,0%

Arutelu

Eestis ei ole rinnavähipatsiendi elukvaliteedi toetamist õenduse seisukohast varem uuritud. Teistes riikides läbiviidud uuringute põhjal saab väita, et rinnavähipatsiendid tunnevad elukvaliteedi langust ja õdedel puudub teadlikkus, kuidas patsiente paremini toetada (Pumo jt

2012: 64). Olulised on teadmised, mis aitavad multidistsiplinaarsel meeskonnal patsienti paremini toetada ja mõjutavad rinnavähipatsiendi elukvaliteeti positiivses suunas (Taylor jt 2013: 80). Seetõttu käsitleti käesoleva uurimistöö kirjanduse ülevaates lisaks õdede toetusele ka rinnavähipatsiendi elukvaliteeti mõjutavaid tegureid.

Varasematest uurimistöödest (Aalberg jt 2006) on ilmnenu, et patsiendid ootavad õdedelt kõige enam informatsiooni, innustamist, emotsionaalset toetust raviga toimetulekul ja abi argielu korraldamisel. Samuti on Hardie (2010) väitnud, et õel on oluline roll patsiendile asjakohase ja õigeaegse teabe ning sotsiaalse ja psühholoogilise toetuse pakkumisel. Käesoleva uuringu tulemusi analüüsid selgus, et igapäevaeluga toimetuleku toetamise kohta andsid Eesti rinnavähipatsiendid õdede toetusele madala hinnangu. Mida kõrgema haridustasemega oli rinnavähipatsient, seda madalama hinnangu ta andis. Samas õdedelt saadud innustuse ja emotsionaalse toetamise osas lahknesid patsientide arvamused. Rinnavähipatsiendid tajusid, et said õdedelt informatsiooni enda haiguse kohta piisavalt palju. Ankeetküsitluse täitmise ajal tekkinud vestluse käigus selgus, et leidis ka patsiente, kes väitsid, et nad ei oodanud õdedelt informatsiooni, sest leidsid vajaliku teabe patsiendi infolehtedest ja internetist või said arstilt.

Garrusi (2008) rõhutab, et õel on oluline teada rinnavähipatsiendi seksuaalsust pärssivaid tegureid ja toetada patsienti ning tema partnerit. Uuringus osalenud rinnavähipatsiendid hindasid õdedelt saadud toetust antud probleemide tekkimise korral väga madalaks. Saadud vastus oli ootuspärane, kuna antud teema on delikaatne ja keemiaravi keskuse õdedel puudub võimalus privaatseks vestluseks patsiendiga. Toetuse saamist takistasid ka personali ja patsientide ealised erinevused. Statistiliselt nõrk seos rinnavähidiagnoosi kestuse ja õdede poolse toetuse vahel näitas, et kauem haiged olnud rinnavähipatsiendid olid saanud rohkem tuge seksuaalprobleemide korral.

Nõustatud patsiendid adapteeruvad oluliselt paremini, leidis Hoving (2009). Vaadates rinnavähipatsiendile osutatud õdede poolse toetuse küsimustiku tulemusi tervikuna võib järeldada, et patsiendid said õdedelt informatsiooni ja praktilist tuge tagasihoidlikult ning sageli liiga vähe. Saadud emotsionaalset toetust hindasid patsiendid kõrgeks. Julgustav on, et Clayton (2009) leidis, et hulk rinnavähipatsiente adapteerub hästi ja pöördub ravijärgselt igapäevaelu tagasi suuremate depressiooni- ja ärevusnähtudeta ning nad leiavad haigusega kohanemisel selles ka positiivseid külgi. Käesolevas töös selgus, et patsiendid andsid kõige positiivsema hinnangu küsimusele, kas nad teavad, kust saada vajadusel abi ja nõu. See vastus

ei pruugi kajastada otseselt õdedelt saadavat toetust, kuid näitab patsiendi võimet kohaneda haigusega ja iseseisvat lahenduste leidmise oskust.

Järeldused

- Analüüsid rinnavähipatsiendile osutatud õdede poolse toetuse küsimustiku tulemusi tervikuna selgus, et patsiendid ei saanud sageli õdedelt informatsiooni ja praktilist tuge piisavalt ning hindasid kõige madalamaks õdede toetust seksuaalelu probleeme puudutavates küsimustes. Kõige kõrgemalt hindasid rinnavähipatsiendid õdedelt saadud emotsionaalset toetust.
- Mida madalam oli rinnavähipatsientide haridustase, seda rahulolevamad nad olid õdedelt enda haiguse kohta saadud informatsiooniga. Mida kõrgem oli patsientide haridustase, seda rahulolematumad olid nad saadud info hulgaga erinevatest ravivõimalustest. Keemiaravipatsiendid andsid võrreldes hormoonravi saavate rinnavähipatsientidega õdedelt saadud koduse iseseisva toimetuleku informatsiooni kohta madalama hinnangu. Rinnaeemalduslõikuse ehk mastektoomia läbinud patsiendid said õdedelt informatsiooni probleemolukorras abisaamise kohta rohkem kui mitteopereeritud rinnavähipatsiendid. Statistiliselt väga tugev seos ilmnes rinnavähipatsientide laste olemasolu ja patsiendile mitte korraldatud vajamineva koduse hoolduse vastuse vahel. Mida rohkem oli alaealisi lapsi, seda enam vajati abi koduse hoolduse korraldamisel.

Kasutatud kirjandus

Aalberg V., Idman I. (2006). Syöpään liittyvät psykososiaaliset näkökohdat. Syöpätaudit. Duodecim, Helsinki.

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

Clayton, M., Dudley, W. (2009). Patient centred communication during oncology follow up vistic for breast cancer survivors: content and temporal structure. *Oncology Nursing Forum*, 2, 68-79.

Garrusi, B., Faezee, H. (2008). How do Iranian Women with Breast Cancer Conceptualize Sex and Body Image. *SexualDisabil*, 26, 159-165.

Groenvold, M. (2010). Health-related quality of life in early breast cancer. *Danish Medical Bulletin*, 57, 1-58.

Hardie, H., Leary, A. (2010). Value to patients of a breast cancer clinical nurse specialist. *Nursing Standard*, 34, 42-47.

Hoving, J. L., Broekhuizen, M. L. A., Frings-Dresen, M. H. W. (2009). Return to work of breast cancer survivors: a systematic review of intervention studies. *BMC Cancer* 9, 117, 1-11.

Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, 27(32), 1-31.

Pahaloomuliste kasvajate esmasjuhud paikme, soo ja vanuse järgi. (2013). TAI Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas.

<http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Database/Haigestumus/04Pahaloomulised%20kasvajad/04Pahaloomulised%20kasvajad.asp> (07.02.2014).

Pumo V., Milone G., Iacono M., Giuliano S. R., Di Mari A., Lopiano C., Bordonaro S., Tralongo P. (2012). Psychological and sexual disorders in long-term breast cancer survivors. *Cancer Management and Research*, 4, 61-65.

Riiklik vähistrateegia 2007-2015. (2007). Sotsiaalministeerium.

http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervisepoliitika/Vaehiennetus/Riiklik_vaehistrateegia_aastateks_2007-2015.pdf (10.02.2014).

Rosenzweig, M., Brufsky, A., Rastogi, P., Puhalla, S., Simon, J., Underwood, S. (2011). The Attitudes, Communication, Treatment, and Support Intervention to Reduce Breast Cancer Treatment Disparity. *Oncology Nursing Forum*, 38(1), 85-89.

Salonen, P. (2011). Quality of life in Patients with Breast Cancer. Academic Dissertation. Tampere: University of Tampere.

Taylor, C., Shewbridge, A., Harris, J., Green, J. S. (2013). Benefits of multidisciplinary team work in the management of breast cancer. *Breast Cancer Targets and Therapy*, 5, 79-85.

10 facts about cancer. (2013). World Health Organization.

<http://www.who.int/features/factfiles/cancer/facts/en/index4.html> (10.11.2013).