

TALLINNA TERVISHOIU KÕRGKOO



Tervishariduse keskus

Ämmaemanda õppekava

Kertu Leppsalu

**ÄREVUSHÄIRED RASEDUSE AJAL, SÜNNITUSJÄRGSEL PERIOODIL NING
NÕUSTAMISVÕIMALUSED**

Lõputöö

Tallinn 2023

Olen koostanud lõputöö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite töödest, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud. Luban Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolil avalikustada oma lõputöö PDF-versiooni raamatukoguprogrammis.

Lõputöö autori allkiri

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Lubatud kaitsmisele.

Juhendaja: Marika Merits, MA

/nimi ja akadeemiline kraad/

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

KOKKUVÕTE

Kertu Leppsalu (2023). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, tervishariduse keskus, ämmaemanda õppekava. Ärevushäired raseduse ajal, sünnitusjärgsel perioodil ning nõustamisvõimalused. Uurimistöö 35 leheküljel, töös on kasutatud 76 allikat.

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada ärevushäireid raseduse ajal, sünnitusjärgsel perioodil ning nõustamisvõimalusi.

Uurimistöö meetodika on kirjanduse ülevaade. Kasutati nii eesti- kui ka ingliskeelseid tõenduspõhiseid ja teemakohaseid allikaid, millest enamuse moodustasid ingliskeelsed teadusartiklid. Allikate leidmiseks kasutati peamiselt *ScienceDirect* andmebaasi. Kasutatud allikad on välja toodud kasutatud kirjanduse loetelus.

Uurimistöö olulisemad tulemused ja järeldused:

Ärevushäire esinemine raseduse ajal ning sünnitusjärgsel perioodil on Eestis kasvutendentsis, mistõttu vajab ämmaemandusabiteenus tõhustamist, sest ärevushäirete varajane märkamine raseduse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil aitab leevendada sümptomeid ning nende taasesinemist tulevikus. Ärevushäired põhjustavad rasedale ja sünnitanud naisele erinevaid sümptomeid, mis häirivad igapäevaelu. Nendeks võivad olla südamepekslemine, iiveldus ja oksendamine, hingeldamine, minestus- ja lämbumistunne, ärritatavus ning üldine jõuetus. Samuti on emade vaimse tervise häire ohuks nende lastele. Ärevushäirete esinemise korral peab ämmaemand tegema koostööd teiste tervishoiu spetsialistidega, kes aitavad rasedal ja sünnitanud naisel liigse ärevusega toime tulla.

Sünnitusjärgses perioodis võib ärevushäire esmakordselt tekkida või raseduse ajal ilmnunud ärevushäire süveneda. Äsja sünnitanud ema võib tunda soovimatust last imetada, liigset ärevust lapsevanemaks olemise ees ning ema-lapse sideme loomine võib olla raskendatud. Ärevushäire tunnustena esinevad mitmed kehalised ja psühholoogilised sümptomid. Naised peavad seda tihti loomulikuks sünnitusjärgseks meeoluks ning ei räägi oma kaebustest kellelegi, sest tunnevad valehäbi, justkui peaks nad lapse sünni üle vaid rõõmu tundma. Ärevushäirega toimetulekuks on erinevaid viise, nagu raseduskriisi nõustamine, kognitiiv-käitumisteraapia, teadvelolekupraktika ning mitmed eneseabi meetodid.

Võtmesõnad: ärevushäired, rasedus, sünnitusjärgne periood, nõustamine

SUMMARY

Kertu Leppsalu (2023). Tallinn Health Care College, Centre of Health Education, midwifery curriculum. Anxiety disorders during pregnancy, postpartum period and opportunities for counselling. Thesis on 35 pages and 76 references.

The aim of this thesis is to describe anxiety disorders during pregnancy, postpartum period and counselling opportunities.

The methodology of this thesis is a literature overview, where science-based and relevant materials both in Estonian and English were used, majority of which were scientific articles in English. Most of the materials were found using an electronic database named ScienceDirect. All of the used materials have been listed at the end of this thesis.

The main conclusions of the thesis

The prevalence of anxiety disorders during pregnancy and postpartum period is growing in Estonia. This is why the midwifery service needs to be more effective, as noticing anxiety disorders early during pregnancy and the postpartum period helps to alleviate the severity of the symptoms and their recurrence in the future. Anxiety disorders cause different symptoms for pregnant and postpartum women that disturb daily activities. Some of those symptoms can be heart palpitations, nausea and vomiting, shortness of breath, feelings of suffocating and fainting, irritability and overall fatigue. Mental health issues of the mother are also a risk to their children. In case of anxiety disorders, midwives need to work with different healthcare professionals in order to help pregnant and postpartum women deal with their excessive anxiety.

Anxiety can first occur in the postpartum period, or anxiety that occurred during pregnancy can worsen. New mothers might not wish to breastfeed, might feel excessive anxiety with being a parent and mother-child bonding can be difficult. Many somatic and psychological symptoms appear as features of anxiety. Mothers often believe these to be normal postpartum moods, they do not tell anyone their afflictions because they feel a sense of false shame, as if they should feel only joy due to the birth of their child. There are many different ways to cope with anxiety disorders, such as pregnancy crisis counselling, cognitive-behavioural therapy, practicing mindfulness and many self-help methods.

Keywords: anxiety disorders, pregnancy, postpartum period and counselling

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	3
SUMMARY	4
SISSEJUHATUS.....	6
1. METOODIKA	11
2. ÄREVUSHÄIRED RASEDUSE AJAL	13
3. ÄREVUSHÄIRED SÜNNITUSJÄRGSEL PERIOODIL	16
4. NÕUSTAMISVÕIMALUSED RASEDUSAEGSETE JA SÜNNITUSJÄRGSETE ÄREVUSHÄIRETE KORRAL	19
5. ARUTELU.....	24
JÄRELDUSED.....	28
KASUTATUD KIRJANDUS	29

SISSEJUHATUS

Ärevushäiret on defineeritud kui väga tugevat muretunnet, mis häirib igapäevaelu (Schuyler, 2016: 1). Ärevushäire mõjutab ligikaudu kuni 6% inimkonnast terve nende elu jooksul. Kui seda ei ravita, võib ärevushäirele lisanduda teisi psühhiaatrilisi häireid, nagu näiteks depressioon, paanikahäired või mõnuainete kuritarvitamine. Need omakorda raskendavad inimese vaimse tervise seisundit ning halvendavad ravitulemust. (Maron ja Nutt, 2017: 147). 2019. aasta andmetel põeb üleilmselt ärevushäireid ligikaudu 301 miljonit inimest (Mental disorders..., 2022). 2015. aastal oli see number ligikaudu 264 miljonit (Depression and ..., 2017: 10), mis tähendab, et ärevushäirete esinemissagedus on pidevas kasvutrendis.

Eestis konsulteeriti aastal 2021 psühhiaatri poolt 5205 meest ja naist, kes kannatasid F41 diagnoosi ehk ‘muud ärevushäired’ all. Neist 3477 olid naised, kellest omakorda 3312 olid vanemad kui 15-aastased. (Psühhiaatri poolt..., 2021). Seega üldistunud ärevushäirega naiste riskigrupis on esindatud reproduktiiveas (vanuses 15–50) naised. Aastal 2011 avati reproduktiiveas naistel F41 (muud ärevushäired) põhidiagnoosiga raviarveid 6875, kuid aastal 2021 kogunisti 11815, mis näitab, et ärevushäirete esinemissagedus Eestis on kasvutrendis. (Teabenõue, 2022). Üldistunud ärevushäireks võib nimetada ärevusseisundit juhtudel, kui ollakse pidevalt ärevil, muretsetakse ühe või mitme olulise eluvaldkonna pärast, nagu materiaalne olukord, suhted, tööasjad, kool või tervis. Kui muretsemine on kestnud vähemalt kuus kuud, häirib inimese toimetulekut igapäevaelus ja seda ei ole võimalik kontrolli alla saada, on tegemist häirega. (Generaliseerunud ärevushäire..., 2020: 11).

Ärevushäired mõjutavad umbes kolmandikku naistest mingil ajal nende raseduse jooksul. Rasedusaegse ülemäärase ärevuse põhjuseks on mitmed erinevad aspektid, näiteks võib rase olla ärev temale võõraste olukordade, raseduse komplikatsioonide, eelseisva sünnituse ning võimalike loote väärarengute tõttu. Samuti on naisi, kellel on juba enne lapseootust diagnoositud ärevushäire ning raseduse ajal see süveneb. Rasedusega kaasnev ärevushäire võib suurendada enneaegsuse riski, vähendada lapse sünnikaalu ning põhjustada preeklampsiat. Raseduse eelselt ärevushäiret põdenud naiste lapsed võivad sündida samuti madala sünnikaaluga, enneaegselt, kuid ka keisrilõikega. Raseduse ajal põetud ärevushäired mõjutavad oluliselt tulevases elus kujunevat ema-lapse suhet. (Bittner, Peukert, Zimmermann, Junge-Hoffmeister, Parker jt, 2014: 186; Ravid, Salzer, Arnon, Eisner, Wiznitzer jt, 2018: 1).

Umbes 30% esmasünnitajatest kogeb sünnitusjärgsel perioodil ülemäärast ärevust ning stressi, kuid ainult kolmandik neist pöördub selle kaebusega spetsialistide poole (Nakić Radoš, Tadinac ja Herman, 2018: 39). Paljud naised ei pööra sünnitusjärgsel perioodil oma liigsele ärevusele tähelepanu, kuna nad oleksid justkui kohustatud rõõmu tundma lapse sünni üle. Nad ei taha ärevusest rääkida, sest kardavad lähedaste poolset hukkamõistmist. Samuti ollakse ärevusele vastuvõtlikumad, kui peres toimuvad kiired rolli- ja ajaplaneerimise muutused, lisanduvad rahalised kohustused ning sageneb unepuudus. Ülemäärane mure kujuneb, kui kõrvalised isikud hindavad negatiivselt ema vanemlusega seotud oskusi. (Jacob ja Storch 2013: 63).

Riskirühma kuuluvad emad, kes on varasemalt põdenud mõnda vaimse tervise häiret, on madalama haridustasemega ja kehvemate elutingimustega, keerulises suhtes, üksikvanemad ning kelle laps on sündinud enneaegsena, erivajadusega ja/või surnult (Vaimse tervise..., 2013; Zappas, Becker ja Walton-Moss, 2020: 60-61). Ema liigne ärevus mõjutab nii lapse tervist ja arengut kui ka ema-lapse vahelist sidet (Osnes, Eberhard-Gran, Follestad, Kallestad, Morken jt, 2020: 319). Ärevushäireid põdevate emade lapsed võivad tulevikus olla ülekaalulised ning kehvema immuunsusega kui eakaaslased (Porter, Lewis, Watson ja Galbally, 2019: 2). Samuti on nad vastuvõtlikumad psühhiaatriliste haiguste tekkele hilisemas elus (Toler, Stapleton, Kertsburg, Callahan ja Hastings-Tolsma, 2018: 163).

Vastavalt Rahvusvahelise Ämmaemandate Eetikakoodeksi teisele punktile, soovib töö autor välja tuua ämmaemandate kohustuse vastata naise psüühilistele, vaimsetele, füüsilistele ning emotsionaalsetele vajadustele, olenemata probleemi suurusest ning tõsidusest (Rahvusvaheline ämmaemandate...2019: 2). Eestis aastatel 2017–2019 läbi viidud uuring tõestas, et sünnitusjärgsel perioodil kannatavad naised rohkem ebamäärase ärevuse kui depressiooni all (Uriko ja Liik, 2020: 74), mistõttu peaks ämmaemand igal visiidil, nii rasedusaegsel kui ka sünnitusjärgsel, tähelepanu pöörama naise meeleolule ja käitumisele (Vaimse tervise..., 2013: 1). Ämmaemandatele ettenähtud vaimse tervise juhend ütleb, et varasemalt psüühika- ja meeleolahäirete all kannatanud naistel soodustab rasedus nende kordumist ning see on piisav näidustus suunata nad kliinilise psühholoogi ja/või psühhiaatri vastuvõtule. Samuti tuleks teada, et ligi 80% sünnitanutest kogeb meeleolumuutuseid ning 10–20% sünnitanud naistest kogeb sünnitusjärgset depressiooni, mis on õigeaegsel märkamisel ravitav. (Vaimse tervise..., 2013: 1). Märkamata jäänud rasedusaegsed meeleolahäired võivad olla sünnitusjärgse depressiooni üheks peamiseks riskiteguriks (Raseduse jälgimise... 2018: 17). Nii Ravijuhendite Nõukojas kinnitatud esmatasandi tervishoiu rakendatav „Lapse tervise jälgimise juhend” kui ka ämmaemanduse arengukava 2019–2024 näevad ette vanemluse hindamist ning ema

rasedusaegsete ja sünnitusjärgsete meeleoluhäirete varajast märkamist ja sekkumist (Lapse tervise..., 2019; Ämmaemanduse arengukava..., 2019: 9).

Eestis saab ämmaemand alates 2020. aasta jaanuarist osutada teenust, mis keskendub vaimse tervise alasele nõustamisele perinataalperioodil (Vaimse tervise..., 2020: 41). Naise vaimse tervisega seonduvate patoloogiliste muutuste korral peab ämmaemand teda nõustama ning toetama, soovitades erinevaid eneseabivõtteid ning erialaspetsialiste (Ämmaemand, tase..., 2018; Raseduse jälgimise..., 2018: 10; 13; 17; 44; Vaimse tervise..., 2020: 41). Ämmaemand võib naisele soovitada aroomiteraapiat ja regulaarset kehalist koormust (Raseduse jälgimise..., 2018: 10, 13). Kui naise vaimse seisundi jälgimine ning nõustamine ei kuulu ainult ämmaemanda pädevustesse, tuleb tal patsient suunata edasi raseduskriisi nõustaja või psühholoogi juurde (Vaimse tervise..., 2013: 1; Iseseisvalt osutada..., 2014: §3; Rakendusjuhend ämmaemandusabi..., 2017: 2; Ämmaemand, tase..., 2018; Raseduse jälgimise..., 2018: 17). Raseduskriisi nõustaja tegeleb nii rasedusaegsete kui ka sünnitusjärgsete meeleoluprobleemidega (Raseduskriisi nõustaja..., 2019). Väljaõppe läbinud kliinilised psühholoogid ja psühhiaatrid võivad läbi viia psühhoteraapiaid, millest efektiivsemaks peetakse kognitiiv-käitumuslikku teraapiat (KKT) (Generaliseerunud ärevushäire..., 2020: 14). Eneseabina, vabanemaks liigest ärevusest tingitud ebamugavustundest, praktiseeritakse teadveloleku praktikat ehk *mindfulness*'i ning joogat. Komplementaar- ja alternatiivmeditsiini kasutatakse enim aroomiteraapiat (Raseduse jälgimise..., 2018: 13; Zemestani ja Fazeli Nikoo, 2019: 208; Rezaie-Keikhaie, Hastings-Tolsma, Bouya, Shad, Sari jt, 2019: 290).

Käesoleva lõputöö teema kuulub ämmaemandate hariduse, professionaalse arengu ja pädevuste uurimissuunda (Uurimissuunad ja..., 2018). Varasemalt on Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli ämmaemanda õppekaval käsitletud sarnast temaatikat. 2012. aastal kaitsti Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli ämmaemanda õppekaval diplomitöö "Rasedusaegsed ja sünnitusjärgsed ärevushäired" (Loo 2012), kus püstitati uurimisprobleem, et rasedusaegsed ja sünnitusjärgsed ärevushäired on jäetud vajaliku tähelepanuta, olenemata asjaolust, et häirete tekkesagedus on tõusutendentsis. Vaatamata sellele, et mitmed Eestis kehtivad juhendid peavad seda oluliseks, ei ole järgnevate aastate jooksul avaldatud lõputöid või uuringuid, mis käsitleksid ärevushäirete mõju rasedusele ja sünnitusjärgsele perioodile ning mis tutvustaks nende esinemisel erinevaid nõustamisvõimalusi.

Uurimisprobleemiks on, et vaatamata sellele, et mitmed Eestis kehtivad juhendid peavad oluliseks rasedusaegsete ja sünnitusjärgsete ärevushäirete märkamist ning sekkumist

(Rahvusvaheline ämmaemandate..., 2019: 2; Ämmaemanduse arengukava..., 2019: 9; Raseduse jälgimise..., 2018: 17), on nende esinemissagedus Eestis tõusutendentsis (Teabenõue, 2022), mistõttu on vaja pakkuda toimivaid nõustamisvõimalusi ärevushäiretega toimetulekuks (Singla, Lawson, Kohrt, Jung, Meng jt 2021: 506; Furer, Alcolado, Reynolds ja Hebert, 2021: 2).

Uurimistöö **eesmärgiks** on kirjeldada ärevushäireid raseduse ajal, sünnitusjärgsel perioodil ning nõustamisvõimalusi.

Eesmärgist lähtuvalt on püstitatud järgmised **ülesanded**:

1. kirjeldada ärevushäireid raseduse ajal;
2. kirjeldada ärevushäireid sünnitusjärgsel perioodil;
3. kirjeldada nõustamisvõimalusi rasedusaegsete ja sünnitusjärgsete ärevushäirete korral.

Lõputöös kasutatavad kesksed mõisted:

Nõustamine (*counselling*) – aruteluprotsess, mille käigus nõustaja kuulab ja julgustab klienti lahendama probleeme, õpetab konstruktiivselt lahkama elus esinevaid raskusi ning suunab tegema õigeid valikuid, et klient saaks tulevikus olla enesekindlam (Tiran, 2017: 55).

Rasedus (*pregnancy*) – naise füsioloogiline seisund, mis ajal tema organismis areneb viljastatud munarakust laps (Langemets, Tiits, Valdre, Veskis, Viks jt, 2009). Raseduse pikkuseks loetakse tavapäraselt 280 päeva ehk 40 nädalat ja seitse päeva, loetud viimase normaalse menstruatsiooni esimesest päevast kuni sünnini, või 265 päeva, loetud viljastumise hetkest kuni sünnini (Tiran, 2017: 185).

Sünnitusjärgne periood (*postnatal/postpartum period*) – sünnitusele järgnev aeg, kus naise organismis sünnitusest tulenenud muutused taanduvad (Langemets jt, 2009), tavaliselt kuue kuni kaheksa nädala pikkune aeg, kus emakas ja teised organid taanduvad raseduseelsesse seisundisse (Tiran, 2017: 192). Raseduskriisi nõustaja kutsestandardi alusel käsitletakse sünnitusjärgset perioodi antud lõputöös kuni kaks aastat peale lapse sünni (Raseduskriisi nõustaja..., 2019).

Ärevushäire (*anxiety disorder*) – vaimse tervise probleem, mis tekitab inimeses nii suure muretunde, et see hakkab häirima igapäevaelu (Oxford Learner's...). Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni (edaspidi RHK-10) kümnendale versioonile tuginedes liigitatakse ärevusega

seotud haigusseisundid F41 koodi alla, nimega "Muud ärevushäired". Töö autor tugineb uurimistöös peamiselt generaliseerunud ehk üldistunud ärevushäirele, mis on koodiga F41.1. Üldistunud ärevushäire on sagedasem naisterahvastel ning on seotud kroonilise keskkonnastressiga. (Vasar, 1993).

1. METOODIKA

Käesoleva uurimistöö meetod on kirjanduse ülevaade. Antud juhul uuritavad puuduvad. Kirjanduse ülevaade on omaette uurimus, kus antakse ülevaade varasemalt avaldatud uuringutest ja nende tulemustest. Kirjanduse ülevaates püstitatakse uurimisprobleem, uurimiseesmärgid ja –ülesanded, otsitakse teemakohast kirjandust ning analüüsitakse seda. Viimaseks etapiks on tulemuste interpreteerimine. Sellise uurimismeetodi ülesandeks on juhtida tähelepanu uute uuringute vajadusele või luua olemasolevatest uuringutest uus arusaam. (Aveyard, 2014: 22). Töö autor valis metoodikaks kirjanduse ülevaate, sest antud suuna põhietapid aitavad saavutada käesoleva lõputöö eesmärki.

Uurimistöö kirjutamine algas 2020. aasta märtsis, kui töö autor valis projekti kirjutamiseks teema aines Uurimistöö alused II. Projekt kirjutati valmis 2020. aasta maikuuks ning esitati kaitsmiseks. Uurimistöö projekt arendati edasi uurimistööks Lõputöö I aines. Töö autor on püstitanud töö kirjutamise käigus uurimisprobleemi, uurimisülesanded ja –eesmärgid. Uurimistööks otsiti teemakohast tõenduspõhist materjali erinevatest andmebaasidest ning raamatutest. Tõenduspõhiste allikate otsimist teostati põhiliselt andmebaasides *PubMed* ja *ScienceDirect* ning kasutati otsingumootorit *Google Scholar*. Töö autor pidas allikat tõenduspõhiseks juhul, kui olid välja toodud erinevad viited varasematele uurimustele, artikli ilmumise allikas, DOI number ning töö autorid. Kasutamata jäeti allikad, mis ei vastanud töö autori seatud kriteeriumitele, ei ühildunud otseselt töö teemaga või ei olnud tõenduspõhised.

Uurimistöös on kasutatud tõenduspõhiseid, täistekstina kättesaadavaid, eelretsenseeritud materjale, mis ei ole vanemad kui kümme aastat. Erandina on kasutatud nelja vanemat allikat, kuna need on ajas muutumatud. Samuti valis töö autor välja allikad, mis olid töö teemaga otseselt seotud. Kirjutamiseks vajaminevaid materjale otsiti järgmiste märksõnade ja sõnapaaridega: *anxiety* (ärevus), *anxiety disorders* (ärevushäired), *pregnancy and anxiety* (rasedus ja ärevus), *postpartum/postnatal anxiety* (sünnitusjärgne ärevus), *counselling* (nõustamine) ja *counselling anxiety disorders* (ärevushäirete nõustamine). Eesti keeles kasutati otsingusõnu kombinatsioonidena ärevus ja ärevushäired, rasedus, sünnitusjärgne periood ja nõustamine.

Töös kasutati kokku 76 allikat, millest 52 olid võõrkeelsed. Kasutatud allikateks on 45 teadusartiklit, kaks veebipõhist raamatut ja neli raamatut, kaheksa juhendit/juhist, üks lõputöö, kuus usaldusväärset veebilehekülge, üks teabenõue, üks eetikakoodeks, viis dokumenti, üks

õigusakt ja kaks kutsestandardit.

Soosaar (2016: 43) on välja toonud kahe bioetiku Beauchampi ja Childressi loodud neli meditsiinieetika põhiprintsiipi, milleks on uuritava või patsiendi isikuautonoomia austamine, heategemine, mittekahjustamine ning õiglus. Töö autor valis kirjutamise aluseks materjalid, mis järgisid meditsiinieetika olulisemaid väärtusi. Töös kasutatud artiklites on tagatud uuritavate privaatsus ja konfidentsiaalsus, sest uuritavad isikud ei ole tuvastatavad. Artiklites ei kajastata isikuandmeid, austati isiku autonoomiat ning üheski kirjandusallikas ei diskrimineeritud naist ja tema probleemi, vaid püüti probleemile lahendust/selgitust leida. Samuti oli uuritavatel võimalus uuringutest soovi korral lahkuda. Heategemise aspektist lähtudes näeb töö autor, et käesolevast lõputööst saavad kasu ämmaemanda õppekaval õppivad üliõpilased ja töötavad ämmaemandad, kasutades lõputööd professionaalsete teadmiste suurendamiseks.

Käesolev uurimistöö on usaldusväärne, kuna kirjutamisel on kasutatud tõenduspõhiseid materjale, mille vanus on vähem kui kümme aastat. Uurimistöös ei esine plagiaati ning kasutatud allikate tekst on nõuetekohaselt refereeritud ja viidatud ning allikad on leitavad kasutatud kirjanduse loetelust.

2. ÄREVUSHÄIRED RASEDUSE AJAL

Rasedus on naise elus normaalne füsioloogiline seisund, millega kaasnevad erinevad muutused. Enimesinevad on hormonaalsed muutused, mis võivad endaga kaasa tuua iivelduse, oksendamise, raseduslaikude tekke, tupevooluse suurenemise ja günekoloogiliste probleemide sagenemise. Anatoomiliselt toimub kehas pidev emaka suurenemine ning seetõttu ka organite ümberpaiknemine loote mahutamiseks kõhuõõnde. Emaka suurenemine avaldab naaberorganitele survet, millest tulenevalt võib rase tunda näiteks kõrvetisi ning vajadust sagedamini urineerida. Raseduse ajal suureneb naise kehas verevarustus. Lisaks anatoomilistele muutustele kogevad naised psühholoogilisi muutusi. Psühholoogilised muutused võivad olla tingitud rasedusele eelnenud meeleoluhäiretest ja psühhiaatrilistest haigustest, lähisuhtevägivallast, soovimatust rasedusest ning halvast sotsiaal-majanduslikust olukorrast. (Raseduse jälgimise..., 2018: 1, 16–17). Raseduse raskematel hetkedel aitab ämmaemand naisel aru saada, millised muutused lapseootuse ajal on füsioloogilised ning millised patoloogilised. Ämmaemanda oluline roll on varakult märgata raseduse ajal tekkivaid vaimseid probleeme ning naisele toeks olla, et toetada positiivset vanemlust. (Vaimse tervise..., 2020: 41).

Ärevus on elu normaalne ning paratamatu osa. On palju olukordi, kus on igati mõistlik tunda ärevust. Kui inimene ei oleks ärev üheski olukorras, mis võib olla uus, ohtlik või hirmutav, oleks midagi valesti. Ärevus võib avalduda pingena mõnes kehaosas, südamekloppimise, iivelduse, muremõtte või koguni surmahirmuna. Ärevus muutub ärevushäireks siis, kui see hakkab segama inimese tavapärase elu. Ärevushäirega kaasnev ärevus on kas väga tugev või kestab mitmeid kuid. (Generaliseerunud ärevushäire..., 2020: 7).

Generaliseerunud ehk üldistunud ärevushäire on defineeritud kui pidev ja krooniline ärevus, millega ei kaasne foobiaid, paanikahooge ega sündmõtteid. Haiguse all kannatav inimene muretseb korraka mitmete eluaspektide pärast ning ei suuda muretsemist kontrolli alla saada. Peale pideva muretsemise lisanduvad sellise haiguse seisundi puhul mitmed füüsilised sümptomid, milleks võivad olla rahutus, kiire väsimine, unehäired, kerge ärritumine või lihaspinge. (Generaliseerunud ärevushäire..., 2020: 11). Naised on vaimse tervise probleemidele vastuvõtlikumad (Eesti rahvastiku..., 2022: 34), sest nende elus toimub mitmeid suuri muutusi, mis on tingitud nende elukaarest. Rasedus toob endaga kaasa mitte ainult füsioloogilisi, vaid ka sotsiaalseid ja psühholoogilisi muutusi. (Deklava, Lubina, Circenis, Sudraba, Millere, 2015: 623).

Rasedusaegset liigset ärevust kogeb üleilmselt ligi 25% naistest (Daglar ja Nur, 2018: 434). See võib peamiselt väljenduda liiges muretsemises, et oodataval lapsel esineb mõni terviserike, või esineb hirm sünnituse ja lapsevanemaks olemise ees. Kõige sellega kaasnevad erinevad somaatilised ehk kehalised sümptomid. (Shao, Wang, Huang, Wang, Liu jt, 2020: 1). Rase võib kogeda kehalistest sümptomitest südamepekslemist, värinaid, hingeldamist, higistamist, iiveldust ja oksendamist, lämbumistunnet, ebameeldivat tunnet kõhus, tuimust kui ka vererõhu tõusu (Generaliseerunud ärevushäire..., 2020: 8). Lisaks pidevalt toimuvatele hormonaalsetele ja füüsilistele muutustele võivad raseda ülemäärast ärevust tunda panna hirm teadmatus ees, stress ja igapäevased probleemid. On täheldatud, et liigset ärevust tunnevad raseduse ajal nooremad, madalama haridustasemega, üksikud ja lähedaste toetuseta naised. (Deklava jt, 2015: 624–626). Samuti rasedad, kelle rasedusele on eelnenud viljatus ja mitmed raseduste katkemised, võivad tunda üldist ärevust ning vajada ämmaemanda lisavisiite ja pidevat nõustamist (Raseduse jälgimise..., 2018: 18). Ämmaemanda ülesandeks on pöörata just sellele osale rasedatest lisatähelepanu ning ära hoida võimalikku raseduskriisi teket (Vaimse tervise..., 2013: 1). Soovituslik oleks sellisel juhul rakendada vaimse tervise alase nõustamiseks ette nähtud visiiti (Vaimse tervise..., 2020: 41).

Rasedus tähendab naise jaoks kohati keerulist üleminekut ühelt eluviisilt teisele. On oluline teada, et raseduse ja sünnitusjärgse perioodiga kaasnevad erinevad emotsioonid. Vaimse tervise probleemide esinemissagedus raseduse ajal on ligi 20%. Mõned neist eksisteerivad juba enne rasedust ning osa tekib alles raseduse ajal või sünnitusjärgsel perioodil. Ärevushäirega naistel on suurem oht raseduse katkemiseks, enneaegseks sünnituseks, madala sünnikaaluga lapse sünniks ning keisrilõikeks. Samuti võib üldistunud ärevus esile kutsuda platsenta veresoonte tromboosi. Enne rasedust eksisteerinud vaimse tervise häirega naine on tihti juba jälgimisel, näiteks esmatasandi tervishoius perearsti või mõne eriarsti juures, raskematel juhtudel tervishoiuasutuses. Kui günekoloogi või ämmaemanda juurde pöördub naine, kes soovib rasedusega arvele tulla ning ühtlasi põeb näiteks üldistunud ärevust, peaks rasedusest perearstile teatama ning vajadusel üle vaatama raviskeemi sobivuse rasedale. Naised, kes on olnud jälgimisel eriarsti juures, vajavad vastuvõtte kindlasti ka raseduse ajal. (Schofield ja Kapoor, 2019: 74–79). Esmatasandi ambulatoorsete teenuste kogum on naistele kättesaadav nende enda kodukohas ja laiapõhjalise meeskonnaga võivad ligi 80-90% probleemidest leida juba seal lahenduse (Ämmaemanduse arengukava..., 2019: 7).

Mitmed uuringud näitavad, et raseduse ajal esinevad ärevushäired mõjutavad negatiivselt mitte ainult ema, vaid lisaks loodet. Rasedusaegsed ärevushäired on otseses seoses suurenenud

raseduse ja sünnitusabi tüsistustega. Erinevateks tüsistusteks võivad olla suurenenud iiveldus ja oksendamine, pikalt haiguslehel olemine, preeklampsia esinemine, enneaegne sünnitus, plaaniline keisrilõige, madala sünnikaaluga loode, lapse käitumuslikud probleemid tulevases elus, ema-lapse sideme puudumine (Bittner jt, 2014: 186: 186; Ravid jt, 2018: 1). Ema-lapse side kujuneb juba siis, kui laps on emaülas. Raseduse ajal kujunevat kiindumussuhet mõjutavad negatiivselt soovimata rasedus, kaksikraseduse puhul teise kaksiku üsasisene surm, haige loode või hoopis olemasoleva lapsega seonduvad probleemid. Naised, keda on väärkoheldud, ei suuda samuti tugevat ema-lapse sidet luua. (Daglar ja Nur: 2018, 434).

Ligikaudu 20%–24% reproduktiiveas Eesti naistest on WHO andmetel oma elu jooksul kogenud füüsilist- või seksuaalvägivalda. (Violence against..., 2021: 27). Tihti esineb paarisuhtes just sellist vägivallavormi, kus ohvriks langeb naine (Vaimse tervise..., 2020: 80). Naised, kes kogevad lähisuhtevägivalda (edaspidi LSV), kannatavad tihti vaimse tervise probleemide all (Violence against..., 2021: 1), eriti üldistunud ärevuse all (Fonseca-Machado, Monteiro, Haas, Abrão ja Gomes-Sponholz, 2015: 863). Kui ämmaemandal on kahtlus, et rase kannatab LSV all, tuleks kontakteeruda piirkonna sotsiaaltöötajaga. Ämmaemandal tuleb naist julgustada pöörduma vaimse tervise toetamiseks psühholoogi, raseduskriisinõustaja või hingehoidja poole ning kutsuda teda visiitidele tihedamalt, tagades talle privaatsuse ja konfidentsiaalsuse. (Raseduse jälgimise..., 2018: 17–18).

3. ÄREVUSHÄIRED SÜNNITUSJÄRGSEL PERIOODIL

Sünnitusjärgne periood on kuni kahe aasta pikkune aeg (Raseduskriisi nõustaja..., 2019). Enamasti loetakse sünnitusjärgset perioodi kuue kuni kaheksa nädala pikkuseks ajaks peale sünnitust (Tiran, 2017: 192), mida nimetatakse neljandaks trimestriks (Paladine, Blenning ja Strangas, 2019: 485). Tihti loetakse sünnitusjärgset perioodi lõppenuks, kui naise keha muutub tagasi selliseks nagu oli see enne rasedust (Leahy-Warren ja McCarthy, 2011: 802; Tiran, 2017: 192). Sünnitusjärgelt hakkab emakas taanduma oma raseduseelsesse positsiooni, mida nimetatakse emaka subinvolutsiooniks. Sellega kaasnevad lohhiad, mis tähendavad sünnitusjärgset voolust ning mis omakorda kategoriseeritakse kolmeks. (Tiran, 2017: 133; 218). Tavapäraselt kestabki selline taastumisperiood umbes 6–8 nädalat, kuid mõne naise jaoks võib see rohkem aega võtta, eriti sellisel juhul, kui nad on raseduse või sünnituse vältel kogunud komplikatsioone. (Leahy-Warren ja McCarthy, 2011: 802).

Sünnitusjärgne periood on värsketele emale haavatav aeg, sest ta peab vastama nii enda kui ka vastsündinu vajadustele. Ema vajadusi mõjutavad tihti mitmed isiklikud asjaolud, nagu näiteks juba olemasolevate laste arv, sünnituskogemus, sotsiaalse toetuse kättesaadavus ja subjektiivsed kaebused. (Lambermon, Duijnhoven, Kremer ja Dedding, 2021: 1). Selline periood võib mitmetes naistes tekitada suurt ebakindlust, pinget ja pettumust, seepärast on osad emad vanemluse suhtes rahulolematud ning hakkavad enda oskustes kahtlema (Göbel, Stuhmann, Barkmann, Schulte-Markwort ja Mudra, 2020: 1).

Kõige levinumad sünnitusjärgsed vaimse tervise probleemid on depressioon ja ärevus. Ärevuse all kannatab umbes 15–20% värsketest emadest (Antenatal and..., 2014: 7), kuid üldiselt kogevad erinevaid meeleolumuutusi ligi 80% äsja sünnitanud naistest (Vaimse tervise..., 2013). Sünnitusjärgsel perioodil esinevaid meeleolumuutuseid kutsutakse *baby-blues*'iks ehk emamasenduseks. Kõige sagedamini kogetakse seda 3–4 päeva peale sünnitust ning seda esineb 50%–80% emadel. Emamasenduse põhjuseks on hormoonide kõikumine peale platsenta väljutamist organismist ja laktatsiooni algus rindades. Tavaliselt möödub selline periood iseenesest, kuid samas võib olla aluseks vaimse tervise probleemide tekkimisele. (Tiran, 2017: 183). Ärevushäired saavad alguse neerupealiste koore düsfunktsioonist, kus sünteesitakse liiga palju peamist stressihormooni ehk kortisooli. Selline muutus teeb naised tavapärasest haavatavamaks. (Zappas jt, 2020: 60). Riskirühma kuuluvad emad, kes on juba varasemalt põdenud mõnda psühhiaatrilist haigust, kellel on madal haridustase, halvad sotsiaal-majanduslikud elutingimused, kokkupuude vägivallega (Zappas jt, 2020: 60–61), kelle laps on

sündinud enneaegsena või erivajadusega, kelle sünnituskogemus on negatiivne, kes viibivad sünnitusjärgselt kaua haiglaravil, kellel on suhte probleemid, on üksikvanemad, kes last ei soovi või kelle laps on surnult sündinud (Vaimse tervise..., 2013).

Sünnitusjärgsel perioodil ei pöörata ärevuse sümptomitele liigset tähelepanu, sest on tavaline, et emad on mõnevõrra murelikumad, kuna nad püüavad enda last võimalike ohtude eest kaitsta (Toler jt, 2018: 163). Seda peetakse normaalseks tundeks, mistõttu diagnoosi ja ravi saamine võib hilineda (Zappas jt, 2020: 60–61). Sünnitusjärgse ärevushäire all kannatavad naised kogevad unehäireid, rahutust, südamepekslemist, kerget ärritumist, paanikahoogusid, halbu ja pealetükkivaid mõtteid, liigset mure- ja hirmutunnet ning erinevaid foobiaid (Toler jt, 2018: 163). Ärevuse kogemine on normaalne seni, kuni see ei häiri igapäevaelu ning naine oskab seda maandada (Zappas jt, 2020: 60–61). Varajane märkamine aitab võimaldada naisele kvaliteetse ämmaemandusabiteenuse (Ämmaemanduse arengukava... 2019: 3). Ärevushäirega varajases staadiumis tegelemine aitab leevendada sümptomite tugevust ja vähendada nende taasesinemist, samuti annab see olulise panuse lapse arengule ja tervisele (Van der Zee-van den Berg, Boere-Boonekamp, Groothuis-Oudshoorn ja Reijneveld, 2021: 158–159). Sünnitusjärgsel perioodil on ärevushäirete märkamine keeruline, sest tihti jäävad need sünnitusjärgse depressiooni taha varju. Sageli liigitatakse ärevushäirest tulenevad sümptomid depressiooni alla, kuigi ärevushäired võivad esineda depressioonita. (Toler jt, 2018: 162).

Sünnitusjärgsed ärevushäired omavad pika- ja lühiajalisi tagajärgi nii emale kui ka lapsele (Ali, 2018: 237; Daglar ja Nur, 2018: 433; Nath, Pearson, Moran, Pawlby, Molyneaux jt, 2019: 1; Zappas jt, 2020: 61). Ravimata vaimse tervise häire sünnitusjärgses perioodis võib naisele põhjustada kaasuvate haiguste süvenemise, võimaliku raviskeemi raskendatud järgimissuutlikuse, materiaalseid probleeme, sõltuvushäireid, suitsiide ja halvimal juhul tahtliku lapse mõrvamise. Ligi 20% suitsiididest sünnitusjärgsel perioodil on toime pandud vaimse tervise häire ajendil. Ärevushäire raskendab sünnijärgselt ema ja lapse vahelise sideme teket ning häirib ema võimet oma lapsega tegeleda. (Zappas jt, 2020: 61). Siinkohal on ämmaemandatel tähtis positsioon, et aidata juba raseduse ajal naisel luua oma lapsega kiindumussuhet (Daglar ja Nur, 2018: 439). Sünnitusjärgselt saab ärevusest tulenevaid sümptomeid leevendada nahk-naha kontaktiga (Cooijmans, Beijers, Brett ja Weerth, 2022: 10), pannes vastsündinu peale sünni ema rinnale või kõhule (Tiran, 2017: 212).

On uuringuid, mis tõendavad, et ärevushäire all kannatavad emad lõpetavad imetamise pigem varakult või ei soovi juba alguses last imetada (Zappas jt, 2020: 61). Eriti esineb seda

esmakordselt emaks saanud naiste seas. Vastsündinutel võivad emale omaselt välja kujuneda unehäired ja toitumisprobleemid, mis muudavad nad rahutuks. Toitumisprobleemide korral on mõjutatud nii lapse kehaline kui ka vaimne pool, mistõttu jääb ta eakaaslastest arengus maha. Samuti muudab lapse rahutuks ema ebakindel käitumine ning ebakindlus vanemaks olemise ees. Säärane ebakindlus võib emadel kulmineeruda alkoholi kuritarvitamisega ja suitsetamisega. (Toler jt, 2018: 163).

Pikaajalised uuringud näitavad, kuidas ema ärevushäired sünnitusjärgses perioodis mõjutavad last hilisemas tulevikus. Eriti tuleb see välja kooliealiste laste puhul, kus neil on võrreldes samaealiste koolikaaslastega kehvemad käitumuslikud, kognitiivsed ja sotsiaalsed oskused. (Kingston ja Tough, 2014: 1728; Toler jt, 2018: 163). Nad ei ole sama huvitatud mängimisest kui tervete emade lapsed, ei näita üles initsiatiivi sotsialiseerumiseks, ei kõnele piisavalt ega hoia silmsidet (Reck, Tietz, Müller, Seibold ja Tronick, 2018: 2). Neil on raskem luua usaldusväärseid suhteid nii omaealiste kui ka täiskasvanutega, sest on emotsionaalselt haavatavamad ning ei oska oma tundeid nii hästi väljendada. Ärevushäiretega emade lapsed võivad tulevikus olla ülekaalulised, halvema tervisega (Porter jt, 2019: 2) ning ohustatud ärevushäirete või muude psühhiaatriliste haiguste tekkest hilisemas elus (Toler jt, 2018: 163).

4. NÕUSTAMISVÕIMALUSED RASEDUSAEGSETE JA SÜNNITUSJÄRGSETE ÄREVUSHÄIRETE KORRAL

Ämmaemand on spetsialist, kes oskab märgata naise juures nii füsioloogilisi kui ka patoloogilisi muutuseid. (Vaimse tervise..., 2020:41). Samas on oluline märgata raseduse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil tekkivaid vaimse tervise probleeme (Ämmaemand, tase..., 2018). Raseduse ajal on ämmaemandal võimalik meeleoluhäirete ja probleemide teket märgata igal visiidil, küsitledes naist tema enesetunde, vaevuste ja meeleolu suhtes (Raseduse jälgimise..., 2018: 17, 44).

Naisele saab vaimse tervise seisundi täpsustamiseks anda täita Emotsionaalse Enesetunde Küsimustiku (EEK-2) (Aluoja, Shlik, Vasar, Luuk ja Leinsalu, 1999), mis võimaldab hinnata liigärevusega seotud sümptomaatikat. Rasedusaegseid ja sünnitusjärgseid ärevushäireid on võimalik välja sõeluda Edinburghi Sünnitusjärgse Depressiooni Skaala (EPDS) toel (Dosani, Yim, Shaikh, Lalani, Alcantara jt, 2022: 2), kuid seda tohib käesoleval ajal kasutada ainult spetsiifilise väljaõppe läbinud ämmaemand, raseduskriisi nõustaja või perearst. EPDS koosneb kümnest väiteküsimusest, kus naine saab hinnata oma enesetunnet viimase seitsme päeva jooksul (Uriko ja Liik, 2020: 75; Lapse tervise..., 2019: 43).

Eestis on läbi viidud EPDS alane uuring, kus andmeid koguti aastatel 2017–2019. Uuringus osales 1096 naist, kes sünnitasid kuni 12 kuud tagasi. Uuringu tulemusena leiti, et naiste ärevus oli depressiivsusega võrreldes sünnitusjärgsel perioodil suurem. (Uriko ja Liik, 2020: 74; 79). Alates 2020. aasta jaanuarist saab ämmaemand osutada eraldi teenust, mis keskendub vaimse tervise alasele nõustamisele perinataalperioodil. Esmatasandi tervishoius on ämmaemanda olemasolu suureks eeliseks pereõdedele ja –arstidele, kellel jääb alles võimalus panustada teistesse valdkondadesse. (Vaimse tervise..., 2020: 41). Sünnitusjärgsel perioodil saab ämmaemand informeerida naist võimalikest ohutunnustest ja tutvustada erinevaid nõustamisvõimalusi (Ämmaemand, tase..., 2018).

Riskitegurite tõhusamaks märkamiseks saab ämmaemand teostada koduviisi (Vaimse tervise..., 2020: 41), soovitatavalt vastsündinu 5.-7. ja 14. elupäeval (Lapse tervise..., 2019: 13). Koduviit on küll kulukam esmatasandi tervisekeskuse visiidist, ent odavam haiglaravist (Lapse tervise..., 2019: 18). Koduviidi käigus on ämmaemandal võimalus märgata just toimetuleku- ja kohanemisprobleeme (Vaimse tervise..., 2020: 41). Koduviit on olemas kõikides Põhja- ja Lääne-Euroopa riikides, visiitide ulatused on erinevad. Suurbritannias,

Irimaal, Taanis ja Hollandis toimuvad koduviisiidid lapse esimese eluaasta jooksul mitmeid kordi. (Lapse tervise..., 2019: 18). Selline lähenemine annaks Eestis võimaluse panustada oluliselt naiste ja pere toimetulekuvõimesse lapse esimese kahe aasta jooksul, mis on raseduskriisi nõustaja kutsestandardis välja toodud kui sünnitusjärgne periood (Raseduskriisi nõustaja..., 2019), mille ajal naised kuuluvad haavatavasse rühma (Vaimse tervise..., 2020: 82). Ämmaemandad võivad soovitada vaevuste leevendamiseks lõhna- ja muusikateraapiat ja regulaarset kehalist koormust, mis aitavad hoida nii vaimset kui ka füüsilist heaolutunnet (Raseduse jälgimise..., 2018: 10, 13). Kui naise seisundi jälgimine ja nõustamine vajab võrgustikutööd, siis peab ämmaemand suunama patsiendi teiste erialaspetsialistide poole, näiteks pereõe ja -arsti, raseduskriisi nõustaja, psühholoogi, psühhiaatri ja/või sotsiaaltöötaja juurde. (Iseseisvalt osutada..., 2014: §3; Rakendusjuhend ämmaemandusabi..., 2017: 2; Ämmaemand, tase..., 2018; Raseduse jälgimise..., 2018: 17).

Alates 2006. aastast, mil loodi SA Väärtustades Elu, pakutakse Eestis raseduskriisi nõustamise teenust. (Sihtasutuse väärtustades..., 2018). Ämmaemand ja vajadusel naiste- või perearst saab saatekirja alusel suunata naise raseduskriisi nõustamisele, nii on teenus naisele tasuta (Raseduskriisi nõustamine...). Raseduskriisi nõustajad tegelevad nii rasedusaegsete kui ka sünnitusjärgsete kriisiolukordadega. Raseduskriisi nõustaja alustab naisega vestlust eesmärgil koguda hetkeolukorra kohta kvaliteetset infot. Vajadusel ja naise loal võib ta kaasata suhtlusesse nii pereliikmed kui ka ämmaemanda. Nõustamise vältel hindab nõustaja naise vaimset tervist, märkab murekohti, kasutab erinevaid intervjuerimistehnikaid (nt peegeldamine ja toetava keskkonna kujutamine) ning koostab selle põhjal naise kohta anamneesi. Väga oluline on kaardistada patsiendi elukeskkond, et aru saada, kas tal on ümber tugivõrgustik, ning selle alusel hinnata tema psühhosotsiaalset toimetulekut. Raseduskriisi nõustajaid võib leida esmatasandi tervisekeskustest, statsionaarset teenust osutavatest tervishoiuasutustest, tugikeskustest ning ka eraettevõtlustest. (Raseduskriisi nõustaja..., 2019). Eestis on raseduskriisi nõustamine kättesaadav vähemalt 10 Eesti maakonnas ja vähemalt 15 asutuses (Raseduskriisi nõustamine...).

Kriisis, s.h ärevushäiretega naist saavad aidata psühholoogid, kliinilised psühholoogid ja psühhiaatrid (Raseduse jälgimise..., 2018: 17; Psühholoogidest ja...). Ärevushäirete leevendamiseks on võimalik osaleda psühhoteraapias, mille käigus kasutatakse psühhoteraapilisi ravivõtteid, mis aitavad naisel korrastada enda mõtlemist, tundeid ja käitumist. Ärevushäirete leevendamise puhul on üks tõhusamatest teraapiavormidest kognitiiv-käitumuslik teraapia (KKT) ning seda viivad läbi vastava väljaõppe läbinud kliinilised

psühholoogid ja psühhiaatrid (Generaliseerunud ärevushäire..., 2020: 18). Arch (2014: 54) on selgitanud, et metaanalüüsidele tuginedes peetakse ärevushäirete ravis tõhusaimaks KKT teraapiavormi. Kognitiiv-käitumusliku teraapia käigus selgitatakse naisele, et tema liig ärevad mõtted muudavad nii tundeid kui ka käitumist ja seniseid käitumismustreid on võimalik muuta. Tihti ei ole nii tähtis see, mis sündmused parasjagu naise elus toimumas on, vaid kuidas ta neid tajub, mida neist arvab ja kui oluliseks neid peab. KKT psühhoterapeudi ülesanne on siinkohal selgitada, millised emotsioonid on ärevates hetkedes kallutatud ning kuidas muuta mõtteid realistlikumaks. Teraapia käigus on võimalik muuta mõttemustreid ehk uskumusi, et ülemäärast ärevust leevendada. Naisele õpetatakse, kuidas ärevates olukordades rahulikuks jääda, õpetades hingamis- ja lõõgastumistehnikaid. (Generaliseerunud ärevushäire..., 2020: 18–19). KKT sobib naisele, kes ei eelista ainult medikamentooset ravi ning on avatud KKT-st tulenevatele muutustele ja sekkumistele (Zappas jt, 2020: 60–63).

Teadveloleku praktika ehk *mindfulness* on pärit Idamaadest ning see on tõhus meetod, kuidas õppida olevikus elama ning vähendada ärevushäiretest tulenevaid ebameeldivaid tundeid (Lucena, Frange, Claudia Amorim Pinto, Levy Andersen, Tufik jt, 2020: 2). On oluline märkida, et teadveloleku praktika eesmärgiks ei ole vähendada liigsest ärevusest tingitud sümptomeid, vaid suurendada sealjuures inimese psühholoogilist heaolu (Zemestani ja Fazeli Nikoo, 2019: 208), aidates ebameeldivaid tundeid analüüsida ning nendega toime tulla. Naine õpib teadveloleku praktikaga enda ärevusega seotud tundeid tõhusamalt reguleerima. (Lucena jt, 2020: 4–5). Praktiseerimise käigus õpib naine olema täielikult teadlik iseendast ja koondama enda tähelepanu kindlasse hetkesse, püüdes kaotada tähelepanu minevikult ning muretsemiselt tuleviku eest. (Hall, Beattie, Lau, East ja Anne Biro, 2016: 62–63). Hetkes olemiseks kasutatakse viite meelt: kuulmine, nägemine, kompimine, haistmine ja maitsmine. Teadvelolekut alustatakse esimesest ehk kuulmisest ning lõpetatakse maitsmisega. Silmad kinni kuulatakse ükshaaval enda ümber olevaid helisid, seejärel avatakse silmad ning jälgitakse enda ümbrust, märgates erinevaid asju. Kompimist praktiseeritakse samuti silmad kinni, tundes enda ümber erinevaid materjale ja tasapindu. Järgnevalt proovitakse haista enda lähedal olevaid lõhnu ning viimasena maitstakse, kas suus on erinevaid maitseid. Teadveloleku regulaarne praktiseerimine aitab teha enese jaoks paremaid valikuid ning aktsepteerida negatiivseid emotsioone. (Neff ja Germer, 2018: 45 – 46; 50). Aastatel 2018–2019 Hiinas läbiviidud uuringus osales 149 rasedat, kes võtsid osa neljanädalasest internetipõhisest teadveloleku praktika programmist. Uuringust selgus, et selline programm leevendab ärevusest tulenevaid

sümptomeid ning arendab rasedates eneseregulatsiooni. (Yang, Zhou, Ye, Li, Sun jt, 2022: 2; 8).

Jooga praktiseerimine aitab toime tulla liigsete pingete ja ülemäärase ärevusega nii rasedatel (Thorsness, Watson ja LaRusso, 2018: 7) kui ka sünnitanud naistel (Li, 2022: 15), sest jooga vähendab kehas olevat kortisoolisisaldust. Arvatakse, et selline mõju võiks kanduda nii rasedatele kui ka sünnitanud naistele. (Bershadsky, Trumpfheller, Kimble, Pipaloff ja Yim, 2014: 106; Li, 2022: 15). Jooga on samuti pärit Idamaadest, kus seda on praktiseeritud juba tuhandeid aastaid ning seda tuntakse oma positiivse võime poolest edendada füüsilist ja vaimset heaolu (Styles, Loftus, Nicolson ja Harms, 2019: 2). Jooga koosneb peamiselt kolmest komponendist: hingamine, asendid ja meditatsioon (Buttner, Brock, O'Hara ja Stuart, 2015: 95). Eestis kehtivas Raseduse jälgimise juhendis soovitakse psüühilise heaolu eesmärgil rasedatele jooga praktiseerimist (Raseduse jälgimise..., 2018: 13). Lisaks liigse ärevuse maandamisele aitab jooga naisi ettevalmistada sünnituseks, muutes neid enesekindlamaks enda otsuste suhtes ning aidates emotsioone paremini kontrollida (Styles jt, 2019: 2). Sünnitusjärgsel perioodil aitab jooga praktiseerimine lisaks liigse ärevuse maandamisele taastada füüsilist jõudu (Anggraeni, Herawati, Widayawati ja Arizona, 2019: 151).

Viimaste aastate jooksul kasutatakse liigsest ärevusest tulenevate sümptomite leevendamiseks komplementaar- ja alternatiivmeditsiini võimalusi. Need on saanud populaarseks nii rasedate kui ka sünnitanute seas (Rezaie-Keikhaie jt, 2019: 290), sest peetakse oluliseks, et raviviis liigse ärevuse maandamiseks ei mõjutaks loodet ega vastsündinut (Domínguez-Solís, Lima-Serrano ja Lima-Rodríguez, 2021: 2). Aroomiteraapiat kasutatakse peamiselt selle lihtsuse ja kättesaadavuse tõttu (Rezaie-Keikhaie jt, 2019: 290) ning tavapäraselt seisneb see eeterlike õlide inhaleerimises või kehale määrimises (Gong, Dong, Tang, Huang ja Lu, 2020: 1028). Eeterlikud õlid on lenduvad õlid, mis saadakse toore taimse materjali destilleerimisel vee või auruga, lisaks kasutatakse kuivdestilleerimist. Uuringud näitavad, et naised kasutavad raseduse vältel vähemalt üht komplementaar- ja alternatiivmeditsiini võimalust, aroomiteraapiat kasutab üleilmselt ligi 13–78% naistest (Rezaie-Keikhaie jt, 2019: 290). Inhaleerides eeterlikke õlisisid difuuseri abil, saadetakse ajule läbi haistmissüsteemi signaal toota rohkem virgatsaineid nagu serotoniin ja dopamiin, mis leevendavad negatiivseid meeleoluseisundeid. Populaarseimad eeterlikud õlid aroomiteraapias koosnevad lavendlist, roosist, erinevatest tsitruselistest ja bergamotist. Lavendliõli võib võtta kapslikujul suukaudselt. (Gong jt, 2020: 1028–1029).

Eneseabi ehk *self-help* on tihti ennetustööna oluline, et vaimse tervise probleemid ei ägeneks või esineks üldse. Eneseabiks sobivad kõik psühhosotsiaalsed heaolu tugevdavad tegevused, mis ei ole ohtlikud endale ega teistele. Esmalt saab korrastada oma unegraafiku, toituda mitmekesiselt ja tervislikult ning rakendada regulaarset füüsilist koormust. Samuti parandavad vaimset heaolu näiteks lugemine, muusika kuulamine, harrastusega tegelemine ja jalutamine. Enesetoetuse õppimiseks saab naine küsida infot sotsiaal- ja tervishoiuasutustest ning huvikaitseorganisatsioonidest. Oluline on osata eristada usaldusväärset infost ebateaduslikku ja kahjustavat praktikat ja petturlust. (Vaimse tervise..., 2020: 24–26). Sünnitusjärgsel perioodil on täheldatud, et naised eelistavad veebipõhiseid eneseabi võimalusi, sest neil on võimalus jääda anonüümseks ning teha seda igal ajal, sõltumata vastsündinu päevarütmist (Ashford, Ayers ja Olander, 2017: 395).

5. ARUTELU

Generaliseerunud ärevushäire käsitlemise juhendis perearstidele on välja toodud, et ärevus on normaalne seisund, mida tunneb enda elus pea iga inimene. Kui inimene ei tunneks ärevust, oleks midagi valesti. On selgitatud, et ärevusest saab ärevushäire siis, kui see hakkab segama inimese igapäevaelu. 2022. aasta Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu lõpparuande põhjal on naised vaimse tervise probleemidele vastuvõtlikumad kui mehed. Põhjuseks on autorid Deklava jt (2015: 623–626) välja toonud, et naiste elus toimuvad suuremad füsioloogilised muutused, üheks selliseks muutuseks on rasedus. Erinevatele kirjandusallikatele tuginedes selgub, et ärevushäirega võivad kaasnedä mitmed ebameeldivad sümptomid, nagu näiteks südamekloppimine, pinged kehaosades, iiveldus või koguni surmahirm. Ärevushäiretele võivad lisanduda teised psühhiaatrilised haigused (Generaliseerunud ärevushäire..., 2020: 7–8; Raseduse jälgimise..., 2018: 1; 16–17; Shao jt, 2020: 1).

Ärevushäired mõjutavad rasedaid lähedalt. Rasedus on naise elus tähtis periood, seepärast on ta probleemidele vastuvõtlikum ning võib tunda erinevaid hirme. Shao jt (2020: 1) on oma artiklis avaldanud, et liigne ärevus võib väljenduda ülemäärases muretsemises, et oodataval lapsel esineb terviserikkeid või hoopis hirmuna sünnituse ees. Eelnevalt on välja toodud, et liigset ärevust kogevad rasedad, kes on nooremad, kel on madalam haridustase, puudub lähedaste toetus, on varasemalt põdenud psühhiaatrilist haigust, kannatavad lähisuhtevägivalla all, eelnenud rasedus on katkenud või naine on saanud viljatusravi. Raseduse jälgimise juhendis (2018) on mainitud, et säärased rasedad võivad vajada ämmaemandalt lisaviisiite ning pidevat nõustamist. Alates 2020. aasta jaanuarist on Eesti ämmaemandatel võimalik osutada teenust, mis keskendub vaimse tervise alasele nõustamisele. Schofield ja Kapoor (2019: 74–79) on välja toonud, et ämmaemand peab kohtlema kõiki rasedaid võrdselt ning suhtuma nendesse austusega, olenemata sellest, kas neil on mõni vaimse tervise häire või mitte.

Töö autor leiab, et ämmaemand peab olema teadlik vaimse tervise levimusest ja probleemidest, et probleemide korral naist mõista, tõhusalt nõustada ja vajaduse korral osata rakendada võrgustikutööd. Samuti peab ämmaemand suhtuma kõikidesse rasedatesse võrdselt. Paaril korral on töö autor praktikat sooritades kokku puutunud olukorraga, kus ämmaemand on praktikandile sõnaliselt väljendanud, et järgmisele visiidile tuleb F-diagnoosiga rase, kellega on probleeme palju, sest on "ärevik". Tihti on need rasedad olnud ärevad sünnitamise ees ning tundnud muret, kas nende lapsega on kõik korras. Rohkem on töö autor näinud isikliku kogemusena vaimse tervise küsimustes väga toetavaid ning professionaalseid ämmaemandaid

ja günekolooge, kes kutsuvad ärevushäire diagnoosiga rasedaid tihedamini vastuvõttele ning panevad vastuvõtu ajaks kaks järjestikust aega, et leida parim võimalik nõustamisvõimalus.

Nii Ravid jt (2018: 1) kui ka Schofield ja Kapoor (2019: 74–79) on oma artiklites välja toonud rasedusaegse ärevushäire tagajärgedeks enneaegse sünnituse, madala sünnikaalu ning keisrilõike. Töö autor on praktikakeskkonnas läbi aastate aina enam kokku puutunud rasedatega, kelle liigne ärevus seisneb hirmus sünnituse ees ning kelle sünnitus on seepärast lõpetatud keisrilõikega. Rasedad, kellel oli rasedakaardis olevasse anamneesi ärevushäire märgitud, olid aeganõudvamad patsiendid. Nad vajasisid suhtlemist ja selgitamist rohkem, soovisid saada kinnitust, et nende lapsega on kõik normipärane ja et sünnitustegevus edeneb. Kui sünnitusplaan ei läinud nii nagu nad olid ette planeerinud, vähenes töö autori arvates nende koostöötähe ning suurenes liigne ärevus olukordade ees.

Kui rase kannatab lähisuhtevägivalla all, on sellel suur risk rasedusele. Raseduse jälgimise juhendis (2018: 17–18) on välja toodud, mida toob endaga kaasa raseduse ajal kogetud lähisuhtevägivald. LSV all kannatav ärevushäirega naine on töö autori arvates riskigruppi kuuluv rase ning vajab seetõttu ämmaemanda lisavisiite ning võrgustikukoostöö spetsialiste, nagu valla sotsiaaltöötajat, raseduskriisi nõustajat, psühholoogi või psühhiaatrit, et rasedus kulgeks emale ja lootele turvaliselt.

Leahy-Warren ja McCarthy (2011: 802) on avaldanud, et tihti loetakse ekslikult sünnitusjärgseks perioodiks vaid kuni kaheksat esimest nädalat peale sünnitust, mil naise keha taandub raseduseelsesse positsiooni. Raseduskriisi nõustaja kutsestandardi kohaselt on aga sünnitusjärgne periood ligi kahe aasta pikkune aeg (Raseduskriisi nõustaja..., 2019). On välja toodud, et ligi 20% äsja sünnitanud naistest põeb liigset ärevust (Lapse tervise..., 2019) ja erinevaid emotsioonimuutuseid koguni 80% äsja sünnitanud naistest (Vaimse tervise..., 2013), kuid see on normaalne. *Baby-blues* ehk emamasendus on Tirani (2017: 183) sõnul isemööduv periood, kuid see võib siiski olla aluseks vaimse tervise probleemide tekkele. Zappase jt (2020: 60–61) sõnul kuuluvad riskirühma emad, kes on juba enne rasedust põdenud mõnda vaimse tervise häiret, kellel on madal haridustase, kasinad sotsiaal-majanduslikud elutingimused ja kokkupuude vägivaldaga. Töö autor on praktikal viibides kokku puutunud olukorraga, kus sünnitanu sai ärevushoo, sest ei soovinud koju minna. Pikemal uurimisel selgus, et mees on tema suhtes vägivaldne olnud ning ta kardab vastsündinu tervise pärast. Olukorra lahendamiseks kaasati raseduskriisi nõustaja ning valla sotsiaaltöötaja.

Toleri jt (2018: 163) sõnul ei pööra emad sünnitusjärgsel perioodil oma liigsetele ärevussümptomitele erilist tähelepanu, sest on tavaline olla mõnevõrra murelik. Nad võivad olla väsinud, jõuetud, kergesti ärritatavad, keskendumisraskustega ning kannatada unehäirete all (Zappas jt, 2020: 60–61). Töö autor on sünnitusjärgsel perioodil kokku puutunud sünnitanud naistega, kes kaebavad eelnevalt nimetatud sümptomeid, kuid vähesed neist on otsinud abi psühholoogilt või raseduskriisi nõustajalt, sest nad peavad seda normaalsuseks. Just seetõttu hilineb paljude naiste puhul diagnoosi saamine ning sellega seonduva varajase abi leidmine (Zappas jt, 2020: 60–61). Van der Zee-van den Bergi jt (2021: 158–159) sõnul on varajases staadiumis ärevushäirega tegeledes parimad ravitulemused, mis mõjutavad ka lapse arengut ja tervist. Samuti on töö autor kokku puutunud olukorraga, kus sünnitusest on möödas juba aasta, aga naise vaimne tervis ei ole paranenud ning ta on tunnistanud, et ärevus, mida ta last kasvatades tunneb, ei ole normaalne ning ta vajaks abi.

Ärevushäired sünnitusjärgses perioodis ei mõjuta ainuüksi ema, vaid ka tema last. Nii Zappas jt (2020: 61) kui ka Toler jt (2018: 163) on välja toonud, et ärevushäiretega emad ei soovi tihti oma last imetada või lõpetavad selle varakult, kahjustades nii ema-lapse vahelist sidet. Neil on raske luua lapsega kontakti. Töö autor on kokku puutunud olukorraga, kus ema avaldab kahetsust, et ei naudi rinnaga toitmist ning kardab seeläbi oma lapsele haiget teha. Lapse rahutuks muutumisel on emad end lapse ees kuuldavalt alandanud lausega ”Ma tean, et emme on paha”. Kingston ja Tough (2014: 1728) on välja toonud, et ärevushäiretega emade lapsed on koolis omaealistest tihti käitumuslikult, sotsiaalselt ja kognitiivselt vähem arenenud. Lisaks sellele ei oska nad luua tugevaid sõprussuhteid ega ennast väljendada, mistõttu on nad emotsionaalsemad ja kergemini haavatavamad (Porter jt, 2019: 2). Töö autor puutub sellise lapsega tihedalt kokku, kelle ema on kannatanud liigse ärevuse all. Mainitud lapsel on raskusi eneseväljendusega, eriti kui ta soovib väljendada negatiivseid tundeid.

Nõustamisvõimalusi, et leevendada liigsest ärevusest tingitud sümptomeid, on mitmeid. Esmalt saab rase või sünnitanud naine enda emotsioonidest rääkida ämmaemanda või raseduskriisi nõustajaga. Kui naise nõustamine ei kuulu eelnimetatud tervishoiutöötajate pädevustesse, peavad nad suunama ta kliinilise psühholoogi või psühhiaatri poole. Vastava väljaõppe läbinud kliinilised psühholoogid ja psühhiaatrid võivad läbi viia KKT teraapiavormi. Eneseabina saab rase või sünnitanud naine toetada end teadveloleku praktika, jooga ja aroomiteraapiaga, samuti on Raseduse jälgimise juhendis (2018: 13) soovitatud vaimse ja füsioloogilise heaolutunde eesmärgil rakendada regulaarset kehalist koormust. Rezaie-Keikhaie jt (2019: 290) andmetel kasutab aroomiteraapiat raseduse ajal ligi 13–78% naistest. Töö autor on märganud praktikate

vältel aroomiteraapia kasutamise sagenemist just sünnitustoas, kus tuhude ajal eeterlikku õli vatipadja pealt inhaleeritakse.

Töö autor on praktikat sooritades tegelenud mitme rasedaga, kellel on diagnoositud ärevushäire ning kohanud neid hiljem sünnitusjärgses osakonnas. Töö autor täheldas, et naised olid ülemäära ärevad, pettunud ning muretsesid nii enda kui ka lapse seisundi üle. Nad küsisid tihti, kas riietavad, imetavad ja hoiavad last õigesti. Ämmaemanda poolne tugi muutis nad rahulikumaks. Göbeli jt (2020: 1) sõnul võibki sünnitusjärgne periood naisel tekitada ebakindlust, ülemäärast pinget ja pettumust ning seetõttu ollakse kahtlevad ja rahulolematud enda vanemlikes oskustes. Praktikakeskkonna väliselt on mitmed emad töö autorile avaldanud, et sünnitusjärgsel perioodil esinevad vaimse tervise häired mõjutasid neid negatiivselt ning nad ei olnud selleks valmis, et sünnitusjärgne periood saab olla negatiivse ilminguga.

Ettepanekud:

- Kasutada käesolevat lõputööd täiendava õppematerjalina ämmaemanda õppekava õppeainetes Kliiniline Psühholoogia ja Vaimse tervise õendus, rasedusaegsete ja sünnitusjärgsete meeleoluhäirete teemade korral.
- Kajastada käesolevat lõputööd Eesti Ämmaemandate Ühingu veebilehel kui täiendavat infomaterjali, lisaks olemasolevatele juhenditele.

JÄRELDUSED

Käesolevas uurimistöös jõudis töö autor kirjandusallikate ülevaadena järgmiste järeldusteni:

- Ärevus on normaalne tunne seniks, kuni see ei häiri igapäevaelu. Rasedusaegset liigärevust kogeb üleilmselt rasedatest ligi 25% ning see on pidevas kasvutrendis. Kõige enam tuntakse ülemäärast ärevust lapse võimalike terviserikete, sünnituse kui ka lapsevanemaks olemise ees. Liigne ärevus avaldub erinevate sümptomitena. Tugevalt kuuluvad riskigruppi varasemalt vaimse tervise häireid põdenud rasedad. Raseduse ajal põetud ärevushäired mõjutavad nii ema kui loodet. Ämmaemanda kohustuseks on ärevushäiretest tulenevaid sümptomeid varakult märgata ning rakendada raseda tervise huvides võrgustikutööd.
- Ärevushäirete all kannatavad sünnitusjärgsel perioodil ligi 20% naistest. Ärevushäire vähendab sünnijärgselt ema toimetulekuvõimet vastata nii enda kui lapse vajadustele, mistõttu saab kannatada ema-lapse vaheline side. Emad ei pööra ülemäärasest ärevusest tulenenud sümptomitele liigset tähelepanu, sest peavad neid normaalseteks sünnitusjärgseteks emotsioonideks. Ärevushäiretega varajases faasis tegelemine aitab leevendada sümptomite tugevust ning nende esinemissagedust. Ema ärevushäirete olemasolu sünnitusjärgsel perioodil mõjutab last tulevikus, halvendades tema sotsiaalseid, kognitiivseid ja käitumuslikke oskuseid ning vaimset ja füüsilist tervist.
- Nõustamisvõimalusi on ärevushäirete korral mitmeid. Ämmaemand saab raseda ja sünnitanu vaimse tervise seisundi täpsustamiseks kasutada küsimustikke, teostada koduviisiite ning soovitada eneseabivõtteid. Raseduskriisi nõustaja kasutab liigse ärevuse maandamiseks erinevaid intervjuerimistehnikaid. Tõhusaimaks teraapiavormiks peetakse KKT'd, mida viivad läbi vastava väljaõppe saanud kliinilised psühholoogid või psühhiaatrid. Eneseabina praktiseerivad nii rasedad kui ka sünnitanud naised teadvelolekut, joogat, muusika- ja aroomiteraapiat, esmaseid eneseabi võtteid ning harrastavad regulaarset füüsilist koormust ja erinevaid hobisid.

Käesoleva lõputöö eesmärk ja püstitatud ülesanded said töö autori hinnangul täidetud.

KASUTATUD KIRJANDUS

Ali, E. (2018). Women's experiences with postpartum anxiety disorders: a narrative literature review.

International Journal of Women's Health, 10, 237–249.
DOI: 10.2147/IJWH.S158621 (02.10.2022).

Aluoja, A., Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K., Leinsalu, M. (1999) Emotsionaalse enesetunde küsimustik (EEK-2).

<https://www.ravijuhend.ee/uploads/userifiles/Unehaired/EEK-2.pdf> (30.09.2022).

Anggraeni, N. P. D. A., Herawati, L., Widyawati, M. N., Arizona, I. K. L. T. (2019). The Effect of Exercise on Postpartum Women's Quality of Life. *Jurnal Ners*, 14(3), 146 – 154.
DOI: 10.20473/jn.v14i3.16950 (27.10.2022).

Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. (2014). National Institute for Health and Care Excellence. Suurbritannia.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-pdf-35109869806789> (28.11.2022).

Arch, J. J. (2014). Cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for anxiety: Treatment preferences and credibility among pregnant and non-pregnant women. *Behaviour Research and Therapy*, 52, 53–60.
DOI: 10.1016/j.brat.2013.11.003 (07.10.2022).

Ashford, M. T., Ayers, S., Olander, E. K. (2017). Interest in web-based treatments for postpartum anxiety: an exploratory survey. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(4), 394–409.
DOI: 10.1080/02646838.2017.1320364 (27.10.2022).

Aveyard, H. (2014). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: a practical guide, 3rd edition*. Maidenhead: Open University Press.

Bershadsky, S., Trumpfheller, L., Kimble, H. B., Pipaloff, D., Yim, I. S. (2014). The effect of prenatal Hatha yoga on affect, cortisol and depressive symptoms. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 20(2), 106–113.
DOI: 10.1016/j.ctcp.2014.01.002 (22.10.2022).

Bittner, A., Peukert, J., Zimmermann, C., Junge-Hoffmeister, J., Parker, L. S., Stöbel-Richter, Y., Weidner, K. (2014). Early Intervention in Pregnant Women With Elevated Anxiety and Depressive Symptoms. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 28(3), 185–195.
DOI: 10.1097/JPN.000000000000027 (07.10.2022).

Buttner, M. M., Brock, R. L., O'Hara, M. W., Stuart, S. (2015). Efficacy of yoga for depressed postpartum women: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 21(2), 94–100.
DOI: 10.1016/j.ctcp.2015.03.003 (27.10.2022).

Cooijmans, K.H.M., Beijers, R., Brett, B.E., Weerth, C. d. (2022). Daily mother-infant skin-to-skin contact and maternal mental health and postpartum healing: a randomized controlled trial.

Scientific Reports, 12(10225), 1 – 15.
DOI: 10.1038/s41598-022-14148-3 (28.11.2022).

Daglar, G., Nur, N. (2018). Level of mother-baby bonding and influencing factors during pregnancy and postpartum period. *Psychiatria Danubina*, 30(4), 433 –440.
DOI: 10.24869/psyd.2018.433 (14.09.2022).

Deklava, L., Lubina, K., Circenis, K., Sudraba, V., Millere, I. (2015). Causes of anxiety during pregnancy. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 28, 623–626.
DOI: 10.1016/j.sbspro.2015.09.097 (25.02.2021).

Depression and other common mental disorders. (2017). World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
(23.10.2022).

Domínguez-Solís, E., Lima-Serrano, M., Lima-Rodríguez, J. S. (2021). Non-pharmacological interventions to reduce anxiety in pregnancy, labour and postpartum: A systematic review. *Midwifery*, 102, 1 – 10.
DOI: 10.1016/j.midw.2021.103126 (07.10.2022).

Dosani, A., Yim, I. S., Shaikh, K., Lalani, S., Alcantara, J., Letourneau, N., Premji, S. S., the Maternal-infant Global Health Team Collaborators in Research. (2022). Psychometric analysis of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and Pregnancy Related Anxiety Questionnaire in Pakistani pregnant women. *Asian Journal of Psychiatry*, 72.
DOI: 10.1016/j.ajp.2022.103066 (10.11.2022).

Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu konsortsium. (2022). Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu lõpparuanne. Tallinn, Tartu: Tervise Arengu Instituut, Tartu Ülikool.

Fonseca-Machado, M. de O., Monteiro, J. C. dos S., Haas, V. J., Abrão, A. C. F. de V., Gomes-Sponholz, F. (2015). Intimate partner violence and anxiety disorders in pregnancy: the importance of vocational training of the nursing staff in facing them. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), 855–864.
DOI:10.1590/0104-1169.0495.2624 (05.12.2022).

Furer, P., Alcolado, G., Reynolds, K., Hebert, E. A. (2021). Group cognitive-behavioural therapy for perinatal anxiety disorders: Treatment development, content, and pilot results. *Journal of Affective Disorders Reports*, 6, 100195.
DOI: 10.1016/j.jadr.2021.100195 (14.09.2022).

Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafoobiaga või ilma) käsitus perearstiabis. (2020). Eesti Haigekassa: Tallinn.
<https://www.ravijuhend.ee/patsiendivarav/juhendid/230/generaliseerunud-arevushaire-ja-paanikahaire-agorafoobiaga-voi-ilma-kasitus-perearstiabis> (01.12.2022).

Gong, M., Dong, H., Tang, Y., Huang, W., Lu, F.(2020). Effects of Aromatherapy on Anxiety: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Affective Disorders*, 274, 1028 – 1040.
DOI: 10.1016/j.jad.2020.05.118 (21.10.2022).

Göbel, A., Stuhmann, L. Y., Barkmann, C., Schulte-Markwort, M., Mudra, S. (2020). Becoming a mother: Predicting early dissatisfaction with motherhood at three weeks postpartum. *Midwifery*, 91, 1–9. DOI: 10.1016/j.midw.2020.102824 (12.05.2021).

Hall, H. G., Beattie, J., Lau, R., East, C., Anne Biro, M. (2016). Mindfulness and perinatal mental health: A systematic review. *Women and Birth*, 29(1), 62–71. DOI: 10.1016/j.wombi.2015.08.006 (12.10.2022).

Iseseisvalt osutada lubatud ämmaemandusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning kodusünnitusabi osutamise tingimused ja kord (RT I 2014, 44, 23; 02.07.2014). <https://www.riigiteataja.ee/akt/109072014023> (29.09.2022).

Jacob, M. L., Storch, E. A. (2013). Postpartum anxiety disorders. *Asian Pacific Journal of Reproduction*, 2(1), 63 – 68. DOI: 10.1016/S2305-0500(13)60119-0 (31.03.2020).

Kingston, D., Tough, S. (2014). Prenatal and Postnatal Maternal Mental Health and School-Age Child Development: A Systematic Review, *Maternal and Child Health*, 18(7), 1728–1741. DOI: 10.1007/s10995-013-1418-3 (14.05.2021).

Lambermon, F., Duijnhoven, van N., Kremer, J. A. M., Dedding, C. (2021). Mothers' experiences of client-centred flexible planning in home-based postpartum care: A promising tool to meet their diverse and dynamic needs. *Midwifery*, 102, 1–8. DOI: 10.1016/j.midw.2021.103068 (02.10.2022).

Lambermon, F., Vandenbussche, F., Dedding, C., Duijnhoven, van N. (2020). Maternal self-care in the early postpartum period: An integrative review. *Midwifery*, 90, 1–9. DOI: 10.1016/j.midw.2020.102799 (12.05.2021).

Langemets, M., Tiits, M., Valdre, T., Veskis, L., Viks, Ü., Voll, P. (toim) (2009). *Eesti keele seletav sõnaraamat*. Eesti keele sihtasutus. Tallinn: AS Pakett. <https://www.eki.ee/dict/ekss/> (20.03.2020).

Lapse tervise jälgimise juhend. (2019). Ravijuhendite nõukoda. <https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/191/lapse-tervise-jalgimise-juhend> (29.09.2022).

Leahy-Warren, P., McCarthy, G. (2011). Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery*, 27(6), 802–810. DOI: 10.1016/j.midw.2010.07.008 (12.05.2021).

Li, Q. (2022). The Effects of Yoga Exercise on Pelvic Floor Rehabilitation of Postpartum Women. *Journal of Healthcare Engineering*, 2022, 1–16. DOI: 10.1155/2022/1924232 (27.10.2022).

Loo, J. (2012). Rasedusaegsed ja sünnitusjärgsed ärevushäired. Tallinn: Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.

Lucena, L., Frange, C., Claudia Amorim Pinto, A., Levy Andersen, M., Tufik, S., & Hachul, H. (2020). Mindfulness interventions during pregnancy: A narrative review. *Journal of*

DOI: 10.1016/j.joim.2020.07.007 (12.10.2022).

Maron, E., Nutt, D. (2017). Biological markers of generalized anxiety disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 147 – 158.
DOI: 10.31887/DCNS.2017.19.2/dnutt (25.03.2020).

Mental disorders. (2022). World Health Organization.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> (23.10.2022).

Nakić Radoš, S., Tadinac, M., Herman, R. (2018). Anxiety during pregnancy and postpartum: course, predictors and comorbidity with postpartum depression. *Acta clinica Croatica*, 57(1), 39 – 51.
DOI: 10.20471/acc.2018.57.01.05 (31.03.2020).

Nath, S., Pearson, R. M., Moran, P., Pawlby, S., Molyneaux, E., Challacombe, F. L., Howard, L. M. (2019). The association between prenatal maternal anxiety disorders and postpartum perceived and observed mother-infant relationship quality. *Journal of Anxiety Disorders*, 68, 1–11.
DOI: 10.1016/j.janxdis.2019.102148 (31.03.2020).

Neff, K., Germer, C. (2018). *The Mindful Self-Compassion Workbook. A Proven Way to Accept Yourself, Build Inner Strength, and Thrive*. New York: The Guilford Press.

Osnes, R. S., Eberhard-Gran, M., Follestad, T., Kallestad, H., Morken, G., Roaldset, J. O. (2020). Mid-pregnancy insomnia is associated with concurrent and postpartum maternal anxiety and obsessive-compulsive symptoms: A prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 266, 319 – 326.
DOI: 10.1016/j.jad.2020.01.140 (31.03.2020).

Oxford Learner's Dictionaries. Oxford University Press.
<https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/anxiety?q=anxiety>
(20.03.2020).

Paladine, H. L., Blenning, C. E., Strangas, Y. (2019). Postpartum Care: An Approach to the Fourth Trimester. *Am Fam Physician*, 100(8), 485 – 491.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31613576/> (17.10.2022).

Porter, E., Lewis, A., Watson, S., Galbally, M. (2019). Perinatal maternal mental health and infant socio-emotional development: A growth curve analysis using the MPEWS cohort, *Infant Behavior and Development*, 57, 1–13.
DOI: 10.1016/j.infbeh.2019.101336 (15.05.2021).

Psühhiaatri poolt ambulatoorselt konsulteeritud isikud diagnoosi, soo ja vanuserühma järgi (2021). Tervise Arengu Instituut.
https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_02Haigestumus_05Psyyhikahaired/PKH1.px/ (02.10.2022).

Psühholoogidest ja psühhoterapeutidest. Eesti Kognitiivse ja Käitumisteraapia Assotsiatsioon.
<https://ekka.ee/lugemiseks/kes-on-psuhhoterapeut> (07.10.2022).

Rahvusvaheline ämmaemandate eetikakoodeks. (2019). Eesti Ämmaemandate Ühing

https://ammaemand.org/wp-content/uploads/2021/12/Rahvusvaheline-a%CC%88mmaemandate-eetikakoodeks.-Eesti-keeles_2019..pdf (09.11.2022).

Rakendusjuhend ämmaemandusabi teenusele esmatasandi tervisekeskustes. (2017). Eesti Haigekassa.

https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/ETK/rakendusjuhend_web.pdf (29.09.2022).

Raseduse jälgimise juhend. (2018). Eesti Naistearstide Seltsi ravijuhend, versioon 5. <https://rasedajalgimine.weebly.com/> (22.10.2022).

Raseduskriisi nõustaja, tase 6. Kutsestandard. (2019). Tervishoiu Kutsenõukogu. Tallinn. <https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/vaata/10804275> (29.09.2022).

Raseduskriisi nõustamine. SA Väärtustades Elu.

<https://rasedus.ee/> (09.11.2022).

Ravid, E., Salzer, L., Arnon, L., Eisner, M., Wiznitzer, A., Weller, A., Koren, L., Hadar, E. (2018). Is there an association between maternal anxiety propensity and pregnancy outcomes? *BMC pregnancy and childbirth*, 18(287), 1 – 6. DOI: 10.1186/s12884-018-1925-8 (07.10.2022).

Reck, C., Tietz, A., Müller, M., Seibold, K., Tronick, E. (2018). The impact of maternal anxiety disorder on mother-infant interaction in the postpartum period. *PLOS ONE*, 13(5), 1 – 21. DOI: 10.1371/journal.pone.0194763 (02.10.2022).

Rezaie-Keikhaie, K., Hastings-Tolsma, M., Bouya, S., Shad, F. S., Sari, M., Shoorvazi, M., Barani, Z. Y., Balouchi, A. (2019). Effect of aromatherapy on post-partum complications: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 35, 290–295. DOI: 10.1016/j.ctcp.2019.03.010 (21.10.2022).

Schofield, Z., Kapoor, D. (2019). Pre-existing mental health disorders and pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 29(3), 74–79. DOI: 10.1016/j.ogrm.2019.01.005 (01.03.2021).

Schuyler, D. (2016). Anxiety. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 18(5). DOI: 10.4088/PCC.16f02039 (25.03.2020).

Shao, S., Wang, J., Huang, K., Wang, S., Liu, H., Wan, S., Yan, S., Hao, J., Zhu, P., Tao, F. (2020). Prenatal pregnancy-related anxiety predicts boys' ADHD symptoms via placental C-reactive protein. *Psychoneuroendocrinology*, 120, 1–7. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2020.104797 (12.05.2021).

Sihtasutuse Väärtustades Elu põhikiri. (2018). SA Väärtustades Elu. <https://save.ee/pohikiri/> (30.09.2022).

Singla, D., Lawson, A., Kohrt, B. A., Jung, J. W., Meng, Z., Ratjen, C., Zahedi, N., Dennis, C-L., Patel, V. (2021). Implementation and Effectiveness of Nonspecialist-Delivered Interventions for Perinatal Mental Health in High-Income Countries. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(5), 498–509. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.4556 (14.09.2022).

Soosaar, A. (2016). *Meditatsioonietika*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.

Styles, A., Loftus, V., Nicolson, S., Harms, L. (2019). Prenatal yoga for young women a mixed methods study of acceptability and benefits. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1). DOI: 10.1186/s12884-019-2564-4 (22.10.2022).

Teabenõue. (2022). Eesti Haigekassa.

Thorsness, K. R., Watson, C., LaRusso, E. M. (2018). Perinatal anxiety: approach to diagnosis and management in the obstetric setting. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. DOI: 10.1016/j.ajog.2018.05.017 (27.10.2022).

Tiran, D. (2017). *Bailliere's Midwives' Dictionary: Thirteenth Edition*. London: Elsevier.

Toler, S., Stapleton, S., Kertsburg, K., Callhallan, T. J., Hastings-Tolsma, M. (2018). Screening for postpartum anxiety: A quality improvement project to promote the screening of women suffering in silence. *Midwifery*, 62, 161 – 170. DOI: 10.1016/j.midw.2018.03.016 (17.10.2022).

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. <https://eestiartst.ee/sunnitusjargse-depressiooni-skaala-epds-ja-sunnitusjargse-sotsiaalse-toetuse-kusimustiku-pssq-eestikeelsete-versioonide-kasutamine-naise-depressiivsuse-arevuse-ja-tajutud-partneripoolse-sotsiaalse-to/> (30.09.2022).

Uurimissuunad ja rakendusuringud Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis. (2018). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. <https://ttk.ee/et/uurimissuunad-ja-rakendusuringud-tallinna-tervishoiu-k%C3%B5rgkoolis> (23.02.2021).

Vaimse tervise roheline raamat. (2020). Sotsiaalministeerium. Tallinn. <https://www.sm.ee/media/1345/download> (23.10.2022).

Vaimse tervise probleemide märkamise juhised rasedust planeerivat, rasedat ja/või sünnitanud naist jälgivale tervishoiutöötajale. (2013). Eesti Ämmaemandate Ühing. Tallinn.

Van der Zee-van den Berg, A. I., Boere-Boonekamp, M. M., Groothuis-Oudshoorn, C. G. M., Reijneveld, S. A. (2021). Postpartum depression and anxiety: a community-based study on risk factors before, during and after pregnancy. *Journal of Affective Disorder*, 286, 158–165. DOI: 10.1016/j.jad.2021.02.062 (14.05.2021).

Vasar, V. (toim). (1993). RHK-10 Psüühika- ja käitumishäired - kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised. Tartu Ülikooli psühhiaatrikliinik. <https://www.kliinikum.ee/psyhhaatrikliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm> (06.02.2021).

Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. (2021). World Health Organization. Geneva: WHO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341337/9789240022256-eng.pdf?sequence=1> (28.11.2022).

Yang, M., Zhou, X., Ye, C., Li, J., Sun, S., Yu, X. (2022). Emphasizing mindfulness training in acceptance relieves anxiety and depression during pregnancy. *Psychiatry Research*, 312, 1 – 9.

DOI: 10.1016/j.psychres.2022.114540 (01.12.2022).

Zappas, M. P., Becker, K., Walton-Moss, B. (2020). Postpartum Anxiety. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(1), 60–64.

DOI: 10.1016/j.nurpra.2020.08.017 (23.10.2022).

Zemestani, M., Fazeli Nikoo, Z. (2019). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for comorbid depression and anxiety in pregnancy: a randomized controlled trial. *Archives of Women's Mental Health*.

DOI: 10.1007/s00737-019-00962-8 (12.10.2022).

Ämmaemand, tase 6 esmane kutse. Kutsestandard. (2018). Tervishoiu Kutsenõukogu. Tallinn. <https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/vaata/10684478> (29.09.2022).

Ämmaemanduse arengukava 2019–2024. (2019). Eesti Ämmaemandate Ühing. https://www.ammaemand.org.ee/wp-content/uploads/2019/04/A%cc%88mmaemanduse-arengukava_2019-2024.pdf (09.11.2022).