



Ämmaemanda koduvisiidid esimestel eluaastatel

Mõjuhinnangu raport

SA Lapse Heaolu Arengukeskus

Tallinn 2023

KOKKUVÕTE

Projekti eesmärgiks, mille raames käesolev mõjuhindamise raport valmis, oli naise ja lapse heaolu toetada läbi ämmaemanda tegevuste naise rasedusaegsel ja sünnitusjärgsel perioodil. Heaolu käsitleti vaimse tervise ja psühhosotsiaalse toimetuleku valdkondadest lähtuvalt ning põhifookus oli riskide varajane märkamine ja esmase toetuse pakkumine. Ämmaemandad sõelusid riske nii naise raseduses kui sünnitusjärgselt koduviitides ning vajadusel pakkusid esmast toetust ning kaasasid võrgustikku.

Projekti kaasati kümme tervishoiuastusust üle-eestiliselt. Kokku tegid ämmaemandad koduviite 327 perele. Viitide käigus nõustati naist sünnitusjärgselt olulistes teemavaldkondades. Riskide ja murekohtade kaardistamisel ilmesid toetusvajadused, mille puhul ämmaemandad naistele korduvaid koduviite tegid ja teisi spetsialiste kaasasid. Iga kolmas pere vajab teist koduviiti ja väike osa peredest vajab kolme või enam koduviiti. Koos korduvate koduviitidega tegid ämmaemandad 477 koduviiti. Naiste teenusega rahulolu oli kõrge ning koduviitidest saadi tuge ja neid peeti vajalikuks. Projekti tulemusel kujunesid ettepanekud teenuse osutamise edaspidisteks sammudeks.

SISUKORD

SISSEJUHATUS	1
1. RASEDUSAEGNE JA SÜNNITUSJÄRGNE ÄMMAEMANDAHOOLDUS	3
1.1. Sissejuhatus.....	3
1.1.1. Ämmaemanda roll	3
1.1.2. Rasedusaegne ämmaemandahooldus.....	5
1.1.3. Sünnitusjärgne ämmaemandushooldus.....	7
1.2. Uuringu eesmärk ja uurimisküsimused	10
1.3. Uuringu protseduur	11
1.3.1. Sidusrühm.....	11
1.3.2. Sihtrühm	11
1.3.3. Sünnituseelne periood	12
1.3.4. Sünnitusjärgne periood.....	12
1.4. Andmeanalüüs.....	13
1.5. Tulemused ja arutelu	13
1.5.1. Koduviisiidid	13
1.5.2. Viisitide vahemik ja kestvus.....	14
1.5.3. Ämmaemandate nõustamised universaalses koduviisiidis	15
1.5.4. Korduva koduviisiidi näidustused	16
1.5.5. Teine koduviisit.....	20
1.5.6. Nelja ja rohkema visiidi saanud naised	20
1.5.7. Arutelu.....	21
Kirjandus.....	23
2. RASEDUSAEGNE JA SÜNNITUSJÄRGNE VAIMNE TERVIS DEPRESSIOONI NÄITEL. DEPRESSIOONIRISKI HINDAMINE NING SELLEGA SEOTUD TEGURID.....	26
2.1. Sissejuhatus.....	26
2.1.1. Uuringu eesmärgid	27
2.1.2. Protseuur.....	28
2.2. Tulemused.....	29
2.2.1. Lapseootel naiste valim	30
2.2.2. EPDSi summaarse skoori esinemissagedus lapseootel naistel	30
2.2.3. Sotsiaaldemograafiliste ning tervise seotud elustiilitegurite seos depressiooniriskiga	31
2.2.4. Enesekohane hinnang varasemale vaimse tervise seisundile ning depressioonirisk	32
2.2.5. Vaimse tervise ennetustegevused	32
2.2.6. Depressiooni sümptomite esinemine ning edasisuunamine.....	33
2.3. Sünnitusjärgsete naiste valim	33
2.3.1. EPDSi summaarse skoori esinemissagedus.....	34
2.3.2. Depressiooni sümptomite esinemisega seotud tegurid	35

2.3.3.	Depressiooni sümptomite hindamine ning vaimse tervise ennetustegevused.....	36
2.3.4.	Enesehinnanguline toimetulek ning selle seosed enesekohase depressiooniriskiga	38
2.3.5.	Emade hinnang vaimse tervisega seonduva abi vajadusele.....	39
2.3.6.	Depressiooni sümptomite esinemine ning edasisuunamine.....	40
2.4.	Ämmaemandate hinnang EPDSi rakendatavusele	40
2.5.	Kokkuvõte ja soovitused	41
	Kirjandus	45
3.	VASTSÜNDINU TOITMINE.....	52
3.1.	Sissejuhatus.....	52
3.2.	Tulemused ja arutelu	54
	Kirjandus	54
4.	VALMISOLEK VANEMLUSEKS	56
4.1.	Sissejuhatus.....	56
4.2.	Tulemused ja arutelu	57
	Kirjandus	58
5.	KODUKESKKONNA TURVALISUS	60
5.1.	Sissejuhatus.....	60
5.2.	Tulemused ja arutelu	60
	Kirjandus	63
6.	TOETUSVÕRGUSTIK	64
6.1.	Lähivõrgustik	64
6.1.1.	Sissejuhatus	64
6.1.2.	Tulemused ja arutelu	66
6.2.	Tööhõive	66
6.2.1.	Sissejuhatus	66
6.2.2.	Tulemused ja arutelu	68
6.3.	Üksikvanemlus.....	69
6.4.	Professionaalne võrgustik	70
6.4.1.	Sissejuhatus	70
6.4.2.	Tulemused ja arutelu	72
	Kirjandus	73
7.	UURITAVATE TAGASISIDE	75
7.1.	Toimetulek praegusel ajal	76
7.2.	Teadlikkus abi saamise võimaluste kohta	77
7.3.	Tagasiside ämmaemanda koduvisiidi teenusele.....	78
8.	UURINGU TUGEVUSED JA PIIRANGUD NING ETTEPANEKUD EDASPIDISEKS.....	80
	Kirjandus.....	84
	LISAD.....	85

SISSEJUHATUS

Lapse heaolu on lapse arengut toetav seisund, milles lapse füüsilised, tervislikud, psühholoogilised, emotsionaalsed, sotsiaalsed, kognitiivsed, hariduslikud ja majanduslikud vajadused on rahuldatud (Riigi Teataja, 2014). Lapse õiguste ja heaolu tagamiseks tuleb ennetada lapse heaolu ja arengut ohustavaid riske. Ennetamine hõlmab last ohustavate olukordade ja sündmuste võimalikult varajast märkamist ja sellele reageerimist, sealhulgas lapse arengu, kasvukeskkonnas esinevate probleemide ja võimaliku väärkohtlemise tuvastamist ning lapse heaolu ja arengut soodustavate kaitsetegurite suurendamist (Yonemoto *et al.*, 2017).

Varajaseks lapse heaolu tagamiseks ja riskide ennetamiseks saab vastavasuunalisi tegevusi ellu viia juba lapse sünni eelselt ehk naise rasedusaegsel perioodil ning vahetult sünnituse järgselt. Ühe spetsialistina, kes naisega sel perioodil tihedalt koostööd teeb, on ämmaemand. Seega on ämmaemandal oluline roll naise, aga ka laiemalt pere toetamisel antud perioodil. Samuti loob koostöö naisega spetsialistile mitmeid võimalusi riskide ja toetusvajaduste kaardistamiseks ning esmase abi pakkumiseks. Eeskätt naise toetamine, aga ka laiemalt tema pere ja muude toetusvõrgustike kaasamine võimalikult varajases perioodis loob võimalused mitmekülgseks lapse heaolu toetamiseks ja varajaseks ennetustööks.

Käesoleva projekti eesmärgiks oli lapse heaolu toetada läbi ämmaemanda tegevuste naise rasedusaegsel ja sünnitusjärgsel perioodil. Mõjuhindamise raport kajastab ämmaemanda tegevuste mõju naise ja lapse heolule. Täpsemalt antakse ülevaade ämmaemandushooldusest naise vaimse tervise ja psühhosotsiaalse toimetuleku osas raseduses ning sünnitusjärgsel perioodil. Raporti esimene peatükk annab ülevaate ämmaemanda rollist ning naise toetusvajadusest raseduses ja sünnitusjärgsel perioodil. Tutvustatakse projekti raames läbiviidud mõju hindamise eesmärgi ja uuringuprotseduuri. Seejärel antakse ülevaade uuringu üldtulemustest koos aruteluga. Raporti teine peatükk käsitleb naise vaimset tervist raseduses ja sünnitusjärgselt depressiooni näitel. Kolmandas peatükis tuleb juttu vastsündinu toitmisest ning neljandas vanemluseks valmisolekust. Koduviitide käigus viidi läbi ka kodukeskkonna turvalisuse hindamine ning selle tulemusi ja edasisi samme käsitletakse töö viiendas peatükis. Projekti üheks eesmärgiks oli luua naise toetusteenonna kaardistus raseduse ajal ning sünnitusjärgselt. Kuigi teekonna analüüs tervikuna

jäi käesoleva uuringu eesmärkidest välja, siis kajastab raporti kuues peatükk naise ümber olevate erinevate võrgustike vajalikkust ja nende kaasatust käesoleva projekti raames. Seitsmes peatükk annab sõna uuritud naistele endile ning kajastab nende heaolu koduviitide järgselt, samuti tagasisidet teenusele. Kaheksandas peatükis antakse suunaviidad edasisteks tegevusteks projekti järgselt.

Uuring on kooskõlastatud Tervise Arengu Instituudi inimuuringute eetikakomiteega (otsuse nr 1051). Uuring on rahastatud Norra ja Euroopa Majanduspiirkonna perioodi 2014–2021 finantsmehhanismide programmist „Kohalik areng ja vaesuse vähendamine“ meetme „Rahvatervise meetmete ning integreeritud tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kvaliteedi tõstmine kohalikul tasandil“ elluviimiseks.

1. RASEDUSAEGNE JA SÜNNITUSJÄRGNE ÄMMAEMANDAHOOLDUS

Inga Mäemets, Jana Meier, Marge Mahla, Tiina Tõemets

1.1. Sissejuhatus

1.1.1. Ämmaemanda roll

Ämmaemand on naise tervise spetsialist tema elukaare vältel, kes töötab koostöös naistearsti, perearsti, pereõe, sotsiaaltöötaja, vaimse tervise spetsialisti ja teiste perinataalperioodiga seotud tervishoiutöötajatega. Ämmaemand juhib normaalselt kulgeva raseduse ja sünnituse protsessi ning jagab vastsündinu ja imiku eest hoolitsemisega seotud infot. Hooldus hõlmab terviseennetust, normaalse sünnituse populariseerimist, ema ja lapse terviseriskide avastamist, arstiabi või muu asjakohase abi kättesaadavuse võimaldamist.

Ämmaemand on võtmeisik riskide märkamisel ja edasise hooldusplaani koostamisel, et tagada jätkusuutlik ja toetav tervishoiuteenus (Regional Perinatal..., 2017). Rutiinsed rasedusaegsed kohtumised annavad ämmaemandale prima positsiooni naist tundma õppida, luua usalduslik suhe ja võimaluse vestelda erinevatel teemadel. Naisel on võimalik rääkida oma rõõmudest ja muredest, hirmudest, aga ka varasematest kogemustest. Võimalike riskide tuvastamine ning toimetuleku probleemide märkamine on seeläbi edukam (Antenatal and..., 2016).

Ämmaemandal on naise tervisenõustamises ja -hariduses oluline ülesanne, pakkudes seda lisaks ka naise perele ning kogukonnale laiemalt. See töö hõlmab sünnituseelset haridust ja lapsevanemaks saamise ettevalmistamist ning võib vastavalt vajadusele laieneda reproduktiivtervisele ning imikute ja väikelaste hooldusele. Ämmaemand võib praktiseerida nii esmatasandil, haiglas, kliinikus, erasektoris või kodus. Ämmaemand on kodusesse oodatud naise ja vastsündinu tervise spetsialist, kel on pädevus hinnata ja pakkuda asjakohast tuge ning sünnitusjärgset nõustamist vanemate toimetuleku ja lapse heaolu suurendamiseks.

Ämmaemand saab olla juhtiv spetsialist alates esmasest rasedusega arvele tulekust kuni lapsevanemaks saamise esimeste elukuudeni (Hiscock *et al.*, 2014). Tema poolt juhitud hoolduse järjepidevus on määratletud hooldusena, kus "ämmaemand on juhtiv professionaal naisele osutatava hoolduse planeerimisel, korraldamisel ja osutamisel alates esmase visiidi broneerimisest

kuni sünnitusjärgse perioodini" (Hiscock *et al.*, 2014). Taoliste mudelite raames teeb ämmaemand koostööd naisega, vastutades tema vajaduste hindamise, hoolduse planeerimise, vajadusel teiste spetsialistide juurde suunamise ja ämmaemandusabiteenuste osutamise eest. Seega on järjepideva ämmaemandushoolduse mudelite eesmärk pakkuda hooldust kas kogukonnas või haiglas, tavaliselt tervetele naistele, kellel on madala riskiga rasedus. Mõne mudeli puhul pakuvad ämmaemandad järjepidevat ämmaemandusabi kõigile naistele kindlaks määratud geograafilisest asukohast lähtudes, tegutsedes juhtiva professionaalina naistele, kelle rasedus ja sünnitus kulgeb tüsistusteta, ning jätkates ämmaemandusabi osutamist koostöös teiste spetsialistidega ka neile, kellel esineb meditsiinilisi ja sünnitusabi tüsistusi (Sandall *et al.*, 2016).

Kasutatakse hooldusmudeleid, kus järjepidevat ämmaemandushooldust pakutakse kindlaksmääratud naistele ämmaemandate meeskonna poolt. Sageli jagatakse sellise teenuseosutamise puhul ka juhtumikoormust, seega pakub ühele naisele hooldust mitu meeskonda kuuluvat ämmaemandat, kelle panus ja spetsialiteet võib olla erinev. Teised mudelid, mida sageli nimetatakse "juhtumipõhisteks teenusemudeliteks", keskenduvad ämmaemandushoolduse järjepidevusele tagades, et naised saavad sünnituseelset, sünnitusaegset ja -järgset hooldust ühelt ämmaemandalt või tema püsiasendajalt. Arutelu ämmaemanda juhitud ravi järjepidevuse mudelite riskide, eeliste ja kulude üle veel käib (Sandall *et al.*, 2016).

Tervishoius mõeldakse hoolduse järjepidevuse all hoolduse osutamist viisil, mil mõistetakse, et tervisevajadused ei ole hetkelised üksikjuhtumid ja neil võib olla pikemaajalisem mõju. See aspekt võimaldab luua suhteid patsientide ja nende abi osutajate vahel ning aitab kaasa sellele, et patsiendid tajuvad, et teenuseosutaja on kursis nende haiguslooga, ning samuti pakub kindlustunnet, et tundud teenuseosutaja hoolitseb nende eest tulevikus. Järjepidevus viitab "ravi koordineeritud ja sujuvale edenemisele patsiendi seisukohast" ja seetõttu on naisekeskse ravi järjepidevuse pakkumisel oluline aspekt (Sandall *et al.*, 2016).

Järjepidevus juhtimise seisukohast hõlmab nii faktide kui hinangute edastamist üle meeskonna, institutsioonide ja ametialaste piiride ning spetsialistide ja patsientide vahel. Teabe järjepidevus puudutab asjakohase teabe õigeaegset kättesaadavust. Patsiendisuhte järjepidevus tähendab teenuse kasutaja terapeutilist suhet ühe või mitme tervishoiutöötajaga nimetatud aja jooksul. On leitud, et suhe (isiklik järjepidevus) ajas avaldab suuremat mõju kasutuskogemusele ja tulemusele ning et juhtimine ega informatsiooniline järjepidevus ei suuda kompenseerida jätkuva suhte

puudumist (Sandall *et al.*, 2016). Ämmaemanda juhitud hoolduse järjepidevusmodelite eesmärk on üldiselt parandada hoolduse järjepidevust teatud aja jooksul (Sandall *et al.*, 2016).

Raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi erinevatel aegadel võib vastutus hoolduse eest üle minna teisele teenuseosutajale või teenuseosutajate rühmale. Sageli jagavad hooldust naistearstid ja ämmaemandad, perearstid ja ämmaemandad või kõigi kolme rühma teenuseosutajad (Sandall *et al.*, 2016).

Naised, kellele osutatakse järjepidevat ämmaemandushooldust, kogevad väiksema tõenäosusega erinevaid sekkumisi raseduse ja sünnituse ajal ja on suurema tõenäosusega neile pakutava hooldusega rahul (Hiscock *et al.*, 2014). Taoline hooldus peab tuginema tõendus põhisel mudelil. Mitmed uuringud näitavad, et ämmaemanda poolt juhitud hoolduse pakkumisel on naiste rahulolu kõrgem (Hiscock *et al.*, 2014). Sarnaselt on leitud, et ämmaemanda juhitud järjepidevushooldusel on kulude kokkuhoidmise suundumus võrreldes teiste hooldusmodelitega (Hiscock *et al.*, 2014).

1.1.2. Rasedusaegne ämmaemandahooldus

Lapseootus ja sünnitusjärgne aeg on naistele ja peredele üleminekuaeg, et kohaneda füüsiliste, psühholoogiliste ja sotsiaalsete muutustega ning uue olukorraga elus (Shaw, 2006). Rasedusaegse hoolduse pakkumisel lähtutakse kehtivast ravijuhendist “Raseduse jälgimise juhend” (2018), mis muuhulgas koondab visiitide kirjelduse, mitmekülgse riskide hindamise, sh elu-, tervise- ja sünnitusabi anamneesist tulenevate riskide tuvastamise, ema füüsilise tervise korduva hindamise, loote arengu ja seisundi muutuste avastamise ja tervisekasvatuse ning -edenduse komponente (WHO, 2016). Riskihindamine annab olulise sisendi rasedusaegse jälgimisplaani koostamiseks ning võimaldab eristada, kas tegemist on madala riski või kõrgriski rasedaga. Individuaalselt koostatud jälgimisplaani võimaldab vähendada ema ja lapse perinataalset haigestumist varajase rasedusaegsete seisundite avastamise ja ravi kaudu (WHO, 2016). Lisaks võimaldab kõrgenenud terviseriskide varane avastamine määratleda naised, kellel on kõrgenenud risk sünnitusaegsete ja sünnitusjärgsete komplikatsioonide tekkeks ning tagada vastavalt vajalik hooldustase ja toetustekond (WHO, 2016). Riskide hindamisel võetakse arvesse anamneesist tulenevaid riske ja käesoleva raseduse käigus lisandunud riske (Raseduse jälgimise..., 2018).

Lisaks füüsilisele tervisele panustab rasedusaegne hooldusmudel naise heaolusse ja positiivsesse raseduskogemusse, mis sisaldab järgmisi komponente: füüsilise ja sotsiokultuurilise heaolu tagamine, sujuv ettevalmistus sünnituseks ja positiivse emaduskogemuse saavutamine, sh asjakohased enesehooldusvõtted, vanemlik enesekindlus ja -pädevused ning iseseisvus. Positiivse raseduskogemuse soodustamisel on oluline roll ämmaemandusnõustamisel, mis täidab naise enesehoolduse ja toimetuleku ning tervisekasvatuse, sünnituseks ja sünnitusjärgseks perioodiks ettevalmistuse eesmärgi. Eesti raseduse jälgimise juhendist (2018) lähtuvalt käsitletakse 20 teemavaldkonda: raseduse kulgu ja muutused kehas, rasedusaegsed vaevused, kohanemine raseduse ja emadusega, loote areng, antenataalse hoolduse põhimõtted, uuringud ja analüüsid, toitumine ja füüsiline aktiivsus, eluviisid, seksuaalelu, muutused peresuhtes, töötingimused, seadusandlus, sotsiaalne kaitse, kahjulikud harjumused, ravimid ja rasedus, füüsiline ja vaimne ettevalmistus sünnituseks, sünnitusjärgne aeg, vastsündinu, imetamine, sünnitusjärgne kontratseptsioon ja muud teemad vastavalt naise ja pere individuaalsetele vajadustele. Nõustamise sisu ja ajastus sõltuvad naise vajadustest ja raseduse kulust (WHO, 2016; Raseduse jälgimise ..., 2018).

Vaimse tervise ja toimetuleku probleemid võivad häirida positiivse ja toetava peremudeli toimimist ning raseduse ajal kogitud psühholoogiline distress võib mõjutada emaks kasvamist negatiivselt. Riskide varajane märkamine võimaldab alustada riskide maandamist juba raseduse ajal ja samuti pakkuda perele tõhusat toetust. Varajast märkamist toetavateks abivahenditeks on sõeltestid. Ühe levinud sünnitusjärgse depressiooni sõelumisvahendina on kasutusel Edinburghi Sünnitusjärgse Depressiooni Skaala (ingl k *Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS*) (Edinburgh Postnatal...i.a.). Mõõdiku kasutamist peetakse ajatõhususe ja spetsiifilisuse poolest sobilikuks vahendiks, mille abil soovitatakse naiste vaimset tervist vähemalt ühel korral perinataalses perioodis hinnata (Hewitt *et al.*, 2009; Lavender *et al.*, 2013; Molyneaux *et al.*, 2014; Tsivos *et al.*, 2015; Van Der Zee *et al.*, 2016; Yonemoto *et al.*, 2017). Regulaarne hindamine aitab välja selgitada naised, kes vajavad varajast sekkumist ja põhjalikumat psühhiaatrilist hindamist (Hewitt *et al.*, 2009; Lomonaco-Haycraft *et al.*, 2018).

Teiseks, Eestis käesoleva projekti raames kohandatavaks küsimustikuks on Calgary sünnituseelne ja järgne sõeltest. Küsimustikuga sõelutakse psühhosotsiaalseid riske ning hinnatakse naisele sünnitusjärgse koduviisi tegemise vajadust (Hull, 2007).

1.1.3. Sünnitusjärgne ämmaemandushooldus

Sünnitusjärgne periood on Maailma Terviseorganisatsiooni poolt määratletud ajavahemik, mis algab vahetult lapse sündimise järgselt ja kestab kuni kuus nädalat (42 päeva) pärast sünnitust, mis on kriitiline aeg naistele, vastsündinutele, partneritele, vanematele, hooldajatele ja kogu perele (WHO, 2022). See on üleminekuaeg, mil naisel tuleb silmitsi seista mitmete väljakutsetega, sealhulgas füüsilise taastumise, hormonaalsete, psühholoogiliste ja unerütmi muutustega, vastsündinu toitmise ja hooldamisega, muutunud töö- ja peresuhete ning kohanemisega uues olukorras (Shaw, 2006; Tully *et al.*, 2017).

Sarnaselt Maailma Terviseorganisatsiooni antenataalse hoolduse juhistele (WHO, 2016) peetakse sünnitusjärgse hoolduse rahvusvahelistes soovitusel oluliseks naise positiivset kogemust, mis toetab tõhusat toimetulekut ning lapse eest hoolitsemist. Positiivset postnataalset kogemust määratletakse kui kogemust, milles naised, vastsündinud, partnerid, vanemad, hooldajad ja pered saavad järjepidevat informatsiooni, toetust ja kindlustunnet, mida pakuvad motiveeritud tervishoiutöötajad arvestades naiste ja laste vajadusi lähtudes nende kultuurilisest taustast (WHO, 2022).

Naise kehas toimuvad sünnitusjärgsel ajal olulised muutused, mis on põhjustatud hormonaalsetest ja mehhaanilistest teguritest. Nimetatud muutused väljenduvad sagedamini erinevate sümptomitena, neist valu ja ebamugavustunde mõjutavad naise sünnitusjärgset kogemust kõige enam (WHO, 2022). Sünnituse järgselt on füüsilistest näitajatest vajalik jälgida naise üldseisundit, vereerituse hulka, emaka toonust ja tundlikkust, eritusfunktsiooni, lahkliha ja/või keisrilõike haava seisundit, imetamisega seotud rinna seisundite kujunemist ning rinnaga toitmise edenemist. Oluline on avastada valuga seotud seisundid (lahklihavalu, rinnanäärme valu, valulik imetamine, selja-, nimmepiirkonna-, peavalu, haavavalu) ning pakkuda asjakohast valuravi ja hügieenisoovitusi (WHO, 2022).

Kui varasemad jälgimissoovitused lähtusid peamiselt naise füüsilisest üldseisundist, siis kaasaegsed soovitused lähtuvad terviklikust inimkäsitlusest. Naiste sünnitusjärgsetest kogemustest on teada, et peamised mured on seotud pigem sünnitusjärgse ebamugavustunde, ebakindluse ja enesehoolduse, väsimuse, toimetuleku ning emotsionaalse labiilsusega, aga ka võimaliku palaviku, imetamisprobleemide ja infektsioonidega (Martin *et al.*, 2014; Yanemoto *et al.*, 2021). Naised

hindavad kõrgelt kõiki soovitusi ja tehnikaid, mis parandavad füüsilist toimetulekut, vähendavad ebamugavust, suurendavad kindlustunnet ja psühhosotsiaalselt heaolu. Meelsasti kasutatakse mittemedikamentoosideid sekkumisi füsioloogiliste seisundite leevendamiseks. Ämmaemand on koolitatud spetsialist vastava info jagamiseks (Sacks *et al.*, 2022).

Tervikliku inimkäsitluse oluline komponent on patsiendi/kliendikogemus. Sünnitanud naised on kirjeldanud, et esimesel kahel sünnitusjärgsel kuul kogetakse mitmeid emadusega seotud kohanemis- ja terviseprobleeme, mis piiratud tervishoiuasutuste vahelise infovahetuse, teenuse kättesaadavuse ja osutamise koordineerimise tõttu võivad jääda aegsasti avastamata ning toovad kaasa seisundite hilinenud avastamise ja tuisistumise (Declercq *et al.*, 2013). Naised tajuvad, et tervishoiutöötajad ei teadvusta sageli nende kogemusi ja tekkivaid piiranguid, millega nad sünnitusjärgse perioodiga kohanemisel kokku puutuvad. Lisandub ebakindlus tervishoiutöötajate pädevuse ja ühtlustamata soovitude osas, mis suunab naised otsima teavet teistest allikatest, mis ei ole sageli tõenduspõhist praktikat toetavad (Brodrigg *et al.*, 2013). Ebakindlust põhjustavatest teemadest on emade poolt olulisemateks nimetatud rinnaga toitmist ja enesehooldust (Tully *et al.*, 2017).

Kaasajal on suurenenud riskirasedate arv, paljudel naistel esineb sünnitusjärgsel vaimse tervise häireid, kaasuvana kroonilisi haigusi, sh hüpertensioon, diabeet või rasedusest/sünnitusest tingitud tervise- ja/või kohanemisprobleeme, mis vajavad jätkuvat jälgimist ning ravi (Tully *et al.*, 2017).

Sünnitusjärgne hooldus peab olema terviklik, kättesaadav, kultuuriliselt sobiv ning vestluspõhine tervishoiuteenus. Tervishoiutöötajate omavaheline tõhus koostöö parandab kliinilise suhtluse keskendumist naise ja pere jaoks olulisemate tervise- ja toimetulekuprobleemide avastamisele ja nende lahendamisele.

1.1.3.1. Sünnitusjärgsed koduviisid

Emade ja laste haiglas viibimise kestus pärast sünnitust on lühenenud, samas tervete emade ja ajaliste vastsündinute varajane sünnijärgne kojukirjutamine ei näi avaldavat negatiivset mõju rinnaga toitmisele ega emade depressiooni avaldumisele, kui naistele pakutakse pärast väljakirjutamist vähemalt üks ämmaemanda sünnitusjärgne koduviit (Yonemoto, 2021). Maailma Terviseorganisatsioon (ingl k *World Health Organization, WHO*) ja Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni Lastefond (ingl k *United Nations Children's Fund, UNICEF*) soovivad

tervishoiuasutuses sündinud vastsündinutele teha esimene koduviit võimalikult kiiresti pärast ema ja lapse koju naasmist, teine viit kolmandal päeval ja võimalusel tuleks kolmas viit teha enne esimese elunädala lõppu (Yonemoto, 2021; WHO, 2022).

Maailmas rakendatud koduviitide programmid on tõenduspõhisusel baseeruvad sekkumised, mille eesmärk on toetada terve lapse arengut, ennetada väärkohtlemist ja hooletussejätmist ning toetada vanemaharidust ja vanemlikke oskusi (Burcher *et al.*, 2021). Rakendatud programmid on kirjeldanud positiivseid muutusi: langeb enneaegsete sünnituste osakaal, väheneb depressiooni sümptomite väljendumine, paranevad vanemlikud oskused ja toimetulek, mis kõik mõjutavad lapse hooldust ning heaolu (Ammerman *et al.*, 2005; Campos *et al.*, 2018; Goyal *et al.*, 2020). Koduviitidid võivad naise julgustada oma lapsi eranditult rinnaga toitma ja edendada imikute tervist (Yonemoto, 2021). Naised on oma sünnitusjärgse hooldusega rohkem rahul ning individuaalsem hooldus võib parandada naiste tervise tulemusi (Yonemoto, 2021). Seega on sünnitusjärgsete koduviitide eesmärgiks pakkuda professionaalset vajadustest lähtuvat abi ja toetust naistele, imikutele ja peredele.

Sünnitusjärgse hoolduse sisu tuleb käsitleda viisil, mis tagab olemasolevate ja potentsiaalsete kliiniliste probleemide lahendamise ja varase tuvastamise. Paljud naised tajuvad intensiivset rasedusaegset jälgimist ja ettevalmistust sünnituseks, samas kogetakse vähem sarnase hoolduse jätkumist sünnitusjärgsel ajal (Tully *et al.*, 2017). Sagedamini keskendutakse vastsündinule, kuid ema tervis ja heaolu jäävad tagaplaanile. Mõned varajased sünnitusjärgsed probleemid võivad esimestel nädalatel oluliselt süveneda; teised lahendatakse siis, kui ema ise erakorraliselt oma muredega pöördub (Tully *et al.*, 2017).

Ämmaemandate koduviitidid esimestel sünnitusjärgsetel päevadel pakuvad võimalusi ema ja vastsündinu seisundi hindamiseks, tervisekasvatuseks, imiku toitmise toetamiseks, emotsionaalseks või praktiliseks toeks ning vajadusel suunamiseks teiste spetsialistide juurde. Koduviitidid on parandanud oluliselt emade tervist ja heaolu ning vastsündinu hooldusega seotud murekohti nagu vannitamine, hügieeniõpetus, nabakõndi hooldus ja nahahooldus. Lisaks võib koduviitidel tuvastada tingimusi, mis nõuavad täiendavat toetust, hooldust või kontrolli, samuti nõustamist ema võimestamiseks ja selle kohta, millal ema ja vastsündinu peaksid tervishoiuasutusse viia pöörduma. Koduviit võib hõlmata mitte ainult ema ja vastsündinu

füüsiliste probleemide hindamist, vaid ka ema vaimse tervise, perekondlike asjaolude ja kodukeskkonna hindamist (Yonemoto, 2021; WHO, 2022).

Sünnitusjärgsel ning füüsilise taastumise ajal on oluline nõustamisteema pereplaneerimine ja kontratseptsioon, mida raseduse ajal tavapäraselt ei käsitleta ja sünnijärgses osakonnas puudutatakse vaid üldsõnaliselt. Samas tuleb arvestada, et teema käsitlemine varasel sünnitusjärgsel perioodil ei määratle naise seksuaalelu alustamise aega, pigem vajatakse teadvustatud otsuste langetamiseks sobivalt ajastatud informatsiooni ja kallutamata soovitusi.

Ämmaemandate koduvisiidid esimestel sünnitusjärgsetel päevadel lahendavad edukalt paljud teenusele ligipääsu ja järjepidevuse probleemid, sealhulgas transpordiprobleemid. Sünnitusjärgsel on ämmaemandushoolduse eesmärk mitmekülgne: teabe ja emotsionaalse toe pakkumine, ema ja lapse hoolduse toetamine ning emade võimestamine. Võimestamine on määratletud kui tunnetatud võimekuse suurendamine, ja see peegeldab protsessi, mille kaudu inimesed saavutavad suurema kontrolli nende tervist mõjutavate otsuste ja tegevuste üle (Lagendijk *et al.*, 2020). Ema tunnetatud võimekus on emade usk oma võimetesse täita konkreetseid ülesandeid vastsündinu eest hoolitsemisel (Lagendijk *et al.*, 2020). Tunnetatud võimekus või naise võimestamine on eduka emadusele ülemineku oluline ennustaja (Lagendijk *et al.*, 2020). Sünnitusjärgse tunnetatud võimekuse vähenemine või emade jõustumise madal skoor vähendab rinnaga toitmist, vastsündinu hoolduse kvaliteeti ja suurendab emade depressiooni riski (Lagendijk *et al.*, 2020).

Eestis puudub üks kindlaks määratud ja tunnustatud tegevusmudel või metoodika koduvisiitide elluviimiseks. Laste tervise jälgimise juhend soovitab, et sünnitusjärgse koduvisiidi vajadus otsustatakse vastavalt Calgary hindamisvahendi tulemustele ja sünnitusabi meeskonna soovitusel (Lapse tervise jälgimise..., 2019). Projekti alguseks ei ole rakendunud hindamisvahendite kasutamine riskis perede tuvastamiseks ega sünnitusjärgsete koduvisiitide süsteemne osutamine, mis seab naised ja pered ebavõrdsesse olukorda ning puuduvad selged kriteeriumid riskide hindamiseks.

1.2. Uuringu eesmärk ja uurimisküsimused

Lähtuvalt eespool väljatoodud toetusvajadustest nii sünnituseelselt kui -järgsel, ja probleemkohtadest selle toetuse osutamises, seati projekti käigus läbiviidud uuringule järgmised eesmärgid:

1. hinnata tegevusmudeli ja sõelumisvahendite sobivust toetusvajadusega naiste/perede avastamiseks;
2. hinnata ämmaemanda poolt pakutud toetuse mõju naisele.

Eesmärkidest lähtuvalt sõnastati järgmised uurimisküsimused:

1. millised toetusvajadused ilmsid koduviisi käigus;
2. millist tuge ämmaemandad peredele pakkusid;
3. mis näitajate alusel hindas ämmaemand naisele pakutavat korduvat koduviiti vajalikuks;
4. milline oli naiste hinnang koduviitidele;
5. milline oli ämmaemandate hinnang sõelumisvahendite kasutamisele.

1.3. Uuringu protseduur

1.3.1. Sidusrühm

Sidusrühma moodustasid projekti tegevuste elluviimiseks koolituse läbinud (vt Lisa 1) ja valmisolekut kinnitanud ämmaemandad eri Eesti piirkondadest ja tervishoiuasutustest. 2021. aasta detsembris kuulutati välja taotlusvoor ämmaemandatele, kes soovivad kandideerida projektis osalemiseks. 2022. aasta jaanuaris kinnitas 21 ämmaemandat oma soovi osaleda väljaõppes ja panustada projekti tegevustesse. Sama aasta veebruaris saadeti kandideerinud ja õppima asumist kinnitanud ämmaemandate tööandjatele kiri, millega paluti kinnitada tervishoiuasutuse nõusolekut asuda pärast väljaõpet koduviite tegema ning uuringus osalema. Septembris toimus korduv värbamine ning 21 ämmaemandat lõpetas koolituse oktoobris, neist 8 ämmaemandat panustas vähesel määral ka andmete kogumisse ja 6 töötasid juba tervishoiuasutuses, kes olid uuringusse kaasatud.

1.3.2. Sihtrühm

Uuringu sihtrühmaks olid lapseootel ja/või lapse saanud naised. Uuritavate värbamine toimus informeeritud nõusoleku alusel perioodil 14.04.2022–31.03.2023. Uuringusse siseneti kas rasedusaegsel visiidil ämmaemanda juurde kuni 30. rasedusnädalani või ämmaemanda universaalsel sünnitusjärgsel koduviidil. Lisaks eelnevale olid värbamise eelduseks eesti keele oskus ja elukoha kaugus tervishoiuasutusest maksimaalselt 30 kilomeetrit.

Ämmaemand kodeeris uuringus osalemiseks nõusoleku andnud naise. Naise koodi ja isikuandmete (nimi ja sünnipäev) seose dokumenteeris ämmaemand tema hallatavasse koodivõtmete faili. Ülejäänud koodikleebiseid hoiustas uuritav oma rasedapassi vahel. Koodikleebis lisati kõikidele andmete kogumise eesmärgil täidetud pabervormidele (nt sõeltestidele) pärast küsimustike täitmist. Kodeeritud ankeedid edastas ämmaemand projektimeeskonnale. Meeskonna poolt sisestati kokku koondatud andmed elektroonsesse koondtabeli. Selliselt puutus naise isikuandmetega kokku vaid talle ämmaemandusabi teenust osutav ämmaemand. Uuringu projektimeeskonnani jõudsid andmed anonümiseeritult.

1.3.3. Sünnituseelne periood

Uuringusse värbamise järgselt paluti naisel täita paberankeet sotsiaaldemograafiliste andmete korjeks. Seejärel sõeluti naise Edinburghi sünnitusjärgse depressiooni skaala (EPDS) abil maksimaalselt kolmel korral, raseduse suurustes kuni 15+6, 24+0 kuni 27+6 ja alates 37+0 nädalat kuni sünnituseni. Sõelumiste arv oleneb naise raseduse suurusest uuringusse värbamisel. Calgary sünnituseelset sõeltesti rakendati raseduse suuruses alates 31 täisnädalat (31+0) kuni sünnituseni. Sõelumisvahendite kasutamine leidis aset ämmaemanda vastuvõttudel. Lisaks märkis ämmaemand kodeeritud kujul tabelisse naise suunamised spetsialistide juurde.

1.3.4. Sünnitusjärgne periood

Sünnitusjärgsed protseduurid uuritavaga toimusid ämmaemanda visiidi käigus uuritava koju (edaspidi koduviit). Esimese sünnitusjärgse koduviidi tegi ämmaemand kõikidele uuringusse kaasatud naistele. Kui naine polnud varem uuringu värvatud, viidi läbi informeeritud nõusoleku küsimise protseduur (vt ptk 1.3.2.). Koduviit viidi läbi projekti käigus loodud koduviidi tegevusmudeli (vt Lisa 2) alusel. Koduviidi tegevusmudel sisaldas naise ja vastsündinu seisundi hindamist vastavalt Lapse tervise jälgimise juhendi (2019) kontrollkaardile ja sünnitusjärgse koduviidi protokollile, psühhosotsiaalsete riskide sõelumist Calgary postpartum sõeltestiga ja kodukeskkonna riskide hindamist. Kui naine värvati uuringu koduviidis, rakendati ka EPDS-i. Hindamiste tulemusel määratles ämmaemand korduva koduviidi vajaduse. Lisaks hindamistele nõustas ämmaemand naist koduviidi mudelis kajastuvate teemade osas. Koduviidi tegemiseks loodi ämmaemandatele ka koduviidi meelespea (vt Lisa 3).

Korduva koduviisiidi vajaduse puhul leppis ämmaemand naisega kokku järgmise koduviisiidi. Visiit viidi samuti läbi koduviisiidi tegevusmudelil lähtuvalt ja korduva koduviisiidi protokollil järgides. Naistele, kelle sünnituse kulus ja/või sünnitusjärgsetel esimestel päevadel esines kõrvalekaldeid, teostati esimesel korduval koduviisiidil ka EPDS-iga sõlumine.

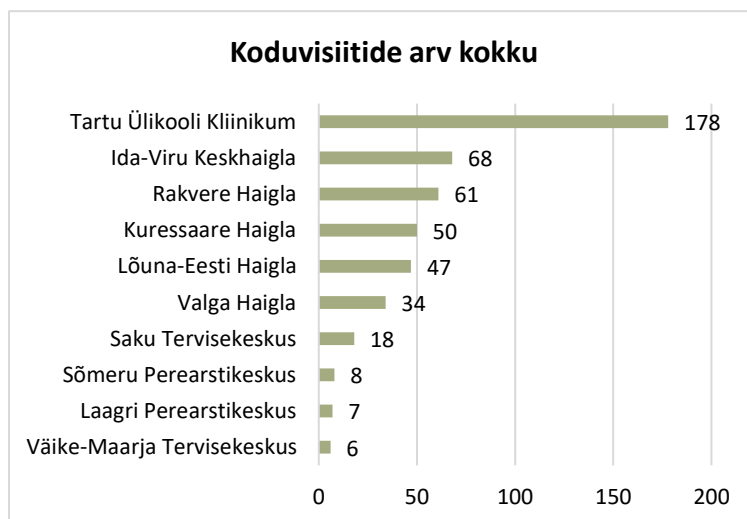
Viimasel koduviisiidil palus ämmaemand uuritava täita elektroonse järelküsimumustiku, millega koguti osalenu tagasisidet ja rahulolu teenusega ning heaolu ja toimetulekut koduviisiidi järgselt. Andmete kogumiseks saatis ämmaemand uuritava meiliaadressile tema uuringus osalemise koodi, küsimustiku veebilingi ja juhised täitmiseks. Küsimustiku täitmine oli anonüümne – koduviisiite teostanud ämmaemandal puudus ligipääs küsitluse vastustele ja projekti meeskonnani jõudsid andmed anonümiseeritult.

1.4. Andmeanalüüs

Andmetöötluseks kasutati programme Microsoft Excel 2019 MSO (Version 2306) ja SPSS Statistics v.26.

1.5. Tulemused ja arutelu

1.5.1. Koduviisiidid



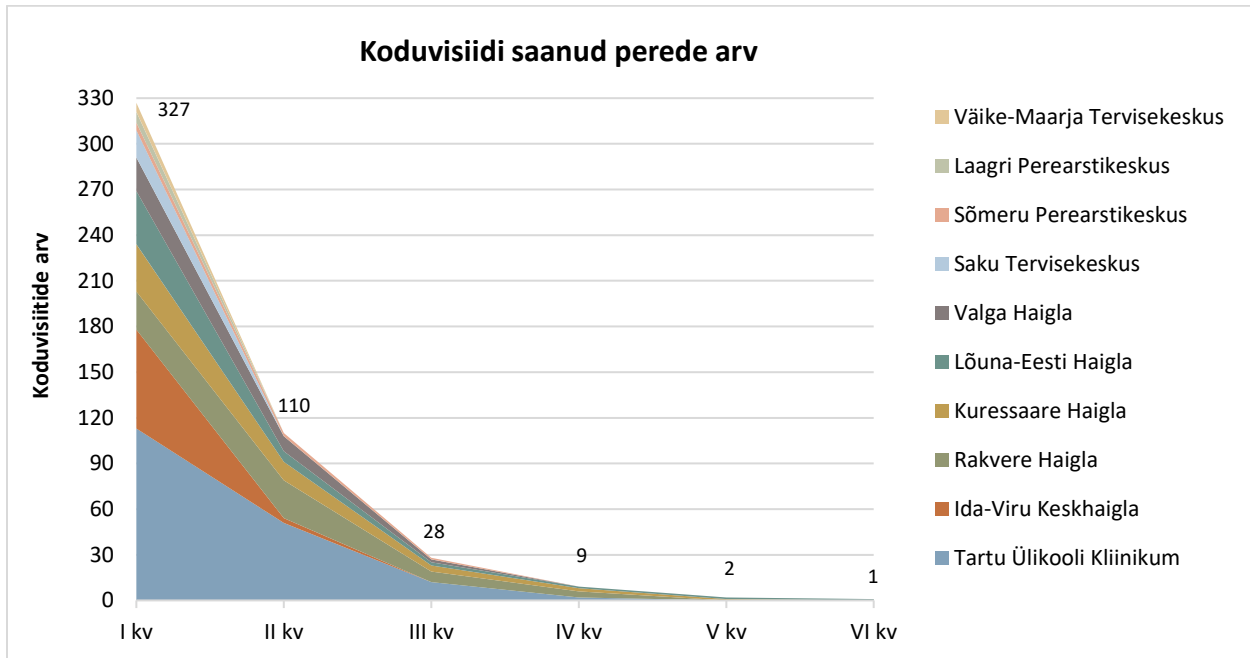
Joonis 1. Koduviisiitide arvud tervishoiuasutuste lõikes.

Projekti käigus tehti 10 tervishoiuasutuse ämmaemandate poolt kokku 477 koduviisiiti, millest suurima osa (37,3%) moodustasid Tartu Ülikooli Kliinikumi ämmaemandate visiidid (vt Joonis 1). Järgnesid Ida-Viru Keskhaigla (14,3%) ja Rakvere Haigla (12,8%) ämmaemandate visiidid..

Universaalse koduviisiidi said 327 naist. Neist suurima osa, 113 (34,6%)

moodustasid samuti SA Tartu Ülikooli Kliinikumi ämmaemandate poolt tehtud visiidid (vt

Joonisel 2). Esmaviisiide arvult järgmiseks oli Ida-Viru Keskhaigla 65 (19,9%) visiidiga, järgnes Lõuna-Eesti haigla 35 visiidiga (10,7%). Teise visiidi said 110 (33,6%) ning kolmanda visiidi 28 (8,6%) naist. Vähesel määral vajati rohkemaid koduviisiite – neljanda visiidi sai 9 naist, viienda 2 ja kuuenda 1 naine.



Joonis 2. Koduviisiitide arv tervishoiuastuste ja koduviisiitide järgnevuse järgi. „Kv“ = koduviisiit.

1.5.2. Visiitide vahemik ja kestvus

Lapse keskmine vanus esimese koduviisiidi ajal oli 8.57 elupäeva (*Min.* = 2, *max.* = 74; *SD* = 6.23), Teine visiit toimus laste ($N = 104$) vanuses 7–52 päeva ($M = 14.80$, $SD = 6.25$). Kolmandal visiidil oli laste ($N = 28$) keskmiseks vanuseks 21,75 päeva (*Min.* 11, *max.* 47; $SD = 8.59$), neljandal visiidil ($N = 9$) 26,22 päeva (*Min.* 14, *max.* 65; $SD = 16.32$).

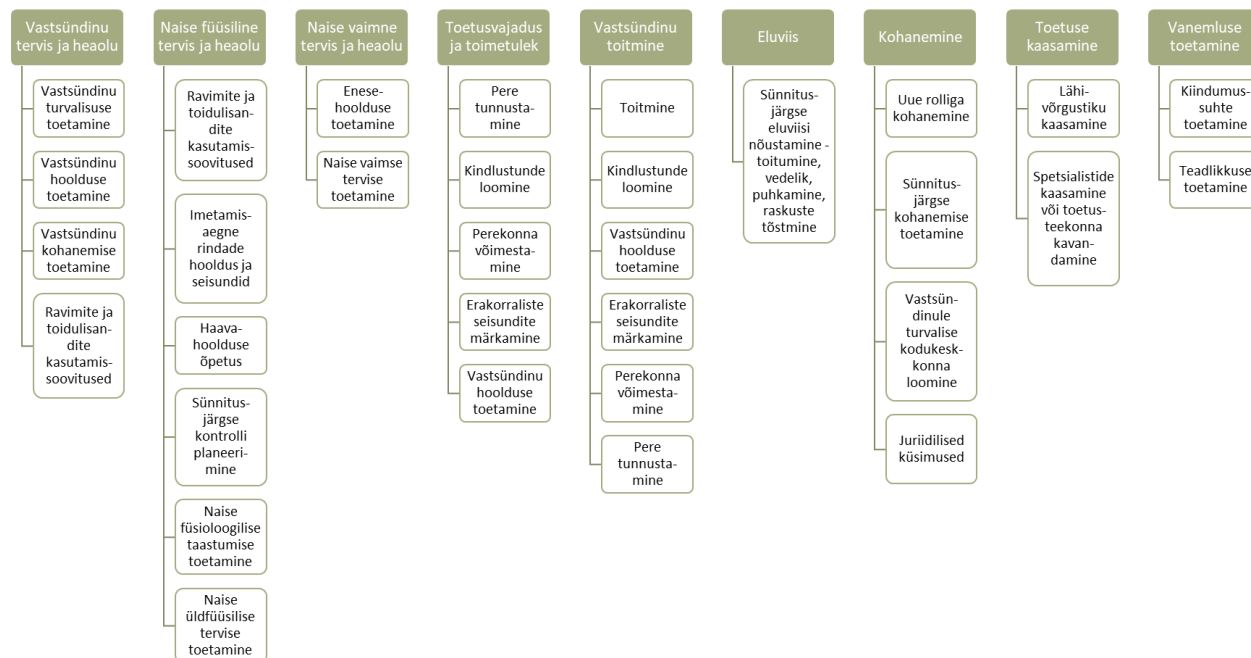
Universaalne koduviisiit kestis keskmiselt veidi üle tunni, 73 minutit (vt Tabelist 1). Ka järgmiste visiitide aeg jäi 62 ja 66 minuti vahele, v.a viies ja kuues koduviisiit, millest esimese pikkus oli üle pooleteise tunni (95 minutit) ja teise pikkus juba ligi kaks tundi (110 minutit). Aja sisse arvestati ämmaemanda kodus viibimine, mitte transpordiaeg ega muud tegevused, sh dokumenteerimine, mis toimusid küll koduviisiidiga seotult, kuid vähemalt osaliselt ka selle välisel ajal.

Koduvisiit	N	Miinumum	Maksimum	M	SD
I	323	30	165	73	26.90
II	94	10	120	62	26.58
III	28	25	120	66	27.78
IV	8	15	130	65	37.62
V	1			95	
VI	1			110	

Tabel 1. Koduvisiitide kestvus.

1.5.3. Ämmaemandate nõustamised universaalses koduvisiidis

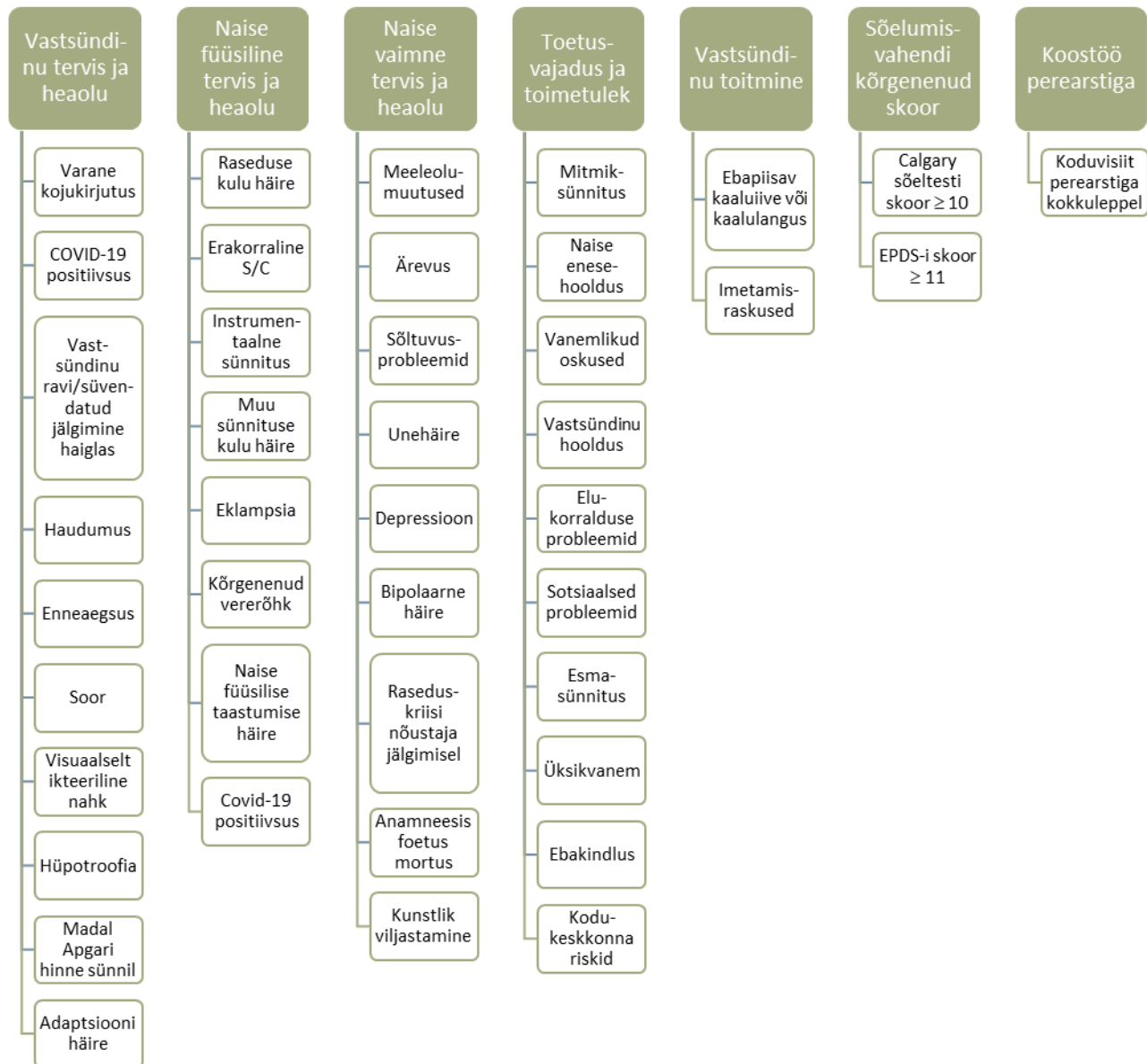
Ämmaemanda poolt universaalses koduvisiidis läbiviidud nõustamiste teemad rühmitati induktiivsel meetodil temaatilistesse kategooriatesse. Rühmitamine toimus teemade sarnasuse ja sisulise kuuluvuse alusel. Kokku loodi üheksa ülakategooriat (vt Jooniselt 3) . Kategooriate loomise puhul on näha sisulise terviklikkuse taotlust. Näiteks ülakategooria “Vastsündinu toitmine” koondab endas nii vastsündinu toitmisaktiga seonduvat, kuid ka kiindumussuhte loomise, vastsündinu hoolduse ja erakorraliste seisundite märkamist kui ka perekonna tunnustamise aspekti.



Joonis 3. Ämmaemanda poolt tehtud nõustamiste kategooriad.

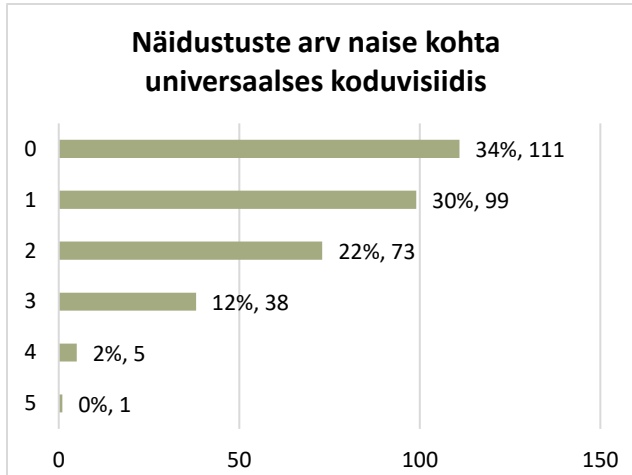
1.5.4. Korduva koduvisiidi näidustused

Ämmaemandad protokollisid universaalsel koduvisiidil korduva koduvisiidi näidustused. Näidustused olid jagatud kaheks: rasedusest ja/või sünnitusest tulenevad ning universaalses koduvisiidis fikseeritud näidustused. Näidustustest oli protokollis linnutatav loetelu ning võimalus „muu“ alla kirjutada vabas vormis lisa. Analüüsiks kategoriseeriti näidustused induktiivsel meetodil ala- ja ülakategooriatesse (sõltumata, kas rasedusest/sünnitusest ja/või koduvisiidist tulenev). Nt kui ämmaemand kirjutas näidustuseks "ärevus", siis kategoriseeriti see naise vaimse tervise ja heaolu alla. Üks alanäidustus ei kategoriseerunud mitme ülanäidustuse alla. Seetõttu on ülakategooriad ka osati tinglikud - imetamine puudutab mitmet ülakategooriat (vaimne, füüsiline tervis), kuid kategoriseeriti vaid vastsündinu toitmise alla. Sõelumisvahendi kõrgeenenud skoori näidustus tähendas, et raseduses, koduvisiidis või mõlemal juhul ületas üks või mõlemad sõelumisvahendi skoorid äralõikepiiri. Kategoriseerimise alusel kujunes näidustustele järgmine struktuur (vt Jooniselt 4). Lisaks esines kolm täpsustamata näidustust, mida ei kategoriseeritud.

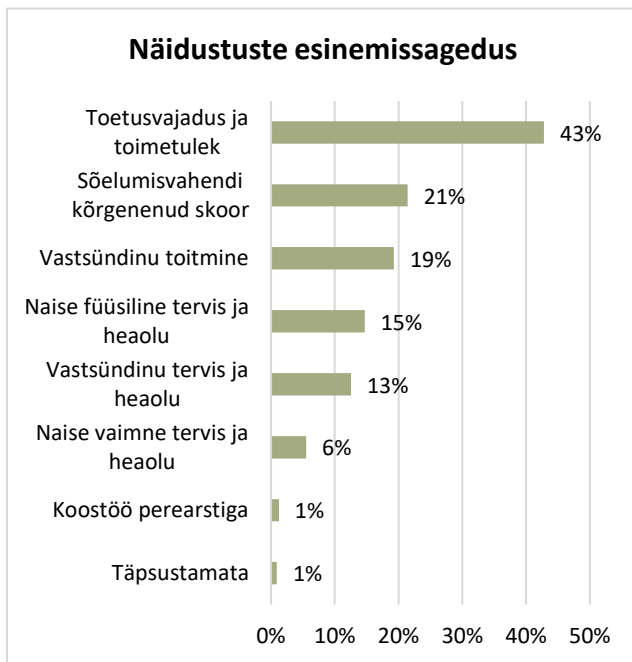


Joonis 4. Ämmaemanda poolt märgitud korduva koduvisiidi näidustused.

Käesoleva peatüki analüüsid viidi läbi Joonisel 4 toodud ülakategooriatest lähtuvalt. 327-st naisest 216-l (66,1%) esines vähemalt üks korduva koduvisiidi näidustus. Ühe naise kohta esines keskmiselt 1,08 näidustust, varieerudes 0 ja 5 vahel ($SD = 1.09$). Kõigist naistest ligikaudu pooltel (52%) esines üks või kaks näidustust. Rohkemate, 3–5 näidustusega olid 14% kõigist esimese koduvisiidi saanud naistest (vt Jooniselt 5).



Joonis 5. Näidustuste arv naise kohta universaalses koduviisiid.



Joonis 6. Näidustuste esinemissagedus universaalse koduviisiidi saanud naiste seas.

1.5.4.1. Korduva koduviisiidi näidustuste seostumine

Naise vaimse tervise ja heaolu näidustuse ning sõelumisvahendi kõrgenenud skoori vahel esines seos, $X^2(1) = 17.75$, $p < .001$. Vaimse tervise ja heaolu näidustuse saanud naiste šanss omada kõrgenenud sõeltestiskoor oli 6.34 korda suurem. Esines seos vaimse tervise ja heaolu näidustuse saanud naiste šanss omada ka vaimse tervise ja heaolu näidustus. Calgary sõeltesti äralõike punkti ületanutel, $X^2(1) = 19.19$, $p < .001$. Calgary sõeltesti äralõikepunkti ületanutel oli 6.67 korda suurem šanss omada ka vaimse tervise ja heaolu näidustus. Calgary sõeltesti

216 korduva koduviisiidi näidustuse saanud naistest ligi pooled (43%) vajasisid toetust toimetulekul (vt Jooniselt 6). Toimetulekut käsitleti laia kategooriana, mille alla kuulusid näiteks nii vastsündinu kui enesehoolduse oskused, elukorralduslikud küsimused, aga ka üldine ebakindlus. 21% naisi ületasid Calgary ja/või EPDS-i skoori äralõikepunkti. Kuigi teiste kategooriatega tihedalt seotud näidustusena, kuid siiski eraldiseisvalt käsitleti vastsündinu toitmise seonduvaid küsimusi/probleeme. 19% naistest esines vastava kategooria näidustus. Kategooria alla kuulusid kaaluüve ja imetamisega seonduv.

Ligi poolte näidustuste saanud naiste (122; 56,5%) puhul hindas ämmaemand esimesel koduviisiidil olles järgmise visiidi tegemist vajalikuks. Võrreldes kõiki vähemalt ühe näidustuse saanud naisi, esines korduva koduviisiidi otsusega naistel rohkem näidustusi ($Mdn = 2.00$) kui naistel, kellele korduvat koduviisiiti ei määratud ($Mdn = 1.00$), $U = 2554.00$, $z = -7.41$, $p < .001$.

ärälõikepunkti ületanute ja toetusvajaduse ning toimetuleku vahel esines samuti seos, $X^2(1) = 16.52, p < .001$. Lõikepunkti ületanute šanss omada toetusvajaduse ja toimetuleku näidustust oli 2.98 korda suurem.

Seostusid ka naise vaimne tervis ja heaolu ning toetusvajadus ja toimetulek, $X^2(1) = 4.38, p < .05$. Esimese näidustuse esinemisel oli šanss omada ka teist näidustust 2.83 korda suurem. Füüsilise tervise ja heaolu näidustus seostus toetusvajaduse ja toimetulekuga, $X^2(1) = 20.64, p < .001$. Esimese näidustuse puhul oli šanss omada teist näidustust 4.41 korda suurem. Vastsündinu tervis ja heaolu seostus toitmisega, $X^2(1) = 4.61, p < .05$. Esimese näidustuse puhul oli šanss omada teist näidustust 2.19 korda suurem.

Erinevaid näidustusi esines esmasünnitajatel ($Mdn = 1.00$) rohkem kui korduvsünnitajatel ($Mdn = 0.00$), $U = 9600.00, z = -3.94, p < .001$ (analüüsist jäeti välja toetusvajaduse ja toimetuleku näidustus, mille alla esmasünnitamine kuulus). Esmasünnitajate šanss saada teise koduvisiidi otsus oli 3.84 korda suurem kui korduvsünnitajatele, $X^2(1) = 31.06, p < .001$.

Näidustuste lisandumisel kasvas šanss, et ämmaemand peab naisele teist koduvisiiti vajalikuks (vt Tabelit 2). Vastsündinu toitmise näidustuse puhul oli võimalus saada teise koduvisiidi otsus 2.77 korda kõrgem kui selle puudumisel. Ka sõelumisvahendi kõrgeenenud skoori puhul oli šanss korduva koduvisiidi otsuse saamiseks 2.26 korda kõrgem.

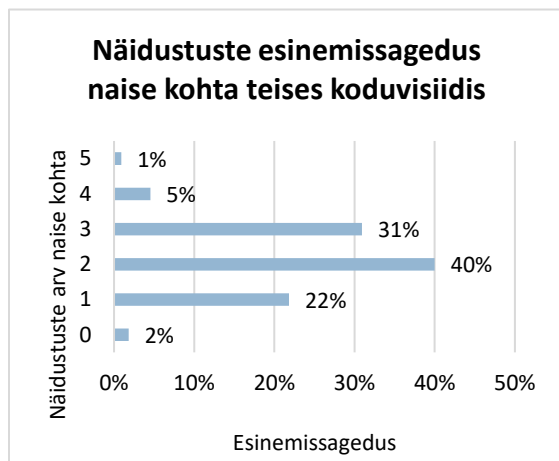
Näidustus	<i>B</i>	<i>S.E.</i>	Alapiir	Riskisuhe	Ülapiir
Vastsündinu toitmine	2.77**	0.41	7.10	16.01	36.09
Sõelumisvahendi kõrgeenenud skoor	2.26**	0.38	4.51	9.56	20.30
Vaimne tervis ja heaolu	1.75*	0.70	1.45	5.76	22.92
Füüsiline tervis ja heaolu	1.65**	0.44	2.19	5.21	12.37
Toetusvajadus ja toimetulek	1.35**	0.33	2.03	3.87	7.37
Vastsündinu tervis ja heaolu	1.20*	0.48	1.31	3.33	8.45

Tabel 2. Korduva koduvisiidi näidustuse ja korduva koduvisiidi otsuse seostumine. Seos statistiliselt oluline nivool * $p < .01$, ** $p < .001$.

12 naise puhul hindas ämmaemand korduva koduvisiidi vajalikuks, kuid visiiti ei tehtud. Nendest kahel juhul oli kokkulepitud edasine perearsti külastus või ämmaemanda juurde vastuvõtule tulek

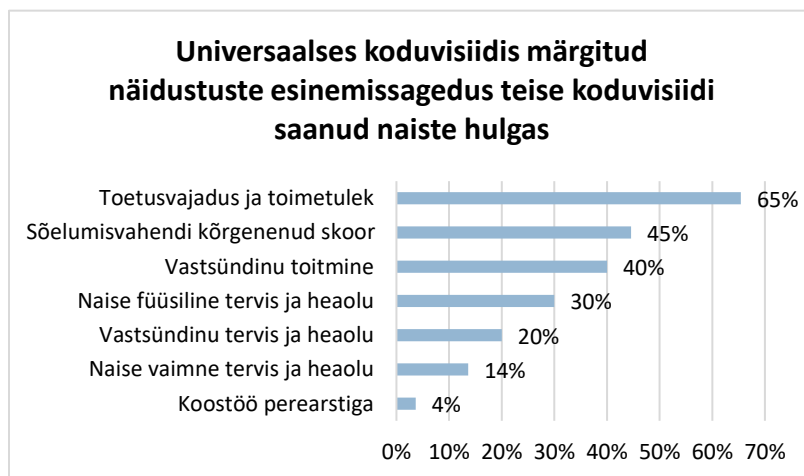
ja kahel juhul naine järgmist visiiti ei soovinud. Ühel juhul jäi naisel võimalus ühenduda, kui veel visiiti vajalikuks peab. Teistel juhtudel ei ole visiidi ärajäämist põhjendatud.

1.5.5. Teine koduviisit



Joonis 8. Näidustuste esinemissagedus naise kohta teises koduviisiis.

Teise koduviisiidi said 110 naist, kelle vanused varieerusid 18 ja 45 eluaasta vahel ($M = 29.35$, $SD = 5.76$). Näidustuste arv naise kohta varieerus 0–5 vahel ($M = 2.17$, $SD = 0.92$). Kõige sagedasemalt said teise koduviisiidi kahe näidustusega naised (40%), järgnes kolme näidustuse omamine (31%). 6% ulatuses esines neli või rohkem näidustust. Kahel korduva koduviisiidi saanud naisel ei olnud universaalses koduviisiidis näidustust märgitud. Korduva koduviisiidi protokollis põhjendati esimese puhul järgmist koduviisiiti kõrgete



Joonis 7. Näidustuste esinemissagedus teise koduviisiidi saanud naistel.

sõeltestiskooridega ja lisaks märgiti näidustustena toimetulekut, toitmist, vaimset tervist ja elukorraldust. Teise naise puhul märgiti korduva visiidi põhjusteks jooksvad küsimused, naise enesetunne ja imetamise õnnestumine. Pole teada, mille tõttu universaalses visiidiis neid näidustusi ei märgitud.

1.5.6. Nelja ja rohkema visiidi saanud naised

Üheksa naise juures käisid ämmaemandad koduviisiidil üle kolme korral ja need toimusid neljas piirkonnas. Maksimaalselt toimus ühe perega kuni 6 kohtumist. Enam koduviisiite vajanud peredel

esines vähemalt kolm korduva koduviisi näidustust. Neist sagedaseim oli imetamisraskused (7 korral), lapse tervisega seotud mured (6 korral) ning ema vaimse tervisega seotud muresid esines 5 korral. Nelja naise puhul toodi välja toimetuleku ja kohanemisega seotud väljakutseid. Calgary skoor ületas äralõikepunkti 5 pere puhul ning EPDS skoor kolmel juhul. Nende juhtumite korral kaasati kas raseduskriisi nõustaja, psühholoog, psühhiaater, perearst, aga ka lastearst või günekoloog. Kahel juhul tehti koostööd sotsiaalvaldkonnaga. Ämmaemand jätkas koduviisi kuni oli veendunud, et pere saab iseseisvalt hakkama või oli suunatud teise erialaspetsialistile.

1.5.7. Arutelu

Suurem osa uuringus osalenud naistest (66,4%) sai toetatud esimese koduviisidiga. Kolmandat visiiti vajas ämmaemanda hinnangul vaid 8,6% naistest. Esimesel visiidil oli lapse keskmine vanus ligi üheksa päeva ning järgmised visiidid toimusid keskmiselt umbes ühe nädalaste vahedega. Esimesele visiidile kulus keskmiselt 73 minutit, teine kuni neljas visiit kestsid keskmiselt mõned minutid üle tunni. Viies ja kuues visiit kestsid aga oluliselt pikemalt, 1,5 kuni 2 tundi. Suur varieeruvus visiidi kestvuse osas võib viidata nii pere olukordade erinevusele kui ka ämmaemanda praktikate erisusele.

Esimesel koduviisidil märkisid ämmaemandid 66,1% naistest vähemalt ühe korduva koduviisi ülanäidustuse. Väiksemal osal koguvahetust ehk 14% naistest esines 3 või rohkem ülanäidustust. Tuleb silmas pidada, et alanäidustusi võis ühe ülanäidustuse sees tunduvalt rohkem esineda. Veidi alla poolte naiste (43%) vajasisid toetust toimetulekul. Tegu võis olla ka ühe enim alakategooriaid hõlmava ülakategooriaga, kattes mh esmasünnitanuid, üldist ebakindlust, hooldusoskusi ja kodukeskkonda, mistõttu näidustuse omamine selles vallas võis osutada tõenäoliseks ka sellest tulenevalt. Sõelumisvahendi kõrge skoori all käsitleti kõiki naisi, kes raseduses ja/või esimesel koduviisidil ületasid Calgary või EPDS-i äralõikepunkti. Emma-kumma või mõlemal sõelumisvahendi äralõikepunkti ületanud naisi oli kokku 21%. Mõnel juhul kirjutas ämmaemand protokollilt välja, et kuigi Calgary äralõikepunkti ületus on korduva koduviisi näidustusena loetletud, siis ta ei pea ainuüksi äralõikepunkti ületuse tõttu korduvat koduviisi vajalikuks.

Vähemalt ühe näidustuse saanud naistest ligi poolte (56,5%) puhul hindas ämmaemand teist koduviisi vajalikuks. Näidustuste loetelu oli protokollilt loodud pidades silmas võimalikke riskitegureid, mis edasist toetusvajadust indikeerivad. Näiteks toetusvajaduse ja toimetuleku alla

kuulunud esmasünnituse puhul võis esineda nii olukordi, kus uue olukorra ja varasemate kogemuste puudumise tõttu naine lisatuge vajab, aga ka neid olukordi, kus naine juba universaalsel koduviisiil nõustatud ja toetatud sai selliselt, et järgmist visiiti ämmaemand vajalikuks ei pidanud. Seega polnud näidustuste loomise eelduseks, et need on piisavad ja tarvilikud tingimused korduva visiidi otsuse tegemiseks. Lõplik otsus järgmise visiidi vajalikkuse kohta jäi ämmaemandale langetamiseks kõige koondatud informatsiooni ja juba tehtud nõustamiste/sekkumiste baasil. See võib põhjendada, miks vaid ligi pooled märgitud näidustusega naistest järgmise visiidi otsuse said.

Teise visiidi otsus oli tõenäolisem rohkemate näidustuste puhul. Samuti seostusid näidustused omavahel. Just Calgary sõeltesti skoori ületanutel esines suurem šanss omada ka vaimse tervise ja heaolu näidustust. Mõlemad katavad osaliselt samu valdkondi – Calgary küsimustikus on mõned otseselt naise vaimset tervist kajastavad küsimused, aga ka kaudsemaid küsimusi naise vaimset heaolu mõjutavate tegurite kohta. Seega on mõlemal näidustusel suur ühisosa.

Calgary sõeltesti äralõikepunkti ületanute kõrgem võimalus omada näidustust toetusvajaduse ja toimetuleku osas esines samuti. Seose põhjusena võib samuti näha seda, et küsimustik katab mitmeid toimetulekuga, sh pere üldise heaoluga seonduvaid teemasid.

Ilmnes samuti, et nii vaimset kui füüsilist tervist ja heaolu kätkevate näidustuste ilmnmisel oli suurem šanss omada ka toetusvajaduse ja toimetuleku näidustust. Kui jätta üldnäidustustest välja toimetuleku ja toetusvajadus, mille alla esmasünnitanud kategoriseerusid, siis sellele vaatamata esines neil rohkem teisi üldnäidustusi kui korduvsünnitajatel.

Kõigi kuue (välja jäetud perearstiga koostöö) näidustuse puhul oli selle omamisel suurem šanss ämmaemanda otsuseks, et naine vajab teist koduviisi. Kõige kõrgem šanss teise koduviisi otsuse saamiseks oli vastsündinu toitmisel osas näidustuse omamine. Järgnes kõrgenenud sõeltesti skoori tulemus.

Kokkuvõttes võib väita, et puudus üks tarvilik ja piisav näidustus, mille puhul teist koduviisi alati vajalikuks hinnati. Kõige tõenäolisemalt hindas ämmaemand teist visiiti vajalikuks, kui näidustusi esines rohkem ja vajati toetust vastsündinu toitmisel ning/või ületati sõeltesti(de) äralõikepunkt. Samuti oli tõenäosus teise visiidi otsuseks kõrgem esmasünnitajatel. Kuigi näidustusi toetusvajaduse ja toimetuleku osas esines esimese koduviisi saanutel kõige rohkem (43%), siis

selle näidustuse omamine eraldivaadatuna ei panustanud märkimisväärselt rohkem ämmaemanda otsusesse teise koduvisiidi vajalikkuse kohta kui teised näidustused.

Kirjandus

Antenatal and postnatal mental health. Quality standard. (2016). NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs115>

Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Stevens, J., Holleb, L. J., Novak, A. L. ja Van Ginkel, J. B. In-home cognitive-behavior therapy for depression. (2005). *Best Practice in Mental Health* 1(1):1e14.

Brodribb, W, Kruske, S., Miller, Y.D. (2103). Baby-friendly hospital accreditation, in hospital care practices, and breastfeeding. *Pediatrics*, vol 131 (4). 685–692

Burcher, S., A., Corey, L., A., McClure Mentzer, K., Davis, L., McNamee, H., Horning, M., L., Brown, S., J., Shlafer, R., J. (2021). Family home visiting and fathers: A scoping review. *Children and Youth Services Review* 128 106132

Campos, S., Kapp, J. M. ja Simoes, E. J. (2018). The evidence base for the maternal, infant, and early childhood home visiting program constructs. *Public Health Rep.* 133(3):257e65.

Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., & Herrlich, A. (2013). *Listening to mothers SM III. New Mothers Speak Out*, 2013.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). (n.d.). [http://www.perinatalervicesbc.ca/health-professionals/professional-resources/health-promo/edinburgh-postnatal-depression-scale-\(epds\)](http://www.perinatalervicesbc.ca/health-professionals/professional-resources/health-promo/edinburgh-postnatal-depression-scale-(epds))

Goyal, N. K, Brown, C. M., Folger, A. T., Hall, E. S., Van Ginkel, J. B., Ammerman, R. T. (2020). Adherence to well-child care and home visiting enrollment associated with increased emergency department utilization. *Matern Child Health J* 24(1):73e81.

Hewitt, C. E., Gilbody, S. M., Brealey. (2009). Methods to identify postnatal depression in primary care: An integrated evidence synthesis and value of information analysis. *Health Technology Assessment*, Vol. 13. <https://doi.org/10.3310/hta13360>

Hiscock, H., Cook F., Bayer J., Le H.N., Mensah, F., Cann, W., Symon, B., St James-Roberts, I. (2014). Preventing Early Infant Sleep and Crying Problems and Postnatal Depression: A Randomized Trial. *Pediatrics*. 2014 Jan 6

Lagendijk, J., Sijpkens, M.K., Ernst-Smelt, H.E., Verbiest, S.B., Been, J.V., Steegers, E.A.P. (2020). Risk-guided maternity care to enhance maternal empowerment postpartum: A cluster randomized controlled trial. *PLoS One*. 2020; 15(11): e0242187. doi: 10.1371/journal.pone.0242187

Lapse tervise jälgimise juhend (2019)., RJ-Z/29.1-2019. Ravijuhendite nõukoda.

Lavender, T., Richens, Y., Milan, S. J., Smyth, R. M. D., & Dowswell, T. (2013). Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 2013. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009338.pub2>

Lomonaco-Haycraft, K. C., Hyer, J., Tibbits, B., Grote, J., Stainback-Tracy, K., Ulrickson, C. Hoffman, M. C. (2018). Integrated perinatal mental health care: a national model of perinatal primary care in vulnerable populations. *Primary Health Care Research and Development*, 1–8. <https://doi.org/10.1017/S1463423618000348>

Martin, A., Horowitz, C., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2014). Views of women and clinicians on postpartum preparation and recovery. *Maternal and child health journal*, 18, 707-713.

Molyneaux, E., Howard, L. M., Mcgeown, H. R., Karia, A. M., & Trevillion, K. (2014). Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 2014. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002018.pub2>

Raseduse jälgimise juhend. (2018). Eesti Naistearstide Seltsi ravijuhend. Versioon 5. https://rasedajalgimine.weebly.com/uploads/1/1/0/4/11047471/raseduse_juhend_2018.pdf

Regional Perinatal Mental Health Care Pathway. (2017). https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/nccmh/perinatal/nccmh-the-perinatal-mental-health-care-pathways-short-guide.pdf?sfvrsn=4f52dbb3_2

Riigi Teataja (2014). Lastekaitseeadus. <https://www.riigiteataja.ee/akt/LasteKS>

Sacks, E., Finlayson, K., Brizuela, V., Crossland, N., Ziegler, D., Sauve', C. (2022). Factors that influence uptake of routine postnatal care: Findings on women's perspectives from a qualitative evidence synthesis. *PLoS ONE* 17(8): e0270264. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270264>

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Apr; 2016(4): CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5

Shaw, E., Levitt, C., Wong, S., Kaczorowski, J. (2006). Systematic review of the literature on postpartum care: Effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth* 33 (3):210-20.

Tsivos, Z.-L., Calam, R., Sanders, M. R., & Wittkowski, A. (2015). Interventions for postnatal depression assessing the mother-infant relationship and child developmental outcomes: a systematic review. *International Journal of Women's Health*, 7–429. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S75311>

Tully, K.,P., Stuebe, A.,M., Verbiest, S.,B. (2017). The fourth trimester: a critical transition period with unmet maternal health needs. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*: 2017 (1):37-41.

Van Der Zee-Van Den Berg, A. I., Boere-Boonekamp, M. M., Maarten, Ijzerman, J., Riet, Haasnoot-Smallegange, M. E., Reijneveld, A. (2016). Screening for Postpartum Depression in Well Baby Care Settings: A Systematic Review. *Maternal and Child Health Journal*, 21. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2088-8>

Yonemoto, N, M. R. (2017). Cochrane Database of Systematic Reviews Schedules for home visits in the early postpartum period. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009326.pub3>

Yonemoto, N., Nagai, S., Mori, R. (2021) Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021; 2021(7): CD009326. doi: 10.1002/14651858.CD009326.pub4

WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. (2016) I. World Health Organization.

WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience (2022). Geneva: World Health Organization; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

2. RASEDUSAEGNE JA SÜNNITUSJÄRGNE VAIMNE TERVIS DEPRESSIOONI NÄITEL. DEPRESSIOONIRISKI HINDAMINE NING SELLEGA SEOTUD TEGURID.

Kristiina Uriko, Kadi Liik

2.1. Sissejuhatus

Eestis puudub lapseootel ja sünnitanud naiste ning nende perede vaimset tervist toetav süsteemne ennetustegevus ning napib infot vaimse tervise häirete ja probleemide ulatusest lapseootuse ajal ning sünnitusjärgse aasta jooksul. Varajase sekkumise eesmärgiks on põhimõtte, et sekkumine peaks jõudma kõikide tuge vajavate peredeni võimalikult varakult ning erinevused terviseteenuse kättesaadavuses peaksid olema tasandatud linnade ja maapiirkondade vahel. Kuna vaimse tervise ennetustegevuste puhul tuleb lähtuda ka sotsiaal-kultuurilisest raamistikust, siis üks-ühele mudeleid teistest riikidest üle võtta ei ole võimalik.

Rasedusaegset ja sünnitusjärgset meeleoluhäiret peetakse üheks kõige sagedamini esinevaks lapse sünniga seonduvaks psüühikahäireks (Hahn-Holbrook *et al.*, 2018; Howard *et al.*, 2014) ning käsitletakse ülemaailmse terviseprobleemina (Mathers & Loncar, 2006; Shorey *et al.*, 2018; WHO, 2014). Rasedusaegse depressiooni all mõistetakse meeleoluhäire esinemist raseduse ajal ning sünnitusjärgne depressioon hõlmab depressiooni esinemist aasta jooksul pärast lapse sündi (Gavin *et al.*, 2005; Gelaye *et al.*, 2016; Vliegen *et al.*, 2014; Wilcox *et al.*, 2021). Rasedusaegse ja sünnitusjärgse depressiooni esinemissageduseks on hinnatud 7-20% (Liu *et al.*, 2022; Shorey *et al.*, 2018; Woody *et al.*, 2017). Kuna kliinilise diagnoosi olemasolu sõltub paljudest teguritest (nt probleemi teadvustamine, abi kättesaadavus), siis on vaimse tervise häirete puhul aladiagnoosimine sagedaseks probleemiks. Ka rasedusaegse ja sünnitusjärgse meeleoluhäire levimuse puhul arvatakse, et tegemist on aladiagnoositud vaimse tervise häirega (Hahn-Holbrook *et al.*, 2018; Shorey *et al.*, 2018).

Lapse sünd seab kõrgendatud nõudmised naise võimekusele kohaneda nii füsioloogiliste kui ka psühhosotsiaalsete muutustega (Uriko, 2012; Uriko, 2017) ning kuigi naise depressioon kujutab ennekõike riski naise vaimsele tervisele, võib see mõjutada negatiivselt ka teiste pereliikmete heaolu. Vaimse tervise probleemid naisel lapseootuse ajal suurendavad tõenäosust

terviseprobleemide esinemiseks vastsündinul (Dadi *et al.*, 2020). Sünnitusjärgse depressiooniga kaasuv ärevus, anhedoonia ja passiivsus võib negatiivselt mõjutada ema-lapse suhet ja seeläbi ka lapse eakohaseks kognitiivseks arenguks vajalikku psühhosotsiaalse stimulatsiooni kvaliteeti (Kingston *et al.*, 2018; Slomian *et al.*, 2019). Ema sünnitusjärgne depressioon on seotud ka lapse sagedasema haigestumise ning haiglaravi vajadusega tema esimesel eluaastal (Jacques *et al.*, 2019). Naise rasedusaegne ja sünnitusjärgne meeleoluhäire suurendab ka riski isade vaimse tervise probleemide esinemiseks (Ansari *et al.*, 2021).

Vaimse tervise probleemide ennetamine on aja- ja kulutõhusam kui tagajärgede ja/või raviga tegelemine. Esmatasandi tervishoiusüsteemis võimaldab meeleoluhäire skriinimine ennetada rasedusaegset ja sünnitusjärgset depressiooni, avastada varakult riskijuhud ning suunata patsiendid eriarsti või vaimse tervise spetsialisti vastuvõtule (Hahn-Holbrock *et al.*, 2018; Jacques *et al.*, 2019; Serge *et al.*, 2023; WHO, 2014). Tänapäevaks on kohandatud ja piloteeritud Eestis meeleoluhäire ennetamiseks ja varaseks avastamiseks nii valdkonnapõhistes teadustöodes kui ka kliinilises praktikas maailmas enim kasutatust leidnud rasedusaegset ja sünnitusjärgset spetsiifikat arvestav hindamisvahend Edinburghi sünnitusjärgse depressiooni skaala (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS; Cox *et al.*, 1987). Eestis on enesekohase skriiningtesti EPDSi tulemuste kohaselt sünnitusjärgse depressiooni risk ligikaudu 20% (Uriko ja Liik, 2020; Uriko ja Liik, 2021).

2.1.1. Uuringu eesmärgid

Naise vaimse tervise valdkonda käsitlevad uuringu eesmärgid ja ülesanded olid järgmised:

- saada infot naise rasedusaegse ja sünnitusjärgse meeleoluhäire riski kohta;
- saada infot rasedusaegse ja sünnitusjärgse depressiooni riskitegurite kohta;
- selgitada välja vaimset tervist toetavad tegevused koduvisiidil;
- selgitada välja ennetustegevuste vajadus rasedate ja sünnitanud naiste vaimse tervise ja toimetuleku tõhustamiseks ning esitada soovitusel vaimse tervise teenuste arendamiseks nii naise kui ka pere toimetuleku tõhustamiseks.

Uuringu lisaeesmärgiks oli saada infot Edinburghi sünnitusjärgse depressiooni skaala (EPDS) eestikeelse versiooni rakendamise eesmärgist esmatasandi tervishoiusüsteemis.

2.1.2. Protseduur

Uuring viidi läbi projekti “Ämmaemanda koduviisiidid esimestel eluaastatel” raames. Uuringu vaimse tervise alaosa põhineb kvantitatiivsel ja kvalitatiivsel andmestikul ning taustainfol. Uuringuraporti ülesehituse, analüüside valiku, tulemuste interpreteerimise ning ettepanekute ja soovitude aluseks on tõendus põhised teadusuuringud, ravijuhendid ja -suunised.

Depressiooni riski hindamiseks kasutati Edinburghi sünnitusjärgse depressiooni skaalat (EPDS) rasedate puhul ämmaemanda vastuvõtul ning universaalse ja korduva koduviisiidi puhul naise kodus. EPDSi kasutamiseks oli olemas kasutusluba.

Edinburghi sünnitusjärgse depressiooni skaala (EPDS) on rasedusaegse ja sünnitusjärgse depressiooni sümptomite hindamiseks välja töötatud 10-väiteline enesekohane küsimustik (Cox *et al.*, 1987). Sõelküsimustik annab infot häirele omaste sümptomite olemasolu ning nende intensiivsuse kohta. EPDS on efektiivne ja mugav skriiningvahend depressiooni riski tuvastamiseks. EPDS toetub depressiooni diagnostilistele kriteeriumitele ning on tundlik depressiooni raskusastme muutustele ajas (Cox *et al.*, 1987; Levis *et al.*, 2020). EPDS on maailmas enim kasutatud leidnud mõõdik rasedusaegse ja sünnitusjärgse meeleoluhäire skriinimiseks (Hahn-Holbrook *et al.*, 2018; Smith *et al.*, 2016) ning seda on soovitatud kasutada enesekohase depressiooniriski hindamiseks ka psühhoteraapia (Spinelli & Endicott, 2003) ning farmakoteraapia (Ververs *et al.*, 2009; Angelotta & Wisner, 2017) käigus.

Depressiivsuse hindamiseks kasutatakse iga väite puhul 4-punktilist (0-3) Likerti tüüpi skaalat, mille alusel hinnatakse sümptomite intensiivsust viimase 7 päeva lõikes. Kõrgem skoor viitab enam väljendunud depressiooni sümptomitele. Kogu skaala summaarne punktiskoor jääb vahemikku 0-30. Optimaalne lõikepunkt eestikeelse EPDSi puhul on leitud skoori ≥ 11 juures, kus spetsiifilisuse ja tundlikkuse suhe on kõige parem (Uriko ja Liik, 2021). Erinevatesse keeltesse tõlgitud EPDSi lõikepunktid varieeruvad, kuid 58 uuringut kaasanud süstemaatilise ülevaate ja metaanalüüsi kohaselt on spetsiifilisus ja tundlikkus parim skoori ≥ 11 juures (Levis *et al.*, 2020). Madalam lõikepunkt suurendab testi tundlikkust, kuid võib kaasa tuua ka rohkem valepositiivseid juhte. Kõrgem testi lõikepunkt suurendab spetsiifilisust, kuid sellega võib kaasneda rohkem valenegatiivseid juhte. Valepositiivsete ning valenegatiivsete juhtude väljaselgitamiseks soovitatakse sõeluuringuprogrammide puhul kasutada korduvat skriinimist (Smith *et al.*, 2016;

Motrico *et al.*, 2022). EPDSi puhul on oluline arvestada, et kui väitele 10 vastamisel on skoor üle 0, siis on see piisav näidustus vaimse tervise seisundi põhjalikumaks hindamiseks.

EPDSi puhul on vajalik kasutusõigus ning mõõdiku kasutamine skriinimisel eeldab läbiviijalt eelnevat koolituse läbimist mille käigus omandatakse teadmised EPDSi ülesehituse ning hindamise läbiviimise kohta (Cox *et al.*, 2014). Kõik uuringus osalenud ämmaemandad läbisid Tallinna Ülikooli poolt läbiviidud Edinburghi sünnitusjärgse depressiooni skaala (EPDS) rakendamise koolituse.

Uuringu vaimset tervist käsitlevas osas on sekkumise all käsitletud sihipärast ja tõenduspõhist vaimse tervise ennetustegevust, mille eesmärk on hoida ära meeleoluhäire väljakujunemine/süvenemine, tõhustada vanemlikku toimetulekut ning kasvatada teenusesaaja suutlikkuse tunnet (nt olemasolevate toimetulekustrateegiate kasutamise ja uute kasutusele võtmise tõhustamine). Vaimset tervist toetavad ämmaemandustegevused olid projektis suunatud üksikisikule, kuid võimaldasid ämmaemanda koduviisi raames kaasata ka peresüsteemi.

Vaimse tervise ennetustegevused hõlmasid antud uuringu puhul psühhosotsiaalseid strateegiaid nagu patsiendiõpetus ning perekonna kaasamine. Hariva vaimse tervise ennetustegevuse (psühhoedukatsiooni) käigus õpetati tuginedes EPDS-le depressiooni sümptomite äratundmist ning enesehindamist, enesehoiu põhimõtteid ning nende rakendamist, tervisekäitumise rakendamise ning riskikäitumise vältimise strateegiaid ning ema-lapse lähedussuhte ja vanemliku rolli kujundamiseks vajalikke oskuseid. Pere ja lähedaste (nt lapse isa, naise ema, teised pereliikmed) kaasamine sünnitusjärgse koduviisi käigus oli suunatud teabe jagamisele (meeleoluhäire ennetamine, pereliikmete enesehoid, tervisekäitumine, riskikäitumine ning vanemlik roll) ja sotsiaalse toetuse jagamise oskuste suurendamisele.

2.2. Tulemused

Uuringus osales 354 naist. Raseduse ajal osales uuringus 147 ja sünnituse järgselt 327 naist (sh 120 naist osales nii raseduse ajal kui sünnituse järgselt). Naised liitusid uuringuga ning lahkusid uuringust erinevatel uuringuetappidel (vt üldist uuringu korraldust).

2.2.1. Lapseootel naiste valim

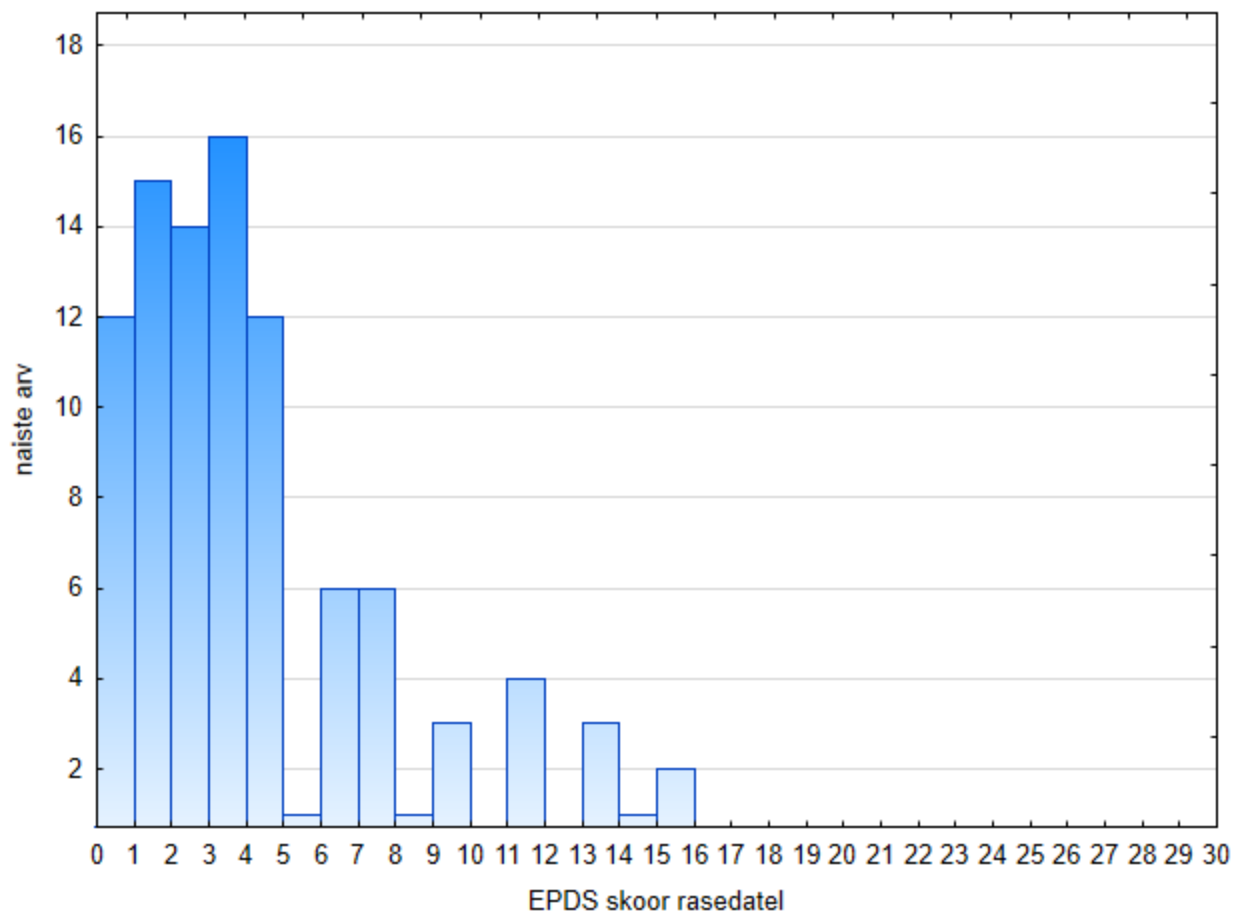
Uuringus osalenud lapseootel naiste ($N = 147$) keskmine vanus oli $M = 29.3$ aastat ($SD = 5.2$; vahemikus 17–42 aastat). Rasedatest 45.6% ($N = 67$) moodustasid esmarasedad ning 54.4% ($N = 80$) korduvrasedad. Korduvrasedatest 55.7% ($N = 44$) oli varem 1 laps, 44.3 % oli varasemast rohkem lapsi. Perekonnaseisu kohta märkis 98% ($N = 144$) vastanutest, et nad on registreeritud abielus/vabas kooselus (vastavalt 35.4% ja 62.6%) ning 2% ($N = 3$), et nad on vallalised. Kõrgeimaks lõpetatud hariduseks oli 46.3% ($N = 68$) kõrgharidus, 40.8% ($N = 60$) keskharidus, 12.2% ($N = 18$) põhiharidus ning 1 naisel (0.7%) algharidus. 61.9% ($N = 91$) rasedatest töötasid, 29.9% ($N = 44$) olid kodused ning 8.2% ($N = 12$) naist õppisid või olid töötud.

2.2.2. EPDSi summaarse skoori esinemissagedus lapseootel naistel

Lapseootel naiste depressiooni sümptomite esinemist hinnati kolmel korral. Esimesel hindamisel osales 102 naist (naised liitusid uuringuga erinevatel rasedustrimestritel) ning esimeses trimestris oli neist 27.3%, teises trimestris oli 35.3% ja kolmandas 37.4%. Esimese hindamise keskmiseks EPDSi skooriks saadi $M = 4.71$ ($SD = 3.84$; $Md = 4$).

Depressiooni keskmine näitaja oli esimese trimestri rasedatel $M = 5.19$ ($SD = 4.67$), teise trimestri rasedatel $M = 4.34$ ($SD = 3.73$) ja kolmanda trimestri rasedatel $M = 4.62$ ($SD = 3.17$). Depressiooni skoorides erinevate trimestrite lõikes erinevust ei leitud (Levene $p > .05$, $F(2, 96) = 0.38$; $p > .05$). Esma- ja korduvrasedate võrdluses ei esinenud depressiooni näitajates erinevusi (vastavalt $M = 4.72$, $SD = 3.38$ ja $M = 4.74$, $SD = 4.17$; $t(95) = -0.03$; $p = .98$).

Summaarse depressiooni skoori esinemise jaotus läbiviidud hindamise andmetel on esitatud Joonisel 9. EPDSi depressiooni riskiläveni (≥ 11) ületas 10 naist, sh 2 naist ka korduval hindamisel. Depressiooni riskiläveni ületanud naise oli esimeses raseduse trimestris 4, teises trimestris 2 ja kolmandas raseduse trimestris oli 4 riskiläveni ületanud naist. Ühelgi hindamisel ei olnud ühegi naise poolt väitele 10 vastamisel skoor suurem kui 0.



Joonis 9. EPDSi sumarse skoori esinemissagedus rasedatel.

2.2.3. Sotsiaaldemograafiliste ning terviseiga seotud elustiilitegurite seos depressiooniriskiga

Analüüsidest sotsiaaldemograafiliste tegurite seoseid depressiooniriskiga selgus, et naise vanuse ja EPDSi depressiooni kirjeldavate näitajate vahel seost ei ilmnenud ($r = -.01$; $p > 0.05$). Erineva perekonnaseisuga naiste depressiivsuse näitajate võrdlemiseks viidi läbi dispersioonanalüüs (Levine test $p > .05$; $F(2,94) = 1.06$, $p > .05$). Analüüsi tulemusena ilmnis, et erinevusi registreeritud abielus, vabas kooselus ja vallaliste naiste depressiooni näitajates ei olnud. Erineva haridustasemega naiste depressiivsuse näitajate võrdlemiseks viidi samuti läbi dispersioonanalüüs (Levine test $p > .05$; $F(2, 93) = 1.67$; $p > .05$). Analüüsist jäeti kõrvale 1 algharidusega vastaja. Analüüsi tulemusena selgus, et erineva haridustasemega naiste depressiivsuse näitajates erinevusi ei ilmnenud.

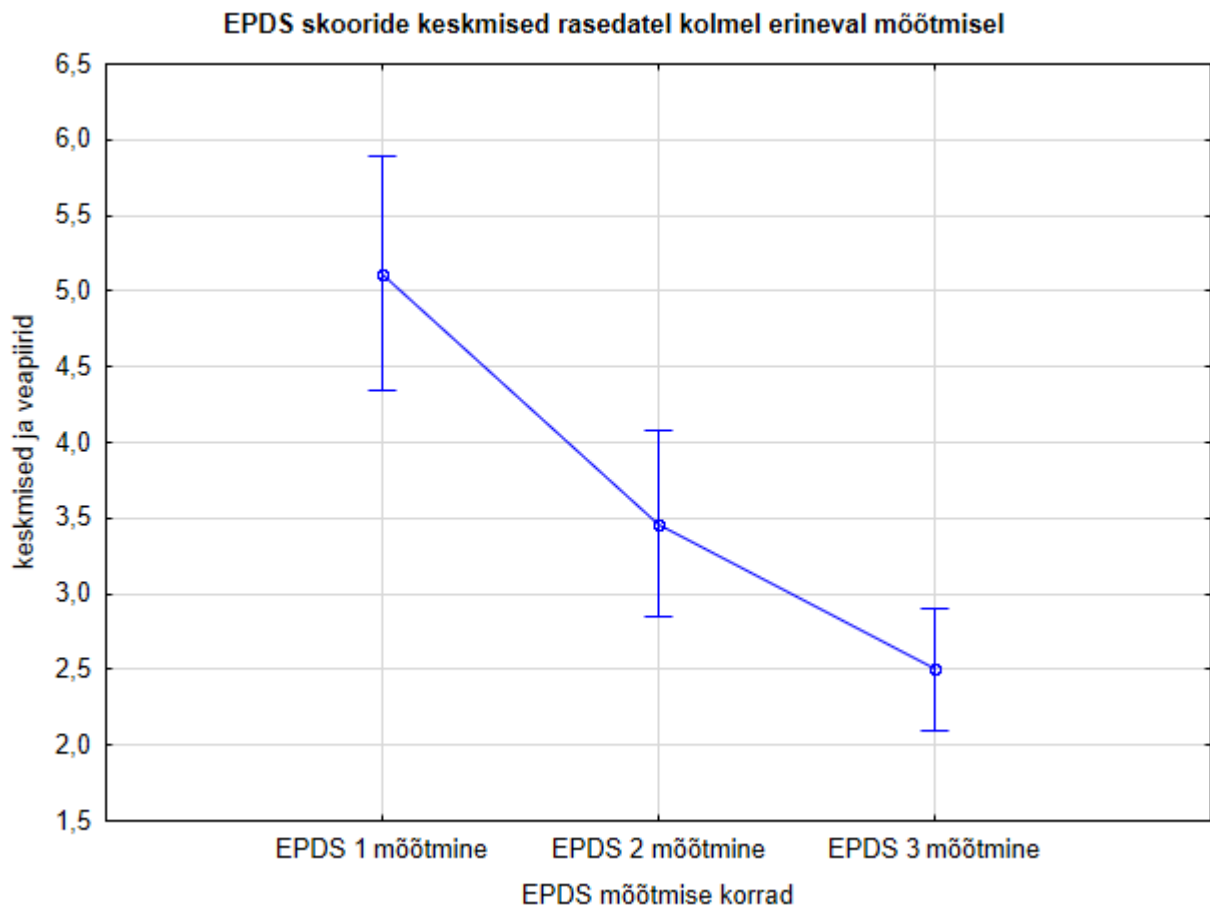
Tervisega seotud elustiiliteguritest küsiti suitsetamise ning narkootikumide ja alkoholi tarvitamise kohta. Regulaarselt või aeg-ajalt suitsetamist raporteeris 7 naist, alkoholi tarbimist 5 naist, narkootiliste ainete tarbimist ei raporteerinud ükski uuringus osalenu. Andmete vähesus ei võimaldanud statistiliselt usaldusväärset analüüsi meeleoluhäire riski hindamiseks läbi viia. Välja saab tuua, et suitsetajatest ühel oli EPDSi skoor esimesel hindamisel 16 (so üle riskiläveni) ning teisel hindamisel 4 ja kolmandal hindamisel 0 (alla riskiläveni), nelja suitsetaja EPDSi andmed puudusid. Kahel enesekohase hinnangu alusel alkoholi aeg-ajalt tarbival naisel EPDSi skoor riskilävendit ei ületanud (skoorid vastavalt 1 ja 7), kolmanda naise depressiooni skriiningu kohta andmed puudusid.

2.2.4. Enesekohane hinnang varasemale vaimse tervise seisundile ning depressioonirisk

Võrreldes EPDSi keskmisi näitajaid rasedatel, kes raporteerisid varasemat depressiooni, lapseootel naistega, kellel varem depressiooni neile teadaolevalt esinenud ei ole olnud, ilmnes, et depressiooni kogenud naiste keskmine EPDSi skoor esimesel rasedusaegsel hindamisel ($M = 7.50$, $SD = 5.12$, $N = 18$) oli oluliselt kõrgem kui naistel, kellel pole enda hinnangul varem depressiooni esinenud ($M = 4.06$, $SD = 3.18$, $N = 71$; $U = 370$; $z = 2.74$, $p < .01$).

2.2.5. Vaimse tervise ennetustegevused

EPDSi keskmise näitaja võrdlemisel kolme erineva skriiningu lõikes oli näha erinevus 1. ja 3. hindamisel saadud depressiivsuse näitajates (vastavalt $M = 5.11$, $SD = 3.84$ vs $M = 2.50$, $SD = 2.30$; $p < .01$; $F(2,50) = 7.25$; $p < .05$, post-hoc test: *unequal N HSD*) (vt ka Joonis 10).



Joonis 10. EPDSi keskmised skoorid rasedatel kolmel erineval mõõtmiskorral.

2.2.6. Depressiooni sümptomite esinemine ning edasisuunamine

Rasedusaegsel skriinimisel EPDSi äralõikepunkti ületanud 10-st naisest suunati raseduskriisinõustaja vastuvõtule 7, vaimse tervise õe nõustamisele 1, psühhiaatri vastuvõtule 1 ning lastekaitsetöötaja konsultatsioonile 1 naine.

2.3. Sünnitusjärgsete naiste valim

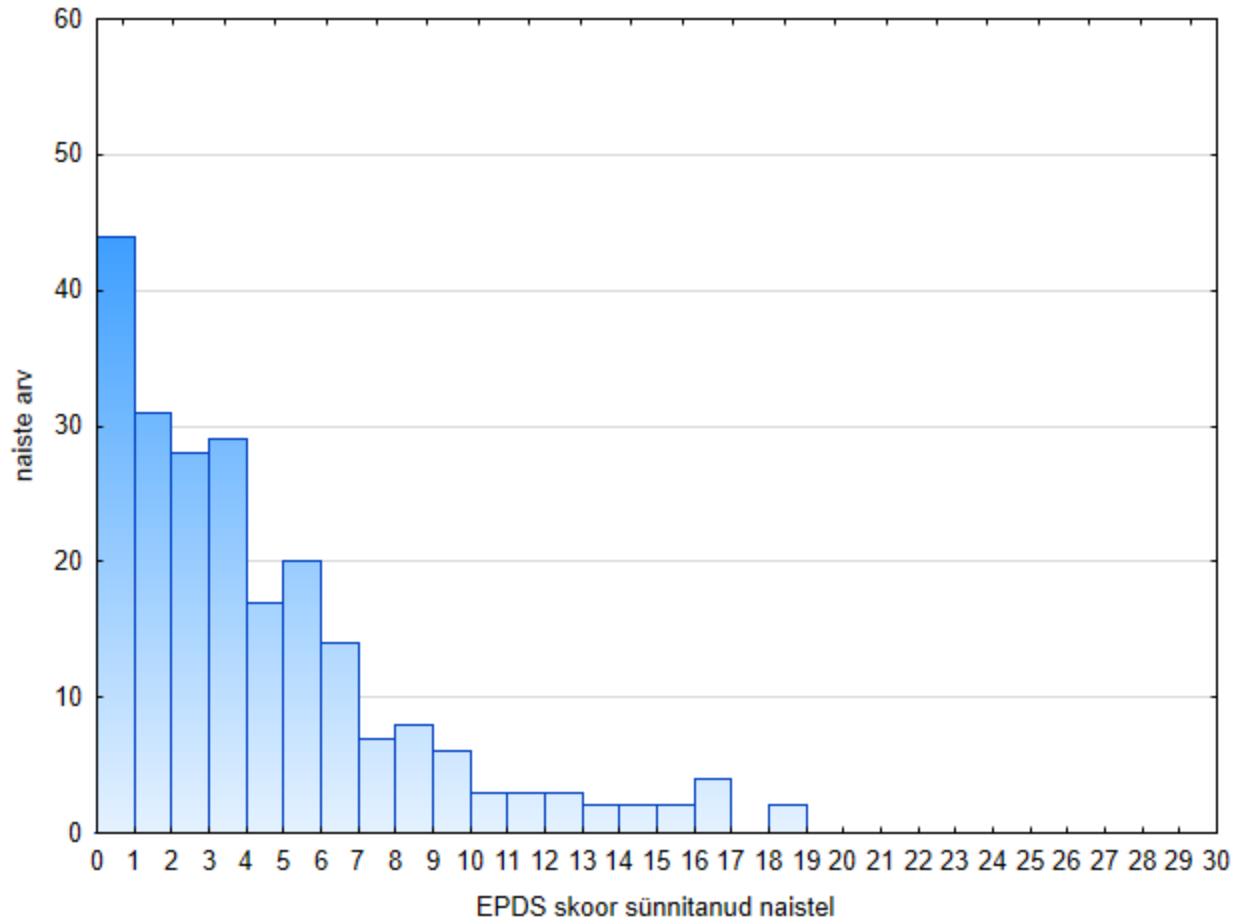
Universaalne koduviit tehti 327 sünnitanud naise juurde, nendest 120 naist osales uuringus ka raseduse ajal (27 raseduse ajal osalenud naist sünnituse järgselt uuringus ei jätkanud). Koduviidis osalenud naiste keskmine vanus oli $M = 29.6$ aastat ($SD = 5.4$; vahemikus 18–45 aastat). Sünnitanud naistest 47.8% ($N = 155$) moodustasid esmasünnitanud ning 52.2% ($N = 169$) korduvsünnitanud (3 naise puhul andmed puuduvad). Korduvsünnitanutest 60.9%-l ($N = 103$) oli

varem 1 laps, 39.1 % -l oli varasemast rohkem lapsi. Perekonnaseisu kohta märkis 97.8% ($N = 310$) vastanutest, et nad on registreeritud abielus/vabas kooselus (vastavalt 35.6% ja 61.2%) ning 2.2% ($N = 7$), et nad on vallalised. Kõrgeimaks lõpetatud hariduseks oli 45.5% ($N = 143$) kõrgharidus, 41.4% ($N = 130$) keskharidus, 12.1% ($N = 38$) põhiharidus ning 3 naisel (1.0%) algharidus.

Lapse keskmine vanus universaalse koduviisi ajal oli $M = 8.57$ päeva (min = 2, max = 74; $SD = 6.23$), sh 57.7% naistel toimus universaalne koduviisit lapse 1 elunädala jooksul, 35.9% teise elunädala jooksul ning 4% kolmanda elunädala jooksul ning 2,4% juhtudest toimus universaalne koduviisit hiljem.

2.3.1. EPDSi summaarse skoori esinemissagedus

Sünnitanud naiste depressiooni summaarse skoori keskmiseks näitajaks saadi universaalse koduviisi käigus läbiviidud skriinimisel $M = 3.97$ ($SD = 4.07$; $Md = 3$). EPDSi summaarse skoori esinemise jaotus on esitatud Joonisel 11. Depressiooni riskiläveni ületas 21 (7.6%) naist. Kui vaadata depressiooni riskiläveni ületanud naisi vastsündinud elunädala lõikes, siis riskiläveni ületas vastsündinu esimesel elunädalal 7 naist (so 4,6% lapse esimesel elunädalal universaalse koduviisi käigus skriinitud naistest), vastsündinu teisel elunädalal toimunud naise depressiooni hindamisel ületas riskiläveni 12 naist (so 11,9% lapse teisel elunädalal universaalse koduviisi käigus skriinitud naistest) ning vastsündinu kolmandal elunädalal toimunud hindamisel ületas depressiooni riskiskoori üks naine kolmeteistkümnest ning neljandal nädalal või hiljem toimunud universaalse koduviisi käigus läbiviidud hindamisel ületas riskiläveni üks naine neljast. Väitele 10 vastamisel oli skoor suurem kui 0 neljal naisel.



Joonis 11. Universaalse koduviisiidi käigus mõõdetud EPDSi summaarse skoori esinemissagedus.

Võrreldes universaalse koduviisiidi käigus mõõdetud depressiooni skooore naistel kes liitusid uuringuga raseduse ajal ($M = 2.97$; $SD = 3.35$ $N = 88$) ja naistel, kes liitusid uuringuga sünnituse järgselt ($M = 4.44$; $SD = 4.29$ $N = 189$), ilmnes, et sünnituse järgselt liitunud naiste keskmine depressiooni näitaja on kõrgem ($U = 6601.5$; $z = -2.76$; $p < .01$).

2.3.2. Depressiooni sümptomite esinemisega seotud tegurid

Naise vanuse ja EPDSi depressiooni kirjeldavate näitajate vahel seost ei ilmnenud ($r = -.11$; $p > .05$). Erineva perekonnaseisuga naiste depressiooni näitajate võrdlemiseks viidi läbi dispersioonanalüüs (Levine test $p > .05$; $F(2,262) = 1.57$, $p > .05$). Analüüsi tulemusena ilmnes, et erinevusi registreeritud abielus, vabas kooselus ja vallaliste naiste keskmistes universaalse koduviisiidi ajal mõõdetud depressiooni skoorides ei ilmnenud.

Erineva haridustasemega naiste depressiivsuse näitajate võrdlemiseks viidi läbi dispersioonanalüüs (Levine test $p > .05$; $F(2, 259) = 0.25$; $p > .05$). Analüüsis lisati 3 algharidusega vastajat põhiharidusega vastajate gruppi. Analüüsi tulemusena selgus, et erineva haridustasemega naiste depressiivsuse näitajates erinevusi ei ilmnenu.

Esma- ja korduvsünnitanute võrdluses ei ilmnenu universaalse koduviisi käigus mõõdetud depressiooni näitajates erinevusi (vastavalt $M = 4.21$, $SD = 3.82$ ja $M = 3.79$, $SD = 4.31$; $t(272) = 0.84$; $p > .05$). Enneaegselt sünnitanud naiste ($N = 8$) ja ajaliselt sünnitanud naiste ($N = 267$) EPDSi depressiooni skoorides erinevusi ei ilmnenu (vastavalt $M = 3.96$, $SD = 4.06$ ja $M = 4.75$, $SD = 4.86$, $U = 616$, $z = 0.33$, $p > .05$).

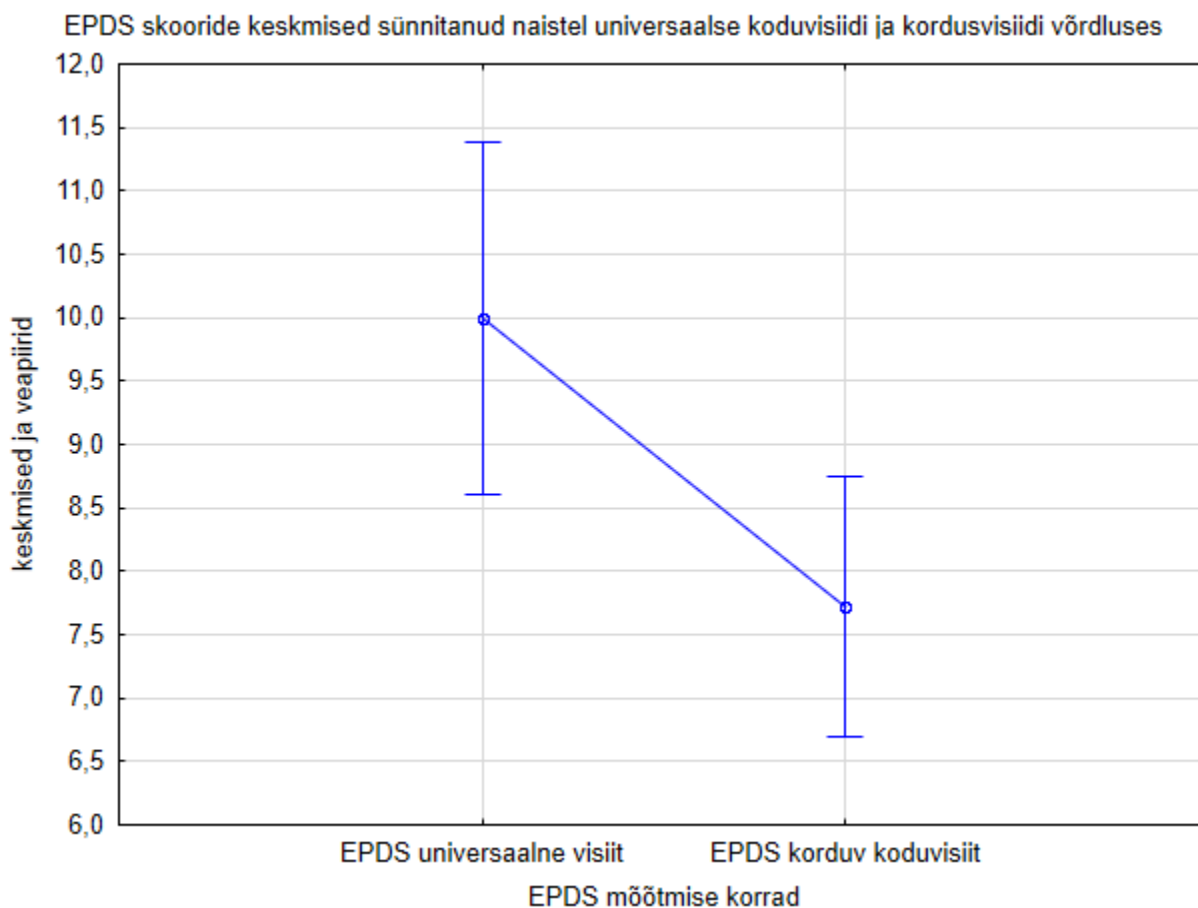
Tervisega seotud elustiiliteguritest küsiti universaalse koduviisi ajal suitsetamise ning narkootikumide ja alkoholi tarvitamise kohta. Regulaarselt või aeg-ajalt suitsetamist raporteeris 5 naist (sh 2 nendest raporteerisid suitsetamist ka raseduse ajal ja 3 liitusid uuringuga pärast sünnitust), alkoholi tarbimist ja narkootiliste ainete tarbimist ei raporteerinud ükski sünnitusjärgselt uuringus osalenu. Andmete vähesus ei võimaldanud statistiliselt usaldusväärset analüüsi meeleoluhäire riski hindamiseks läbi viia.

Võrreldes EPDSi keskmisi skoori naistel, kes raporteerisid varasemat depressiooni, naistega, kellel varem depressiooni neile teadaolevalt esinenud ei ole, ilmnes, et depressiooni kogunud naiste keskmine EPDSi skoor universaalse koduviisi käigus tehtud skriinimisel oli oluliselt kõrgem ($M = 5.70$, $SD = 4.46$, $N = 55$) kui naistel, kes varasemat depressiooni eitasisid ($M = 3.55$, $SD = 3.19$, $N = 217$; $U = 4020$; $z = 3.74$, $p < .001$).

2.3.3. Depressiooni sümptomite hindamine ning vaimse tervise ennetustegevused

Lapse keskmine vanus oli koduviisi ajal 7 päeva ($M = 7.0$; $SD = 2.7$). Keskmiseks EPDSi skooriks saadi $M = 3.97$ ($SD = 4.07$; $Md = 3$). Teine hindamine viidi läbi kolmandal koduviisil. Laste keskmine vanus kolmanda koduviisi ajal oli 26 päeva ($M = 26.2$; $SD = 16.3$). Korduva koduviisi ajal osales hindamisel 18 naist ($M = 7.72$, $SD = 4.36$; $Md = 7$). Kui võrrelda depressiivsust korduvas koduviisid osalenud naistel nende universaalse koduviisi ajal teostatud skriiningu käigus saadud EPDSi näitajatega ($M = 10.0$; $SD = 5.89$) võib märgata depressiooni

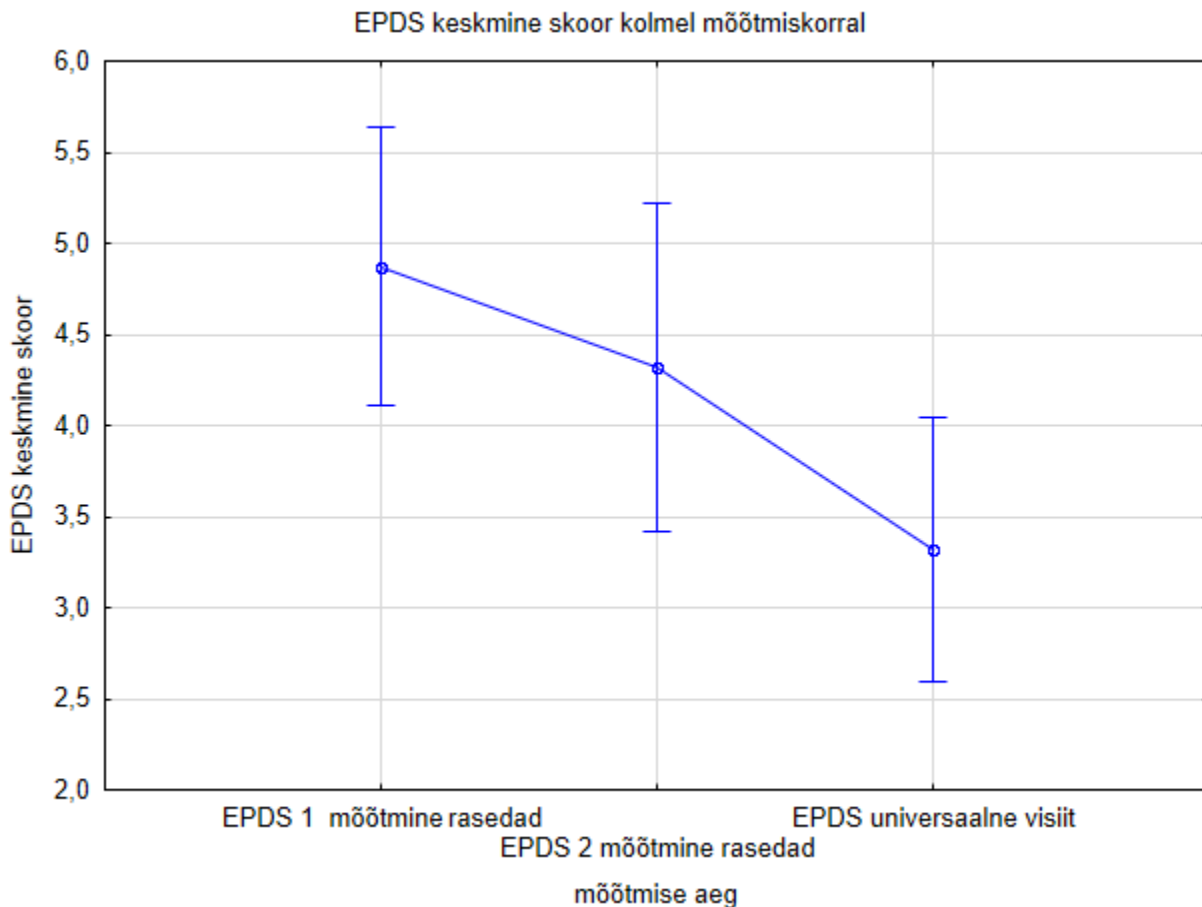
näitaja langust ($F(1,17) = 4.57, p < .05$) (vt Joonis 12). Kolmanda EPDSi tulemuste analüüsi lisamiseks oli andmete hulk liiga väike (osales 2 naist).



Joonis 12. EPDSi skooride keskmised esimesel hindamisel (universaalne koduviit) ning kordushindamisel (kolmas koduviit).

EPDSi depressiooni riskiläveni (≥ 11) ületas universaalse koduviisi raames tehtud skriinimisel 21 naist (7.6%), sh 2 naisel ületas depressiooni skoor riskiläveni ka kordusvisiidi käigus läbiviidud skriinimisel. EPDSi keskmiste depressiooni skooride puhul oli statistiliselt oluline erinevus naistel, kellele määrati korduv koduviit vaimse tervise probleemide tõttu ($M = 7.30, SD = 5.08$) võrreldes naistega, kellele määrati korduv koduviit mingil teisel põhjusel ($M = 3.96, SD = 3.49, t(99) = 3.86; p < .001$). Teiste korduva koduviisi põhjuste ilmnemise või mitteilmnemise lõikes naiste depressiooni skooride puhul statistiliselt olulist erinevus ei leitud.

Vaadates naise depressiooninäitajate longitudinaalset dünaamikat kahel rasedusaegsel mõõtmisel ja universaalse koduvisiidi ajal tehtud mõõtmisel ($N = 31$), ilmnes, et naise depressiooni skoor oli esimesel rasedusaegsel mõõtmisel ($M = 4.87$; $SD = 4.26$) kõrgem kui universaalse koduvisiidi ajal ($M = 3.32$; $SD = 4.03$, $t(30) = 2.06$; $p < .05$). Teisel rasedusaegsel mõõtmisel depressiooni skoor ei erinenud ($M = 4.32$; $SD = 5.01$; vt Joonis 13). Võrdlusesse ei olnud vähese vastajate arvu tõttu võimalik kaasata rohkem kordusmõõtmiste andmeid.



Joonis 13. EPDSi keskmised skoorid samadel naistel kahel raseduse aegsel mõõtmisel ning universaalse koduvisiidi ajal tehtud mõõtmisel.

2.3.4. Enesehinnanguline toimetulek ning selle seosed enesekohase depressiooniriskiga

Selgitamaks välja naise enesehinnangulist toimetulekut ja heaolu kasutati 9-väitelist küsimuste plokki kus naisel paluti 11-pallisel skaalal (0-väga halb, 10-suurepärase) anda hinnang enda tervislikule seisundile ja toimetulekule ning lisaks ka lapse tervislikule seisundile ja heaolule

viimase kahe nädala lõikes. Faktoranalüüsi (põhikomponentide meetod, Varimax pööramine) tulemusena ilmnis, et toimetulekut ja heaolu kirjeldavad küsimused jaotuvad kaheks faktoriks, millest üks kirjeldab naise hinnangut enda tervislikule seisundile ja toimetulekule ning teine naise hinnangut lapse tervislikule seisundile ja heaolule. Arvutati välja mõlemasse faktorisse koondunud väidete keskmised ja reliaabluse näitajad. Ema tervislikku seisundit ja toimetulekut kirjeldavate väidete reliaabluseks saadi Cronbach'i $\alpha = .86$ ning keskmiseks $M = 8.48$ ($SD = 1.06$), lapse tervislikku seisundit ja heaolu kirjeldavate väidete reliaabluse näitajaks saadi Cronbach'i $\alpha = .73$ ja keskmiseks $M = 9.40$ ($SD = 0.76$). Selgus, et keskmine hinnang lapse tervislikule seisundile ja heaolule oli kõrgem kui naise enesekohane hinnang enda tervislikule seisundile ja toimetulekule ($t(159) = 11.1$; $p < .001$). Uuringu tulemusena leiti, et naise hinnang enda toimetulekule ja tervislikule seisundile on seotud depressiivsusega (hindamisel kasutati EPDSi) ($r = -.49$, $p < .01$), samas seos naise depressiivsuse ja lapse heaolule ja tervislikule seisundile antud hinnangu vahel puudub ($r = -.11$, $p > .05$).

Kui võrrelda toimetulekule ja tervislikule seisundile antud keskmisi hinnanguid esmasünnitanute ja korduvsünnitanute lõikes, siis ei ilmne erinevusi ei ema enesekohase hinnangu keskmistes näitajates (korduvsünnitanud: $M = 8.51$, $SD = 1.02$ vs esmasünnitanud $M = 8.47$, $SD = 1.11$; $t(150) = 0.23$; $p > .05$) ega ka lapse heaolule antud keskmistes hinnangutes (korduvsünnitanud: $M = 9.47$, $SD = 0.78$ vs esmasünnitanud $M = 9.34$, $SD = 0.76$; $t(150) = 1.04$; $p > .05$).

2.3.5. Emade hinnang vaimse tervisega seonduva abi vajadusele

Emadel paluti uuringu järelküsimustikus vastata järgmisele küsimusele: *Kas ämmaemanda koduviisidist/visiitidest oli Sulle kokkuvõttes abi/tuge?* Küsitlusele vastas 45.2% uuringus osalenud naistest ning neist 25.6% leidsid, et nad vajasisid vaimse tervisega seonduvat abi. Tulemust ilmestavad naiste poolt esitatud hinnangud: “Visiitidest oli palju abi just minu enda vaimse tervise hindamisel ja abi otsimisel. Visiidid aitasid mul ärevusega paremini toime tulla. Kuna rasedusest ja sünnitusest tingitud nii vaimne kui füüsiline kurnatus oli suur, oli väga hea, et abi tuli koju. Lisaks oli ämmaemanda visiit piisavalt pikk ja kuidagi rahuliku ja koduse fooniga. See andis võimaluse küsida nõu ka pisemate murede või küsimuste kohta, mis lapse hooldusel või enda tervisega seoses olid vahepeal esile kerkinud. Perearsti või ämmaemanda vastuvõtul terviseasutuses ei ole alati aega või ei tule kohe meelde kõik pisemad küsimused, milles soovid

nõu saada.” “„Oli väga palju tuge ja mõistmist. “; “Jah, oli, sain enda jaoks ka tema esitatud küsimused läbi mõelda ja olla endaga aus nende kohtade peal.”

2.3.6. Depressiooni sümptomite esinemine ning edasisuunamine

Universaalse koduviisi käigus tehtud skriinimisel riskilävendi (EPDSi äralõikepunkti) ületanud 21-st naisest suunati raseduskriisi nõustaja vastuvõtule 12, perearsti/pereõe vastuvõtule 10 ning naistearsti vastuvõtule 2 naist. Psühholoogi juurde sai suunamise 1 naine ja psühhiaatri juurde 2 naist ning 1 naine suunati sotsiaaltöötaja juurde. Vaimse tervise õe ning lastekaitsetöötaja juurde ei suunatud ühtegi EPDSi riskilävendit ületanud naist.

2.4. Ämmaemandate hinnang EPDSi rakendatavusele

Ämmaemandad kasutasid EPDS-i erinevatel uuringuetappidel (raseduse jälgimisel, universaalse koduviisi ajal ning korduva koduviisi ajal) sõltuvalt sellest, millal üks või teine naine uuringus osales. Saamaks infot EPDSi rakendatavusest esmatasandi tervishoius, paluti ämmaemandatel anda tagasisidet sõltuvalt EPDS kasutamise kohta. Tagasisidet andis 15 ämmaemandat (so 65,2%). EPDS-i kasutamist hinnati 7-pallisel skaalal kus suurem väärtus peegeldas suuremat nõustumist. Ämmaemandatel paluti hinnata EPDSi kasutamise lihtsust ja käepärasust oma töös. Analüüsi tulemusena leiti, et 12 ämmaemandat 15-st hindas EPDSi kasutusmugavust maksimaalse 7 palliga ($M = 6,73$; $SD = 0,59$). Samuti leidsid ämmaemandad, et EPDS aitab saada kinnitust naise vaimse tervise toetusvajaduse kohta $M = 6,47$ ($SD = 0,92$). Kõik ämmaemandad märkisid, et EPDSi kasutamine on lapse heaolu mõjutavate riskide hindamisel tõhus meetod.

Ämmaemandad tõid välja, et nad pidasid vaimse tervise ennetustegevuste läbiviimisel oluliseks infoallikaks naise EPDSi skoori sh nii varasemat EPDSi skoori kui ka EPDSi läbiviimist rasedusaegsel vastuvõtul koduviisi osana. Lisaks toodi välja, et hindamistegevus EPDSi abil aitab naisi avada, ning et seda on kerge täita ja selleks 2-3 minutit aega leida ka siis, kui kodus on ümberringi pere. Vastajate poolt toodi ka välja, et hindamistegevusele eelnenud EPDSi koolitus oli vajalik ning kasulik meeleoluhäire skriinimise läbiviimiseks ning esmase nõustamise osutamiseks.

2.5. Kokkuvõte ja soovitused

Peatükk andis ülevaate projekti “Ämmaemanda koduviisiidid esimestel eluaastatel” vaimse tervise alaosa tulemustest rasedusaegse ja sünnitusjärgse depressiooni näitel. Varasemalt ei ole rasedatele ja sünnitanutele suunatud vaimse tervise ennetustegevusi meeleoluhäire näitel Eestis uuritud.

Vaimse tervise ennetustöö on rasedusaegse ning sünnitusjärgse depressiooni ravijuhiste ja soovituste kohaselt suunatud nii varasemate vaimse tervise probleemide süvenemise ärahoidmisele kui ka vaimse tervise häirete väljakujunemise riski vähendamisele (Biaggi *et al.*, 2016; Motrico *et al.*, 2022). Kuigi erinevate tegurite osatähtsus rasedusaegse ja sünnitusjärgse meeleoluhäire kujunemisel ei ole üheselt selge, peetakse määravaks bioloogiliste, sotsiaaldemograafiliste ja psühhosotsiaalsete tegurite omavahelist kumuleeruvat koosmõju (Biaggi *et al.*, 2016; Dennis & Dowswell, 2013; Guintivano *et al.*, 2018; Hahn-Holbrook *et al.*, 2018; Howard & Challacombe, 2018; Serge *et al.*, 2023).

Uuringu tulemusena riskigruppe sotsiaaldemograafiliste näitajate (naise vanus, haridus, perekonnaseis, tööga hõivatus) alusel ei eristunud. Erinevust esma- ning korduvrasedate depressiivsuse näitajates ei leitud. Ka sünnitusjärgsete naiste valimi puhul erinevust esmasünnitanute ning korduvsünnitanute EPDSi depressiooni skooris ei leitud.

Kuigi enneaegselt sündinud laste emade ja ajaliselt sündinud laste emade depressiivsuses erinevust antud valimi alusel ei leitud, tuleks tulemuse interpreteerimisel arvestada enneaegselt ja ajaliselt sündinud laste emade proportsionaalse erinevusega valimis (enneaegselt sündinud laste emasid 8). Tervisega seotud elustiilitegurite (suitsetamine, narkootikumide ja alkoholi tarvitamine) puhul ei võimaldanud andmete vähesus statistiliselt usaldusväärset analüüsi meeleoluhäire riski hindamiseks läbi viia. Nimetatud tegurid on rasedusaegse- ja sünnitusjärgse depressiooni tõenäolised riskitegurid (Marcus *et al.*, 2003; Pentecost *et al.*, 2021; Yang *et al.*, 2022), mistõttu on edaspidiste uuringute läbiviimisel vajalik tagada erinevate elustiilitegurite piisav esindatus valimis.

Uuringu tulemusel selgus, et nii rasedusaegse kui ka sünnitusjärgse meeleoluhäire riskiks oli naise poolt raporteeritud varasem meeleoluhäire. See teadmine kinnitab teistes riikides läbiviidud tööde tulemusi, mille alusel on üheks kõige tõenäolisemaks meeleoluhäire ennustajaks varasem

psühhopatoloogia (Dadi *et al.*, 2020; English *et al.*, 2018; Guintivano *et al.*, 2018). Rasedusaegse ja sünnitusjärgse depressiooni ennetustegevuste läbiviimisel soovitatakse ka ravijuhistes varasema psühhopatoloogia puhul pöörata tähelepanu depressiooni skriinimisele (Motrico *et al.*, 2022; NCCMH, 2020).

Meeleoluhäire varase avastamise olulisust silmas pidades võimaldas uuringu käigus EPDSi kasutamine tuvastada riskijuhud ning suunata nad abile. Uuringuga liitumisel ületas EPDSi depressiooni riskiläveni 9,8% rasedatest ning universaalse koduviisi käigus läbiviidud skriinimisel ületas riskiläveni 7.6% sünnitanud naistest. Selgus, et depressiooni näitaja oli korduva koduviisi näidustusega naistel kõrgem võrreldes naistega, kellele korduvat koduviisi ei määratud. Korduva koduviisi vajaduste analüüsimisel leiti, et 50%-l juhtudel oli korduva koduviisi näidustuseks naise vaimse tervisega seonduv.

Uuringu tulemused viitavad ämmaemanda poolt läbiviidud vaimse tervise ennetustegevuse tõhususele. Võrreldes universaalse koduviisi käigus mõõdetud depressiooni skooride naistel kes liitusid uuringuga raseduse ajal ja naistel, kes liitusid uuringuga sünnituse järgselt oli sünnituse järgselt liitunud naiste depressiooni näitaja kõrgem. Teisisõnu, raseduse ajal uuringuga liitunud naised said osa vaimse tervise ennetustegevustest juba raseduse ajal. On teada, et rasedusaegne vaimse tervise ennetustegevus aitab vähendada sünnitusjärgseid vaimse tervise probleeme (Dennis *et al.*, 2005; Dennis & Dowswell, 2013; Howard *et al.*, 2014). Nii lapseootel kui ka sünnitanud naiste puhul ilmnes kordushindamistel EPDSi depressiooniskoori vähenemine. See tulemus kinnitab varasemat teadmist mille kohaselt meeleoluhäire skriinimine ning teiste vaimse tervise ennetustegevuste (nt depressiooni sümptomite äratundmise ning enesehindamise selgitamine, enesehoiu oskuste õpetamine, tervisekäitumise oskuste tõhustamine) läbiviimine on depressiooniriski vähendamisel tõhus (Grote *et al.*, 2020; Motrico *et al.*, 2022). Koduviisi käigus läbiviidud vaimse tervise ennetustegevuse tõhususele rasedusaegse ja sünnitusjärgse depressiooni ennetamisel ning sümptomaatika vähendamisel on leitud korduvalt kinnitust (Asadzadeh *et al.*, 2020; Carty & Bradley, 1990; Dennis, 2005; Dennis & Dowswell, 2013; Hadley *et al.*, 2014; Shaw *et al.*, 2006; Tabb *et al.*, 2022). Soovitustena on toodud välja, et kõrge vaimse tervise riskiga naiste puhul oleks vajalik osutada koduviisi rohkem kui üks kord ning võimalusel lisada teenusesse ka psühholoogi koduviisiit (Chabrol *et al.*, 2002; Dugravier *et al.*, 2013; Milgrom *et al.*, 2019; MacArthur *et al.*, 2003; Paris *et al.*, 2011; Tabb *et al.*, 2022).

Uuringu tulemusena leiti, et sünnitusjärgselt oli naise kõrgem depressiivsus seotud madalama hinnanguga enda tervislikule seisundile ja toimetulekule. Seejuures enesekohane hinnang tervisele ning toimetulekule (sh nii naise kui lapse vaates) esma- ja korduvsünnitajate võrdluses ei erinenud. Seega ei ole antud uuringu tulemuste alusel võimalik öelda, et ühele või teisele grupile oleks ämmaemanda koduvisiidi teenuses pakutav vaimse tervise ennetustegevus vähem või rohkem näidustatud – nii esma- kui ka korduvsünnitajad võivad kogeda sünnitusjärgsel perioodil raskuseid kehalisel ja vaimsel tasandil ning vajada toimetulekul abi. Universaalne koduvisiit võimaldab varakult teha kindlaks toimetulekuga seotud raskused ning planeerida nõustamist ja tuge korduva koduvisiidi käigus. Kui riskirühmades jäävad tervisemured õigeaegse tähelepanuta, siis suureneb nii vaimse tervise probleemide esinemise tõenäosus kui ka rehospitaliseerimise vajadus.

Võrgustikutöö vajaduste kohta info saamiseks analüüsiti EPDSi riskiskoori ületanud lapseootel ning naiste suunamisi. Kõige sagedamini suunati EPDSi riskiskoori ületanud lapseootel naised raseduskriisinõustaja vastuvõtule. Sünnitanud naised suunati depressiooniriski puhul samuti kõige enam raseduskriisinõustaja poole ning sage oli ka perearsti/pereõe vastuvõtule suunamine. Kuna raseduskriisinõustajate vastuvõttud on enamikes suuremates sünnitusmajades ning lapse regulaarsed tervisekontrollid toimuvad perearsti/pereõe vastuvõttul, siis ei saa välistada, et nimetatud vastuvõttud olid suunamise vajaduse tekkimisel kõige kättesaadavamaks võimaluseks. Täiendava info saamiseks on vajalikud uuringud nii teenusevajaduse hindamiseks kui ka võrgustikutöö tõhusamaks korraldamiseks.

On teada, et rasedate ja sünnitanud naiste valmidus meeleoluhäire puhul õigeaegselt abi otsida võib osutada probleemiks (Button *et al.*, 2017; Byatt *et al.*, 2013). Ka käesoleva uuringu puhul selgus, et isegi kõrge depressiooni sümptomaatika puhul ei ole naised mitte just alati valmis täiendavat abi vaimse tervise spetsialisti poolt vastu võtma (nt “Suunatud korduvalt, kuid naine ei lähe”, “Suunatud, kuid naine keeldub minemast”). Seetõttu oleks vajalik tõhustada tervishoiuasutustes kvaliteetse vaimse tervise teenuse arendamist. Sünnitusjärgset koduvisiiti loetakse sünnitusjärgse depressiooni riskiga naise jaoks tõhusaks ning lisaks võib see aidata vähendada stigmatiseerimisega seotud pelguseid (Chartier *et al.*, 2015; Price & Cohen-Filipic, 2013; Verpe *et al.*, 2019). Ka läbimõeldud vaimse tervise teavitustöö aitab suurendada teadlikkust nii enesehoiu olulisusest, rasedusaegse ja sünnitusjärgse depressiooni ennetusest kui ka abivõimalustest.

Uuringus küsiti ka ämmaemandate hinnangut EPDSi kasutatavusele. Ämmaemandate hinnangul on EPDS vajalik, lihtsalt kasutatav ning efektiivne abivahend depressiooniriski hindamiseks ja vaimse tervise ennetustöö läbiviimiseks. Varajase meeleoluhäire avastamise ja diagnoosimisega seonduvalt tuuakse kirjanduse alusel välja vajadus tõhustada meeleoluhäire skriinimisega seotud teadmisi ja oskuseid tervishoiutöötajate seas (Bhat *et al.*, 2022; Ford *et al.*, 2017; Cox *et al.*, 2014; Roeloffs *et al.*, 2003). Ka EPDSi kasutamine skriinimisel eeldab läbiviijalt eelnevat koolituse läbimist mille käigus omandatakse teadmised EPDSi ülesehituse ning hindamistegevuse kohta (Cox *et al.*, 2014).

EPDS on maailmas nii praktikas kui ka teadustöodes enim kasutatud leidnud mõõdik ning depressiooniriski hindamisel soovitatavad rasedusaegse ja sünnitusjärgse depressiooni ravijuhendid kasutada EPDSi esimese valikuna (Hahn-Holbrook *et al.*, 2018; Motrico *et al.*, 2022; NCCMH, 2020; NICE, 2017). Depressiooni skriinimine kvaliteetset uuringuinstrumenti kasutades ning vastavat väljaõpet omades toob endaga kaasa mitmed kasud. Psühhomeetriliselt usaldusväärse ja valide skriininguinstrumenti kasutamine võimaldab saada kiire ülevaate vaimse tervise riskidest, suurendada naise vaimse tervise alast teadlikkust (sh enesehindamise oskuseid) ning aitab teha otsuseid edasise hindamise vajaduse osas. EPDSi kasutamiseks on vajalik kasutusluba.

Antud uuringul on mõningad piirangud, mis ei võimalda teha järeldusi kõigis uuringu eesmärkide seisukohalt olulistes küsimustes. Üheks piiranguks on valimi väiksus ning võimalike riskitegurite vähene variatiivsus, sh kõrge depressiooni skooriga valimi väiksus. Edaspidistes longituuduuringutes tuleks nii riskitegurite kui ka muutuste hindamiseks kasutada suuremat variatiivsust võimaldavat valimit. Kuna uuringus osalesid isikud, kes olid motiveeritud uuringus osalema, siis ei ole võimalik teha järeldusi suurema populatsiooni alusel. Arvestades seda, et erinevad keskkonnast (nt universaalne koduviitimus toimus naise kodus) ning hindamise läbiviimisega seotud tegurid võisid mõjutada skriinimise tulemust, siis ei saa kiirustamise ning sotsiaalselt soovitava vastamisega kaasnevat vastamiskallet valimil välistada. Samas võis motiveeritus uuringus osaleda ning kodukeskkonnas läbiviidud skriinimine suurendada valmidust ämmaemandaga koostööks ning toetada ennetustegevuste tõhusust. Kuna tegemist on esmase rasedusaegse ja sünnitusjärgse depressiooni ennetustegevusi käsitleva uuringuga ning on raske leida Eestile kohast võrdlusmaterjali kultuurispetsiifilisust arvestades, on siinses töös esile kerkinud piirangud ootuspärased ning oluliseks juhatuseks edasisteks jätku-uuringuteks.

Lapseootel ja väikelastega depressiooniriskiga naiste vajadustele vastav struktureeritud multidistsiplinaarne kava ehk raviteekond hetkel Eestis puudub. Meeleoluhäire varajase diagnoosimise aluseks on nii skriiningprogrammide rakendamine kui ka sihtrühma teadlikkuse suurendamine, mis võimaldaksid tuvastada riskijuhud enne kliiniliste sümptomite teket. Arvestades, et rasedusaegne- ja sünnitusjärgne meeleoluhäire on üheks levinumaks lapse sünniga seonduvaks psüühikahäireks ning samas on häire alidiagnoosimine sagedane probleem, toetab sõeltesti kasutamine esmatasandi töös depressiooni varajast diagnoosimist. Ennetusprogrammide väljatöötamisel on vajalik arusaam väikelastega perede vajadustest ja ootustest. Kuna nii kriisiolukordades kui ka raviteekonna planeerimisel üldisemalt võib lõhe vaimse tervise teenuse vajaduse ning kättesaadavuse vahel osutada probleemiks nii suunaja kui ka abivajaja jaoks, siis on tõenduspõhiste ennetusprogrammide puhul vajalik pöörata tähelepanu ka vaimse tervise teenuste kättesaadavuse tagamisele.

Kirjandus

Ansari, N. S., Shah, J., Dennis, C. L., & Shah, P. S. (2021). Risk factors for postpartum depressive symptoms among fathers: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 100(7), 1186-1199. <https://doi.org/10.1111/aogs.14109>

Asadzadeh, L., Jafari, E., Kharaghani, R., & Taremian, F. (2020). Effectiveness of midwife-led brief counseling intervention on post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety symptoms of women experiencing a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 142. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2826-1>

Angelotta, C., & Wisner, K. L. (2017). Treating Depression during Pregnancy: Are We Asking the Right Questions? *Birth Defects Research*, 109(12), 879-887. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1074>

Bhat, A., Nanda, A., Murphy, L., Ball, A. L., Fortney, J., & Katon, J. (2022). A systematic review of screening for perinatal depression and anxiety in community-based settings. *Archives of Women's Mental Health*, 25(1), 33-49. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01151-2>

Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the Women at Risk of Antenatal Anxiety and Depression: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 62-77

Button, S., Thornton, A., Lee, S., Shakespeare, J., & Ayers, S. (2017). Seeking help for perinatal psychological distress: a meta-synthesis of women's experiences. *The British Journal of General*

Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners, 67(663), e692–e699. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X692549>

Byatt, N., Biebel, K., Friedman, L., Debordes-Jackson, G., Ziedonis, D., & Pbert, L. (2013). Patient's views on depression care in obstetric settings: how do they compare to the views of perinatal health care professionals? *General Hospital Psychiatry*, 35(6), 598–604. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.07.011>

Carty, E. M., & Bradley, C. F. (1990). A randomized, controlled evaluation of early postpartum hospital discharge. *Birth*, 17(4), 199–204. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.1990.tb00021.x>

Chabrol, H., Teissedre, F., Saint-Jean, M., Teisseyre, N., Rogé, B., & Mullet, E. (2002). Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk. *Psychological Medicine*, 32(6), 1039–1047. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006062>

Chartier, M. J., Attawar, D., Volk, J. S., Cooper, M., Quddus, F., & McCarthy, J. A. (2015). Postpartum Mental Health Promotion: Perspectives from Mothers and Home Visitors. *Public Health Nursing*, 32(6), 671–679. <https://doi.org/10.1111/phn.12205>

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 150, 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

Cox, J.L., Holden, J.M. & Henshaw C. (2014). *Perinatal mental health: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual*. 2nd ed. Royal College of Psychiatrists.

Dadi, A.F., Miller, E. R., Bisetegn, T. A., & Mwanri, L. (2020). Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review. *BMC Public Health*, 20(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8293-9>

Dennis, C. L. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *BMJ: British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 331(7507), 15. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7507.15>

Dennis, C. L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), CD001134. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>

Dugravier, R., Tubach, F., Saias, T., Guedeney, N., Pasquet, B., Purper-Ouakil, D., Tereno, S., Welniarz, B., Matos, J., CAPEDP Study Group, Guedeney, A., & Greacen, T. (2013). Impact of a manualized multifocal perinatal home-visiting program using psychologists on postnatal depression: the CAPEDP randomized controlled trial. *PloS One*, 8, e72216. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0072216>

- English, S., Steele, A., Williams, A., Blacklay, J., Sorinola, O., Wernisch, L., & Grammatopoulos, D. K. (2018). Modelling of psychosocial and lifestyle predictors of peripartum depressive symptoms associated with distinct risk trajectories: a prospective cohort study. *Scientific Reports*, 8(1), 12799. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-30874-z>
- Ford, E., Shakespeare, J., Elias, F., & Ayers, S. (2017). Recognition and management of perinatal depression and anxiety by general practitioners: a systematic review. *Family Practice*, 34(1), 11-19. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw101>
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5 Part 1), 1071-1083. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db>
- Gelaye, B., Rondon, M., Araya, R., & Williams, M. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*, 3(10), 973-982. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30284-X.973-982](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X.973-982)
- Guintivano, J., Manuck, T., & Meltzer-Brody, S. (2018). Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 61(3), 591–603. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000368>
- Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Iyengar, S., & Katon, W. J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1012–1024. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.111>
- Hadley, B., Rudolph, K.E., Mogul, M., & Perry, D.F. (2014). Providing home visiting to high-risk pregnant and postpartum families: The development and evaluation of the MOMobile® program. *Zero to Three* 35:40–8.
- Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., & Anaya, I. (2018). Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 248. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00248>
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C. L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*, 384(9956), 1775–1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9)
- Howard, L. M., & Challacombe, F. (2018). Effective treatment of postnatal depression is associated with normal child development. *The Lancet. Psychiatry*, 5(2), 95–97. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30008-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30008-7)

Hull, P. (2007). Development of Calgary Regional Home Visitation Collaborative Postpartum Screening Tool (The Calgary Postpartum Screen).

Jacques, N., de Mola, C. L., Joseph, G., Mesenburg, M. A., & da Silveira, M. F. (2019). Prenatal and postnatal maternal depression and infant hospitalization and mortality in the first year of life: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 243*, 201–208. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.055>

Kingston, D., Kehler, H., Austin, M. P., Mughal, M. K., Wajid, A., Vermeyden, L., Benzies, K., Brown, S., Stuart, S., & Giallo, R. (2018). Trajectories of maternal depressive symptoms during pregnancy and the first 12 months postpartum and child externalizing and internalizing behavior at three years. *PLoS One, 13*(4), e0195365. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195365>

Levis, B., Negeri, Z., Sun, Y., Benedetti, A., Thombs, B. D., & DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) EPDS Group (2020). Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ: British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 371, m4022. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4022>

Liu, X., Wang, S., & Wang, G. (2022). Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing, 31*(19-20), 2665–2677. <https://doi.org/10.1111/jocn.16121>

MacArthur, C., Winter, H. R., Bick, D. E., Lilford, R. J., Lancashire, R. J., Knowles, H., Braunholtz, D. A., Henderson, C., Belfield, C., & Gee, H. (2003). Redesigning postnatal care: a randomised controlled trial of protocol-based midwifery-led care focused on individual women's physical and psychological health needs. *Health Technology Assessment, 7*(37), 1–98. <https://doi.org/10.3310/hta7370>

Marcus, S. M., Flynn, H. A., Blow, F. C., & Barry, K. L. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health, 12*(4), 373–380. <https://doi.org/10.1089/154099903765448880>

Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine, 3*(11), 2011-2030.

Milgrom, J., Hirshler, Y., Reece, J., Holt, C., & Gemmill, A. W. (2019). Social Support-A Protective Factor for Depressed Perinatal Women? *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(8), 1426. <https://doi.org/10.3390/ijerph16081426>

Motrico, E., Moreno-Peral, P., Uriko, K., Hancheva, C., Brekalo, M., Ajaz, E., Apter, G., Bramante, A., Conejo-Cerón, S., Christoforou, A., Dikmen-Yildiz, P., Evagorou, O., Fonseca, A., Lupattelli, A., Radoš, S. N., Al Maach, N., Rodriguez-Muñoz, M. F., Žutić, M., & Lambregtse-

van den Berg, M. P. (2022). Clinical practice guidelines with recommendations for peripartum depression: A European systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 146(4), 325–339. <https://doi.org/10.1111/acps.13478>

NCCMH (2020). Antenatal and postnatal mental health clinical management and service guidance. Updated Edition National Clinical Guideline Number 192 National Collaborating Centre for Mental; 2018; NCCMH. <http://www.nice.org.uk/guidance/CG192>

NICE (2018). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Paris, R., Bolton, R. E., & Spielman, E. (2011). Evaluating a home-based dyadic intervention: Changes in postpartum depression, maternal perceptions, and mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal*, 32(3), 319–338. <https://doi.org/10.1002/imhj.20299>

Pentecost, R., Latendresse, G., & Smid, M. (2021). Scoping Review of the Associations Between Perinatal Substance Use and Perinatal Depression and Anxiety. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 50(4), 382–391. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.02.008>

Price, S. K., & Cohen-Filipic, K. (2013). Daily life or diagnosis? Dual perspectives on perinatal depression within maternal and child health home visiting. *Social Work in Public Health*, 28(6), 554–565. <https://doi.org/10.1080/19371918.2011.592087>

Roeloffs, C., Sherbourne, C., Unützer, J., Fink, A., Tang, L., & Wells, K. B. (2003). Stigma and depression among primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 25(5), 311–315. [https://doi.org/10.1016/s0163-8343\(03\)00066-5](https://doi.org/10.1016/s0163-8343(03)00066-5)

Serge, G., Clavenna, A., Cartabia, M., Bonati, M. & NASCITA Working Group (2023). Postpartum depression screening in mothers and fathers at well-child visits: a feasibility study within the NASCITA cohort, *BMJ: British Medical Journal Open* 13: e069797. doi: 10.1136/bmjopen-2022-069797

Shaw, E., Levitt, C., Wong, S., Kaczorowski, J., & McMaster University Postpartum Research Group (2006). Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth*, 33(3), 210–220. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00106.x>

Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., San Tam, W. W., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 235-248. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>

Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health, 15*, 1745506519844044. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>

Smith, E. K., Gopalan, P., Glance, J. B., & Azzam, P. N. (2016). Postpartum Depression Screening: A Review for Psychiatrists. *Harvard Review of Psychiatry, 24*(3), 173–187. <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000103>

Spinelli, M. G., & Endicott, J. (2003). Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *The American Journal of Psychiatry, 160*(3), 555–562. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.3.555>

Tabb, K. M., Bentley, B., Pinos Leano, M., Simonovich, S. D., Nidey, N., Ross, K., Huang, W. D., & Huang, H. (2022). Home Visiting as an Equitable Intervention for Perinatal Depression: A Scoping Review. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 826673. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.826673>

Uriko, K. (2012). Adaptation at the Postnatal Period and the Valuation of Parental Roles. In: Bastos, A., Uriko, K., Valsiner, J. (Ed.). *Cultural Dynamics of Women's Lives* (pp.271 –298). Charlotte, NC: Information Age Publishers.

Uriko, K. (2017). Pregnancy and childbirth: Prologue to culture of motherhood. In: M.F. Freda & R. De Luca Picione (Ed.). *Advances in cultural psychology: Constructing human development. Healthcare and culture: Subjectivity in medical contexts.* (pp.231–251). Charlotte, NC: Information Age Publishing.

Uriko, K., Liik, K. (2020). Sünnitusjärgse depressiooni skaala EPDS ja sünnitusjärgse sotsiaalse toetuse küsimustiku PSSQ eestikeelsete versioonide kasutamine naise depressiivsuse, ärevuse ja tajutud partneripoolse sotsiaalse toetuse hindamisel. *Eesti Arst, 99* (2), 74–82.

Uriko, K., Liik, K. (2021). Sünnitusjärgse depressiooni sümptomaatika hindamine: sünnitusjärgse depressiooni sõeluuringu skaala EPDSi eestikeelne versioon. *Eesti Arst, 100* (6), 352–357.

Verpe, H., Kjellevoid, M., Moe, V., Smith, L., Vannebo, U. T., Stormark, K. M., Søvik, M. L., & Skotheim, S. (2019). Early postpartum discharge: maternal depression, breastfeeding habits, and different follow-up strategies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 33*(1), 85–92. <https://doi.org/10.1111/scs.12604>

Ververs, F. F., Voorbij, H. A., Zwarts, P., Belitser, S. V., Egberts, T. C., Visser, G. H., & Schobben, A. F. (2009). Effect of cytochrome P450 2D6 genotype on maternal paroxetine plasma concentrations during pregnancy. *Clinical pharmacokinetics, 48*(10), 677–683. <https://doi.org/10.2165/11318050-000000000-00000>

Vliegen, N., Casalin, S., & Luyten, P. (2014). The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(1), 1–22. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000013>

Wilcox, M., McGee, B. A., Ionescu, D. F., Leonte, M., LaCross, L., Reys, J., & Wildenhaus, K. (2021). Perinatal depressive symptoms often start in the prenatal rather than postpartum period: results from a longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, 24(1), 119-131. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01017-z>

World Health Organization (2014). WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn 2013. World Health Organization 2014;31–2.

Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 219, 86-92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003>

Yang, K., Wu, J. & Chen, X. (2022). Risk factors of perinatal depression in women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 22, 63. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03684-3>

3. VASTSÜNDINU TOITMINE

Inga Mäemets, Marge Mahla

3.1. Sissejuhatus

Rinnaga toitmist toetav praktika tervishoius ja ühiskonnas on lapse toitmise, varajase arengu, tervise ning heaolu nurgakiviks. WHO ja UNICEF soovivad alustada rinnaga toitmist lapse esimese elutunni jooksul pärast sündi, pakkuda eranditult rinnapiima lapse esimese kuue elukuu jooksul ning jätkata rinnaga toitmist vähemalt kuni kahe aasta vanuseks saamiseni koos eakohase toidu pakkumisega (WHO, 2009). Rinnaga toitmine tõhustab ema ja imiku vahelist kiindumussuhet, aitab saavutada optimaalse kasvu ja arengu, kaitseb infektsioonhaigustesse haigestumise eest, vähendab diabeedi ja rasvumise tõenäosust hilisemas elus ning omab kasutegureid emade tervisele (Factsheet, 2014; Victora *et al.*, 2016). Hoolimata pingutustest on rinnaga toitmise määr endiselt madal ja viimastel aastakümnetel on täheldatud selle minimaalset paranemist.

Emade, imikute ja väikelaste toitmise rakenduskava eesmärk on suurendada eranditult rinnaga toitmise määra esimesel kuuel elukuul vähemalt 50%-ni aastaks 2025 (Global breastfeeding scorecard, 2022). Sünnitusjärgsetel koduvisiitidel on nende eesmärkide ja prioriteetide saavutamisele kaasaaitamiseks ämmaemandal hea positsioon tänu sagedasele kontaktile emadega nii sünnieelsel kui ka sünnitusjärgsel perioodil. Sünnitusjärgsete kodukülastuste programmid on juba näidanud, et need suurendavad rinnaga toitmise alustamise tõenäosust (Shah & Austin, 2014).

Rinnaga toimisest loobumise peamiste põhjustena nimetatakse ebakindlust, valulikku imetamist, rinnapiima koguse tunnetuslikku vähesust ja lapse madalat kaaluiivet. Rinnaga toitmise enneaegse lõpetamise üheks põhjuseks enne kolme sünnitusjärgset kuud on ka ema imetamise vähene tunnetatud võimekus, mis viitab ema vähesele usule oma võimesse last rinnaga toita ja väljendub mures lapse õige toitmise pärast.

Emade enesekindlus rinnaga toitmise osas ennustab oluliselt, kas ta valib lapse toitmise viisiks rinnaga toitmise ning kui palju ta imetamisega vaeva näeb. Nagu selgub Blyth *et al.* (2002) töö tulemustest, jätkasid kõrge imetamise enesetõhususega emad pärast sünnitust imetamist oluliselt s

uurema tõenäosusega võrreldes emadega, kelle imetamise enesetõhusus oli madal. Sarnaselt leidsid Henshaw *et al.* (2015) oma töös, et kõrge imetamise enesetõhusus kaks päeva pärast sünnitust ennustas eksklusiivset rinnaga toitmist kuus kuud pärast sünnitust. Imetamise enesetõhusus ennustab ka seda, kuidas ema emotsionaalselt reageerib imetamisraskustele ja kas tal on enesekindlust toetavad või hävitavad mõttemustrid. Ema enesekindlust ja enesetõhusust rinnaga toitmisel võivad õhnestada tavalised vastsündinuga seotud mured nagu imiku sage nutt või ärrituvus ja rahutus, tajutav nälg ning suutmatus oma imikut rahustada (Howard *et al.*, 2014). Siiski tuleb rõhutada, et ema enesekindlus rinnaga toitmise ja vastsündinu hoolduse osas on üks potentsiaalselt mõjutatav tegur imetamise edukuse suurendamiseks ja ema toimetuleku parandamiseks (Yang *et al.*, 2016). Henshaw *et al.* (2015) tööst selgus, et imetamisnõustamist vajavate emade seas olid kõige sagedamini nimetatud stressi põhjustena imetamine, unepuudus, sotsiaalse toetuse puudumine ja kõrged nõudmised vanema rolliga kohanemiseks.

Vastsündinu ja imiku toitmisnõustamine sisaldab nõustamissekkumisi, mis käsitlevad ema ja last terviklikuna ning lähtuvad vajadusest leida tõhusaid rinnaga toitmist ja vastsündinu toitmist edendavaid sekkumisi, mis hõlmavad tervet hulka kaitse-, edendamise- ja tugisekkumisi ja annavad emadele võimaluse ning võimekuse jätkata rinnaga toitmist või olla toetatud valima sobiv toitmisviis oma lapsele (Ahmad *et al.*, 2012). Sekkumised, nagu beebisõbraliku haigla algatus, toitmisnõustamisteenuse kättesaadavus, nõustamine sünnitusjärgsetel koduvisiitidel, telefonitugi, rühmanõustamine, kogukonna teadlikkuse parandamise kampaaniad ja erinevate terviseprogrammide tõhusust on tõendatud paljudes teadustöodes (Ahmad *et al.*, 2012).

Mitmetes süstemaatilistes ülevaadetes on uuritud konkreetsete sekkumiste, nagu sünnituseelse patsiendiõpetuse, nõustajate või tervishoiutöötajate poolt teostatud toitumisnõustamise, telefonitoetuse, kogemusnõustaja ja töökoha toetuse mõju rinnaga toitmise määrale (Spiby *et al.*, 2009; Lavender *et al.*, 2013; Jolly *et al.*, 2012; Hall, 2011; Haroon *et al.*, 2013; McFadden *et al.*, 2019). Jõuti järeldustele, et patsiendiõpetuse ja sekkumisnõustamise abil saab märkimisväärselt parandada eranditult rinnaga toitmise määra kuni lapse kuue kuu vanuseks saamiseni ja naise toimetulekut sünnitusjärgsel perioodil (Spiby *et al.*, 2009; Lavender *et al.*, 2013; Jolly *et al.*, 2012; Hall, 2011; Haroon *et al.*, 2013; McFadden *et al.*, 2019).

3.2. Tulemused ja arutelu

Koduvisiidi saanud vastsündinutest ($N = 324$) üle poolte (67%) olid täielikult rinnapiima toidul. 27,8% lastest toideti said kombineeritult rinnapiima ja piimaseguga ning vähesel määral (5,2%) toideti vastsündinuid ainult piimaseguga. Kokku said 94,8% vastsündinutest kas täielikult või osaliselt rinnapiima, mida võib heaks tulemuseks pidada, kui lähtuda Tervise Arengu Instituudi (2022) rinnaga toitmise statistikast, mille kohaselt osalisel ja täielikul rinnapiimaga toidetud laste osatähtsus kolme kuu vanuselt oli keskmiselt 82 %. Korduvate koduvisiitide üheks sagedasemaks näidustuseks oli vastsündinu toitmine. Vastsündinu toitmisenõustamine ja selle kaudu ema ebakindluse vähendamine aitab kaasa täielikult rinnapiima toidul laste osakaalu tõusule ning panustab rinnaga toitmise kasutegurite avaldumisse hilisemas elus.

Kirjandus

Ahmad, M. O., Sughra, U., Kalsoom, U., Imran, M., & Hadi, U. (2012). Effect of antenatal counselling on exclusive breastfeeding. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 24(2), 116-119.

Binns, C., Lee, MiKyung, Low, W.Y. (2016). The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 28, pp. 7-14

Blyth, R., Creedy, D. K., Dennis, C. L., Moyle, W., Pratt, J., De Vries, S. M. (2002). Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth*. Dec;29 (4):278-84. doi: 10.1046/j.1523-536x.2002.00202.x. PMID: 12484390.

Factsheet, W. (2014). *Infant and Young Child Feeding*. Geneva: WHO.

Global breastfeeding scorecard (2022). Protecting breastfeeding through further investments and policy actions. United Nations Children's Fund (UNICEF), World Health Organization (WHO) November 2022. <https://www.globalbreastfeedingcollective.org/media/1921/file>

Hall, J. (2011). Effective community-based interventions to improve exclusive breastfeeding at four to six months in low- and low-middle-income countries: a systematic review of randomised controlled trials. *Midwifery*. Aug;27(4):497-502. doi: 10.1016/j.midw.2010.03.011. Epub 2010 May.

Haroon, S., Das, J. K, Salam, R. A., Imdad, A., Bhutta, Z. A. (2013). Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC Public Health*.13 Suppl

3(Suppl 3):S20. doi: 10.1186/1471-2458-13-S3-S20. Epub 2013 Sep 17. PMID: 24564836; PMCID: PMC3847366

Henshaw, E. J, Fried, R., Siskind, E., Newhouse, L., Cooper, M. (2015). Breastfeeding Self-Efficacy, Mood, and Breastfeeding Outcomes among Primiparous Women. *J Hum Lact.* Aug;31(3):511-8. doi: 10.1177/0890334415579654. Epub 2015 Mar 31. PMID: 25829478.

Jolly. K., Ingram, L., Khan, K. S, Deeks, J. J., Freemantle, N., MacArthur, C. (2012). Systematic review of peer support for breastfeeding continuation: metaregression analysis of the effect of setting, intensity, and timing. *BMJ.* Jan 25;344:d8287. doi: 10.1136/bmj.d8287. PMID: 22277543

Lavender, T, Richens, Y., Milan, S. J., Smyth, R. M., Dowswell, T. (2013). Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013(7):CD009338. doi: 10.1002/14651858.CD009338.pub2. PMID: 23881662; PMCID: PMC8078598

McFadden, A., Siebelt, L., Marshall, J.L. (2019). Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J* 14, 42. <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0235-8>

Shah, M. K., Austin, K. R. (2014). Do Home Visiting Services Received During Pregnancy Improve Birth Outcomes? Findings from Virginia PRAMS 2007-2008. *Public Health Nursing*, 31 (5), pp. 405-413

Spiby, H., McCormick, F., Wallace, L., Renfrew, M. J., D'Souza, L., Dyson, L. (2009). A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counsellors on duration of breast feeding. *Midwifery.* Feb;25(1):50-61. doi: 10.1016/j.midw.2007.01.006. Epub 2007 Apr 5. PMID: 17418464

Victora, C.G., Bahl, R., Barros, A.J.D., Franca G.V.A., Horton, S. Krasevec, J, Rollins, N.C.(2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387

WHO (2009). Infant and Young Child feeding. Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: World Health Organization; 2009

Yang, X., Gao, L., Ip, W-Y., Chan, W.CS. (2016). Predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study. *Midwifery* vol.41, p. 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.011>

4. VALMISOLEK VANEMLUSEKS

Inga Mäemets, Tiina Tõemets

4.1. Sissejuhatus

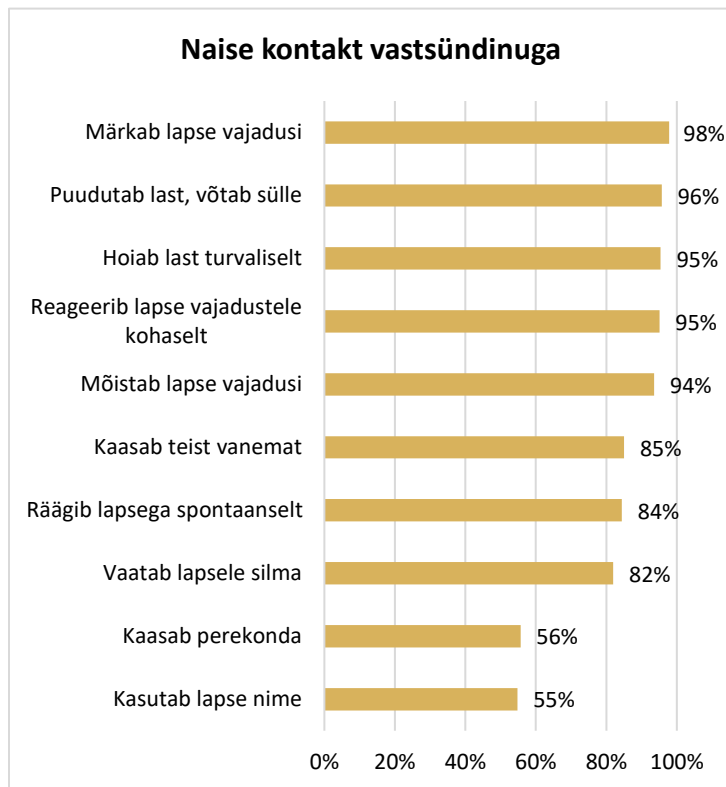
Emaks saamine on keeruline kognitiivne ja sotsiaalne protsess, mis on iga naise jaoks ainulaadne ning mida mõjutab ja kujundab kultuur (Adams *et al.*, 2016; Fereday *et al.*, 2021). Vanemlus võib olla üheaegselt rõõmupakkuv ja stressitekitav olukord, mida mõjutavad väga erinevad tegurid, sealhulgas demograafilised näitajad, sünnituskogemus, imetamine, sotsiaalne toetus (Swanson & Hannula, 2022).

Kiindumussuhe on emotsionaalne side lapse ja tema hooldaja vahel, mis loob vundamendi ja aitab kaasa lapse eakohasele arengule. Sekkumised, mille eesmärgiks on suurendada emade tundlikkust koos refleksiooniga, on tõhusad lapse turvalise kiindumuse edendamiseks imiku esimesel eluaastal ning sekkumiste mõju on suurem just riskis peredes (Letourneau *et al.*, 2015).

Emade valmisolekut vanemluseks ja tunnetatud võimekust mõjutab madal sotsiaalmajanduslik staatus. Igapäeva praktikas tuleb ette, et pere sotsiaalmajanduslikku staatust ja tunnetatud võimekusega seotud tegureid ei teadvustata sünnitusabi osutamisel piisavalt, samas nende teguritega arvestamine ja sellele järgnev patsiendikeskne ämmaemandusabi suurendab emade tunnetatud võimekust (Lagendijk, 2020).

Lapsevanema tegevus lapse esimestel eluaastatel määrab lapse arengu täispotentsiaali saavutamise. Lapse kognitiivne, motoorne, kõne ja psühhoemotsionaalne areng sõltub hooldaja reageerimisest ja käitumisest lapsega. Lapse vajadustele reageeriv käitumine on kordades tõhusam kui hooldusvõtted, kus puudub vanema reageering ehk hooliv kohalolu (Jeong *et al.*, 2021). Tähtis on ka reageerimise kvaliteet, mis on arvestav, empaatiline ja lugupidav lapse suhtes (Jeong *et al.*, 2021).

4.2. Tulemused ja arutelu

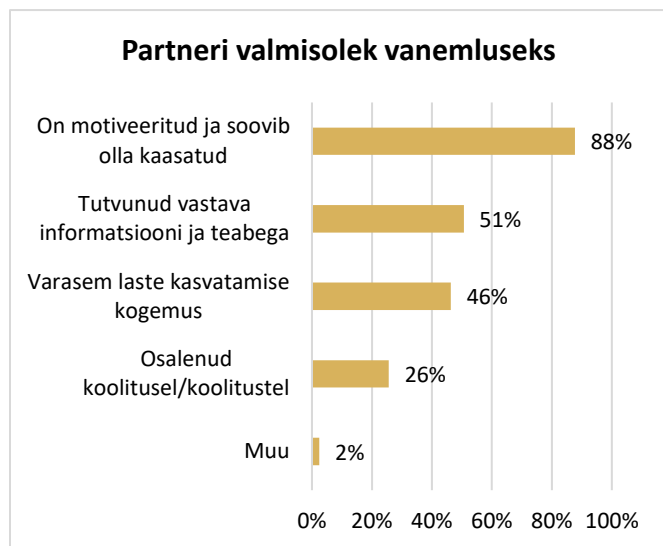


Joonis 14. Ämmaemanda hinnang naise kontaktile vastsündinuga.

panid tähele, et üle 90% naistest märkasid oma lapse vajadusi, võtsid vastsündinut sülle, puudutasid teda ja hoidsid turvaliselt, mõistsid lapse vajadusi ja reageerisid nende märguannetele kohasel (vt Joonist 1). Veidi vähem naisi (82–85%) rääkisid oma lapsega talle silma vaadates spontaanselt ja kaasasid lapsega tegelemisse ka teist lapsevanemat. Kiindumussuhte olemuse hindamisel on olulisel kohal ka lapse nime kasutamine, mida panid ämmaemandid tähele 55% naistest. Nimekasutuse madal esinemismäär võib tuleneda ka sellest, et mitmed pered ei olnud veel lapsele nime andnud. Teadlikult tähelepanu pööramine olulistele kiindumusega seotud aspektidele just koduses peres oma keskkonnas on ämmaemandushoolduse pakkumisel olulisel kohal.

Lisaks ämmaemanda hinnangule naise kontaktile vastsündinuga hindasid naised enda kohanemist uue rolliga 1–6 pallisel skaalal, mille tulemused varieerusid kogu skaala ulatuses ja keskmiseks hinnanguks oli 5.26 ($SD = 0.79$).

Koduvisiidid võimaldavad ämmaemandal toetada emasid kiindumussuhte kujunemisel ja hoolduse pakkumisel varases sünnitusjärgses perioodis, mis on määratletud kui kiindumussuhte kujunemise tundlik periood. Hooldaja kiindumust lapsesse peetakse oluliseks imiku turvalisuse seisukohast ja seda hinnatakse sageli vaatluse kaudu, kasutades tundlikkuse, pealetükkivuse, kontrolli ja reageerimisvõime jälgimist (Adams *et al.*, 2016; Fereday *et al.*, 2021). Koduvisiidi jooksul pere juures olles on võimalik vaatluse teel jälgida erinevaid vanema kiindumust määravaid märke. Ämmaemandid



Joonis 15. Partneri valmisolek vanemluseks.

Ämmaemandad dokumenteerisid, et 88% partneritest oli vanemluseks valmis, motiveeritud ja soovisid olla kaasatud (vt Joonist 15). Veidi üle poolte partneritest (51%) oli tutvunud juba varasemalt vanemlusega seotud infomaterjalidega, samas vaid ligi veerand oli osalenud teemakohastel koolitustel (26%). Varasem laste kasvatamise kogemus oli 46% partneritest. See võis olla ka partneri varasema suhtega seotud kogemus ja seetõttu lapsevanematel erinev.

Kirjandus

Adams, K. P. H., Blasi, A., Busuulwa, P., Craig, M. C., Daly, E., Gudbrandsen, M., Johnson, M.H., Kuklisova-Murgasova, M., Lloyd-Fox, S., McAlonan, G. M., McCusker, C., Murphy, D. G. M., Murray, L., Perry, E., Pote, I., Sethna, V., Wang, S., Williams, S. C. R. (2016). Mother–infant interactions and regional brain volumes in infancy: an MRI study <https://link.springer.com/article/10.1007/s00429-016-1347-1>

Fereday, J., Gwilt, I., McKellar, L., Steen, M., Stoodley, C., Ziaian, T. (2021). Using Co-design to Explore How Midwives Can Support the Emerging Mother-Infant Relationship During the Early Postnatal Period: Protocol for a Mixed Methods Study <https://www.researchprotocols.org/2021/6/e29770/>

Jeong, J., Franchett, E. E., Ramos de Oliveira, C. V., Rehman, i K., Yousafzai, A. K. (2021). Parenting interventions to promote child development in the first three years of life: global systematic review and metaanalysis. Published online 2021 May 10. doi: [10.1371/journal.pmed.1003602](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003602)

Lagendijk, J., Sijpkens, M. K., Ernst-Smelt, H. E., Verbiest, S. B., Been, J. V., Steegers, E. A. P. (2020). Risk-guided maternity care to enhance maternal empowerment postpartum: A cluster randomized controlled trial. PLoS One. 2020; 15(11): e0242187. doi: [10.1371/journal.pone.0242187](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242187)

Letourneau N., Tryphonopoulos P., Giesbrecht G., Dennis C.-L., Bhogal S., Watson, B. (2015). Narrative and meta-analytic review of interventions aiming to improve maternal-child attachment security. *Infant Mental Health Journal*, Jul-Aug;36(4):366-87. doi: 10.1002/imhj.21525. Epub 2015 Jun 25.

Swanson V., Hannula, L. (2022). Parenting stress in the early years - a survey of the impact of breastfeeding and social support for women in Finland and the UK. *BMS Pregnancy Childbirth*. Published online 2022 Sep 10. doi: [10.1186/s12884-022-05010-5](https://doi.org/10.1186/s12884-022-05010-5)

5. KODUKESKKONNA TURVALISUS

Inga Mäemets, Tiina Tõemets

5.1. Sissejuhatus

Laste vigastused on suures osas ennetatavad ning tähelepanu tuleb pöörata vigastuste põhjustele. Üle 80% alla üheaastaste lastega õnnetustest juhtuvad kodus keskkonnas (Veskimäe, 2022). Põhjamaades on võetud sihiks nullvisioon, mille eesmärgiks on luua olukord, kus laste vigastussurmasid ja raskeid kehalisi vigastusi ei esine. Ennetamiseks saab kohandada kodust keskkonda ohutuks ning tõsta lastevanemate teadlikkust, kuidas ohuolukordi vältida (Päästeamet, 2023). Oluline on kõigi spetsialistide ühine panus, kes tegelevad peredega ja teevad kodukülastusi. Uuringud on näidanud, et kodus keskkonnas toimunud sekkumistel on suurem mõju, kui tervisekeskuses või mujal toimunud nõustamistel (Tervise Arengu Instituut, 2022).

Teiste riikide praktikas tuuakse välja, et kandev roll vigastuste ennetamisel on tervisesüsteemidel ning see on tihedalt seotud lapse tervise jälgimise visiitidega (Saare *et al.*, 2019; Tervise Arengu Instituut, 2022). Ühe osana võiks kuuluda sinna kodukülastus, mis annab hea võimaluse hinnata spetsialistil lapse elamistingimusi ning nende ohutust. Tähtis on tõsta lastevanemate teadlikkust, milleks sobivad vastavad infomaterjalid või muude kanalite kaudu info edastamine. Psühhoedukatsiooni tulemuslikkuse kohta on vähe tõendeid, kuid efektiivseks peeti individuaalseid sekkumisi kodukeskkonnas ning rõhutati, et just kodukeskkonnas toimuv on mõjusam võrreldes mujal läbiviidud sekkumistega (Tervise Arengu Instituut, 2022). Kodus toimunud sekkumiste korral oli kõrgem lastevanemate rahulolu, nõustamine oli personaalne ja toetas rahulik keskkond (Saare *et al.*, 2022).

5.2. Tulemused ja arutelu

Kodukeskkonna turvalisust mõõdeti kuuest üldkategoriasst lähtuvalt. Nendeks olid:

1. kukkumiste, muljumiste, löökide ennetus;
2. tule-, vee ja elektriõnnetuste vältimine;
3. mürgistuste ennetus;
4. liiklus ja õueala turvalisus;
5. rünnakute vältimine;
6. esmaabi.

Kõige sagedasemalt, 61% peredel polnud mööbli teravad nurgad pehmendatud (vt Tabelist 3). Ämmaemand lisas, et tihti polnud selle aspektiga kodus veel tegeletud ja soovitas enne lapse roomama hakkamist nurgad pehmendada. Pooled pered (49%) ei teadnud mürgistusteabekeskuse numbrit. Ühel kolmandikul (33%) puudusid vinguandurid – seda aspekti hindas ämmaemand juhul, kui nende vajadus kodus keskkonnas esines. 28% peredest polnud treppidel käsipuud ja/või turvaväravaid. Ka sellele aspektile ei olnud pered tihti veel tähelepanu pööranud, kuna laps veel ei roomanud. Üks neljandik (25%) ei osanud esmaabivõtteid ja umbes sama paljudel, 24% peredest polnud vinguandur õigesti paigaldatud. Puudujääkide puhul nõustas ämmaemand, kuidas neid likvideerida/parandada.

Kõik pered teadsid häirekeskuse telefoninumbrit 112. Samuti kinnitasid kõik, et pereliikmed tunnevad kodus end turvaliselt ja kaitstuna ning täiskasvanud pereliikmed on enese eest vastutavad. Kõik pered olid soetanud turvahälli ja taganud lapsele turvalise magamiskoha.

Kodu turvalisuse valdkond	Kodu turvalisuse näitaja	"Ei" vastuste arv	"Ei" vastuste %
Kukkumiste, muljumiste, löökide ennetus	Mööbli teravad nurgad on pehmendatud	200	61%
Esmaabi	Pereliikmed teavad mürgistusteabekeskuse numbrit 16662	159	49%
Tule-, vee ja elektriõnnetuste vältimine	Vinguandurid on olemas*	107	33%
Kukkumiste, muljumiste, löökide ennetus	Treppidel on käsipuud ja turvaväravad*	90	28%
Esmaabi	Pereliikmed oskavad esmaabivõtteid (õletus, võõrkeha, verejooks, elustamine)	83	25%
Tule-, vee ja elektriõnnetuste vältimine	Vinguandurid on õigesti paigaldatud*	77	24%
Tule-, vee ja elektriõnnetuste vältimine	Seinakontaktid on terved kaitstud turvapistikuga või muul viisil	59	18%
Mürgistuste ennetus	Taimed on lapsele kättesaamatus kõrguses (toas ja aias)	52	16%
Tule-, vee ja elektriõnnetuste vältimine	Kuumad küttekehad on lapse eest kaitstud	51	16%
Esmaabi	Pereliikmed teavad perearsti nõuandetelefoni numbrit 1220	49	15%
Tule-, vee ja elektriõnnetuste vältimine	Koduaia veekogud on ohutud ja lapsele ligipääsematu (aiabassein, tiik vm veekogu)*	44	13%
Esmaabi	Kodune esmaabikapp on varustatud vajalike esmaabivahenditega	43	13%
Tule-, vee ja elektriõnnetuste vältimine	Suitsuandur on õigesti paigaldatud	40	12%
Tule-, vee ja elektriõnnetuste vältimine	Töökorras suitsuandurid	39	12%
Tule-, vee ja elektriõnnetuste vältimine	Veekogumisnõud kaev on ohutu ja lapsele ligipääsematud*	37	11%

Tule-, vee ja elektriõnnetuste vältimine	Kodus on tubakavaba keskkond	34	10%
Mürgistuste ennetus	Kemikaalid on lukustatavas kapis või lapsele kättesaamatus kohas	34	10%
Kukkumiste, muljumiste, löökide ennetus	Põrand ei ole libe või libisemisvastase kattega	33	10%
Liiklus ja õueala turvalisus	Lapsevanker on turvaline, töökorras, varustatud helkuriga	26	8%
Rünnakute vältimine	Koduloomad on lapsele ohutud*	21	6%
Kukkumiste, muljumiste, löökide ennetus	Vannitamine toimub kindlal alusel ergonoomiliselt	13	4%
Tule-, vee ja elektriõnnetuste vältimine	Elektriga töötavad vahendid on turvaliselt paigaldatud	13	4%
Tule-, vee ja elektriõnnetuste vältimine	Tuletikud, gaasipliidi süütaja on lapsele kättesaamatus kohas	12	4%
Tule-, vee ja elektriõnnetuste vältimine	Elektrijuhtmed on paigaldatud või paigutatud turvaliselt	10	3%
Mürgistuste ennetus	Ravimid on lukustatud kapis/sahtlis või lapsele kättesaamatus kohas	9	3%
Mürgistuste ennetus	Kemikaalid ja ravimid on loetavate siltidega originaalpakendis (mitte limonaadipudelid vms)	9	3%
Mürgistuste ennetus	Alkohoolsed joogid on lastele kättesaamatus kohas	7	2%
Kukkumiste, muljumiste, löökide ennetus	Mähkimine toimub turvalises kohas	1	0%
Kukkumiste, muljumiste, löökide ennetus	Lapse magamiskoht on turvaline	0	0%
Liiklus ja õueala turvalisus	Beebi transportimiseks liiklusvahendiga on soetatud turvahäll	0	0%
Rünnakute vältimine	Kõik täiskasvanud pereliikmed on enda eest vastutavad	0	0%
Rünnakute vältimine	Pereliikmed tunnevad end kodus turvaliselt ja kaitstuna	0	0%
Esmaabi	Pereliikmed teavad hädaabinumbrit 112	0	0%

Tabel 3. Kodu turvalisuse tagatus valdkondade kaupa ja reastatuna vähim turvaliste aspektide järgi. Värvid eristavad turvalisuse valdkondi. *Hinnati, kui see kodus esines.

Lapsevanemaks saamine nõuab koduse keskkonna hindamist ja ümberkujundamist ning toob vanemale vastutuse lapse heaolu ja tervise eest seismisel. Kodu külastav spetsialist saab vanemat toetada keskkonna hindamise, riskide märkamise ja juhendamise teel, andes soovitusi õnnetuste ärahoidmiseks. Koduses keskkonnas on võimalik märgata ja juhendada peresid nende vajadustest lähtuvalt personaalselt ja toetavas võtmes.

Päästeamet (2023) on koostanud kirjalikud juhendmaterjalid imikute ja väikelaste koduse keskkonna hindamiseks ja riskide maandamiseks. Koduohutuse hindamise ankeedid väikelastega peredele ja spetsialistile on kättesaadavad Päästeameti koduleheküljel: <https://www.rescue.ee/et/kodukeskkonna-vigastusriskide-projekt>. Koduvisiiti tegevad ämmaemandad saavad kasutada materjale psühhoedukatiivsel eesmärgil ning jagada vanematele infot ja soovitusi kodu kohandamiseks kasvavale lapsele turvaliseks.

Kirjandus

Päästeamet (2023). Infomaterjal beebivanemetele, 0-12 kuud. <https://www.rescue.ee/files/Materjalid/2023-infomaterjal-beebivanemetele-0-12-kuud-.pdf?899c9c7333>

Päästeamet (2023). Infomaterjal väikelaste ohutuse tagamiseks 1-4 aastat. <https://www.rescue.ee/files/Materjalid/2023-infomaterjal-vaikelaste-ohutuse-tagamiseks-1-4-aastat-.pdf?21da9c26c0>

Päästeamet 2023. Väikelaste koduohutuse hindamise ankeet kodukülastusi läbiviivale spetsialistile. <https://www.rescue.ee/files/Uuringud/2023-vaikelaste-koduohutuse-hindmise-ankeet-kodukulastusi-labiviivale-spetsialistile.pdf?137be0e420>

Saare, L., Arusaar, V., Kalda, R., Kiivet, R. A. (2019) Sünnijärgse koduvisiidi mõju hindamine. Tartu: Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

Tervise Arengu Instituut (2022) Teiste riikide praktikate kaardistus ja analüüs kodukeskkonnas toimuvate vigastuste ennetamiseks Lõppraport <https://www.tai.ee/et/valjaanded/teiste-riikide-praktikate-kaardistus-ja-analuus-kodukeskkonnas-toimuvate-vigastuste>

Veskimäe, L.(2022). Koduvigastused 2016 – 2021. Tallinn: Tervise Arengu Instituut

6. TOETUSVÕRGUSTIK

Inga Mäemets, Jana Meier

6.1. Lähivõrgustik

6.1.1. Sissejuhatus

Psühholoogiline stress võib sünnitusjärgsel perioodil avalduda paljudes erinevates variatsioonides. Sotsiaalse toetuse vajadus tõuseb ning see on tõhus toimetulekut soodustav tegur (Negron *et al.*, 2013). Madal sotsiaalne toetus või toetuse ebajärjekindlus aga suurendab naise rahulolematust sünnitusjärgse perioodiga ja sünnitusjärgse depressiooni sümptomeid (Negron *et al.*, 2013; Wickramaratne *et al.*, 2022). Sotsiaalset tuge saavad pakkuda partner, pereliikmed või sõbrad ning naiste ootus toele on seotud iseenesliku pakkumisega, seda peab saama ilma abi küsimata (Negron *et al.*, 2013). Naise vaimse tervise seisukohalt on seega oluline, et abi pakkumine ja toetamine tuleb iseeneslikult, ilma sellele tähelepanu pööramata ning sellega võivad olla seotud nii partner kui ka teised lähedased. Olulisel kohal on ka omavaheline läbisaamine, sest sagedased tülid raseduse ajal on seotud emade ja isade sünnitusjärgsete depressiivsete sümptomite märkimisväärse tõusuga (Wickramaratne *et al.*, 2022). Ei ole harv, kui naisel esineb hirm oma perekonna ja sõprade hinnangu ees, kui nad abi paluvad. Üldjuhul eelistavad naised oma vajadustest mitte teistele teada anda, kui nad tunnevad, et ümbritsevad ei pruugi neid mõista ja pakkuda tuge, mida nad vajaksid. Naised, kellel on piiratud toetus, ei pruugi abi küsida, kui nad tunnevad, et nad on koormaks ega taha riskida suhete pingestamisega just nendega, kellest nad suuresti sõltuvad (Negron *et al.*, 2013). Saab kokkuvõtvalt öelda, et hirm hukkamõistu ees, koormana tundmine, tajutav kriitika ja sõltumatus on sotsiaalse toetuse saamise osas takistavad tegurid.

Inimese põhivajadused ja nende rahuldamine ei muutu ka sünnitusjärgses perioodis, mis on naise jaoks üks haavatavamaid eluperioode, kus tuleb iseenda vajaduste kõrval silmitsi seista ka vastsündinu vajaduste ja muutunud elukorraldusega. Põhivajaduste täitmine on alati esmatähtis, alles seejärel suudetakse olla enesekindlam tulemaks toime teiste antud eluperioodile omaste füüsiliste ja emotsionaalsete stressoritega. Negron *et al.* (2013) järgi on sünnitanud naise

suurimaks väljakutseks isikliku hooldusega seotud põhivajaduste täitmine, majapidamistöõde tegemine ja uni, nimetatud on ka varasemate laste eest hoolitsemist.

Füüsiline toetus on emotsionaalse heaolu oluline komponent. Sünnitusjärgses perioodis, kus senini tavapärase ja rutiinsete tööde tegemine, võib muutuda keeruliseks, on vaja reaalselt füüsilist abi. Teatud tegevuste või ülesannete ülevõtmine aitab heaolu tasakaalustada, aidates naisel säilitada muutuv olukorras oma identiteeti naise ja emana. Kirjandus annab soovitusi kaaluda sekkumisi, mis keskenduvad partneri ja pere toetuse olemusele ja tugevdamisele, sest kui naine ei tea, mis on saadaval või mida on teistel pakkuda, võib see takistada tal abi küsimast, eriti kui nad peavad seda häbiväärseks või kohatuks (Negron *et al.*, 2013). On ennatlik eeldada, et abi väljendamata pakutakse just soovitud toetust. Täitmata vajadused aga võivad põhjustada rahulolematust ja halvendada toimetulekut.

Peredünaamikat mõjutavad ka peres teised kasvavad lapsed ja perekonnaseis (Wickramaratne *et al.*, 2022). Carlson ja VanOrman (2017) on leidnud, et abielupaaride suhte kvaliteet langeb tavaliselt pärast (esimese) lapse sündi, kuna lapsevanemaks olemine toob emadele ja isadele kaasa uued identiteedid, stressorid ja kohustused. Siiski on vähem selge, kas mitteabieluliste suhete kvaliteet järgib sarnast trajektoori. Tehtud uuringute toel on leitud, et abieluleping vähendab ebakindlust tuleviku suhtes, soodustab kaugemaleulatuvaid investeeringuid ja on paarisuhtet toetav, oluline mõjutegur on ka abielu kestvus käesoleva hetkeni. Samas on selge, et mitte abielus olevate paaride peremudelid võivad samuti olla väga erinevad. Lapsevanemaks saamise käigus peab paar nii individuaalselt kui ka koos läbi rääkima mitmeid isiklikke, perekondlikke, sotsiaalseid ja korralduslikke teemasid, mis toovad endaga tahes tahtmata kaasa pingeid. Abiellumine ja rahuldust pakkuv abielus elamine on sotsiaalse elu olulised aspektid, millel on tõenäoliselt mõju teistele peresuhetele ja individuaalsele heaolule ning on perekonna ühtekuuluvuse oluline aspekt.

Pere ja partneri kaasamise ning peredünaamika teemaline vestlus aitab ämmaemandal saada selgemat pilti naise toetusvõrgustikust, mis on sünnitusjärgses perioodis märkimisväärselt oluline ressurss (Wickramaratne *et al.*, 2022). Sotsiaalse toetuse ning heade peresuhete kaitsev mõju vaimsele tervisele on põhjendatud ning tervishoiutöötajate roll on pöörata kohtumistel sellele suuremat tähelepanu. Oluline on seada prioriteediks naise ja pere toetamisel just lähivõrgustiku

kaasamise, kes on naisele suuremal määral kättesaadav, kui seda on ükskõik milline tervishoiutöötaja.

6.1.2. Tulemused ja arutelu

Leibkonnaliikmete arv ($N = 325$) varieerus 2-st kuni 8 inimeseni ($M = 3.80$; $SD = 1.02$). Perekonnaseisust ülevaade on esitatud raporti ptk-s 2.3.

Naised hindasid pere toimetulekut ja lähivõrgustiku tuge 1–6 pallisel skaalal, kus hinnang “1” märkis mitterahuldavat ning ”6” suurepärast. Spearmani r -st lähtuvalt seostusid kõik hinnatud näitajad omavahel positiivselt ja mõõdukal määral (vt Tabelist 4). Kui kõrgema hinnangu sai pere toimetulek, siis hinnati kõrgemalt ka lähivõrgustiku eri alagruppide poolset tuge. Sarnaselt seostusid omavahel lähivõrgustiku alagruppide (paarilise, pere/sugulaste ja sõprade) poolsele toele antud hinnangud.

Muutuja	<i>M</i>	<i>SD</i>	Pere toimetulek	Paarilise tugi	Pere/sugulaste tugi
Pere toimetulek	5.40	0.69			
Paarilise tugi	5.42	0.92	.67*		
Pere/sugulaste tugi	5.14	0.94	.59*	.49*	
Sõprade tugi	4.90	1.05	.60*	.52*	.79*

Tabel 4. Seosed pere toimetuleku ja lähivõrgustiku toe vahel. Statistiliselt oluline nivool $*p < .01$

6.2. Tööhõive

6.2.1. Sissejuhatus

Paljud Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (ingl k *Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD*) riigid (v.a. Ameerika Ühendriigid) on võtnud kasutusele tasustatud perepuhkuse ja suur hulk kirjandust on uurinud selle puhkusepoliitika mõju laste tervisele. Kaks esimest eluaastat on kriitilised perioodid, mille jooksul stabiilne, reageeriv ja soe hoolitsus on laste sotsiaalse, emotsionaalse ja intellektuaalse arengu võtmeks (Khan, 2020). Nende suhete puudumine soodustab stressi ja avaldab elukestvat negatiivset mõju lapse tervisele ja arengule (Khan, 2020). Hooldajate oluline roll vastsündinute eaperioodil on märkimisväärne,

samas suur osa tehtud uuringutest on keskendunud sünnitusjärgse tööpuhkuse mõjule emade vaatenurgast, vähe või üldse mitte on uuritud tasustatud isapuhkuse mõjule laste tervisele (Khan, 2020). Siiski on leitud oluline seos vastsündinute, imikute ja alla viieaastaste laste suremuse märkimisväärse vähenemises (Khan, 2020).

Knoester *et al.* (2019) on seisukohal, et isapuhkus julgustab isasid harjutama vajalikke vanemlike oskuseid ja tegelema oma lastega, täites samal ajal ka nende ootuseid isana. Euroopas tehtud uuringud on näidanud, et isad, kes võtsid lapse sündimisel pikemat isapuhkust, tegelevad sagedamini lapsega seotud hooldustoimingutega võrreldes isadega, kes puhaskid lühemat aegat. Ühine aeg on kasulik nii isadele kui ka lastele – isale võimalus oma lastega alates sünnist koos aega veeta, lapsed aga seevastu saavad kasu isade hoolitsusest ja nende arengule sobivatest tegevustest (nt lugemine, laulmine, mängimine). Pühendades oma lapsele aega, võib puhkuse võtmine suurendada kogemusi, tugevdada isa-lapse sidet ja isa enesekindlust. Kõik nimetatud tugevdab isa identiteedi kujunemist, puhkus võimalab lisaks pühenduda viisil, mis ei ole seotud töökohustuste samaaegse ühildamisega. Isal tekib võimalus õppida tegelema vanemlike ülesannetega, eriti nendega, mida traditsiooniliselt on teinud emad. Imikutesse kiindumuse kujunemine ja lapsevanemaks olemise vastu kindlustunde saavutamine avaldab isakäitumisele püsivat positiivset mõju.

Samas on selge, et mitte kõik isad ei soovi ilmtingimata puhkusele jääda. Pere toetamine võib avalduda ka majapidamistöid tehes või teiste laste eest hoolitsemises, toosuhet katkestamata. Knoester *et al.* (2019) väidavad, et isad, kel on juba varasem lapse sünniga ja puhkuse kujundamisega seotud kogemus, võivad soovida teha seda viisil, mis eelmisel korral toimis, see aitab täita oma ootuseid ja on turvaline tee.

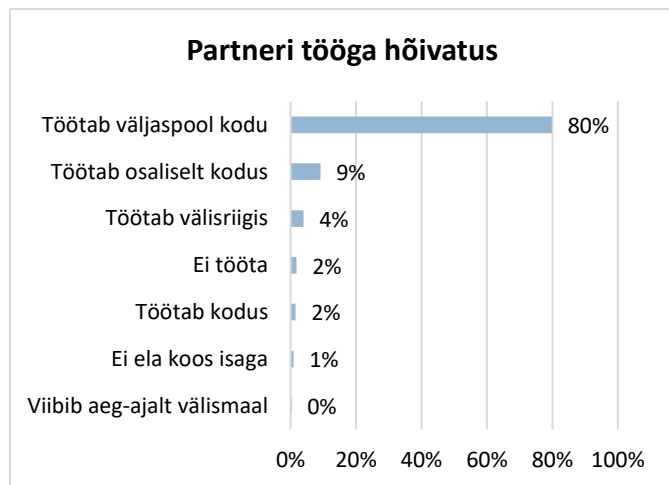
Isadele võimaluse pakkumine lapse sünniks või sünni järgselt puhkusele jääda võib aidata edendada suhete stabiilsust (Petts *et al.*, 2018; Pragg & Knoester, 2017). Sünnitusele järgneval keerulisel elukorralduslikul perioodil kerkivad omavahelistes suhetes esile teemad, mis on seotud välise pingetega nagu rahaline ebakindlus, vastutuse suurenemine ja ressursid töö ja pereelu tasakaalustamiseks (Petts *et al.*, 2021). Isapuhkus võimaldab isadel säilitada oma töökohustused, andes samal ajal võimaluse pärast lapse sündi õppida uuenenud nõudmistega toime tulema. Isapuhkuse võtmine vähendab suhte katkemise tõenäosust (Petts *et al.*, 2021). Isad, kes elavad

koos partneriga ja on temaga abielus, võtavad eriti tõenäoliselt ja samas pikemat isapuhkust (Petts *et al.*, 2018; Pragg & Knoester, 2017).

Terviklikus ja ühtehoidvas peresuhtes on lapse sünni järgselt sageli eeldus ja lootus, et lapse kasvatamisest võtavad osa mõlemad vanemad. Isad, kes on vanemapuhkusel, toidavad oma lapsi ja käivad lapse juures ka öösel, osalevad tema hooldamisel ja veedavad ühist aega suurema tõenäosusega (Khan, 2020). Persson ja Rossin-Slater (2019) leidsid Rootsi perekondi uurides, et isapuhkus mõjutab positiivselt ka emade vaimset tervist. Täpsemalt näitas uuring, et esimese kuue kuu jooksul pärast sündi on tasustatud isapuhkus seotud vähenenud emade pöördumisega sünnitusega seotud tüsistuste tõttu erakorralisse või eriarstiabi ambulatoorsesse kabinetti. Lisaks on suurem isade kaasatus, mida võib soodustada isapuhkus, on seotud pikema emade unega kuus kuud pärast sündi.

Vanemapuhkus toetab lapse tervist, suurendades rinnaga toitmise tõenäosust (Khan, 2020). Rinnaga toitmine on seotud lapse ja ema paranenud tervisetulemitega (Khan, 2020). Rinnaga toitvatel emadel on sünnitusjärgse depressiooni esinemise tõenäosus vähenenud võrreldes mitteimetavate emadega (Khan, 2020). Lisaks on tasustatud vanemapuhkust seostatud ka imiku regulaarsemate arstlike visiitidega, sest puhkusel olevad vanemad leiavad kergemini võimaluse visiidile jõudmiseks (Khan, 2020).

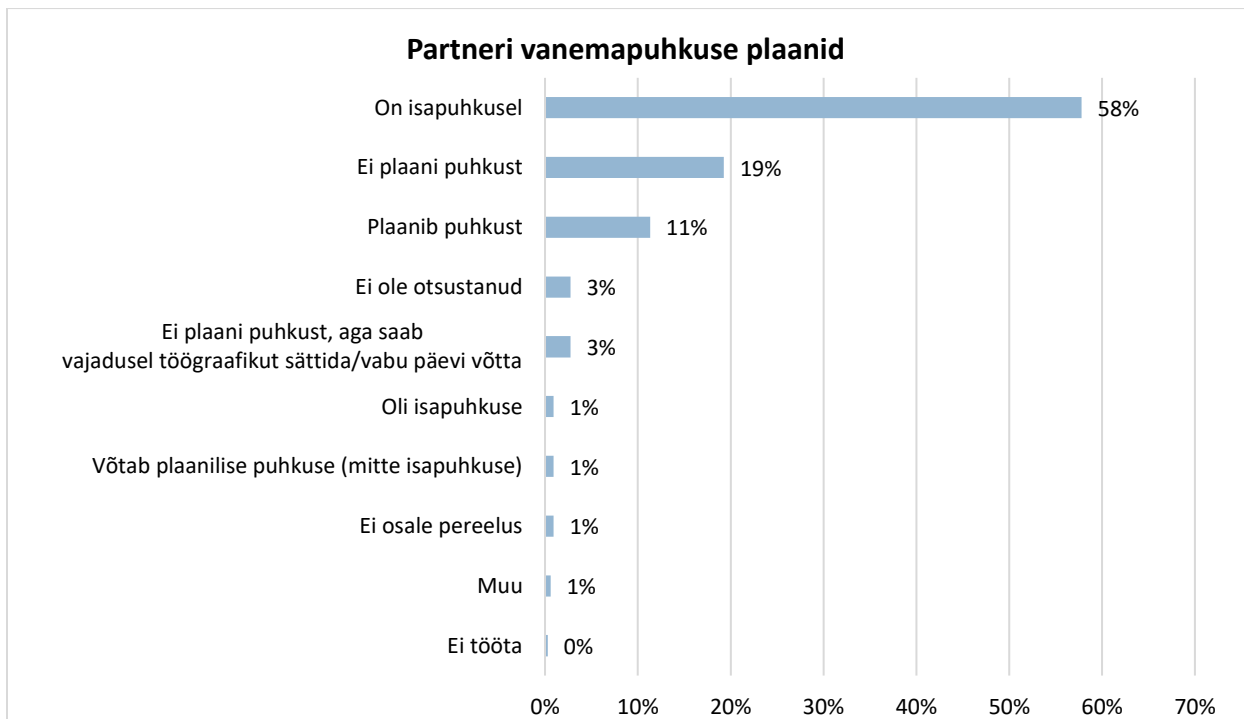
6.2.2. Tulemused ja arutelu



Joonis 16. Partneri tööga hõivatus universaalse koduviisi ajal.

Raseduse ajal või vahetus sünnitusjärgses perioodis tõstatub isa/partneri tööhõivega seotud teema. Selle teema ämmaemanda poolne käsitlemine annab võimaluse selgitada lapse kasvatamise ja jagatud vastutuse valdkonda ning võimalusi. Väljaspool kodu töötasid universaalse koduviisi toimumise ajal 80% partneritest. Osaliselt kodus töötamist raporteeriti 9% ja välisriigis töötamist 4%.

Kolm kuud pärast sünnitust on isapuhkus tugevalt seotud ka ema heaoluga ja isapuhkusel on sünnituse järgselt tõenäolisemalt need isad, kelle peres kasvavad ka teised lapsed (Redshaw & Henderson, 2013). Põhjuseks tuuakse meeste suuremat rolli teiste laste eest hoolitsemisel (Redshaw & Henderson, 2013). Puhkusel isad osalesid suurema tõenäosusega vastsündinu hoolduses ja ärkasid öösiti (Redshaw & Henderson, 2013). Isade suurema kaasatuse korral on leitud rinnaga toitmise kõrgemat määra. Pudeligal toitmise korral annab see isadele aega lapsega suhte arendamiseks (Redshaw & Henderson, 2013). Isade rolli naise toetamisel elu kriitilisel perioodil tuleb väärtustada.



Joonis 17. Partneri vanemapuhkuse plaanid.

6.3. Üksikvanemlus

Üksikvanemaga pered tekivad tavaliselt lahutuse või lahus elamise tõttu. Põhjuseks võib olla ka partneri surm või juba esialgne soov last üksi kasvatada. Viimast varianti toetab juurdepääs arenenud reprodutiivtehnoloogiatele. Seega võib üksikvanemlus olla ka naise enda soov ja ei ole alati seotud negatiivse juhtumiga. Nii emade kui laste heaolu langus on tingitud pigem lahutusest,

eraldatusest ja rahalistest raskustest kui üksikvanemaks olemisest ja seega võib olla asjakohane arutleda ka olukorra tekkimisega seotud teemadel (Jones *et al.*, 2022).

Uuringu raames määratlesid kolm naist end üksikvanemana. Üksikvanemluse tausta ei täpsustatud. Lisaks mainisid kaks naist, et lapse bioloogiline isa ei võta lapse elust osa, kahel juhul ei elanud isa Eestis või töötas enamuse ajast välismaal.

6.4. Professionaalne võrgustik

6.4.1. Sissejuhatus

Vastavalt Eesti Vabariigi tervishoiukorraldusele töötavad ämmaemandusabis ühtse meeskonnana ja osutavad rasedusaegset ja sünnitusjärgset abi kolme alternatiivina naistearstid, ämmaemandad ning perearstid ja -õed. Ämmaemandad ja naistearstid osalevad ambulatoorses ante- ja postnataalses abis ning statsionaarses perinataalses perioodis pakutavas abis. Vastavalt naise tervisevajadustele lisanduvad teised spetsialistid.

Patsiendi turvaline ja sujuv liikumine ning tõhus seda ümbritsev meeskonnatöö eri tervishoiuteenuste ja tasandite vahel on olulise tähtsusega. Valdkonnas töötavad spetsialistid peavad arvestama patsiendi liikumisega seotud riske, näiteks uus elukoht, perearsti ja pereõe või ämmaemanda muutus. Naise heaolu arvestades on meeskondlik lähenemine, koostöö ja efektiivne infovahetus olulisel kohal (Green *et al.*, 2015). Perearsti ja pereõe meeskond esmatasandil omab ülevaadet rasedust planeeriva naise üldseisundist, mis on samuti unikaalne positsioon nõustamiseks, toetuseks ja abiks. Perearst omab üldjuhul seotust ka naise perekonnaga ja tema käsutuses on laialdasem eluanamnees. Ämmaemanda ja esmatasandi vaheline infovahetus on määrava tähtsusega mõlemas suunas (Regional Perinatal..., 2017).

Moyo *et al.* (2022) selgitavad, et vaimse tervise alases toetuses saab meeskonnaliikmena vaimse tervise õde pakkuda oma pädevuse piires naise terviseseisundi hindamist, analüüsida üldisi ja vaimse tervisega seotud terviseriske, edendada psüühikahäire põhiselt patsiendi ja tema lähedaste igapäevaeluga toimetulekut ja nõustada vastavatel teemadel. Vaimse tervise õde ja ämmaemand-raseduskriisi nõustaja, kes on spetsialiseerunud vaimse tervise probleemide märkamisele just perinataalses perioodis oleva naise puhul, on esmased vaimse tervise nõustajad. Nende puudumisel või toetava spetsialistina saab lisada meeskonda kliinilise psühholoogi, kelle tööülesannete hulka

kuulub tegelemine vaimse tervise kõrvalekallete ja häiretega. Spetsialist keskendub esmalt inimese vaimse tervise hindamisele, järgneb sekkumine ja seejärel tagasiside andmine patsiendile ja edasise ravi arutelu. Vaimse tervise spetsialistidel on tihe koostöö psühhiaatritega, kes tegelevad psüühikahäirete diagnoosimise, ravi, rehabilitatsiooni ja ennetamisega. Tema ülesanne saab olla perinataalses perioodis oleva naise puhul tegelemine keeruliste ja erakorraliste juhtumitega, olles teiste spetsialistidele kättesaadav kui esmane kõrgema etapi spetsialist. Tavapärase ämmaemandushooldus, mida naine perinataalsel perioodil vajab, jääb ämmaemanda ja günekoloogi vastutuseks.

Raseduse ajal kogetud psühholoogiline distress mõjutab emaks kasvamist negatiivselt. Naised on rahulolematud sünnituskogemuse ja enese toimetulekuga sünnitusjärgsel perioodil, mis soodustab madala enesehinnangu kujunemist ja sotsiaalsete suhete vähenemist ning mõjutab negatiivselt paari ning peresuhet (Howard *et al.*, 2014). Sotsiaalse toetuse puudumisel halveneb vaimne tervis veelgi, sümptomid süvenevad ja väheneb naise võimekus abi otsida. Siinkohal peetakse adekvaatse abi saamisel ja märkamisel oluliseks just ämmaemandaid ja teisi naistega tegelevaid tervishoiutöötajaid (Staneva *et al.*, 2015). Naistel, kes saavad vaimse tervise probleemide korral järjepidevat toetust, kujuneb väiksema tõenäosusega välja sünnitusjärgne depressioon võrreldes nendega, kellele rasedusaegne toetus jääb kättesaamatuks (Howard *et al.*, 2014). Kõige efektiivsemaks peetakse sekkumist raseduse ajal (Howard *et al.*, 2014).

Võrgustikutöö on tuntud ja laialt levinud koostöövorm erinevate organisatsioonide ja inimeste vahel, kellel on sarnased huvid, ühine eesmärk või soov muutusi ellu kutsuda (Mulgan, 2005; Boston & Gill, 2011). Organisatsiooniülesed võrgustikud on oma olemuselt koosseisud, mis aitavad kaasa võrgustikes osalejate koostööle, tagavad juurdepääsu informatsioonile, võimaldavad tekitada ja jagada ressursse ning keskenduda ühise probleemi lahendamisele (Sellenberg, 2017).

Kui märgatud probleemid väljuvad ämmaemanda pädevusest, on järgmiseks sammuks suhtlemine teiste spetsialistidega. Koostöö peaks olema eesmärgistatud ja mitmesuunaline pere hüvanguks. Käesoleva projekti raames on tähtsal kohal nii juhtumipõhine kui kogukondlik ennetustöölane võrgustikutöö. Ämmaemanda kuuluvus kohaliku omavalitsuse poolt korraldatud sotsiaalteenuste osutajate võrgustikku ei ole levinud praktika. Tavapärased on kontaktide loomine

tervishoiuteenuste osutajatega, sh perearsti või vaimse tervise meeskonna ja raseduskriisinõustajatega.

6.4.2. Tulemused ja arutelu

Rasedusaegselt koguti andmeid 101 naise kohta. Neist 20% suunati ämmaemanda poolt raseduskriisi nõustaja vastuvõtule. 3% naistest suunati psühhiaatri juurde ja 2% naistearstile. 1% ulatuses suunati naisi psühholoogi, vaimse tervise õe, lastekaitsetöötaja, perearsti/pereõe, tugiisiku või lastetoa õe juurde.

Universaalse koduvisiidi järgselt kaasati kõige enam perearsti/pereõe, kelle juurde sünnitusjärgse visiidi tegemine on tavapraktika (vt Tabelist 5). Andmetest ei eristu, kas ja millistel juhtudel oli tegu tavapraktika ja millistel juhtudel sekkumist vajavate olukordadega. Teisi spetsialistide kaasati tunduvalt vähem, raseduskriisi nõustajaid 12%, naistearste ja imetamisnõustajaid 4% ulatuses.

Universaalse koduvisiidi järgselt kaasatud spetsialistid (N = 327)		
Spetsialist	Arv	%
Perearst/pereõe	152	46%
Raseduskriisi nõustaja	40	12%
Naistearst	14	4%
Imetamisnõustaja	12	4%
Psühholoog	8	2%
Psühhiaater	7	2%
Sotsiaaltöötaja	5	2%
Lastekaitsetöötaja	5	2%
Pediaater	4	1%
Vaimse tervise õde	3	1%
Neuroloog	1	0%
Neonatoloog	1	0%
Infektsionist	1	0%
Ambulatoorne ämmaemand	1	0%

Tabel 5. Universaalse koduvisiidi järgselt kaasatud spetsialistid.

Ka teise visiidi järgselt oli perearsti/pereõe kaasamine samuti levinuim (48%) (vt Tabelist 6). Võrreldes universaalse visiidiga, kaasati teise visiidi järgselt oluliselt rohkemal määral raseduskriisinõustajaid (37%), samuti oli teiste spetsialistide kaasatus kõrgem.

Teise koduviisiidi järgselt kaasatud spetsialistid (N = 110)		
Spetsialist	Arv	%
Perearst/pereõde	53	48%
Raseduskriisi nõustaja	41	37%
Imetamisnõustaja	8	7%
Sotsiaaltöötaja	8	7%
Psühholoog	5	5%
Psühhiaater	4	4%
Haigla lastetoa töötaja	4	4%
Naistearst	4	4%

Tabel 6. Teise koduviisiidi järgselt kaasatud spetsialistid.

Kirjandus

Boston, J., Gill, D. (2011). Working Across Organizational Boundaries: The Challenges for Accountability, in Ryan B., Gill D. (eds.) Future State: Directions for Public Management in New Zealand Wellington, Victoria University Press 212-246

Carlson, M. J., VanOrman, A. G. (2017) Trajectories of Relationship Supportiveness after Childbirth: Does Marriage Matter? Soc Sci Res. 2017 Aug; 66: 102–117. doi: 10.1016/j.ssresearch.2017.01.007

Green, L., Miele, M., & Protti, O. (2015). Perinatal mental health care pathways. Pan London perinatal mental health network.

Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. The Lancet, Vol. 384, pp. 1775–1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9)

Jones, C., Zadeh, S., Jadv, V., Golombok, S. (2022). Solo Fathers and Mothers: An Exploration of Well-Being, Social Support and Social Approval. Int J Environ Res Public Health. Aug; 19(15): 9236. doi: 10.3390/ijerph19159236

Khan, M.S. (2020). Paid family leave and children health outcomes in OECD countries. Child Youth Serv Rev. Sep; 116: 105259. doi: 10.1016/j.childyouth.2020.105259

Knoester, C., Petts, R.J., Pragg, B. (2019). Paternity Leave-Taking and Father Involvement among Socioeconomically Disadvantaged U.S. Fathers. Sex Roles. 2019 Sep; 81(5-6): 257–271. doi: 10.1007/s11199-018-0994-5

Moyo, N., Jones, M., Gray, R. (2022) What are the core competencies of a mental health nurse? A concept mapping study involving five stakeholder groups. Int J Ment Health Nurs. 2022 Aug; 31(4): 933–951. doi: 10.1111/inm.13003

Mulgan, G. (2005). *Joined-Up Government: Past, Present, and Future*. Bogdanor, V. (eds). *Joined-Up Government*. Oxford University Press, 175-187

Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., Howell, E. A. (2013) Social support during the postpartum period: Mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Matern Child Health J.* 2013 May; 17(4): 616–623. doi: 10.1007/s10995-012-1037-4

Petts, R. J., Carlson, D. L., Knoester, C. (2021). Fathers' Time Off Work After the Birth of a Child and Relationship Dissolution among Socioeconomically Disadvantaged U.S. Families. *Sociol Focus.* 2021; 54(3): 201–222. doi:10.1080/00380237.2021.1921641

Petts, R. J., & Knoester, C. (2018). Paternity leave-taking and father engagement. *Journal of Marriage and Family*, 80, 1144–1162. 10.1111/jomf.12494

Pragg, B., & Knoester, C. (2017). Parental leave use among disadvantaged fathers. *Journal of Family Issues*, 38(8), 1157–1185. 10.1177/0192513X15623585

Persson, P. & Rossin-Slater, M. (2019). *When Dad Can Stay Home: Fathers' Workplace Flexibility and Maternal Health*. Discussion Paper No. 12386

Redshaw, M. & Henderson, J. (2013). Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013; 13: 70. doi: 10.1186/1471-2393-13-70

Regional Perinatal Mental Health Care Pathway. (2017). https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/nccmh/perinatal/nccmh-the-perinatal-mental-health-care-pathways-short-guide.pdf?sfvrsn=4f52dbb3_2

Sellenberg, U. (2017). *Koostöövõrgustike arendamine avalikus sektoris SA Innove Põhja-Eesti Rajaleidja keskuse näitel. Magistritöö. TÜ Pärnu Kollidž*

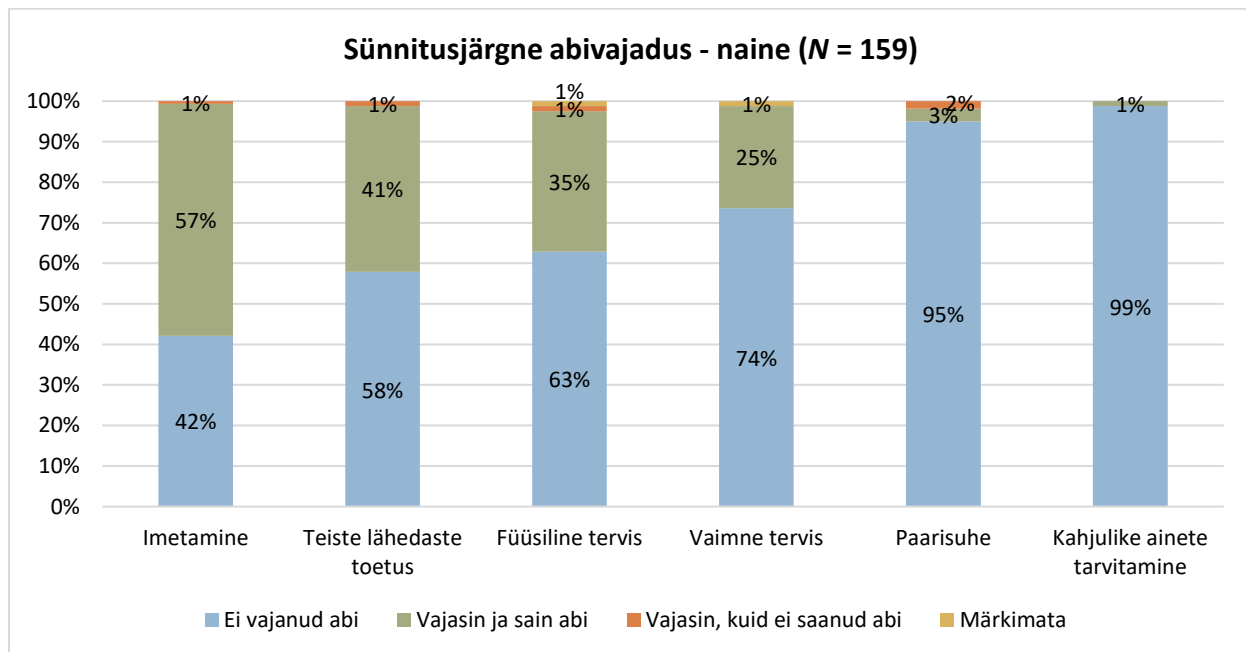
Staneva, A. A., Bogossian, F., & Wittkowski, A. (2015). The experience of psychological distress, depression, and anxiety during pregnancy: A meta-synthesis of qualitative research. *Midwifery*, Vol. 31, pp. 563–573. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.015>

Wickramaratne, P. J., Yangchen, T., Lepow, L., Patra, B. G., Glicksburg, B., Talati, A., Adekkanattu, P., Ryu, E., Biernacka, J. M., Charney, A., Mann, J., Pathak, J., Olfson, M., Weissman, M. M. (2022). Social connectedness as a determinant of mental health: A scoping review. *PLoS One.* 17(10): e0275004. doi: 10.1371/journal.pone.0275004

7. UURITAVATE TAGASISIDE

Inga Mäemets

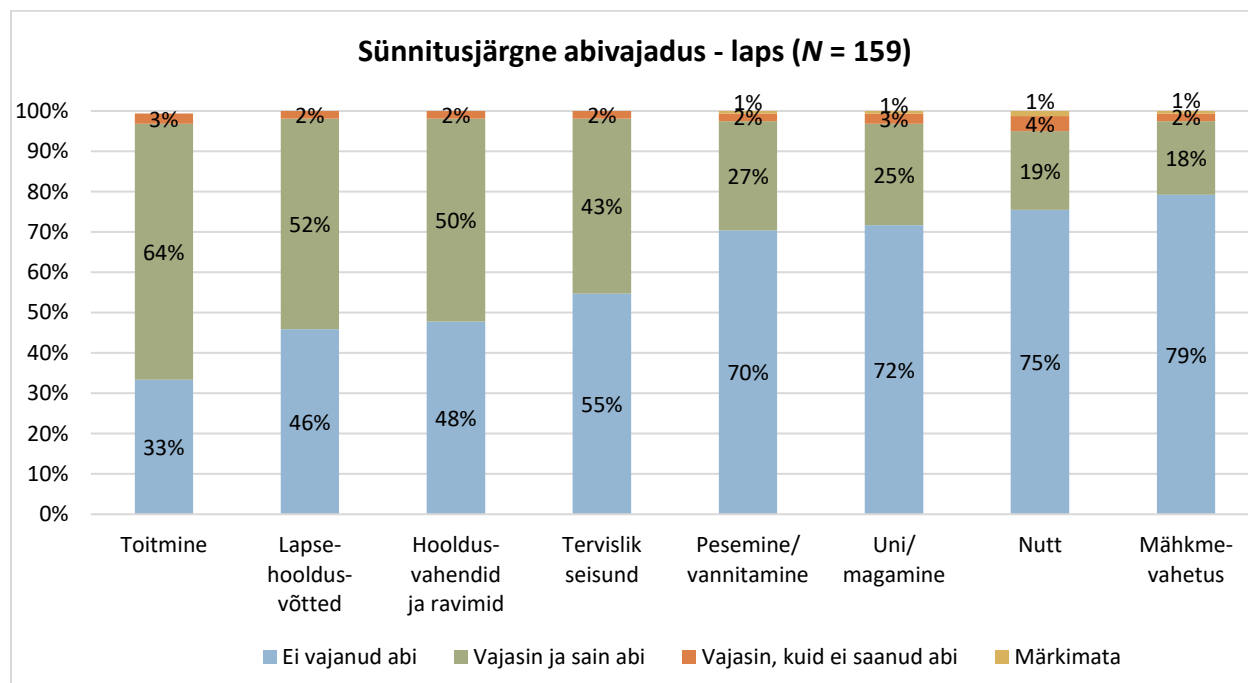
Järeloküsimustikule vastas 159 naist ehk 48,6% esimese koduviisiidi saanud naistest. Küsimustikus paluti märkida, kas nad lapse sünni järgselt vajasisid ja said abi nii neid endit kui last puudutavates punktides. Naist puudutavates teemades vajati ja saadi abi üle poolte juhtude (57%) imetamise osas (vt Jooniselt 18). Ka oli levinud teemaks teiste lähedaste toetus, mille osas 41% vastanutest väitsid abi olevat saanud. Järgnes abivajadus füüsilise tervise osas, mille puhul 35% naistest kinnitas abi saamist. Üks neljandik naisi vajab ja sai abi vaimse tervise osas. Paarisuhte ja kahjulike ainete tarvitamise osas märgiti abivajadust minimaalselt, vastavalt 3% ja 1%. Paarisuhte puhul märkis kolm inimest, et vajasisid abi, kuid ei saanud. Kuna koduviisiidi keskmes olid suuresti vastsündinu ja ema, siis on võimalik, et paarisuhte küsimused jäid koduviisiidis vähem kaetuks. Vajaks edasist analüüsi, milline on sünnitusjärgselt parim aeg ja koht paarisuhte teemade käsitlemiseks.



Joonis 18. Sünnitusjärgne naise heaoluga seonduv abivajadus.

Nii nagu naise abivajaduste osas levinuim oli imetamise teema, oli toitmine lapse abivajaduse osas levinuim abivajadus. 64% naistest märkis, et vajasisid ja said selle osas abi (vt joonist). Ligi pooled vastanutest vajasisid ja said abi lapsehooldusvõtete osas ning hooldusvahendite ja ravimite teemal.

Veidi alla poole vastanutest märkis lapse tervisliku seisundi osas abivajadust ja selle saamist. Vähemalt määral vajati abi pesemise/vannitamise, une, nutu ja mähkmevahetuse osas. Eraldi hinnati abivajadust kodukeskkonna osas, mida enamusel naistel (üle 90%) nende tagasiside kohaselt ei esinenud.



Joonis 19. Sünnitusjärgne lapse heaoluga seonduv abivajadus.

Naistel paluti raporteerida vabas vormist, mida nad muutsid tänu ämmaemandate tähelepanekutele. Kõige enam märgiti muudatusi imetamise/toitmise osas (39,6%). 22,6% vastanutest märkis, et konkreetseid muudatusi ei rakendanud. Vähemal määral, alla 10% vastanutest kirjeldas üldise enesekindluse tõusu ja lapse hooldusvõtetega seonduvat.

7.1. Toimetulek praegusel ajal

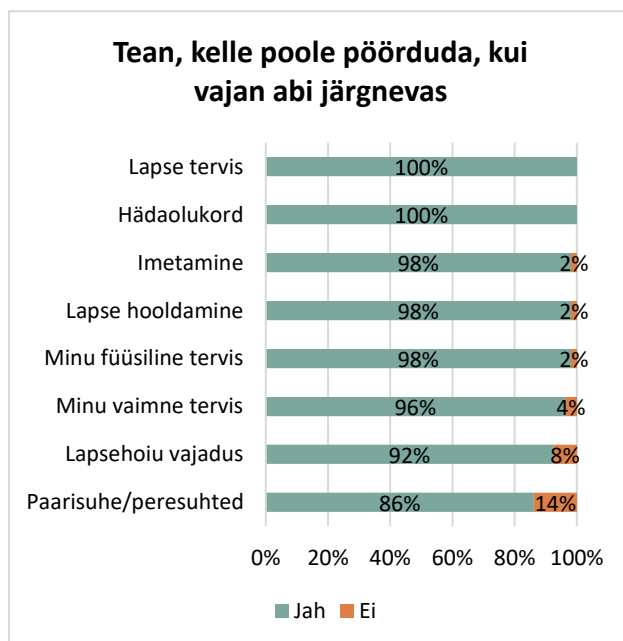
Naistel paluti hinnata enda ja lapse heaolu eri aspektidest lähtuvalt viimase kahe nädala jooksul 0–10 pallisel skaalal. Keskmised hinnangud varieerusid $M = 8.21$ ja $M = 9.51$ punkti vahel (vt Tabelist). Kõige kõrgemalt hinnati lapse heaolu, madalaimalt enda vaimset tervist. Naistel oli enda hinnanguid võimalus avatud vastuse näol selgitada. Partneri toimetulekule “0” hinnangut põhjendati ühel korral partneri välismaal viibimisega, teistel juhtudel miinimumskoore ei põhjendatud. 23-st avatud vastusest 13 puhul märgiti lapse tervise ja heaoluga seonduvaid muresid - nt nuttu, gaasivalusid ja nohu. Samas hinnangud lapse tervisele ja heaolule olid kõige kõrgemad.

Need tulemused võivad viidata sellele, et naise esmases fookuses sünnitusjärgsel on vastsündinu ja enda heaolu võib mõnevõrra rohkem tagaplaanile jääda, kuigi ämmaemanda nõustamistena enesehoole vajalikkusele ja võimalustele tähelepanu juhtisid. Märgitud on näiteks, et *“toimetulek 2 lapsega vajab veel harjumist, seega vahest tunnen, et see on päris suur väljakutse, et anda mõlemale piisavalt tähelepanu ja nende muresid lahendada.”* Naised tõid mõnel juhul välja ka füüsilise taastumise aspekte, nt haavavalu ja üldist nõrkust, mis takistab soovitud tegevuste tegemist.

Toimetulekuaspekt	N	Miinumum	Maksimum	M	SD
Minu toimetulek lapsevanemana	159	5	10	8.37	1.21
Partneri olemasolul tema toimetulek lapsevanemana	156	0	10	8.60	1.44
Rahulolu peresuhetega	159	5	10	8.90	1.19
Toetusvõrgustiku olemasolu	159	2	10	8.62	1.70
Minu vaimne tervis	159	3	10	8.21	1.42
Minu füüsiline tervis	159	4	10	8.25	1.29
Lapse tervislik seisund	159	4	10	9.29	0.92
Lapse heaolu	159	5	10	9.51	0.79

Tabel 7. Naiste hinnang toimetulekule praegusel ajal.

7.2. Teadlikkus abi saamise võimaluste kohta



Joonis 20. Naiste teadlikkus abisaamise võimaluste kohta.

professionaalset abi silmas pidades.” Teisel juhul oli naine kõikidel juhtudel “jah” vastanud, kuid

Naistelt uuriti nende teadlikkuse kohta abi saamise võimaluste kohta. Loetelule oli võimalik vastata “ei” või “jah” ning avatud vastusena selgitada hinnanguid. Kõik vastanud naised märkisid abi saamise võimalustest teadlikkust lapse tervise ja hädaolukordade puhul (vt Jooniselt 20). Kõige madalam oli teadlikkus paarisuhte/peresuhete puhul abisaamise võimalustest. Kaks naist olid põhjendanud hinnanguid avatud vastustes. Neist üks, kes vastas “Ei” paari/peresuhete, lapse hooldamise, imetamise ja lapsehoiu vajaduse puhul, kirjutas *“Alati saab lähedaste poole pöörduda, aga pigem vastasin*

lisas: *“Tean, kust abi otsida. Küsimus on pigem selles, et vahel tundub mure või küsimus liiga väike, et hakata selle pärast kusagilt abi otsima.”*

7.3. Tagasiside ämmaemanda koduviisi teenusele

Teenuse tarbija soovitusindeksi (ingl k *Net Promoter Score, NPS*) arvutamiseks küsiti naistelt 0–10 pallisel skaalal, kas nad soovitaksid ämmaemandat ka teistele peredele. Soovitusindeksi arvutamiseks eristatakse mittesoovitajad (hinnang vahemikus 0–6), neutraalsed (hinnang 7–8) ja soovitajad (hinnang 9–10). Indeksi arvutamiseks lahutatakse soovitajate protsendist mittesoovitajate protsent ja saadakse skoor, mis varieerub vahemikus -100 kuni 100. Nullist positiivsem skoor märgib, et soovitajaid on rohkem kui mittesoovitajaid, negatiivne skoor vastupidist. Naiste hinnangutest ei selgunud ühtki mittesoovitajat ning soovitajaid oli 99% ehk teenuse soovitusindeksiks kujunes 99.

Lisaks soovitamisele küsiti naistelt tagasisidet ka teiste teenuse osutamise kvaliteeti kajastavate aspektide kohta. Naised hindasid vastavaid väiteid 0–10 pallisel skaalal. Keskmistest skooridest, mis jäävad maksimumhinnangu ligidusse, järeldub, et kõiki aspekte hinnati naiste poolt väga kõrgelt ja kaheksast punktist madalamaid hinnanguid ei esinenud (vt Tabelist 8).

Väide	N	Miinumum	Maksimum	M	SD
Ämmaemand oli professionaalne ja oskuslik	159	8	10	9.95	0.25
Ämmaemand oli usaldusväärne	159	8	10	9.94	0.30
Ämmaemand oli abivalmis ja sõbralik	159	8	10	9.94	0.31
Sain ämmaemandaga kergesti kontakti	159	8	10	9.93	0.32

Tabel 8. Naiste tagasisidehinnangud ämmaemandatele.

Lisaks võimaldati naistele vabast vormist vastata küsimusele, kas koduviitidest oli neil kokkuvõttes abi/tuge. 100% vastanutest kirjutas, et oli abi ja/või tuge. Järgnevad tsitaadid on võetud naiste vastustest antud küsimusele:

- *“Jah, koduviitidest oli väga palju abi. Kuigi sünnitusjärgses osakonnas sain ka palju abi ja nõu, tekkis kodus ikka veel küsimusi, oli kõhklusi ja kahtlusi, mis said koduviitidel vastuse. Juba pärast esimest visiiti tundsin end palju rahulikamana ja kindlamalt.”*
- *“Ämmaemanda koduviit sünnitusjärgsel ajal peaks olema tervishoiusüsteemi uus normaalsus. Äsja sünnitanud naisel võib olla kehv tervislik seisund, probleeme liikumisel.*

Esmased juhtnöörid sünnitusmajas võivad kurnatuse ning olukorra uudsuse tõttu ununema kippuda ning esimestel päevadel kodus tekib kindlasti jooksvaid küsimusi. Koduviit on stressivabam kogu perele, kus saab harjumuspärases keskkonnas eri aspekte arutada, mis muidu kabinetivisiidil ähmis olles ununeda võivad. Koju saabudes annab plaanitud ämmaemanda koduviit ka kindlustunnet, et vajadusel saab peagi teatud asj spetsialistiga konsulteerida.”

- *“Koduvisiitidest oli väga palju abi. Keisrilõike niitide eemaldamine koduses keskkonnas oli väga mugav, nii kiiresti oleks üsna keeruline olnud üksinda ennast arsti juurde sättida niite eemaldama. Teine visiit oli väga kasulik. Kuna perearst oli puhkusel, sai teisel nädalal ämmaemanda külastusega laps üle vaadatud.”*
- *“Visiitidest oli palju abi just minu enda vaimse tervise hindamisel ja abi otsimisel. Visiidid aitasid mul ärevusega paremini toime tulla. Kuna rasedusest ja sünnitusest tingitud nii vaimne kui füüsiline kurnatus oli suur, oli väga hea, et abi tuli koju. Lisaks oli ämmaemanda visiit piisavalt pikk ja kuidagi rahuliku ja koduse fooniga. See andis võimaluse küsida nõu ka pisemate murede või küsimuste kohta, mis lapse hooldusel või enda tervisega seoses olid vahepeal esile kerkinud. Perearsti või ämmaemanda vastuvõtul terviseasutuses, ei ole alati aega või ei tule kohe meelde kõik pisemad küsimused, milles soovid nõu saada.”*
- *“Jaa. Tänu ämmaemand /nimi/ sujub meil beebiga imetamine palju paremini ning ma ei pea enam andma lisapiima. Visiitidel sain küsida kõige kohta, mis mulle muret tekitas ja ämmaemand oli väga julgustav ja professionaalne. Minule olid koduvisiidid väga vajalikud ja sain väga palju abi ning tuge, peamiselt imetamise osas.“*
- *“Jah, oli palju abi juba selles suhtes, et keeruline oleks olnud pärast keisrit kliinikusse tulla. Raskuste tõstmise tõttu oleks pidanud ka mees + 1,5 aastane poeg kaasa tulema. Teiseks oli tore suhelda ja muredest rääkida. Võttis väiksemagi pinget maha. Ämmaemandad olid ülimalt meeldivad ja empaatilised.”*

8. UURINGU TUGEVUSED JA PIIRANGUD NING ETTEPANEKUD EDASPIDISEKS

Inga Mäemets, Jana Meier, Marge Mahla, Tiina Tõemets

Projekti käigus oli võimalik jälgida naiste teekonda olulisel eluperioodil – rasedusest sünnitusjärgse ajani. Longituudmeetodil uuringu läbiviimine võimaldas teha mõõtmisi mitmes etapis ning samuti pakkuda naisele mitmekülgset toetust. Samas kaasnes longituuduuringuga suur ressursikulu nii uuringu läbiviimisel kui hilisemas analüüsis. Ka ei olnud kõigi uuringusse kaasatud naiste andmed alati järjepidevad. Osalt tulenes uuringusse sisenemise paindlikkusest. Uuringuga liitumise võimalus oli naistele antud nii mitmekuises perioodis raseduse ajal kui sünnitusjärgselt. Universaalsele visiidile järgnevad visiidid olid vajaduspõhised ning seega ei saanud läbi viia järjepidevaid sõelumisi kõikide uuritavatega kõikidel võimalikel ajahetkedel. Raseduse ajal sai uuringu värvatud oluliselt vähem naisi kui sünnitusjärgselt. Seda piiras uuringusse kaasatud ämmaemandate profiil, mis kujunes ämmaemandate vabatahtlikkuse alusel toimunud värbamise järgselt ja oli seega uuringut planeerides etteennustamatu.

Ämmaemandad said projektiga liitudes mitmekülgse väljaõppe ja viisid projekti tegevusi läbi enda parimast teadmisest ning võimalustest lähtuvalt. Oli nii mitmekesise varasema koduviitide kogemusega ämmaemandaid kui ka neid, kes visiitidega alles alustasid. Mitmekülgele koolituskavale, tegevusmudelile, juhendmaterjalile ja kovisioonidele vaatamata võis praktikates leiduda erisusi, mis võisid kajastuda ka protokollide ja muude ankeetide täitmisel, nõustamisteede fookuses ning paljus muus. Samuti tehti koduviite paljudes eri tingimustes üle-eestiliselt. Erineva loogika ja ülesehitusega terivshoiuasutuste kaasamine üle-eestiliselt oli ühestkülgsest projekti suur tugevus, sest teenust sai katsetatud ja andmeid kogutud väga erinevate võimaluste ja tingimuste juures. Teisalt vajas selline mitmekesisus pidevat paindlikkust kõigi poolt ning samuti mõne tegevuse ära jätmist, ümberkohandamist või uuesti mõtestamist.

Sõelumisvahendite kasutuselevõtt oli suureks sammuks edasi teenuse standardiseerimisel, aga ka üldisemalt riskide hindamise süstematiseerimisel ja vastava mõtteviisi juurutamisel. Ämmaemandate tagasiside kohaselt, mida osaliselt kätkeb endas ka projekti raames valmiv Calgary kohandamise raport, andis sõelumisvahendi kasutamine ämmaemandatele kindlust vastavate riskidega tegelemiseks ja teemade puudutamiseks, mida muidu ei käsitletaks. Suured

sammud on siiski aga veel teha, et ämmaemandusteenuse juurde riskide sõelumist standardiseeritud kujul teha. Mõlema hindamisvahendi rakendamine on seotud piirangutega. EPDS vajab eraldi väljaõpet ja esmane kasutamiskogemus superviseerimist. Käesoleva uuringu lühiduse tõttu ei saa täna täpselt sõnastada instrumendi edaspidist integreerimist raseduse jälgimise süsteemi ja sünnitusjärgsesse hooldusesse. Samas annab lapse tervise jälgimise juhend soovitus selle kasutamiseks sünnitusjärgse depressiooni kahtluse korral. Calgary sõelumisvahend vajab täiendavaid uuringuid valideerimisprotsessi lõpule viimiseks.

Projekti raames mitte ainult naisele ja lapsele keskendumine, vaid toetustekonna ja -võrgustike kaardistamine lõi laiapindset võimalused toetuse pakkumiseks. Nii naise lähivõrgustiku kaasamine kui ka spetsialistide olemasolu kaardistamine ning vajadusel kaasamine toimus eesmärgiga luua naise ümber toetusvõrgustik, milles naisel oleks erinevate riskide ja murede korral võimalik abi saada. Kuigi projekti eesmärgist väljus nende toetusvõrgustike toimimise ja mõju uurimine, siis oli neile tähelepanu juhtimine ja mõnel juhul spetsialistidega võrgustikutöö algatamine siiski vajalikuks sammuks, et leida tuge juba olemasolevatest ressurssidest nii naise lähedaste seast kui piirkonna tasandil laiemalt.

Ämmaemanda koduviisi tegevusmudel on loodud ja sünnitusjärgseid koduviisi teostati tuginedes rahvusvahelistele juhiste ja varasemale heale praktikale. Katseprojekti tulemuste alusel saab öelda, et universaalne koduviit pärast lapse sündi tagab perede võrdse kohtlemise, väldib teenuse saajate sildistamist või lahterdamist, kui vaid „riskis“ peredele pakutav teenus.

Projekti käigus kirjeldatud toetustekond ja koduviisi tegevusmudel annab ühtse aluse ning sisu teenuse osutamiseks, mis katab lapse sünniga kaasnevaid aktuaalseid teemasid, sh ema vaimne ja füüsiline tervis ning taastumine, uue olukorraga kohanemine, vastsündinu eripärad, hooldus, toitmine, emadusega kohanemine, vanemlik hoolitsus, lähivõrgustiku kaasamine ning selged tõenduspõhised suunised edaspidiseks käitumiseks. Ämmaemanda pädevuses on pakkuda terviklikku ämmaemandusabi, mis pöörab tähelepanu naise ja lapse tervisele ning heaolu mõjutavatele teguritele, vanemlusega seotud temadele ja peredünaamikale, et tagada lapse heaolu.

Maailma Terviseorganisatsiooni juhise alusel peab ema ja last sünnitusjärgselt käsitlema tervikuna. Tervele emale ja vastsündinule soovitatakse teha vähemalt kolm täiendavat

sünnitusjärgset visiiti enne lapse kuue elunädala täitumist (WHO, 2022). Visiit sisaldab nii ema kui lapse füüsilise ja vaimse seisundi ning omavahelise interaktsiooni hindamist, tagasisidet toimetulekule ning tõendus põhiste soovitude jagamist. Sünnitusjärgelt vajavad hoolt ja tähelepanu nii laps kui ema ning ämmaemand saab pakkuda kõigile peredele kompleksset ennetusalast teavet kohanemiseks ja taastumiseks.

Jätkutegevusena hinnatakse oluliseks ämmaemandatele koduviitide läbiviimist käsitleva täienduskoolituse pakkumist ka edaspidi. Teenuse käivitamiseks kõikjal Eestis vajab koduviitide läbiviimiseks ühtse meetodika alusel koolitust, lisaks 42 väljaõppes osalenule, orienteeruvalt 80 ämmaemandat. Väljatöötatud koolitusmoodulis käsitletavat teemad:

- depressiooni sõeltesti EPDS-i kasutamine ning esmane nõustamine,
- Calgary sõeltesti kasutamine raseduse ajal ja sünnitusjärgsel koduviitidel,
- koduviitide tegevusmudeli sünnieelne ja sünnijärgne sisu,
- juhtumikorralduse põhimõtted, koostöövõrgustik, andmekaitse tervishoius,
- lapse ja vanema turvalise kiindumussuhte olemus, tüübid, mõjutavad tegurid ning selle kujunemise toetamine,
- vaimne tervis perinataalperioodis, kriisi varane märkamine, naise ja pere toetamine ning toetusteevonna kavandamine,
- positiivse vanemluse toetamine enne ja pärast sünnitust, vanemlike oskuste õpetamine ja arendamine ning lähivõrgustiku aktiveerimine.

Koolitus on suuremas osas läbiviidav veebipõhiselt, kuid vajab siiski administreerimist ja kaasajastamist vastavalt uuendatud rahvusvahelistele ja riiklikele juhiste, ühiskonnas toimivatele muutustele või uutele otsustele seoses teenuse osutamisega.

Riskide hindamine algab raseduse jälgimise ajal, seega on riskide hindamiseks valitud meetodika ja abivahendite rakendamiseks vajalik koolitus ka kõigile rasedust jälgivatele ämmaemandatele. Pikemas vaates võiks kaaluda hindamisvahendite käsitus integreerida raseduse jälgimise juhendisse ning ämmaemandate põhiõppe õppekavasse.

Sünnitusjärgne koduviit on kvaliteetse sünnitusjärgse ämmaemandusabi teenuse oluline osa ja peaks olema kättesaadav igas Eesti piirkonnas. Tuginedes projektitulemustele pakume eeldatavaks sünnitusjärgsete koduviitide mahuks 24 tuhat visiiti aastas, millest 50% on universaalsed

koduvisiidid ning 50% korduvad vajaduspõhiselt osutatud visiidid peredele, kus on märgatud riskitegureid raseduse ja/või sünnituse ning universaalse koduvisiidi teostamise käigus.

Ettepanekud edaspidisteks sammudeks:

1. Tagada universaalse sünnitusjärgse koduvisiidi korraldus üle-eestiliselt kõigile lapse saanud peredele ning korduv koduvisiit vastavalt eelnevalt hinnatud näidustustele, mis soodustab pere toimetulekut lapse esimestel elukuudel ja määratleb edaspidise abivajaduse, sh edasisuunamised ja/või teiste spetsialistide kaasamise vastavalt kavandatud toetusteele;
2. korduvaid sünnitusjärgseid koduvisiite võib pakkuda kuni lapse kuue kuu vanuseks saamiseni, mis on piisav aeg edaspidise toetusteele korraldamiseks koostöös teiste spetsialistide ja kohaliku võrgustikuga.
3. Ühtlustada sünnitusjärgse koduvisiidi maksumus eriarstiabis ja esmatasandil ning kaaluda teenuse osutamise võimalusi piirkondades, kus pole piisavalt tervisekeskusi teenuse pakkumiseks, näiteks iseseisva ämmaemandusabi teenusena.
4. Pikendada uue tegevusmudeli rakendamisel koduvisiidile kuluvat aega universaalse koduvisiidi korral 90 minutile ning korduva koduvisiidi korral 60 minutile, millele lisandub tööaeg transpordile ja dokumenteerimisele. Esmase koduvisiidi pikendamine võib vähendada korduva koduvisiidi vajadust, sest võimaldab põhjalikumalt nõustada kõigil käsitlemist vajavatel teemadel.
5. Luua koduvisiite tegevatele ämmaemandatele supervisiooni ja kovichiooni võimalused, mis on olulised kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamise komponendid ning tagavad peredega töötavatele ämmaemandatele süsteemse toetuse, et ennetada läbipõlemist ja valdkonnast lahkumist ning soodustada teenuse osutamise jätkusuutlikkust.
6. Kaaluda kohaliku omavalitsuse kaasamist näiteks korduva koduvisiidi osaliseks hüvitamiseks ja koostöö soodustamiseks sotsiaalsete riskidega seonduvate probleemide varajaseks avastamiseks ja maandamiseks koostöös ämmaemandatega.
7. Korraldada ämmaemandate täienduskoolitus koos hindamisvahendite kasutamise pädevusega ühtse lähenemisviisi rakendamiseks.
8. Koduse keskkonna riskide maandamiseks soodustada lastevanemate psühhoedukatiivseid võtteid, näiteks propageerides Päästeameti poolt loodud juhendmaterjalide levitamist kõigi lapseotel ja lapse saanud perede hulgas:

<https://www.rescue.ee/files/Materjalid/infomaterjal-beebivanematele-kodu-kohandamiseks-lapse-esimesel-eluaastal.pdf?a8bc50fa38>

9. Koguda lisaandmeid kulutõhususe ja mõjususe hindamiseks universaalse teenuse pakkumisel.

Kirjandus

World Health Organization (WHO) (2022). Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva.; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



**Projekt “Ämmaemanda koduviisiidid esimestel eluaastatel”
Koolitusprogramm**

Maht 2 EAP (52 tundi, sh 28 tundi iseseisvat tööd)

Koolituse läbinu:

1. Teab rasedusaegse ja sünnitusjärgse depressiooni sümptomaatikat ja oskab hindamiseks kasutada depressiooni sõeltesti EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*).
2. Omab valmidust pakkuda esmast vaimse tervise toetust lähtudes sõelumistulemustest ja naise/pere vajadusest ning planeerib edasise jälgimis- ja toetustekonna.
3. Oskab kasutada Calgary sõelumisvahendit psühhosotsiaalsete riskide tuvastamiseks ja rakendab pere heaolu parandamiseks ning toetamiseks jälgimis- ja toetusplaani kaasates vajalikke spetsialiste.
4. Omab valmidust rakendada koduviisiidi tegevusmudelit sünnituseelselt ja sünnitusjärgses perioodis naise ja pere kohanemise toetamiseks ja riskide varaseks märkamiseks, lähtub andmekaitse ja andmekorje reeglitest ning tunneb dokumenteerimise ja infovahetuse põhimõtteid.

Ajakava

Vorm	Teemad	Maht (ak.tund)	Koolitajad/läbiviijad
Reaalajas toimuv veebiseminar ja tõhustatud loeng	Sissejuhatus ja tutvustusring. Projekti tutvustus ja hetkeseis. Koolituse eesmärgid, ajakava tutvustus ja töökorraldus veebikursusel õppimiseks. Kogukonna ämmaemanduse ja koduvisiitide kogemus, hea praktika näited ning õppimiskohad UK ja Tartu.	3	I.Mäemets T.Tõemets J.Meier M.Mahla M.Kanna
Iseseisev töö e-õpe: eelsalvestatud veebiseminaride analüüs ja ettevalmistus seminariks	Calgary sõeltesti sisu ja kasutamine rasedusaegsetel vastuvõttudel ja sünnitusjärgsel koduvisiidil.	2	I.Mäemets
	Kliendi toetuse teekond ja selle planeerimine. Koduvisiidi tegevusmudeli sünnieelne ja sünnijärgne sisu, rakendamine sh. inimeste värbamine, dokumentatsioon, andmekorje jms.	2	J.Meier
	Juhtumi korraldus, koostöövõrgustiku loomine, integreeritud teenuse osutamine lastekaitse vaates.	2	Merli Laur ja Sirje Pint, SKA Andres Ojaver,
	Andmekaitse, tõhus ja nõuetekohane infovahetus tervishoiu eri tasandite vahel. Dokumenteerimise nõuded ja andmekorje.	2	Advokaadibüroo Hedman & partnerid
Reaalajas toimuv veebiseminar	ARUTELU teemad: Calgary sõeltesti kasutamine ja tänane kogemus Kliendi toetusteed ja koduvisiidi tegevusmudeli sisu ja rakendamine. Tekkinud küsimused ja refleksioon	3	T.Tõemets J.Meier M.Mahla
Iseseisev töö e-õpe: eelsalvestatud veebiseminaride analüüs ja ettevalmistus seminariks	Kiindumussuhte olemus, selle tüübid. Lapse ja vanema vastastiksuhte unikaalsus ja seda mõjutavad tegurid. Vanemate omavahelise suhte mõju lapse turvatundele. Lapse ja vanema turvalise kiindumussuhte kujunemise toetamine.	4	Piret Visnapuu- Bernadt Tiina Valvas
	Positiivse vanemluse toetamine enne ja pärast sünnitust. Vanemlike oskuste õpetamine ja arendamine. Pere sotsiaalse võrgustiku aktiveerimine.	4	Ly Kasvandik

Kontaktõpe: tõhustatud loeng, arutelu, grupitöö	Rasedusaegse ja sünnitusjärgse depressiooni sümptomaatika hindamine. Depressiooni sõeltesti EPDS-i kasutamine ning esmane nõustamine. Kliendi toetuse teekonna tutvustus	8	K.Uriko K.Liik J.Meier
Reaalajas toimuv veebiseminar ja tõhustatud loeng	ARUTELU teemad: Positiivse vanemluse toetamine Vaimne tervis perinataalperioodil. Tekkinud küsimused ja refleksioon	3	T.Tõemets M.Mahla
Iseseisev töö e-õpe: eelsalvestatud veebiseminaride analüüs ja ettevalmistus seminariks	Vaimne tervis perinataalperioodis ja nõustamine, kriisi varane märkamine, naise ja pere toetamine. Ema psüühikahäirete käsitus raseduse eelselt ja raseduse ajal ja sünnitusjärgses perioodis, erialaspetsialistide koostöö ja ravivõimalused.	4 4	Katrin Orav Margit Emberg
Veebiloeng	Teema: Vastsündinu sünnijärgne jälgimine	3	Kati Korjus MD
Kontaktseminar	LÕPETAV SEMINAR	8	T.Tõemets I.Mäemets J.Meier M.Mahla

Koolitajad	
Merli Laur	Laste heaolu osakonna peaspetsialist, Sotsiaalkindlustusamet
Sirje Pint	Laste heaolu osakonna peaspetsialist, Sotsiaalkindlustusamet
Andres Ojaver	jurist, Advokaadibüroo Hedman & partnerid
Piret Visnapuu-Bernadt MD	Psühhiaater, lastepsühhiaater, Marienthali kliinik
Tiina Valvas	Kliiniline lapsepsühholoog, psühhoterapeut, Marienthali kliinik
Ly Kasvandik	perede ja vanemahariduse valdkonna juht, Vaimse tervise edendamise osakond, Tervise Arengu Instituut

Kristiina Uriko	tervise- ja perepsühholoogia dotsent. Loodus- ja terviseteaduste instituut. Tallinna Ülikool
Kadi Liik	organisatsiooni- ja arengupsühholoogia teenekas lektor. Loodus- ja terviseteaduste instituut. Tallinna Ülikool
Katrin Orav MD	psühhiaater, psühhiaatria ja Psühhoterapia Keskuse Sensus Tallinna keskuses
Margit Emberg	psühholoog, raseduskriisi nõustaja, Lääne-Tallinna Keskhaigla
Kati Korjus MD	lastearst, AS Ida-Tallinna Keskhaigla
Marrit Kanna RM, MSc	sünnitusjärgste koduvisiitide juht, SA TÜK naistekliinik
Tiina Tõemets	ÄKEE projekti juht, lasteõde, vanemluse koolitaja
Inga Mäemets	ÄKEE projekti meeskonnaliige, andmetöötluse arenduse ja kvaliteedijuht, Lapse Heaolu Arengukeskus
Jana Meier	ÄKEE projekti meeskonnaliige, ämmaemand, SATÜK naistekliinik, lektor Tartu Tervishoiu Kõrgkool
Marge Mahla	ÄKEE projekti meeskonnaliige, ämmaemand, SATÜK naistekliinik

Koolituskava on valminud projekti “Ämmaemanda koduvisiidid esimestel eluaastatel” Norra ja Euroopa Majanduspiirkonna perioodi 2014–2021 finantsmehhanismide programmist „Kohalik areng ja vaesuse vähendamine“ meetme „Rahvatervise meetmete ning integreeritud tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kvaliteedi tõstmine kohalikul tasandil“ elluviimiseks

1. Sissejuhatus

Sünnitusjärgsete koduviisiitide eesmärk on pakkuda professionaalset vajadustest lähtuvat abi ja toetust naistele, imikutele ja peredele. Paraku puudub kindlaks määratud ja tunnustatud tegevusmudel või metoodika koduviisiitide elluviimiseks, mistõttu on vajalik luua ja katsetada kultuuri- ja sotsiaalset konteksti ning tervishoiusüsteemi toimimist arvestav mudel.

Eestis ei ole kasutusel kokkulepitud sünnitusjärgsete koduviisiitide mudelit, kuid esimese sisendi on selleks andnud 2010.a. loodud ja kinnitatud ning 2021.a. uuendatud juhendis “Planeeritud kodusünnitusabi Eestis” (Põllumaa jt 2021) sisalduv koduviisiidi protokoll. Täna ei ole universaalne sünnitusjärgne koduviisiit kättesaadav kõikidele peredele. “Lapse tervise jälgimise juhend” (2019) sätestab vastsündinu tervisekontrolli toimumise perearstikeskuses või kodus lähtudes tervislikest ja sotsiaalsetest näidustustest ning arvestades sünnitusabi teenust osutava meeskonna hinnangut. Lähenemine on valdavalt vastsündinukeskne ning selge näidustuste määratlemise algoritm puudub.

Süsteemselt pakuvad naise nõusolekul universaalset ja vajadusel korduvat sünnitusjärgset koduviisiiti SA Tartu Ülikooli naistekliinik ja Perepesa peretöökeskused Eesti erinevates piirkondades.

2. Teoreetiline taust

Lapseootus ja sünnitusjärgne aeg on naistele ja peredele üleminekuaeg, et kohaneda füüsiliste, psühholoogiliste ja sotsiaalsete muutustega ning uue olukorraga elus (Shaw 2006). Siinkohal on naise ja pere vajaduste varane märkamine olulise tähtsusega, et toetada kohanemist ja ennetada võimalike naise ja lapse potentsiaalsete terviseprobleemide avaldumist ning tüsistumist (Yonemoto jt 2017).

Sel kriitilisel ajal on võimalik varakult märgata ja tegeleda kodukeskkonna parandamisega ning toetada positiivse tervisekäitumise kujunemist (Bibhuti jt 2010). Maailmas rakendatud sünnitusjärgsete koduviisiitide programmid on kirjeldanud positiivseid muutusi: langeb enneaegsete sünnituste osakaal, väheneb depressiooni sümptomite väljendumine, paraneb vanemaharidus ja vanemlike oskuste kasutamine ning toimetulek, väheneb lapse väärkohtlemise ja hooletusse jätmise esinemissagedus, mis kõik mõjutavad lapse hooldust ning heaolu üldiselt

(Ammerman jt, 2005, Burcher jt, 2021, Campos jt, 2018; Goyal jt, 2020). Sünnitusjärgsete koduviitide käigus antakse rinnaga toitmise alustamise ning jätkamise soovitusi, nõuandeid ja informatsiooni hügieeninõuete, lapse hoolduse, terviseõpetuse ja vanemlike oskuste kohta. Tervishoiutöötaja initsiatiivil korraldatud koduviit parandab abi ja toetuse õigeaegset ajastust ja vähendab teenuse kättesaadavusega, sh transpordiga seotud piiranguid (Burcher jt, 2021).

Sotsiaalministeeriumi tellitud “Lapse õiguste ja vanemluse uuring 2018” tulemustest selgub, et Eesti vanemad ei ole erinevate lastega seotud probleemide korral alati ise abi otsima või ei ole abi neile kättesaadav. Üle poolte Eesti lapsevanematest on tundnud, et vajaksid mõnikord abi lapse kasvatuslikes küsimustes, kuid neil puudub teave, millisest allikast abi saada. Samas uuringus tunnistasid pea pooled vastanutest, et vajaksid rohkem aega iseendale ning on tundnud viimasel ajal stressi või masendust (Anniste jt 2018). Sünnitusjärgne koduviit võimaldab varakult teadvustada naise ja pere toetusvajadust, mis omakorda loob tingimused vaimse tervise ja psühhosotsiaalsete riskide varaseks sõelumiseks eesmärgiga pakkuda tõenduspõhist sekkumist ning luua tõhus toetusvõrgustik.

3. Tegevusmudeli sisu ja rakendusplaan

3.1. Üldine teave

Sünnitusjärgne hooldus toimub koostöös naise ja perega ning lähtub iga pere individuaalsetest vajadustest. Selle eesmärk on toetada naise kohanemist sünnitusjärgselt ja julgustada ema hoolitsema vastsündinu ning enda eest, et tagada pikaajaline füüsiline ja vaimne heaolu.

Ämmaemand jälgib peret sünnitusjärgselt sõltuvalt naise anamneesist, raseduse- ja sünnituse kulust ja kohanemisest ning vastsündinu individuaalsetest vajadusest (ema vaimne ja füüsiline tervis, imetamine, probleemid vastsündinuga toimetulekul, sotsiaalsed probleemid, vastsündinu kohanemise- ja tervisehäired). Tervise ja/või kohanemise osas riskigruppi kuuluvatele naistele ja vastsündinutele koostatakse individuaalne jälgimis- ja toetusplaan.

Visiitide sagedus planeeritakse vastavalt pere vajadusele, kuid iga pere saab vähemalt ühe sünnitusjärgse koduviidi haiglast lahkumise järgselt.

3.2. Universaalne sünnitusjärgne koduviit

Ämmaemanda sünnitusjärgne koduviit toimub kõikidele oma nõusoleku andnud naistele ja vastsündinutele koju kirjutamise järgselt, keskmiselt 5.-7. sünnitusjärgsel päeval.

Naise registreerimine koduvisiidile toimub vastavalt teenust osutava tervishoiuasutuse töökorralduse võimalustele, kuid üldjuhul sünnitusjärgses osakonnas kokkulepitud registreerimisvõimalusi kasutades (eHL, Outlook vm). Koduvisiidi ämmaemand võtab naisega ühendust visiidi täpse aja kokkuleppimiseks, informeerib sellest pereõde (perearsti) ning soovib perel registreerida esimese elukuu vastuvõtuaeg perearstile, välja arvatud juhtudel, kui on kokkulepitud teisiti.

Koduvisiidi tegevusmudel sisaldab naise ja vastsündinu seisundi hindamist vastavalt “Lapse tervise jälgimise juhendi” (2019) kontrollkaardile ja tegevusmudeli sünnitusjärgse koduvisiidi protokollile, mis sisaldab erinevate tervise ja kohanemisega seotud riskide hindamist korduva koduvisiidi vajaduse määratlemiseks.

Koduvisiidi käigus kogutakse lisaks sünnituse epikriisile anamnees, mis sisaldab teavet:

- ema/vanema olulisemate kaebuste ja tähelepanekute kohta;
- naise tagasisidet raseduse ja sünnituse kulule sh sünnituskogemusele;
- vastsündinu ja ema tervisliku seisundi (sh. emotsionaalse seisund) kohta;
- vastsündinule teostatud sõeluuringute ja vaktsineerimiste ning K-vitamiini profülaktilise annustamise kohta.
- Lisaks küsitakse tagasisidet kodustes tingimustes kohanemise ja uues olukorras toimetuleku kohta.

Anamneesi kogumise järgselt teostatakse ema ja vastsündinu läbivaatus seisundi ja toimetuleku hindamiseks vastavalt universaalse koduvisiidi protokollile, mis sisaldab:

- naise sünnitusjärgse perioodi kulu jälgimist, sealhulgas vaimse tervise jälgimist;
- naise üldise läbivaatuse teostamist (sh.pulsi ja vererõhu mõõtmist), lahkliha/keisrilõike haava paranemise hindamist;
- rindade seisundi hindamist, rindade hooldust ja võtteid piimapaisu leevendamiseks;
- imetamisprotsessi jälgimist ja hindamist;
- naise nõustamist ja juhendamist: enesehooldusvõtted, lahkliha- ja keisrilõike haava hooldus ja ravi, liikumis- ja toitumissoovitused;
- sünnitusjärgse kontratseptsiooni nõustamist;
- vastsündinu toitmisnõustamist: toitmis- ja/või imetamisasendid, imetamise kestvus, toitmiskordade sagedus, vajadusel piimaseguga toitmise juhendamist;
- vastsündinu läbivaatust: üldseisundi, adaptatsiooni ja arengu hindamine;

- vastsündinu hoolduse õpetamist sh. naba ja silmade hoolduse ning üldiste hooldusvõtete õpetamist;
- vanemate nõustamist vastsündinu ja imiku arengu osas;
- kiindumussuhte loomist ja suhet vastsündinuga;
- informeerimist vastsündinu tervisliku seisundi ohutunnustest;
- vastsündinu turvalisuse ja ohutegurite hindamist, sh vigastuste vältimisega seotud ennetavat nõustamist.

3.2.1. Korduva koduvisiidi näidustused:

- Sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi kulust tulenevad riskid: erakorraline S/C, instrumentaalne sünnitus, enneaegne sünnitus, madala Apgari hindegaga lapse sünd, vastsündinu toitmisprobleemid, ebakindlus enese- ja vastsündinu hooldamisel, tugevalt väljendunud emadusmasendus.
- Visiidil tuvastatud ema seisundid: enese ja vastsündinu hoolduse ning elukorraldusega seonduvad probleemid, vaimse tervise riskid, ebapiisavad vanemlikud oskused ja üldine ebakindlus, mis mõjutab toimetulekut.
- Visiidil tuvastatud lapse seisundid: vähene kaalutõus või kaalulangus, mida saab korrigeerida imetamisnõustamise ja piimasegu lisaks pakkumise plaaniga, visuaalselt ikteeriline nahk (võimalusel transkutaanselt mõõdetud näit jääb normi piiridesse).
- Visiidil tuvastatud kodusest keskkonnast tingitud riskitegurid, mis võivad ohustada naise ja vastsündinu turvalisust.

Lähtudes anamneesist, naise ja vastsündinu läbivaatuse ning vastsündinu turvalisuse ja ohutegurite hindamise tulemustest otsustatakse korduva koduvisiidi vajadus ning koostatakse edasine jälgimis- ja toetusplaan, mis dokumenteeritakse universaalse koduvisiidi protokollis otsusena. Ämmaemand teeb plaani koos perega, lepatakse kokku korduva koduvisiidi toimumisaeg, eesmärk ja lapsevanema tegevused vahepealsel ajal.

3.2.2. Edasi suunamise ja teiste spetsialistide kaasamise lisakriteeriumid:

- vastsündinu patoloogiline kaalulangus üle 10%, visuaalselt tugevalt ikteeriline nahk (võimalusel transkutaanselt mõõdetud näit normist kõrgem), põletikutunnused;
- ema füüsilise taastumise häirimine;
- vanemate vaimne tervis ja toimetuleku probleemid;
- ebapiisavad vanemlikud oskused;

- kahtlus koduvägivalla esinemisele;
- naisele ja lapsele potentsiaalselt ohtlikud kodused tingimused.

Riskide ilmnemisel kaasatakse juhtumikorraldusse vastavad spetsialistid: lastearst lastehaiglas, naistearst, perearst, vaimse tervise spetsialist, sotsiaaltöötaja, lastekaitsetöötaja, tugiisik, politsei.

Koduvisiiti teostav ämmaemand võtab oma initsiatiivil ühendust vastava spetsialistiga, et koostöös koostada plaan naise ja pere edasiseks koduseks jälgimiseks ning riskide maandamiseks. Suhtlemine, tagasiside ja info jagamine kaasatud spetsialistidega toimub telefoni teel ja taasesitamist võimaldavas vormis, et tagada asjakohase teabe liikumine erinevate teenuse osutajate vahel.

3.3. Korduvad sünnitusjärgsed koduvisiidid

3.3.1. Sünnitusjärgne 1. korduv koduvisiit

Sünnitusjärgne 1. korduv koduvisiit toimub keskmiselt 7.-10. sünnitusjärgsel päeval. Korduva koduvisiidi näidustused lähtuvad universaalse koduvisiidi tulemustest. Koduvisiidi tegevusmudel sisaldab tegevusi naise ja vastsündinu seisundi hindamiseks lähtudes universaalse koduvisiidi käigus tuvastatud jälgimis- ja toetusvajadusest (lapse toitmine ja hooldus, ema vaimne ja füüsiline seisund, sünnitusjärgne kohanemine, vanemlikud oskused ja toimetulek).

Korduva sünnitusjärgse koduvisiidi sisu lähtub universaalse koduvisiidi käigus ilmnenu riskidest, ema ja lapse seisundist ja koostatud toetus- ja jälgimisplaanist ning korduva koduvisiidi protokollist.

3.3.2. Ämmaemanda tegevused:

- hindab ema ja lapse seisundit vastavalt universaalse koduvisiidi tulemustele, koostatud plaanile ja sünnitusjärgse korduva koduvisiidi protokollile;
- hindab universaalse koduvisiidi käigus tuvastatud pere vajadustest ja riskidest lähtudes lisaspetsialistide kaasamisvajaduse ning koostab plaani koostöös perega;
- pakub vajadusel vaimse tervise toetust ning planeerib koos naisega vaimse tervise spetsialistide kaasamise;
- hindab koduvisiidi tulemustest lähtuvalt korduva koduvisiidi vajadust.

Tuginedes läbivaatuse tulemustele koostatakse edasine jälgimis- ja toetusplaan, mis dokumenteeritakse korduva koduviisi protokollis otsusena.

Riskide ilmnemisel kaasatakse juhtumikorralduse vastavad spetsialistid: lastearst lastehaiglas, naistearst, perearst, vaimse tervise spetsialist, sotsiaaltöötaja, lastekaitsetöötaja, tugiisik, politsei.

Koduvisiiti teostav ämmaemand võtab oma initsiatiivil ühendust vastava spetsialistiga, et koostöös koostada plaan naise ja pere edasiseks koduseks jälgimiseks ning riskide maandamiseks. Suhtlemine, tagasiside ja info jagamine kaasatud spetsialistidega toimub telefoni teel (piirkondlik info sisaldub juhendmaterjalis) ja taasesitamist võimaldavas vormis, et tagada asjakohase teabe liikumine erinevate teenuse osutajate vahel.

3.3.3 Järgnevad korduvad koduviisidid

Vastavalt pere vajadusele teostatakse korduvaid koduviisi kuni vastsündinu on ületanud sünnikaalu, ämmaemand on rahul naise ja pere toimetulekuga ning pere on suunatud edasi järgmisele jälgimis- ja toetuse tasandile.

Ämmaemand toetab peret vajadusel:

- ühtse infovälja loomisega, mis puudutab lapse registreerimist ning perearsti leidmist, et tagada sujuv üleminek ilma teenuse osutamise pausita. Oluline on info liikumine kõikide kaasatud tervishoiuteenuste osutamise tasandite vahel. Koduviisi teostav ämmaemand teavitab perearsti ja visiitide sisu ning otsus edasise jälgimise osas sisaldub digiloo epikriisis.
- imetamisnõustamise planeerimisel ning selle jätkumise tagamisel ambulatoorselt;
- kriisinõustamise / vaimse tervise nõustamise jätkumise korraldamisel;
- pere vajadustest ja riskidest lähtuvalt lisaspetsialistide kaasamisel.

Alates kolmandast korduvast koduviisidist toimitakse individuaalse toetusplaani alusel, mis dokumenteeritakse teenust osutava tervishoiuasutuse elektroonilise haigusloo juurde kuuluva korduva koduviisi protokollis.

3.3.4. Sünnitusjärgsete koduviisitide dokumenteerimine ja andmete edastamine

Sünnitusjärgsete koduviisitide sisu, edasine plaan ja spetsialistide kaasamine dokumenteeritakse teenust osutava tervishoiuasutuse elektroonilise haigusloo juurde kuuluvas

universaalse ja/või korduva koduvisiidi protokollis, juhtumi epikriis edastatakse digilukku vastavalt kehtivale korrale.

Kirjandus

Ammerman R.T, Putnam FW, Stevens J, Holleb LJ, Novak AL, Van Ginkel JB. In-home cognitive-behavior therapy for depression. (2005). *Best Pract Mental Health* 1(1):1e14.

Anniste, K., Biin, H., Osila, L., Koppel, K ja Aaben, L.(2018). Lapse õiguste ja vanemluse uuring 2018. Uuringu aruanne. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

Bibhuti, K.S, Antle, B.F., Bledsoe, L., K., Barbee, A.P. ja Van Zyl, M., A. (2010). The importance of expanding home visitation services to include strenghtening family relationships for the benefit of children. *Children and Youth Services Review*, 32 (92), 198-205.

Burcher, S.,A., Corey, L., A., McClure Mentzer, K., Davis, L., McNamee, H., Horning, M.,L., Brown, S., J., Shlafer, R., J. (2021). Family home visiting and fathers: A scoping review. *Children and Youth Services Review* 128 106132

Campos S, Kapp JM, Simoes EJ. (2018).The evidence base for the maternal, infant, and early childhood home visiting program constructs. *Public Health Rep.* 133(3):257e65.

Goyal N.K, Brown CM, Folger AT, Hall ES, Van Ginkel JB, Ammerman RT.(2020). Adherence to well-child care and home visiting enrollment associated with increased emergency department utilization. *Matern Child Health J* 24(1):73e81.

Lapse tervise jälgimise juhend, RJ-Z/29.1-2019. Ravijuhendite nõukoda. 2019.

Põllumaa, S., Ennika, S., Kaoküla, I., Viilukas, H., Raag, L. (2021). Planeeritud kodusünnitusabiEestis.https://ammaemand.org/wp-content/uploads/2021/12/KS-juhend-11_10_21.pdf

Shaw E, Levitt C, Wong S, Kaczorowski J. McMaster University Postpartum Research Group. (2006). Systematic review of the literature on postpartum care: Effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth* 33 (3):210-20.

Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. (2017). Schedules for home visits in the early postpartum period (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

UNIVERSAALNE KODUVISIIT

- Ämmaemanda sünnitusjärgne koduviit toimub keskmiselt 5.-7. sünnitusjärgsel päeval.
- Naise registreerimine koduviidile toimub vastavalt teenust osutava tervishoiuasutuse töökorralduse võimalustele, kuid üldjuhul sünnitusjärgsest osakonnast tervishoiuteenuse osutaja poolt kasutatud registreerimisvõimalusi arvestades.
- Koduviidi ämmaemand võtab naisega ühendust visiidi täpse aja kokkuleppimiseks ja informeerib toimunud visiidist pereõde/perearsti.

Universaalne koduviit sisaldab:

- naise ja vastsündinu seisundi hindamist ja selle käigus sünnitusjärgse koduviidi protokollide täitmist;
- vastsündinu turvalisuse ja ohutegurite hindamist ja korduva koduviidi vajaduse määramist.

Korduva koduviidi näidustused (kuni 5 päeva jooksul):

- Sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi kulust tulenevad riskid: erakorraline S/C, instrumentaalne sünnitus, enneaegne sünnitus, madala Apgari hindega lapse sünd, vastsündinu toitmisprobleemid, ebakindlus enese- ja vastsündinu hooldamisel, tugevalt väljendunud emadusmasendus.
- Visiidil tuvastatud ema seisundid: enese ja vastsündinu hoolduse ning elukorraldusega seonduvad probleemid, vaimse tervise riskid, ebapiisavad vanemlikud oskused ja üldine ebakindlus, mis mõjutab toimetulekut.
- Visiidil tuvastatud lapse seisundid: vähene kaalutõus või kaalulangus, mida saab korrigeerida imetamisnõustamise ja piimasegu lisaks pakkumise plaaniga, visuaalselt ikteeriline nahk (võimalusel transkutaanselt mõõdetud näit jääb normi piiridesse).
- Visiidil tuvastatud kodusest keskkonnast tingitud riskitegurid, mis võivad ohustada vastsündinu ja naise turvalisust.

Korduva koduviidi otsus langetatakse

- lähtudes anamneesist ja näidustustest, läbivaatuse ning vastsündinu turvalisuse ja ohutegurite hindamise tulemustest;
- koostatakse edasine jälgimis- ja toetusplaan, mis dokumenteeritakse universaalse koduviidi protokollis;
- plaan tehakse koos perega, lepitakse kokku korduva koduviidi toimumisaeg, plaan, eesmärk ja lapsevanema tegevused vahepealsel ajal.
- Riskide ilmnemisel kaasatakse juhtumikorraldusse lisaks spetsialistid (lastearst, lastehaiglas, naistearst, perearst, vaimse tervise spetsialist, sotsiaaltöötaja, lastekaitsetöötaja, tugiisik, politsei).

- Koduviisi teostav ämmaemand võtab oma initsiatiivil ühendust vastava spetsialistiga, et koostöös koostada plaan naise ja pere edasiseks koduseks jälgimiseks ning riskide maandamiseks.
- Suhtlemine, tagasiside ja info jagamine kaasatud spetsialistidega toimub telefoni teel (piirkondlik info on koondatud juhendmaterjali) ja taasesitamist võimaldavas vormis, et tagada asjakohase teabe liikumine erinevate teenuse osutajate vahel, iga visiidi kohta lisatakse epikriis digilukku.

Edasi suunamise ja teiste spetsialistide kaasamise lisakriteeriumid:

- vastsündinu patoloogiline kaalulangus üle 10%, visuaalselt tugevalt ikteeriline nahk (võimalusel transkutaanselt mõõdetud näit normist kõrgem), põletikutunnused;
- ema füüsilise taastumise häirimine;
- vanemate vaimne tervis ja toimetuleku probleemid;
- ebapiisavad vanemlikud oskused;
- kahtlus koduvägivalla esinemisele;
- naisele ja lapsele potentsiaalselt ohtlikud kodused tingimused.

KORDUV SÜNNITUSJÄRGNE KODUVISIIT

- Sünnitusjärgne 1. korduv koduviisit toimub keskmiselt 7.-10. sünnitusjärgsel päeval.
- Korduva koduviisi näidustused lähtuvad sünnitusjärgse universaalse koduviisi tulemustest.
- Korduva sünnitusjärgse koduviisi sisu lähtub universaalse koduviisi käigus ilmnunud riskidest, ema ja lapse seisundist ja koostatud toetus- ja jälgimisplaanist ning korduva koduviisi protokollis sisust.
- Visiidi ühe osana pakub ämmaemand naisele vajadusel vaimse tervise toetust ning planeerib koos naisega vaimse tervise spetsialistide kaasamise.

Koduviisi tulemused ja otsus

- lähtub läbivaatuse ja hindamise tulemustest;
- koostatakse edasine jälgimis- ja toetusplaan, mis dokumenteeritakse korduva koduviisi protokollis.
- Riskide ilmnemisel kaasatakse juhtumikorraldusse lisaspetsialistid (lastearst lastehaiglas, naistearst, perearst, vaimse tervise spetsialist, sotsiaaltöötaja, lastekaitsetöötaja, tugiisik, politsei).
- Koduviisi teostav ämmaemand võtab oma initsiatiivil ühendust vastava spetsialistiga, et koostöös koostada plaan naise ja pere edasiseks koduseks jälgimiseks ning riskide maandamiseks.
- Suhtlemine, tagasiside ja info jagamine kaasatud spetsialistidega toimub telefoni teel ja taasesitamist võimaldavas vormis, et tagada asjakohase teabe liikumine erinevate teenuse osutajate vahel ning kokkuvõtte lisamine digilukku.

Järgnevad korduvad koduviisidid

- Vastavalt pere vajadusele teostatakse korduvaid koduviisi kuni vastsündinu on ületanud sünnikaalu, ämmaemand on rahul pere toimetulekuga ning pere jälgimine on suunatud edasi järgmisele jälgimis- ja toetuse tasandile.
- Alates kolmandast korduvast koduviisidist toimitakse individuaalse toetusplaani alusel, mis dokumenteeritakse korduva koduviisi protokollis.

Ämmaemand toetab vajadusel perekonda:

- imetamisnõustamise planeerimisel ning selle jätkumise tagamisel ambulatoorselt;
- kriisinõustamise/vaimse tervise nõustamise jätkumise korraldamisel;
- pere vajadustest ja riskidest lähtuvalt lisa spetsialistide kaasamisel;
- ühtse infovälja loomisega, mis puudutab lapse registreerimist ning perearsti leidmist, et tagada sujuv üleminek ilma teenuse osutamise pausita.
- Oluline on info liikumine kõikide kaasatud tervishoiuteenuste osutamise tasandite vahel. Koduviisi teostav ämmaemand teavitab perearsti toimunud koduviisidist, visiitide sisu ning otsus edasise jälgimise lisatakse epikriisi ja digilukku.

Sünnitusjärgsete koduviitide dokumenteerimine ja andmete edastamine

Sünnitusjärgsete koduviitide sisu, edasine plaan ja spetsialistide kaasamine dokumenteeritakse teenust osutava tervishoiuasutuse elektroonilise haigusloo juurde kuuluvas universaalse ja/või korduva koduviisi protokollis, juhtumi epikriis edastatakse digilukku vastavalt kehtivale korrale.