

Õenduse õppetool

Terviseteaduse õppekava

Velly Roosileht

**NAISE VAIMSE TERVISE PROBLEEMIDE KAITSE - JA RISKITEGURITE
HINDAMISE JUHEND ÄMMAEMANDALE ABORDIHOOLDUSES**

Arendusprojekt

Tallinn 2022

Olen koostanud käesoleva arendusprojekti iseseisvalt. Kõik kasutatud allikad on käesolevas töös viidatud ja autoril on ligipääs kasutatud artiklite täistekstidele. Luban Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolil avalikustada oma arendusprojekti PDF-versiooni raamatukoguprogrammis.

Lõputöö autori allkiri

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Lubatud kaitsmisele.

Juhendaja, Merle Ojasoo, PhD

/nimi ja akadeemiline kraad/

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Kaasjuhendaja (töö teoreetiline taust), Elina Piirimäe, RM, raseduskriisi nõustaja

/nimi ja akadeemiline kraad/

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

KOKKUVÕTE

Velly Roosileht (2022). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. Õenduse õppetool. Terviseteaduse õppekava. Naise vaimse tervise probleemide kaitse- ja riskitegurite hindamise juhend ämmaemandale abordihoolduses. Arendusprojekt on 32 lehekülge pikk. Töös on kasutatud kokku 55 kirjandusallikat, sisaldab nelja tabelit ja ühte joonist ning töö on kuus lisa 15. leheküljel.

Arendusprojekti probleemiks on tõsiasi, et Eestis puudub tõendus põhine juhend naise vaimse tervise probleemide kaitse- ja riskitegurite hindamiseks ämmaemandale abordihoolduses. Eesmärk on välja töötada juhend naise vaimse tervise probleemide kaitse- ja riskitegurite hindamiseks ämmaemandale abordihoolduses (raseduse katkestamine, peetumine või katkemine raseduse suuruses alla 12 nädalat). Arendusprojektis koostatud juhend oleks esimene osa vaimse tervise õe iseseisva vastuvõtu juhendist naiste reproduktiivtervise valdkonnas. Arendusprojekti eesmärgi saavutamiseks on seatud järgmised uurimisülesanded:

1. Koguda kirjalikku tagasisidet juhendi vajalikkuse kohta, koostades küsimustik ämmaemandatele AS Lääne-Tallinna Keskhaigla Naistekliinikus.
2. Koostada kirjanduse põhjal juhend vaimse tervise probleemide kaitse- ja riskitegurite hindamiseks abordihoolduses ämmaemandale võttes arvesse kirjalikku tagasisidet.

Metoodika: kirjanduse ülevaade ja küsimustiku andmete kogumine ja analüüs. Andmete analüüsimiseks kasutati kvalitatiivset sisuanalüüsi. Arendusprojekti metoodiline raamistik lähtub Donabediani mudelist.

Kokkuvõte: raseduse katkemine/peetumine kui ka katkestamine on naise elus keerulised sündmused ja siinkohal ei saa nõustamine piirduda ainult ühe protseduuri teostamise visiidiga. Oluline on teada kaitse- ja riskitegurite mõju, kuna riskitegurid võivad suurendada haigusseisundi tõenäosust võrreldes riskitegurite puudumisega. Arendusprojektis koostatud juhend on vajalik ning abiks abidikabinetis töötavale ämmaemandale vaimse tervise probleemide kaitse- ja riskitegurite hindamiseks.

Võtmesõnad: *Mental health; Mental Health Problem; Abortion care; Post Abortion; Midwifery care.*

SUMMARY

Velly Roosileht (2022). Tallinn Health Care College. Chair of Nursing. Curriculum in Health Sciences. A guideline for the assessment of protective and risk factors for women's mental health problems for midwives in abortion care. Development project. The project is 32 pages long. The work includes a total of 55 references, four tables, one figure and six annexes on 15 pages.

The problem with the development project is that today there is no evidence-based guideline in Estonia for assessing the protection and risk factors of a woman's mental health problems for midwives in abortion care. The aim is to develop guidelines for midwives in abortion care to assess the protection and risk factors for women's mental health problems (termination of pregnancy, missed abortion or miscarriage less than 12 weeks). The guide would be the first part of a guide for the independent admission of mental health nurses in the field of women's reproductive health. To achieve the goal of the development project, the following research tasks have been set:

1. To collect written feedback on the necessity of the instruction by preparing a questionnaire for midwives at AS West Tallinn Central Hospital Women's clinic.
2. Develop guidelines based on the literature for assessing the protection and risk factors for mental health problems in abortion care for midwives, considering written feedback.

Methodology: literature review and questionnaire data collection and analysis. Qualitative content analysis and inductive deductive coding was used to analyze the data. The methodological starting point for the development project is based on the Donabedian model.

Conclusion: miscarriage/missed as well as termination of pregnancy are difficult events in a woman's life, and here counseling cannot be limited to just one visit to perform the procedure. It is important to know the effect of protective and risk factors because risk factors can increase the likelihood of a condition compared to the absence of risk factors. The guide prepared in the development project is necessary and helpful for midwives working in abortion clinics to assess protective and risk factors for mental health problems.

Keywords: Mental health; Mental Health Problem; Abortion care; Post Abortion; Midwifery care.

SISUKORD

KOKKUVÕTE	3
SUMMARY	4
SISSEJUHATUS	7
1. ARENDUSPROJEKTI TEOREETILINE RAAMISTIK	10
1.1. Otsustamisprotsess	10
1.2. Varasemad rasedused	11
1.3. Psühhiaatriline anamnees	11
1.4. Lähisuhte võrgustik	12
2. METOODIKA	14
2.1. Organisatsiooni diagnostika	14
2.2. Kirjanduse ülevaade	15
2.3. Eetika ja usaldusväärus	16
3. ARENDUSPROJEKT. JUHENDI KOOSTAMINE	17
3.1. Muudatusteks ettevalmistumine, tegevused ja ajaline raamistik	17
3.2. Kommunikatsioonikava ja meeskonnatöö planeerimine, ressursside kaasamine	18
3.3. Juhendi vajalikkuse väljaselgitamine ja diagnostika	19
3.4. Riskijuhtimise plaan	21
3.5. Tulem ja juhendi rakenduslikkus ning jätkusuutlikkus	23
ARUTELU JA JÄRELDUSED	25
KASUTATUD KIRJANDUSALLIKAD	28

LISAD:

Lisa 1. Küsimustik

Lisa 2. Küsimustiku läbiviimise eelne nõusolek AS LTKH Naistekliiniku ülemarstilt

Lisa 3. Kirjandusallikate otsing ja selekteerimisprotsess

Lisa 4. Arendusprojekti teoreetilises raamistikus kasutatud teadusartiklite väljavõtuleht

Lisa 5. Koosolekud

Lisa 6. Juhend

SISSEJUHATUS

Kvaliteetne abordihooldus on palju enam kui vaid kliiniline sekkumine (Abortion care..., 2022). Terviklik abordihooldus (*comprehensive abortion care*) hõlmab endas järjepidevat hooldust kogu aborti protsessi vältel, sealhulgas nõustamist, teavitamist kõikidest asjakohastest võimalustest aga vajadusel kaasatakse ka teisi spetsialiste (Alonso, 2020; Raseduse Katkestamise..., 2016). Abortihooldust soodustab inimõiguste austamine, hea juurdepääs teabele ning toetav, taskukohane ja hästi toimiv tervishoiusüsteem (Abortion care..., 2022). Abortihoolduse pakkumist reguleerib Eestis raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus, mis on vastu võetud 25.11.1998 ning mille viimane redaktsioon jõustus 15.03.2019.a. (Raseduse katkestamise..., 2019).

Eesti Vabariigi Ämmaemanda kutsestandard 6 järgi on ämmaemand pädev tervishoiuspetsialist juhendama, jälgima, nõustama ja toetama naisi ka reproduktiivtervise küsimustes sealhulgas nõustama aborti soovivaid naisi. Ämmaemanda baaspädevusse kuulub ka reproduktiivtervise seotud vaimse tervise hindamine (Kutsestandard. Ämmaemand..., 2018). Eesti õenduse ja Ämmaemanduse arengustrateegia 2021–2030 toob välja, et „Tervishoiusüsteemis puudub ühtne arusaam õenduse ja ämmaemanduse iseseisvumise sisust ja võimalikust ulatusest, mistõttu ei ole ka õe ja ämmaemanda pädevust maksimaalselt ning süsteemselt rakendatud...“ (Ühised sammud..., 2020: 8). Ühendkuningriigi Riiklik Tervishoiu ja Kliinilise Kvaliteedi Instituudi (*NICE*) juhendis on antud soovitus, et aborditeenuse pakkujad peaksid maksimeerima õdede ja ämmaemandate rolli abordihoolduse pakkumises (Abortion Care..., 2019).

Tõenduspõhist abordihooldust rakendades toetavad ämmaemandad naise valikuvõimalusi, keskendudes konkreetsele nõustamist vajavale naisele ning otsuste tegemisel toetuvad abordihoolduse osutamisel juba olemasolevatele suhetele teiste tugispetsialistidega (günekoloog, psühholoog jt. spetsialistid) (Alonso, 2020). Tõenduspõhise hoolduse eesmärke ellu viivate otsuste tegemisel, korraldamisel ja suhtlemisel naistega ja teiste tugispetsialistidega, omavad olulist rolli ämmaemanda ametialased ja isiklikud oskused ning hoiakud (Daemers jt, 2017: 17; Abortion Care..., 2019: 40; Endler jt, 2020; Ramsayer ja Fleming, 2020: 1651).

Abordi mõju vaimsele tervisele ei saa piirata päevaga, millal abort tehakse. Arvesse tuleb võtta kogu abordihooldust, sealhulgas nädalaid enne ja pärast abordi protseduuri. Suurema riskiga naiste tuvastamine peaks aitama märgata naisi, kes võivad vajada täiendavat abordieelsest või -järgset nõustamisest (Reardon, 2018: 29). Eesti Naistearstide Seltsi (ENS-i) raseduse katkestamise juhend ja Briti Kuninglik Naistearstide Ühendus (RCOG) *Abortion guideline* toovad välja, et naisi, kellel on soovimatu rasedus ja kellel on varem esinenud vaimse tervise probleeme, tuleks teavitada sellest, et neil võib tekkida täiendavaid probleeme, olenemata sellest, kas nad otsustavad teha aborti või jätkata seda rasedust (The care..., 2011; Raseduse katkestamise..., 2016). „*Vaimne tervis on mõjutatud paljudest kaitse- ja riskiteguritest. Vaimset tervist ja heaolu saab hoida ning edendada vaimse tervise kaitsetegurite tugevdamisega ja riskitegurite vähendamisega...*“ (tsit Vaimse tervise..., 2020: 23 järgi).

Naised, kes vajavad perinataalsel perioodil kõige tõenäolisemalt vaimse tervise abi, on ka need, kes on oma vaimse tervise suhtes kõige vähem ausad. Seetõttu on raske vaimse tervise probleeme õigeaegselt kindlaks teha ja käsitleda ning peamine takistus selleks on usalduse puudumine ämmaemanda vastu ja uskumused, et esimene kohtumine on seotud pigem raseduse kui naise enda vaimse tervise teabe edastamisega. (Mule jt, 2022). Sageli ei ole naised rasedust katkestades teadlikud hilisematest psühholoogilistest mõjudest ega vajadusest hilisema psühholoogilise toe järele. On oluline kindlaks teha riskirühmad, kes on vastuvõtlikud hilisemale vaimse tervise probleemile (Zareba jt, 2020). Muutuste saavutamiseks on vajalik suurendada tervishoiutöötajate teadlikkust vaimse tervise kaitse- ja riskiteguritest, samuti ohumärkidest, tõhustada varajast märkamist, vähendada häbimärgistamist ning tagada vajalik toetus abivajamise kiirusele vastavalt (Vaimse tervise..., 2020: 45).

Tuginedes kirjandusele ja autori praktilisele töökogemusele AS Lääne-Tallina Kesksaiglas (AS LTKH) medikamentoosse abordi nõustamiskabinetis on arendusprojekti probleemiks tõsiasi, et Eestis puudub tõenduspõhine juhend naise vaimse tervise probleemide kaitse- ja riskitegurite hindamiseks ämmaemandatele abordihoolduses.

Eesmärk on välja töötada juhend naise vaimse tervise probleemide kaitse- ja riskitegurite hindamiseks ämmaemandale abordihoolduses (raseduse katkestamine, peetumine või katkemine raseduse suuruses alla 12 nädalat). Arendusprojekti koostatud juhend oleks esimene osa vaimse tervise õe iseseisva vastuvõtu juhendist naiste reproduktiivtervise valdkonnas.

Arendusprojekti eesmärgi saavutamiseks on seatud järgmised uurimisülesanded:

1. Koguda kirjalikku tagasisidet juhendi vajalikkuse kohta, koostades küsimustik ämmaemandatele AS Lääne-Tallinna Keskhaigla Naistekliinikus.
2. Koostada kirjanduse põhjal juhend vaimse tervise probleemide kaitse- ja riskitegurite hindamiseks abordihoolduses ämmaemandale võttes arvesse kirjalikku tagasisidet.

Arendusprojektis käsitletavat kesksed mõisted (tähestikulises järjekorras):

Kaitsetegur on „*tegur, mille mõju aitab ära hoida või vähendada tervistkahjustavate tegurite mõju*“ (tsit Vaimse Tervise ..., 2016: 9 järgi).

Riskitegur on „*sotsiaalne, käitumuslik, majanduslik, keskkondlik või bioloogiline tegur, mis põhjustab või soodustab tervises seisundi halvenemist, tervises seisundile soodsalt mõjuvate tegurite toime vähenemist või haigustele vastuvõtlikkuse suurenemist*“ (tsit Vaimse tervise ..., 2016: 10 järgi).

Terviklik abordihooldus (*Comprehensive abortion care*): kompleksne sekkumine, mis hõlmab kõiki järgnevaid komponente: teabe pakkumine, abordi juhtimine (sealhulgas indutseeritud abort ja raseduse katkemisega seotud hooldus) ja abordijärgne hooldus (*Abortion care...*, 2022).

Vaimse tervise probleem on psüühikaga seotud raskus või vastus sellele, mis on juhtunud või toimub meie ümber. Need raskused raskendavad meie igapäevaelus edasiliikumist, ulatuvad valesatest tunnetest ja mõtetest (mida on meil kõigil aeg-ajalt) kuni tõsiste pikaajaliste seisunditeni (võivad püsida aastaid). (*About mental...*, 2019).

1. ARENDUSPROJEKTI TEOREETILINE RAAMISTIK

1.1. Otsustamisprotsess

Aborti iseloomustavad psühholoogilised vastuolud tunnetes nagu kurbus, hirm, meeleheide, abitus ja ärevus ning sellest arusaamine suurendab probleemi mõistmist ja võimaldab konkreetseid õendusabi sekkumisi emotsionaalsete kahjude leevendamiseks (Santos jt, 2021). Naiste reproduktiivtervise toetamiseks ja abistamiseks teavad tervishoiutöötajad, et otsuste tegemisel seisavad naised silmitsi ambivalentsete tunnetega oma keha, suhete ja ühiskonna suhtes ning piiratud ajaga, mis kulub neil otsuse langetamiseks (Johnson-Mallard jt., 2017; Cutler jt., 2018). Seadusest tulenevad piirangud, mis väidetavalt kaitsevad inimesi vaimse tervise kahjustuste eest, võivad suurendada inimeste psühhosotsiaalset koormust ja aidata kaasa ebasoodsate psühholoogiliste tagajärgede kujunemisele abordi ajal (Kjelsvik jt, 2018: 792; Biggs, Neilands jt, 2020: 13). Enamik aborti kaaluvaid inimesi tajub aboriga seotud häbimärgistamist, mis võib ka aastaid hiljem põhjustada psühholoogilist stressi (Biggs, Brown jt, 2020: 17). Abordi häbimärgistamise ja selle leevendamise parem mõistmine nõuab erinevate emotsioonide rolli hoolikat kaardistamist abordi häbimärgistamisel ning sellisel kaardistamisel tuleks arvesse võtta kultuurilisi erinevusi (Kumar, 2018: 536).

Tervishoiutöötaja professionaalne neutraalne toetus (olla naisega kaasas) on oluline, et aidata teha abivalentsetele naistele teadlikke otsuseid raseduse jätkamise või mittejätkamise kohta (Ferrer Serret ja Solsona Pairó, 2018: 1097). Rahulolematuse abordihoolduse ja tervishoiutöötajate toetusega abordiprotsessi ajal suurendas naiste traumajärgse stressihäire riski (Wallin Lundell jt, 2015). Naise tunnete uurimisel peaksid tervishoiuteenuse osutajad kasutama avatud küsimusi, mis võimaldavad naisel oma mõtteid ja muresid vabalt väljendada. Alustuseks võidakse küsida: „*Kuidas te sellesse rasedusse suhtute?*“, mis loob naisele turvalise ruumi ning võimaldab tervishoiuteenuse osutajal hinnata, kas naine on raseduse kohta otsuseid teinud (Johnson-Mallard jt, 2017). Kohtumised, mida iseloomustas tervishoiutöötajate huvi, kaasatus ja mõistmine konkreetse naise olukorras, mõjusid stressi vähendavalt. Tervishoiutöötajad kes naisega ei suhelnud, aitasid kaasa nende eraldatustunde tekkimisele (Kjelsvik jt, 2018: 793–796).

1.2. Varasemad rasedused

Planeerimata/soovimatu (*unplanned/unintended*) rasedus on valesti ajastatud (*mistimed*) või mitte tahetud (*unwanted*) rasedus. Valesti ajastatud rasedused on need, mis esinevad naistel, kes ei soovinud rasestuda käesoleval hetkel, kuid soovivad rasestuda mingil ajal tulevikus. Mitte tahetud rasedused on need, mida naised ei soovi käesoleval hetkel ega kunagi tulevikus. (Johnson-Mallard jt, 2017). Naiste erinevad kaalutlused (mõningane raskus otsustamisel; suured raskused otsustamisel ja mitte tahetud rasedus) otsuste tegemisel aitavad tuvastada naisi, kes vajavad rohkem tuge (Hilty jt, 2017).

Elussündidega lõppenud rasedusi on järjekindlalt seostatud psüühikahäirete vähenemisega. Varem aborti teinud naised kogesid rohkem vaimse tervise probleeme kui naised, kes ei olnud varem aborti teinud. (Sullins, 2016: 5). Soovimatu rasedus, eriti pärast seda, kui naine või paar on saavutanud juba soovitud laste arvu, on tugevalt seotud naiste vaimse tervise halvenemisega hilisemas elus (Herd jt, 2016: 428).

Raseduse katkemine mõjutab mõne naise vaimset heaolu, suurendades nende stressitaset juba pärast ühte kogemust (San Lazaro Campillo jt, 2017: 6). Raseduse katkemise korral mitte-eluvõimeline rasedus väljub iseeneslikult täielikult või osaliselt emakast. Raseduse peetumine (*missed abortion*) on rasedus, mis ei ole enam eluvõimeline ega kasva, kuid ei ole emakast iseenesest väljunud. (MedlinePlus, 2018).

Korduva raseduse katkemisega naised kannatavad suurema ärevuse ja depressioon all võrreldes naistega, kellel pole eelnevalt raseduse katkemist esinenud (Tavoli jt, 2018: 4). Arvatakse ka, et eelnev raseduse katkemine võib olla teguriks, mis suurendab stressitaset ka järgneva raseduse ajal (San Lazaro Campillo jt, 2017: 6). Tulemused näitavad, et ärevuse, depressiooni ja perinataalse leina sümptomid võivad pärast spontaanset aborti püsida pikka aega, mistõttu tuleks rohkem tähelepanu pöörata haavatavas olukorras naistele, nagu sisserännanud naised, madala sotsiaalmajandusliku staatusega naised või lastetud naised (Demontigny jt, 2020).

1.3. Psühhiaatriline anamnees

Meditsiiniline anamnees on oluline tegur, mis määrab naiste vaimse tervise tulemused (Kotta jt, 2018). Uuringud näitavad, et eelnev psühhiaatriline anamnees mõjutab tugevalt seda, kuidas

naistel kulgeb periood enne ja pärast aborti. Naised, kellel on anamneesis psühhiaatriline haigus, kogevad soovimatut rasedust ja aborti koormavamalt, neil on rohkem abordieelseid kahtlusi ja abordijärgseid negatiivseid emotsioone võrreldes naistega, kellel anamneesis psühhiaatrilist haigust ei ole. (Van Ditzhuijzen jt, 2015). Seega kõige tõenäolisem vaimse tervise probleemi ennustaja pärast aborti on juba olemasolev vaimse tervise häire (Kotta jt, 2018). Kõrged neurootilised isiksuseomadused ja kokkupuude vägivallaga mõjutavad ka traumajärgse stressihäire või stressisümptomite tekkimise riski pärast aborti (Wallin Lundell jt, 2017; 11). Kõrge abordieelne ärevus, psühhiaatrilised haigused ja suitsetamine on püsivalt kõrge ärevuse ja halva elukvaliteedi riskitegurid (Širvinskiene jt, 2016; Toffol jt, 2016: 1172).

Abordi teinud naised kasutavad sagedamini antidepressante kui naised, kes aborti ei tee, kuid antidepressantide tarbimine ei ole tingitud abordist, vaid depressiooni riskitegurite olemasolust. See viitab sellele, et naistel, kes teevad aborti, võib pärast protseduuri olla suurem risk depressiooni tekkeks kui naistel, kes ei teinud aborti, kuna neil oli varem suurem risk. (Herd jt, 2016; Steinberg jt, 2018: 833–834). Tervishoiutöötajad peaksid rasedate naiste hindamisel kontrollima anamneesis vaimse tervise probleeme ja eelnevaid aborte, et suunata asjakohasele nõustamisele (Reardon ja Craver, 2021).

1.4. Lähisuhte võrgustik

Lähisuhe on suhe, mida iseloomustab omavaheline tundeseotus, mis pakub lähedust, hoolitsust, usaldust ning turvalisust (Lähisuhted..., 2022). Naised, kes kogesid lapsepõlves raskusi, lähisuhtevägivalda või seksuaalvägivalda neil esines rohkem ärevust, stressisümptomeid ja abordieelset depressiooni, mida seostati negatiivsete vaimse tervise sümptomitega (Steinberg jt, 2016).

Naised kellel on ebastabiilne suhe partneriga, kellest nad rasedaks jäid, suurem arv hiljutisi negatiivseid elusündmusi ja anamneesis vaimseid häireid, on suurem risk tulevaste vaimse tervise häirete tekkeks (van Ditzhuijzen jt, 2017). Erimeelsused partneri või teiste lähedastega suurendavad naiste üksindustunnet (Kjelsvik jt, 2018: 793). Partneri emotsionaalsel reaktsioonil rasedusele on seos raseduse planeerimise ja sünnieelse vaimse tervise vahel, naised peavad oma vaimse tervise säilitamiseks saama oma partneri positiivse reaktsiooni raseduse suhtes (Kazemi jt, 2021: 7). Abielusuhte kvaliteet ja rahuolu tervishoiuga on olulised kaitsetegurid pärast spontaanset aborti (Demontigny jt, 2020: 9).

Rahvusvahelise Ämmaemandate Konföderatsiooni (*ICM*) seisukoht abordiga seotud teenuste osutamise kohta ütleb, et naisel, kes otsib või vajab abordiga seotud teenuseid, on õigus saada neid ämmaemanda poolt (International Code..., 2014). Abordihooldust osutav ämmaemand vajab täiendavat väljaõpet, et tõsta viimase erialast kompetentsi ja tuleks vältida pidevat nõustamispersonali voolavust ja mehaanilist nõustamist (Mauri ja Squillace, 2017: 231). Depressiooni ja sellega seotud seisundite (koduvägivald ja kahjulike ainete tarbimine) hindamine peaks olema korduvate raseduse katkemistega naiste perinataalse jälgimise osa (De Carvalho jt, 2016).

Abordijärgne nõustamine võiks olla sobiv hetk, kus pakkuda täiendavat tuge või suunata naised vaimse tervise nõustamisele (Van Ditzhuijzen jt, 2017). Ka telemeditsiini mudelite lubamine ja rakendamine tervishoius, mis on kooskõlas *WHO* soovitustega, aitaks katta hoolduse nõudlust ja tagada patsiendikeskse ravi (Aiken jt, 2021: 6). Telemeditsiin võib parandada juurdepääsu varasele abordile, privaatsust, reisikuluid ja muid tõkkeid aborti taotlevatele naistele (Ehrenreich ja Marston, 2019: 9; Boydell jt, 2021: 1759;).

Eelnevale teoreetilisele tõenduspõhisele teabele ja isiklikule praktilisele töökogemusele tuginedes on vajalik koostada ämmaemandale juhend naise vaimse tervise probleemide kaitse- ja riskitegurite hindamiseks ja vaimse tervise toetamiseks.

2. METOODIKA

2.1. Organisatsiooni diagnostika

Pelgulinna Naistekliinik on AS LTKH struktuuriüksus günekoloogia ja sünnitusabi erialadel, kus osutatakse kvaliteetset kõrgel tasemel ja patsiendikeskset eriarstiabi nii ambulatoorselt kui ka statsionaarselt. Arendusprojekti läbiviimiseks valiti Naistekliiniku ambulatoorne günekoloogia osakond, kus käesoleva töö autor töötab ämmaemandana, tööle asuti abiämmaemandana aastal 2010. Ämmaemandad alustasid ambulatoorselt abordinõustamise pakkumisega AS LTKH-s 01.06.2020. Perioodil 01.06.2020 kuni 30.11.2022 on ämmaemandad läbi viinud 1964 patsiendikeskset abordihoolduse nõustamist, millest on käesoleva töö autor läbi viinud 1016 nõustamist.

Töö autor koostas küsimustiku (vt lisa 1), mis koosnes seitsmest küsimusest, millest kuus olid etteantud vastusevariandiga Likerti tüüpi valikküsimust ja üks avatud küsimus. Terminiga küsitlus tähistatakse sotsiaalteadustes teabe süstemaatilist kogumist vastajate käest kus abivahendina kasutatakse ankeeti ehk küsimustikku (Lagerspetz, 2021: 157). Küsimustiku eesmärgiks oli koguda ämmaemandatelt kirjalikku teavet kavandatava juhendi vajalikkuse kohta ning samuti saada teavet, kas ämmaemand on pädev vaimse tervise nõustamisel ning suudab mõista konkreetse naise vajadusi ja probleeme. Küsimustiku läbiviimisele eelnes nõusolek AS LTKH Naistekliiniku ülemarstilt (vt lisa 2) ja see viidi läbi AS LTKH – s aprillis 2022. Ankeetküsimustiku täitmine oli anonüümne ja vabatahtlik. Et säiliks valikküsimuste valiidsus lisati küsimustiku vastusevariantide hulka vastusevariant „Ei oska öelda.“ Esmast koostatud küsimustikku katsetati kahe ämmaemanda peal ja tehti muudatused, seejärel katsetati uuesti samade ämmaemandate peal.

Küsimustiku läbiviimiseks saadi asutusesisene nõusolek ja selle järgselt jagati küsimustikud suulise nõusoleku andnud ämmaemandatele paber kandjal edasi. Kokku jagati välja 15 küsimustikku ja tagasi saadi 12 küsimustikku (n=12). Vastajate anonüümsuse tagamiseks nummerdati tagasisaadud küsimustikud ja lisati tähis Ä, mis käesolevas töös viitab vastajate ämmaemanda erialale ning sellistel alustel sai iga küsimustiku tagastanud vastaja unikaalse tähise, mille järgi ei ole võimalik nende identiteeti antud tööd lugedes kindlaks teha. Koodivõtit teab vaid arendusprojekti koostaja.

Andmete analüüsimiseks kasutati kvalitatiivset sisuanalüüsi. Avatud küsimusele antud vastused jagati kolme kategooriasse. “*Kategooria- kvalitatiivses analüüsis uurija loodud analüütiline üksus (või tarkvarapõhises analüüsis nn koodiperekond), millesse koondatakse sarnased koodid.*” (tsit Kalmus jt, 2015 järgi). Küsimustiku andmeanalüüs on läbi viidud tabelarvutusprogrammi Microsoft Exceli abil. Tulemused on esitatud sisuanalüüsina alapeatükis 3.3. Kasutatud üksikandmeid kasutati üldistuste tegemiseks ja need ei kuulu eraldi avalikustamisele. Arendusprojekti kaitsmise järgselt 2023. aasta jaanuaris kogutud ja analüüsitud andmed hävitatakse.

2.2. Kirjanduse ülevaade

Töö autor alustas 2021. a septembrikuus teoreetilise raamistiku andmete kogumist. Esmalt viidi läbi põhjalik kirjandusallikate otsing elektroonilistes andmebaasides: *Pubmed*, *Mendeley*, *EBSCOhost* ja *NICE*; kasutati *WHO*, *ICM*, *ENS-i*, *RCOG* kodulehekülge ja Eestis kehtivaid abordihooldusega seotud juhendeid. Otsiti varasemalt avaldatud tõenduspõhist kirjandust naiste vaimse tervise probleemide kaitse- ja riskitegurite hindamise ja toetamise kohta abordihoolduses. Kirjandusallikate valiku kriteeriumiteks olid teemakohasus, tõenduspõhisus, usaldusväärus, ajakohasus ja täistekstina kättesaadavus. Kasutatud kirjandusallikad jäävad ajavahemikku 2015-2022. Erandiks on *RCOG* kliiniline juhend (2011) ja *ICM-i* (2014), mis osutusid valituks seetõttu, et tegu on hetkel kehtivate seisukohtadega antud valdkonnas ja need on vastavuses ülejäänud tõenduspõhiste allikatega.

Kasutati järgmisi otsingusõnu ja nende kombinatsioone: *Mental health*; *Mental Health Problem*; *Abortion care*; *Post Abortion*; *Midwifery care*. Teoreetilise raamistiku kirjeldamiseks võeti töös kasutusse 30 allikat.

Arendusprojekti meetodiline raamistik lähtub Donabediani mudelist. Donabediani mudel vaatleb tervishoiuteenuse pakkumise protsessi, mille keskmes on tervishoiuteenuse kvaliteedi parandamine (Berwick ja Fox, 2016: 240). Donabedian (1980) tegi ettepaneku tervishoiu kvaliteedi hindamiseks selle struktuuri, protsessi ja tulemuste uurimisel. Struktuur viitab siinkohal organisatsioonilistele teguritele, mis võivad luua potentsiaali hea kvaliteedi saavutamiseks. Protsess viitab sellele, mida tehakse patsiendi heaks. Patsientidele pakutavad teenused peaksid põhinema tõenditel ja korrelatsioonis patsientide soovitud tulemustega. Tulemused on hoolduse lõpptulemused – sekkumise mõjud patsiendi tervisele ja heaolule (The

safety..., 2018: 35). Eeltoodud soovitusi järgides saab välja töötada patsiendikeskse juhendi, mis ühest küljest tagab patsiendi heaolu, kuid parandab ka tervishoiuteenuse kvaliteeti.

2.3. Eetika ja usaldusväärus

Arendusprojekt on koostatud toetudes ja püüdes säilitada sidusust *WHO*, *ENS*, *RCOG* juhistega ja järgitakse Eestis Vabariigis kehtivat abordihoolduse regulatsiooni ning rahvusvahelist ämmaemandate eetikakoodeksit, mis võimaldab ämmaemandel parendada naistele pakutavat hooldust. Võttes arvesse oma väärtushinnanguid, tõekspidamisi ja professionaalset käitumist ning rakendada seda interdistsiplinaarses meeskonnas naiste ja perede tervise ning õiguste parimaks huviks (International Code..., 2014).

Arendusprojekti koostamiseks ja vormistamiseks on töö autor kasutanud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli üliõpilastööde koostamise ja vormistamise juhendit ning on koostanud käesoleva töö iseseisvalt. Kõik kasutatud allikad on käesolevas töös viidatud ja autoril on ligipääs kasutatud kirjandusallikate täistekstidele. Kirjandusallikate otsing ja selekteerimisprotsess on välja toodud töö lisa olevas tabelis (vt lisa 3) ja teoreetilise raamistiku kirjeldamiseks kasutusse võetud allikad on loetletud andmete väljavõtulehel (vt lisa 4).

3. ARENDUSPROJEKT. JUHENDI KOOSTAMINE

3.1. Muudatusteks ettevalmistumine, tegevused ja ajaline raamistik

Arendusprojekt algas planeerimisetaapiga, kus kaardistati arendusprojekti probleem ja eesmärk ning seati uurimisülesanded. Arendusprojekti eesmärgiks oli välja töötada juhend naise vaimse tervise probleemide kaitse- ja riskitegurite hindamiseks ämmaemandale abordihoolduses. Sellist juhendit hetkel ei ole ning koostatud juhend oleks abiks abidikabinetis töötavale ämmaemandale ning see võiks olla esimene osa AS LTKH vaimse tervise õe iseseisva vastuvõtu juhendist naiste reproduktiivtervise valdkonnas. Ajalise raamistiku jälgimiseks koostati töö autori poolt alljärgnev tabel (vt tabel 1).

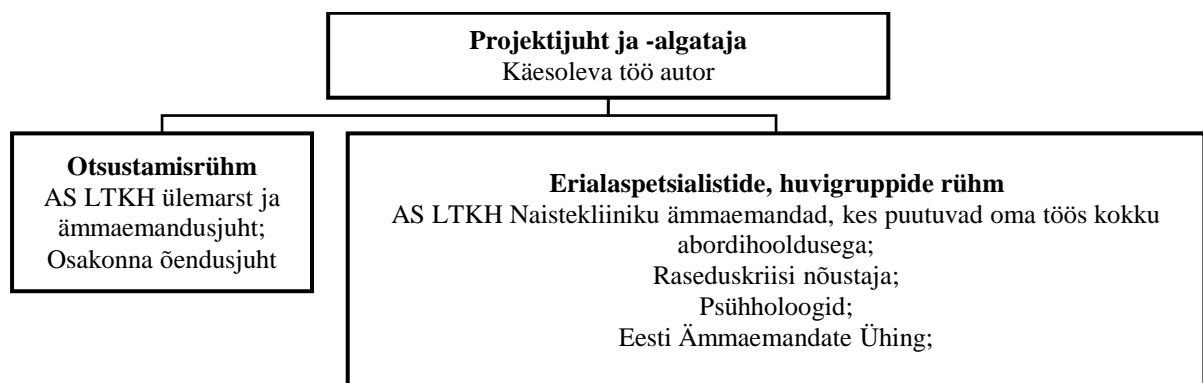
Tabel 1. Arendusprojekti ajaline raamistik (töö autori poolt koostatud)

Aeg	Tegevus
September 2021	Arendusprojektiks sobiva teema kaardistamine.
Oktoober 2021 - jaanuar 2022	Infootsing ja teadusartikli teoreetilise raamistiku loomine, teadusartikli koostamine. 05.11.2022 toimus juhendajaga esimene arendusprojekti teema arutamine. 31.01.2022 valmis kirjanduse ülevaate artikkel.
Veebruar 2022	Arendusprojekti teema fookuse seadmine, kontakt juhendajaga, esmaste sammude planeerimine. Edastati arendusprojekti esmane tutvustus ja soov arvamuse ning soovitude saamiseks Eesti Ämmaemandate Ühingule, raseduskriisi nõustajale, kahele psühholoogile. 22.02.2022 toimus osakonnasiseselt arendusprojekti tutvustamine (koosolek) arvamuse ning soovitude saamiseks. Saadud soovitude järgselt edastati 25.02.2022 taotlus ning arendusprojekti tutvustus AS LTKH Naistekliiniku ülemarstile ja ämmaemandusjuhile nende arvamuse ning soovitude saamiseks.
Märts, aprill 2022	Projekti kavandamine. Projekti analüüs ja ressursside planeerimine. Juhendajaga arutlemine. Küsimustiku loomine ja läbiviimiseks loa saamine asutusepõhiselt.
Aprill 2022	Toimus küsimustiku läbiviimine ämmaemandatele ning küsimustikust saadud tulemuste analüüs. Juhendajaga arutlemine. Toimus juhendi koostamine ja esmane tutvustus AS LTKH naistekliiniku juhatajale ja psühholoogidele.
Mai 2022	Kaasjuhendaja kaasamine töösse (töö teoreetilise raamistiku toetamine ja juhendamine). Sissejuhatus, töö teoreetilise tausta ja meetodika kirjelduse kirjutamine.
06.06.2022	Valmis käesoleva arendusprojekti sissejuhatus, töö teoreetilise tausta ja meetodika kirjeldus.
Juuni, juuli 2022	AS LTKH naistekliiniku ülemarsti ja psühholoogide poolse tagasiside põhjal olemasolevas juhendis paranduste tegemine.
September-november 2022	Juhendi tutvustamine AS LTKH-s ja saadud tagasisidega arvestamine. 01.11.22 esmane tutvustamine raseduskeskuse ämmaemandatele ja günekoloogidele; 21.11.22 naistenõuandlas.
November-detsember 2022	Arendusprojektis koostamine.
13-15.12.2022	Arendusprojekti esitamine kaitsmisele
Jaanuar 2023	Arendusprojektis koostatud juhend on piloteerimiseks valminud
12.01.2023	Arendusprojekti kaitsmine

Ajaline raamistik põhines kõikidel kavandatud tegevustel ja ajal, mille jooksul planeeritud tegevused pidid tehtud olema. Järeltegevused arendusprojekti kaitsmise järgselt on väljatoodud peatükis 3.5.

3.2. Kommunikatsioonikava ja meeskonnatöö planeerimine, ressursside kaasamine

Planeerimisetapis toimus kommunikatsioonikava, meeskonnatöö planeerimine ja projektigrupi kaardistamine ning kaasamine. Esmalt koostati käesoleva arendusprojekti projektgrupp ehk meeskond (Perens, 2019: 105) (vt joonis 1).



Joonis 1. Projektgrupp (Perens, 2019:105, kohandatud)

Kogu arendusprojekti koostamise jooksul toimusid koosolekud, korraldamise eest vastutas käesoleva töö autor. Koosolekute ajakava, tegevused ning tulem on toodud välja tabelis töö lisas (vt tabel 5, lisa 5). Oluline saada projektigrupi erialaspetsialistide, huvigruppide rühmalt tagasisidet, kuna ämmaemand korraldab ämmaemandustegevust koostöös siht- ja sidusrühmadega (Kutsestandard. Ämmaemand..., 2018). Kaasatud erialaspetsialistid, huvigruppide rühma eksperdid tõid välja, et:

„...Sinu uurimistöö teema on väga vajalik...“ (Piret Veerus AS LTKH Naistekliiniku ülemarst); „...arendusprojekti teema oluline ning kavandatav abordihoolduse juhend aitab ämmaemandate nõustamisaluseid ühtlustada ja tõsta nõustamise kvaliteeti...“ (Liis Raag, Eesti Ämmaemandate Ühingu president); „...Tänu sinu projektile saavad ämmaemandad kindlamalt juhendada abivajajaid...“ (Heli Rannu, AS LTKH Naistekliiniku ämmaemandusjuht); „...Tunded on keerulised ja mõnikord vajab naine nõustamist, et oma emotsioonidest ja reaktsioonidest paremini aru saada. Kaastundlik, erapooletu ja asjakohane nõustaja võib aidata abordi läbi teinud naisel oma otsusega leppida ja taas rahu leida. Leian,

et sellise toe võimalus on äärmiselt oluline igale naisele, kes on läbinud psühholoogiliselt keeruka dilemma ja on sellest tulenevalt hapram, kui muidu.“ (Kaire Talviste kliiniline gestaltpsühhoterapeut sotsiaalpedagoogika ja lastekaitse M.A. psühhoteraapia - perenõustamine – paariteraapia); „...*Väga huvitavad mõtted... Ma kahe käega toetan su tööd...“* (Elina Piirimäe, ämmaemand, raseduskriisi nõustaja); „...*Suur töö on tehtud ja suurepärane kui koostöö Elinaga sujub...“* (Margit Emberg, psühholoog, raseduskriisi nõustaja).

Töö autori isiklik panus on käesoleva juhendi koostamisega ühtlustada abordihoolduse ämmaemandate nõustamise lähtekohad vaimse tervise riski- ja kaitsetegurite osas. Abordihoolduse ämmaemand on tervishoiuspetsialist, kes oskab korrektselt koguda ja hinnata anamneesi, esitada küsimusi õiges suunas, vaadata iga naist patsiendipõhiselt ja tugineda tõendus põhises kirjanduses kogutud riski - ja kaitsetegurite kirjeldusele. Nende tegurite teadmise abil on võimalik varakult välja selgitada iga konkreetse nõustamist vajava/sooviva naise võimalikud vaimse tervise probleemide riski- ja kaitsetegurid.

Rahalised kulutused arendusprojektil puuduvad. Mitterahalised kulutused on arendusprojekti arenduskulud sh. uurimistegevus, koosolekute korraldamine, kirj vahetus ja peetud telefonikõned, mis on autori isiklikust ajast võetud ajaressurss. Mitterahaline kulu on ka juhendajate ajaline panus töö juhendamisel. Kui algselt oli tööl üks juhendaja, siis töö koostamise käigus sai autorile selgeks, et nii tundlik teema vajab ka antud valdkonda tundvat juhendajat. Seetõttu pöördus töö autor 14.05.2022 ämmaemand, raseduskriisi nõustaja Elina Piirimäe poole, kelle panus on antud töö teoreetilise sisu juhendamise toetamine. Kuigi tal pole magistrikraadi on ta raseduskriisi valdkonnas aktiivselt tegutsev spetsialist. Samuti pöördus töö autor töö koostamise käigus korduvalt ka juhendile jooksva tagasiside saamiseks AS LTKH Naistekliiniku ülemarst Piret Veeruse ja psühholoog Kaire Talviste ning psühholoog Margit Emberg poole.

3.3. Juhendi vajalikkuse väljaselgitamine ja diagnostika

Enne arendusprojekti sisulist koostamist selgitas töö autor välja juhendi vajalikkuse ämmaemandate hulgas. Küsimustiku analüüsimisel vastanute üldandmetest küsiti ämmaemandana töötatud aastaid. Vastanute ämmaemandana töötamise kõige pikem aeg oli 41

aasta ja lühem aeg 1,5 aastat. Töötatud aja ja antud vastuste analüüsimisel olulisi erinevusi ei leitud, mistõttu analüüs toimus ühes grupis hinnates.

Hinnangutest selgus, et üheksa vastajat on oma töös kokku puutunud patsiendiga, kellel on raseduse katkemine, raseduse peetumine ja ka patsiendiga, kes soovib omal soovil rasedust katkestada. Kaks vastajat on oma töös kokku puutunud patsiendiga, kellel on raseduse katkemine ja raseduse peetumine ning üks vastaja on oma töös kokku puutunud patsiendiga, kellel on raseduse peetumine. Pooled (6) vastajatest puutuvad vaimse tervise probleemiga kokku üks kord kuus või harvem, kolm vastajat üks kord nädalas ning üks vastaja rohkem kui üks kord nädalas, üks vastaja alati kui tegeleb abordipatsiendiga ja vaid üks vastaja kirjutas, et ei puutu abordipatsiendiga oma töös kokku. Enamik ämmaemandaid hindab oma toimetuleku ja nõustamisoskusi vaimse tervise probleemide käsitlemisel abordihoolduses rahuldavaks (9) ja heaks (2) ning juba olemasolevad teadmised pigem aitavad (7) tuvastada naisi, kes võivad vajada vaimset tervist toetavat nõustamist.

Töö autor jagas avatud küsimusele: „Milliseid barjääre olete vaimse tervise probleemidega tegeledes tajunud?“ antud vastused kolme kategooriasse (otsustamisprotsessi keerukus; probleemi olemuse mõistmine ja vaimse tervise spetsialistide kättesaadavus). Vastajad tõid välja, et naise otsustamisprotsessis on nad kokku puutunud järgnevate barjääridega:

„Naiste enda soov mitte jagada“ (Ä3) ... „Pt. (patsient). ise ei saa aru, et probleem on, keeldub abist.“ (Ä4) ... „Pt. ei soovi abi“ (Ä10) ... „Soov on pakkuda tuge, kuid jääb sageli mulje, et patsient ei taha seda vastu võtta.“ (Ä8) ... „Hirm jagamise ees, kuna sellega kaasnevad „tüüp“ käitumise/käsitlemise viisid.“ (Ä3) ... „Iga naise jaoks on raseduse katkemine/katkestamine raske. Mõni naine näitab ka oma probleemi rohkem välja. Kuid tihtipeale naised ei taha tunnistada/välja näidata oma vaimseid probleeme.“ (Ä5) ... „Patsiendiga, kellel on esinenud vaimse tervise probleeme on sageli keeruline suhelda.“ (Ä8) ... „Keelebarjäär, patsiendiga ei saa head kontakti.“ (Ä6).

Vastajad märkisid, et neil on probleemi olemuse mõistmisel esinenud järgmised barjäärid nagu:

„Puudub teadmine (ülevaade), kui raske vaimne seis patsiendil võib olla.“ (Ä2) ... „Täpsustavate küsimuste küsimine- üldiselt arusaamine, kas on probleemi või ei.“ (Ä4) ... „Ei oska leida õiget sõna“ (Ä10; Ä12) ... „Väga probleemsete olukordade korral liiga lühike vastuvõtuaeg (mille sisse jääb nõustamine, vajadusel ka analüüside tegemine)“ (Ä5; Ä12) ... „Hirm teha veel rohkem liiga“ (Ä12).

Vastajad tõid vaimse tervise spetsialistide kättesaadavuse osas välja et:

„Pühholoogide, raseduskriisi nõustajate kättesaadavus (vastuvõtuoja pikk ootamine).“ (Ä4) ...„Raseduskriisi nõustaja/psühholoogi liiga pikad ootejärjekorrad.“ (Ä5) ...„Vähe kohti kuhu edasi saata.“ (Ä6).

Võttes kokku küsimustiku hinnangud, siis analüüsimisel selgus, et 11 vastajat arvas, et tegu on väga vajaliku juhendiga ja üks vastaja pigem vajaliku juhendiga. Uuringu tulemused andsid töö autorile kindluse, et planeeritav juhend on kolleegidele väga oluline.

3.4. Riskijuhtimise plaan

Riskijuhtimise plaan jaguneb käesoleva töö puhul kaheks osaks: riskide tuvastamine ja hindamine SWOT-analüüsi abil ning seejärel riskijuhtimise kava koostamine. Riske ei saa kunagi täielikult välistada ja nende avaldumisega tuleb arvestada ning võtta kasutusele meetmed, mis riske maandavad või leevendavad (Perens, 2019: 144). Koosolekute, tagasiside küsimise/saamise kaudu huvigruppidele ja küsimustikkudest saadud tagasiside alusel viidi esmalt läbi SWOT-analüüs. Eesmärgiks oli saada ülevaade käesoleva juhendi tulevikuvõimalustest. Tuvastada juhendi potentsiaalsed tugevad küljed, töötades samal ajal nõrkade külgedega, kasutada ära võimalused ning leevendada võimalikke ohte (vt tabel 2).

Tabel 2. SWOT analüüs (töö autori poolt koostatud)

Tugevused	Nõrkused	Võimalused	Ohud
Tõenduspõhisus	Kulude kasv koolitusvajaduse tõusuga	Hetkel selline juhend ämmaemandale puudub	Ei võeta kasutusse
Isiksusekesksus ja kaasatus	Terminoloogiast erinev arusaamine	Parem meeskonnatöö ja professionaalne areng	Kasutamislõpmise puudumine, varasem kogemus puudub
Toetavad ekspertarvamused	Usalduse või kasutusvalmiduse puudumine	Teenuse pakkujate teadlikkuse tase tõuseb	Suurenenud töökoormus, palju tööd tuleb teha iseseisvalt
Tõstab nõustamise kvaliteeti	Probleemid patsientidega, võib tekkida probleeme kannatliku ja tõhusa suhtlemisega	Asutuse maine kasvab	Olemasolevate vaimse tervise tuge pakkuvate spetsialistide vähene kättesaadavus
Kvalifitseeritud personal	Nõrk koostöö huvirühmade vahel	Võimalik integreerida ämmaemandaõppesse	Pädeva tööjõu vähesus või voolavus

SWOT analüüsil tuvastatud ohud ja nõrkused hinnati potentsiaalsete riskidena. Riske hinnati nende võimaliku tõepärasuse ja töö eesmärgile avaldatava mõju osas (Perens, 2019: 158).

Riskijuhtimise kava põhineb riskide mõju ja eesmärkide maatriksil ja kokkuvõtte on toodud alljärgnevalt tabeli kujul (vt tabel 3).

Tabel.3 Riskijuhtimise kava (töö autori poolt koostatud)

Potentsiaalse riski kirjeldus	Risk	Olemasolevad ennetusmeetmed	Tegevused riski ilmnemisel
Ei võeta kasutusse	SUUR	- ENS-i raseduse katkestamise juhend; - NICE, WHO, ICM, RCOG juhised;	- Kavandatud tegevuste elluviimine; - Valmiv juhend ja selle tutvustamine;
Kasutamislõpu puudumine, varasem kogemus puudub		- Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus; - Asutusesisesed nõustamisaktid; - Tõendus põhine teave; - Toetavad ekspertarvamused	- Juhendi kasutusele võtmine; - Järjepidev koostöö huvirühmade ja eriala liitude ning ühendustega
Olemasolevate vaimse tervise tuge pakkuvate spetsialistide kättesaadavus	VÄGA SUUR	- Käesoleva juhendi koostamine; - Olemasolevad spetsialistid asutuse sees (günekoloog; raseduskriisi nõustaja, psühholoog);	- Asutuse väliste spetsialistide ja ekspertide väljaselgitamine; - Valminud juhend kasutusele võtmine; - Integreerimine ämmaemanda põhiõpesse;
Pädeva tööjõu vähesus või volavus			
Suurenenud töökoormus, palju tööd tuleb teha iseseisvalt	KESKMINE	- Käesoleva juhendi koostamine; - Toimunud nõustamiste arv; - Asutusesisene hea koostöö günekoloogidega;	- Valminud juhendi tutvustamine - Tagada järjepidev koostöö huvirühmadega.
Nõrk koostöö huvirühmade vahel		- Tõendus põhine teave; - Toetavad ekspertarvamused;	- Ekspertarvamuste küsimine - Rollide ja ülesannete jaotamine meeskonnas
Probleemid patsientidega, võib tekkida probleeme kannatliku ja tõhusa suhtlemisega	KESKMINE	- Piisav ajaressurss, hetkel on nõustamiseks aega 45 minutit; - Kvalifitseeritud neutraalselt professionaalne personal; - Turvaline hinnangutevaba keskkond;	- Järjepidev koostöö huvirühmadega. - Rollide ja ülesannete jaotamine meeskonnas; - Patsiendile arusaadava sõnavara kasutamine tõstab nõustamise kvaliteeti ja tagab parema usalduse;
Usalduse või kasutusvalmiduse puudumine	VÄIKE	- Konfidentsiaalsus; - Tõendus põhine teave;	- patsiendikeskne lähenemine ja patsiendi kaasatus.
Terminoloogia erinev mõistmine	VÄIKE	- Erialase terminoloogia tundmine	- Kasutusel on selged ja ühtselt mõistetavad terminid; - Patsiendile arusaadava sõnavara kasutamine.
Kulude kasv koolitusvajaduse tõusuga	SUUR	- Asutusesisene hea juhendamine; - Asutusesisene hea koostöö günekoloogidega;	- Koostöö eriala liitude ning ühendustega

Riski plaani teostamise järgselt koostati juhend (vt lisa 6) vaimse tervise probleemide kaitse- ja riskitegurite hindamiseks ämmaemandale abordihoolduses.

3.5. Tulem ja juhendi rakenduslikkus ning jätkusuutlikkus

Käesolev koostatud juhend on uuenduslik ja tõhustab varajast märkamist, suurendab patsiendikesksust ning tagab paremad ning kiiremad sekkumised selleks, et ennetada vaimse tervise probleemide tekkimist ja/või juba olemasolevate probleemide süvenemist. Samuti käesolev juhend ühtlustab, lihtsustab ja pakub tuge ämmaemandatele, kes on valmis abordihoolduses naisi nõustama. Juhendi koostamisel oli aluseks arendusprojekti käigus kogutud tõenduspõhine teave, koosolekute ja erialaspetsilistide, huvigruppide rühma ekspertidega peetud vestluste käigus saadud tagasiside. Juhendi vormistamise aluseks on AS LTKH juhendi, korra ja eeskirja vormistamise dokument, millega käesoleva töö autor tutvus AS LTKH siseveebi kaudu.

Juhend ise on neli lehekülge pikk, sisaldab tööks vajalikke põhimõisteid, ämmaemandustegevuse kirjeldust. Vaimse tervise probleemide võimalikke riski- ja kaitsetegureid ning psühholoogilise toe võimalused on esitatud kahe tabeli kujul. Koostatud esimene tabel lihtsustab ämmaemandal võimalike riski ja kaitsetegurite tuvastamist. Teises psühholoogilise toe tabelis on väljatoodud kontaktid, mida on eelnevalt töö autori poolt kontrollitud. Tabelit on võimalik naisele kaasa anda, kuna nendelt kontaktidelt saab naine pöördumisel ka vajalikku abi. Juhendi rakenduskava tugineb loogilisele raammaatriksile ja on töö autori poolt koostatud ning see on esitatud tabelis 4 (vt tabel 4).

Tabel 4. Rakenduskava (töö autori poolt koostatud)

ÜLDEESMÄRK	Elektrooniliselt ja paberkandjal kättesaadav ning kasutusel juhend (ühtne lähtekoht ja põhimõtted ämmaemandale abordihoolduses)	
OTSENE EESMÄRK	Juhend on kasutusel AS LTKH-s	
EELDUSED	<ul style="list-style-type: none"> - Arendusprojekti koostamine ja kaitsmine; - Sihtgrupi toetus; - Asutuse toetus; 	
VÄLJUNDID	<ul style="list-style-type: none"> - Tõenduspõhisus; - Patsiendikeskne lähenemine ja patsiendi kaasatus; - Turvaline neutraalselt professionaalne keskkond; - Kvalifitseeritud personal ja interdistsiplinaarne meeskonnatöö 	
VASTUTAV ISIK	Juhendi koostaja	
KAASATUD POOLED	<ul style="list-style-type: none"> - AS LTKH Naistekliinik - AS LTKH Naistekliiniku ämmaemandad; - Raseduskriisi nõustajad ja psühholoogid. - Eesti Ämmaemandate Ühing. 	
RAKENDUSKAVAGA SEOTUD TEGEVUSED	TÄHTAJAD	KONTROLL MEETODID
1. Teabepäevad AS LTKH-s	Juhend on sihtrühmale tutvustatud november 2022;	<ul style="list-style-type: none"> - Tagasiside sihtrühmalt - VahearuanDED;

	I teabepäev 1. november 2022; II teabepäev 21.november 2022.	
2. Juhend on jõudnud sihtrühmani;	Juhend on sihtrühmale kättesaadav alates 05.12.2022	- Ekspertarvamused; - Küsitlus sihtgrupis;
3. Juhend esmane piloteerimine AS LTKH-s abordinõustamise ämmaemandate seas;	Piloteerimine jaanuar 2023	- Tagasiside sihtrühmalt - VahearuanDED;
4. Juhend on AS LTKH-s kasutusel	01.02.2023	- Asutuse maine ja nõustamise kvaliteedi rahuolu uuringud

Arendusprojekti käigus valminud juhend on piloteerimiseks valmis ja seejärel on plaan see esitada AS LTKH kvaliteedi osakonda ülevaatuseks, et juhendi saaks võtta AS LTKH-s kasutusel veebruaris 2023.

ARUTELU JA JÄRELDUSED

Käesoleva arendusprojekti eesmärgiks oli välja töötada juhend naise vaimse tervise probleemide kaitse- ja riskitegurite hindamiseks ämmaemandale abordihoolduses (raseduse katkestamine, peetumine või katkemine raseduse suuruses alla 12 nädalat). Arendusprojekt on esimene osa AS LTKH vaimse tervise õe iseseisva vastuvõtu juhendist naiste reproduktiivtervise valdkonnas.

Esimese uurimisküsimusena koguti kirjalikku tagasisidet juhendi vajalikkuse kohta ja koostati küsimustik ämmaemandatele AS LTKH Naistekliinikus. Küsimustikke analüüsimisel oli töö autoril hea meel tõdeda, et ämmaemandad leidsid, et see on vajalik juhend. Enamik vastanud ämmaemandaid hindas oma vaimse tervise nõustamisoskusi rahuldavaks või heaks ning selgus, et juba olemasolevad teadmised pigem toetavad naiste nõustamist. Küsimustikkudele vastanud ämmaemandad tõid välja, et Eestis napib vaimse tervise spetsialiste mistõttu töö autori arvates võiks arendusprojekti kogutud riski- ja kaitsetegurite abil koostatud juhend olla abiks ämmaemandale, et ta oskaks vaadata iga naist isikupõhiselt ning küsida õiged küsimusi õigeaegselt.

Küsimustiku avatud küsimusele antud kolm vastuse kategooriat (otsustamisprotsessi keerukus; probleemi olemuse mõistmine ja vaimse tervise spetsialistide kättesaadavus) on kooskõlas ka käesoleva töö teoreetilise taustakirjeldusega. See info oli töö autorile oluliseks sisendiks, et sellise juhendi koostamine on vajalik. Kui ämmaemandad kirjeldasid avatud küsimusele vastates, et neile on jäänud mulje, et naised seisavad otsustamisprotsessis silmitsi ambivalentsete tunnetega ning nad ei julge, vahel ka ei oska, jagada oma mõtteid ning tegelikke vajadusi. Selliste naistega esimest korda kohtudes võib tõesti jääda mulje, et naised ei julge oma mõtteid jagada, kuid tuginedes kirjandusele (Santos jt, 2021; Johnson - Mallard jt, 2017; Cutler jt, 2018; Ferrer Serret ja Solsona Pairo, 2018) ja ka erialasele töökogemusele on käesoleva töö autor mõistnud, et psühholoogilised vastuolud tunnetes on sel perioodil sagedased. Tervishoiutöötajal on oluline otsustamisprotsessis nõustamisel mõista naiste ambivalentseid tundeid. Seda infot teades ja olles professionaalselt neutraalne naiste toetaja ka abordihoolduse pakkumises vähendame me naiste hirmusid ning tagame neile toetuse kogu abordiotsustamise jooksul.

Arendusprojekti autor koges, et abordihoolduse terminoloogia ja selle mõistmine on erinev. Sellele antakse erinevat, tihti ka negatiivset tähendust ja esineb kohati ka stigmatiseerimist.

Stigmatiseerimine võib aga teadaolevalt põhjustada psühholoogilist stressi (Biggs, Brown jt, 2020). Töö autorina leian, et antud koostatud juhend on samm selle poole, et muutuks arusaam abordihooldusest ning seda pakutakse eelarvamusteta nagu igat teist naise reproduktiivtervise alast nõustamist.

Teise uurimisküsimusena koostati tuginedes tõenduspõhisele kirjandusele juhend vaimse tervise probleemide kaitse- ja riskitegurite hindamiseks abordihoolduses ämmaemandale võttes arvesse ka kogu töö jooksul saadud tagasisidet. Autori erialase töökogemuse kui ka läbitöötatud kirjanduse põhjal on nõustamist teostaval ämmaemandal oluline teada konkreetse nõustamist vajava naise meditsiinilist anamneesi (Van Ditzhuijen jt, 2015; Kotta jt, 2018). Korrektselt kogutud anamnees ja oskus märgata selles juba vaimse tervise probleemide riskitegureid (San Lazaro Campillo jt, 2017; Tavoli jt, 2018; Demontigny jt, 2020). Selle lahenduseks vajab ämmaemand täiendavat erialast väljaõpet (Mauri jt, 2017) samuti julgust anamneesi küsida ning on oluline ka tagada interdistsiplinaarne koostöö tervishoiuspetsialistide vahel õigeaegseks ja isiksusekeskseks (Ferrer Serret ja Solsana Paira, 2018; Kjelssvik jt, 2018) abiks igale naisele, kes soovib või vajab abordihooldust. Tuleb tagada igale patsiendile terviklik abordihooldus ja teada kaitse- ja riskitegurite mõju, kuna kaitsetegurite tundmine vähendab haigusseisundi tekkimise riski võrreldes riskiteguritega, mis võivad haigusseisundi tekkimise tõenäosust suurendada.

Arendusprojekti koostamise suurimaks kitsaskohaks võib pidada piiratud ajaressurssi. Juhendi esmane piloteerimine on planeeritud jaanuarisse, mistõttu selle tulemused käesolevas töös ei kajastu. Käesoleva töö autor jätkab antud juhendi piloteerimist ka peale arendusprojekti esitamist ning loodab selle saada AS LTKH-s töösse juba veebruar 2023. Käesoleva töö koostamise raames on juhendit tutvustatud AS LTKH-s. Antud juhendist on oldud väga huvitatud ning tänaseks on juba igapäevases naiste nõustamises kasutusel juhendisse koostatud psühholoogilise toe võimaluste tabel 2, mida saab paber kandjal naisele ka kaasa anda. See tabel on töö autori poolt tõlgitud ka vene keelde.

Käesoleva arendusprojekti autorina ja eelkõige praktiseeriva ämmaemandana on töö autor seisukohal, et abordihooldus ei saa piirduda ainult ühe protseduuri teostamise visiidiga. On väga oluline tagada nõustamisele tulnud naisele patsiendikeskne neutraalne kogemus. Siinkohal ei ole oluline kas naine on ise otsuse teinud või on ta suunatud raseduse katkemise/peetumise tõttu nõustamisele.

Arendusprojekti koostamise järgselt saab teha järgmised järeldused:

- Tuleb tagada terviklik abordihooldusteenus ja korrektselt koguda anamneesi ning teada vaimse tervise probleemide kaitse- ja riskitegurite mõju;
- Tuleb tagada interdistsiplinaarne koostöö teiste vajalike spetsialistidega õigeaegseks ja patsiendikeskseks abiks igale naisele, kes soovib või vajab abordihooldust;
- Ämmaemandad, kes on saanud abordihoolduse pakkumiseks vajaliku väljaõppe on pädevad, patsiendikesksed nõustajad, pakkudes hooldust soovimatu raseduse, raseduse katkestamise ja katkemise osas ilma hinnanguid andmata;
- Abordihooldust pakkuv ämmaemand vajab erialast väljaõpet vaimse tervise sh. psüühikahäirete olemusest;

Püstitatud uurimisülesanded said lahendatud ja uurimistöö eesmärk täideti. Kuna hetkel on tegu AS LTKH põhise juhendiga, siis üle eestiliste üldistuste tegemiseks tuleks seda laiendada ka teiste haiglate ämmaemandatele kui ka naistearstidele, sest Eestis reeglina suunavad naised abordinõustamisele naistearstid. Töö autor teeb arendusprojekti käigus kogutud teabe põhjal järgmised ettepanekud:

- Viia läbi uuring ämmaemanda eriala üliõpilaste rahulolu kohta koolis omandatud teadmistes abordihoolduse vallas;
- Uurida ka teiste haiglate ämmaemandate valmisolekuid seoses abordihoolduse läbiviimisega;
- Piloteerida antud koostatud juhendit Eesti haiglates;
- Välja töötada patsiendikesksed abordihooldusmudelid ämmaemandatele.

Tuginedes tõenduspõhisele kirjandusele ja käesoleva töö autori erialasele töökogemusele AS LTKH abordi nõustamiskabinetis ämmaemandana, võin väita, et varajasel märkamisel ja sekkumisel saab tõenduspõhist tervist toetavat nõustamist ämmaemanda poolt õigeaegselt praktikasse rakendada. Varajane märkamine ja õigeaegne suunamine vaimse tervise spetsialisti juurde tagab õigeaegse abi ning aitab kindlasti vältida vaimse tervise probleemide tekkimist ning juba olemasolevate probleemide süvenemist.

KASUTATUD KIRJANDUSALLIKAD

Abortion care guideline. (2022). Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316> (04.11.2022).

Abortion care. NICE guideline. (2019). National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk/guidance/ng140 (11.09.2021).

About mental health problems. (2019). Mental Health Foundation. <https://www.mentalhealth.org.uk/your-mental-health/about-mental-health/what-are-mental-health-problems> (04.11.2022).

Aiken, A.R.A., Starling, J.E., Gomperts, R., Scott, J.G., Aiken, C.E. (2021). Demand for self-managed online telemedicine abortion in eight European countries during the COVID-19 pandemic a regression discontinuity analysis. *BMJ Sex Reprod Health*, 0, 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjsex-2020-200880>

Alonso, C. (2020). Integrating the midwifery model of care into abortion services. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1). <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1795448>

Berwick, D., Fox, D. M. (2016). Evaluating the Quality of Medical Care: Donabedian’s Classic Article 50 Years Later. *In Milbank Quarterly*. 94,237–241). <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12189>

Biggs, M. A., Brown, K., Foster, D. G. (2020). Perceived abortion stigma and psychological well-being over five years after receiving or being denied an abortion. *PLoS ONE*, 15(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226417>

Biggs, M. A., Neilands, T. B., Kaller, S., Wingo, E., Ralph, L. J. (2020). Developing and validating the Psychosocial Burden among people Seeking Abortion Scale (PB-SAS). *PLoS ONE*, 15(12), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242463>

Boydell, N., Reynolds-Wright, J. J., Cameron, S. T., Harden, J. (2021). Women’s experiences of a telemedicine abortion service (up to 12 weeks) implemented during the coronavirus (COVID-19) pandemic: a qualitative evaluation. *An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 128(11), 1752–1761. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16813>

Cutler, A., McNamara, B., Qasba, N., Kennedy, H. P., Lundsberg, L., Garipey, A. (2018). “I Just Don’t Know”: An Exploration of Women’s Ambivalence about a New Pregnancy HHS Public Access. *Women’s Health Issues*, 28(1), 75–81. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.09.009>

Daemers, D. O. A., van Limbeek, E. B. M., Wijnen, H. A. A., Nieuwenhuijze, M. J., De Vries, R. G. (2017). Factors influencing the clinical decision-making of midwives: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 345. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1511-5>

De Carvalho, A. C., da Silva, M. E., Matos, B. M., Bottino, C. M. de C., Abrahão, A. R., Cohrs, F. M., Bottino, S. M. B. (2016). Depression in Women with Recurrent Miscarriages - an Exploratory Study. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 38(12), 609–614. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1597667>

Demontigny, F., Verdon, C., Meunier, S., Gervais, C., Coté, I. (2020). Protective and risk factors for women's mental health after a spontaneous abortion. *Rev Lat Am Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3382.3350>

Ehrenreich, K., Marston, C. (2019). Spatial dimensions of telemedicine and abortion access: a qualitative study of women's experiences. *Reprod. Health.*, 16(1):94. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0759-9>

Endler, M., Cleeve, A., Sääv, I., Gemzell-Danielsson, K. (2020). How task-sharing in abortion care became the norm in Sweden: A case study of historic and current determinants and events. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 150(S1), 34–42. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13003>

Ferrer Serret, L., Solsona Pairó, M. (2018). The place of abortion in the pregnancy decision-making process in young adult women in Catalonia, Spain. *Sociology of Health and Illness*, 40(6), 1087–1103. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12744>

Herd, P., Higgins, J., Sicinski, K., Merkurieva, I. (2016). The implications of unintended pregnancies for mental health in later life. *American Journal of Public Health*, 106(3), 421–429. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302973>

Hilty, D. M., Chan, S., Hwang, T., Wong, A., Bauer, A. M. (2017). Advances in mobile mental health: opportunities and implications for the spectrum of e-mental health services. *MHealth*, 3(5), 34–34. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2017.06.02>

International Code of Ethics for Midwives. (2014). International Confederation of Midwives. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf> (24.12.2021).

Johnson-Mallard, V., Kostas-Polston, E. A., Woods, N. F., Simmonds, K. E., Alexander, I. M., Taylor, D. (2017). Unintended pregnancy: a framework for prevention and options for midlife women in the US. *Women's Midlife Health*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/s40695-017-0027-5>

Kalmus, V., Masso, A., Linno, M. (2015). Kvalitatiivne sisuanalüüs. <https://samm.ut.ee/kvalitatiivne-sisuanalyys> (11.04.2022).

Kazemi, A., Ghaedrahmati, M., Kheirabadi, G. (2021). Partner's emotional reaction to pregnancy mediates the relationship between pregnancy planning and prenatal mental health. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03644-5>

Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Chesla, C. A., Gjengedal, E. (2018). Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first

trimester. *Health Care for Women International*, 39(7), 784–807.
<https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1465945>

Kotta, S., Molangur, U., Bipeta, R., Ganesh, R. (2018). A cross-sectional study of the psychosocial problems following abortion. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(2), 217–223.
https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_361_16

Kumar, A. (2018). Disgust, stigma, and the politics of abortion. *Feminism and Psychology*, 28(4), 530–538.
<https://doi.org/10.1177/0959353518765572>

Kutsestandard. Ämmaemand, tase 6. (2018). Tervishoiu Ja Sotsiaaltöö Kutsenõukogu. Tallinn.
<https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/vaata/10684513> (04.11.2022).

Lagerpetz, M. (2021). Ühiskonna uurimise meetodid. Sissejuhatus ja väljajuhatus. Tallinn: Tallinna Ülikooli Kirjastus.

Lähisuhted. (2022). Eesti Seksuaaltervise Liit.
<https://seksuaaltervis.ee/info/suhted/lahisuhted> (12.12.2022).

Mauri, P. A., Squillace, F. (2017). The experience of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 22(3), 227–232.
<https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1318846>

MedlinePlus Medical Encyclopedia. (2018).
<https://medlineplus.gov> (14.02.2022).

Mule, V., Reilly, N. M., Schmied, V., Kingston, D., Austin, M. P. V. (2022). Why do some pregnant women not fully disclose at comprehensive psychosocial assessment with their midwife? *Women and Birth*, 35(1), 80–86.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.03.001>

Perens, A. (2019). Praktiline projektijuhtimine. Pärnumaa: HBP Koolitus.

Ramsayer, B., Fleming, V. (2020). Conscience and conscientious objection: The midwife's role in abortion services. *Nursing Ethics*, 27(8), 1645–1654.
<https://doi.org/10.1177/0969733020928416>

Reardon, D. C. (2018). The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. *SAGE Open Medicine*, 6.
<https://doi.org/10.1177/2050312118807624>

Reardon, D. C., Craver, C. (2021). Effects of pregnancy loss on subsequent postpartum mental health: A prospective longitudinal cohort study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1–11.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18042179>

Raseduse katkestamise juhend. (2016). Eesti Naistearstide Seltsi ravijuhend.
<http://rasedusekatkestamisejuhend.weebly.com/> (24.04.2022).

Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus. (RT I, 13.03.2019, 134; 15.03.2019). <https://www.riigiteataja.ee/akt/RKSS> (02.02.2022).

San Lazaro Campillo, I., Meaney, S., McNamara, K., O'Donoghue, K. (2017). Psychological and support interventions to reduce levels of stress, anxiety or depression on women's subsequent pregnancy with a history of miscarriage: an empty systematic review. *BMJ Open*, 7(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017802>

Santos, R. de C., Viana, M. R. P., Amorim, F. C. M., Neta, M. M. R., Sousa, K. H. J. F., Silva, F. da C. (2021). Women's feelings arising from their experience in an abortion process. *Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/CE.V26I0.72376>

Širvinskiene, G., Žemaitiene, N., Jusiene, R., Šmigelskas, K., Veryga, A., Markuniene, E. (2016). Smoking during pregnancy in association with maternal emotional well-being. *Medicina (Lithuania)*, 52(2), 132–138. <https://doi.org/10.1016/J.MEDICI.2016.02.003>

Steinberg, J. R., Laursen, T. M., Adler, N. E., Gasse, C., Agerbo, E., Munk-Olsen, T. (2018). Examining the Association of Antidepressant Prescriptions With First Abortion and First Childbirth. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 828–834. <https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2018.0849>

Steinberg, J. R., Tschann, J. M., Furgerson, D., Harper, C. C. (2016). Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance of stigma. *Social Science and Medicine*, 150, 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.007>

Sullins, D. P. (2016). Abortion, substance abuse and mental health in early adulthood: Thirteen-year longitudinal evidence from the United States. *SAGE Open Medicine*, 4. <https://doi.org/10.1177/2050312116665997>

Zareba, K., La Rosa, V. L., Ciebiera, M., Makara-Studzińska, M., Commodari, E., & Gierus, J. (2020). Psychological effects of abortion. An updated narrative review. *Eastern Journal of Medicine*, 25(3), 477–483. <https://doi.org/10.5505/ejm.2020.82246>

Tavoli, Z., Mohammadi, M., Tavoli, A., Moini, A., Effatpanah, M., Khedmat, L., Montazeri, A. (2018). Quality of life and psychological distress in women with recurrent miscarriage: A comparative study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0982-z>

The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence-based Clinical Guideline Number 7. (2011). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. https://www.rcog.org.uk/media/nwcjrf0o/abortion-guideline_web_1.pdf (10.02.2022).

The Safety and Quality of Abortion Care in the United States. (2018). National Academy of Sciences. <https://doi.org/10.17226/24950>

Toffol, E., Pohjoranta, E., Suhonen, S., Hurskainen, R., Partonen, T., Mentula, M., Heikinheimo O. (2016). Anxiety and quality of life after first-trimester termination of pregnancy: a prospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 95, 1171–1180.
<https://doi.org/10.1111/aogs.12959>

Vaimse tervise roheline raamat. (2020). Sotsiaalministeerium.
https://www.sm.ee/sites/default/files/news-related-files/vaimse_tervise_roheline_raamat_0.pdf (04.11.2022).

Vaimse Tervise Strateegia 2016 - 2025. (2016). VATEK.
http://heakool.ee/wp-content/uploads/2016/04/Vaimse_tervise_healolu_strateegia_2016-2025_30.03.2016.pdf (04.11.2022).

Van Ditzhuijzen, J., ten Have, M., de Graaf, R., van Nijnatten, C. H. C. J., Vollebergh, W. A. M. (2017). Correlates of Common Mental Disorders Among Dutch Women Who Have Had an Abortion: A Longitudinal Cohort Study. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 49(2), 123–131.
<https://doi.org/10.1363/psrh.12028>

Van Ditzhuijzen, J., Ten Have, M., De Graaf, R., Van Nijnatten, C. H. C. J., Vollebergh, W. A. M. (2015). The impact of psychiatric history on women's pre- and postabortion experiences. *Contraception*, 92(3), 246–253.
<https://doi.org/doi:10.1016/j.contraception.2015.05.003>

Wallin Lundell, I., Öhman, SG., Sundström Poromaa, I., Högberg, U., Sydsjö, G., Skoog Svanberg, A. (2015). How women perceive abortion care: A study focusing on healthy women and those with mental and posttraumatic stress. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 20(3), 211–222.
<https://doi.org/10.3109/13625187.2014.1002032>

Wallin Lundell, I., Sundström Poromaa, I., Ekselius, L., Georgsson, S., Frans, Ö., Helström, L., Högberg, U., Skoog Svanberg, A. (2017). Neuroticism-related personality traits are associated with posttraumatic stress after abortion: Findings from a Swedish multi-center cohort study. *BMC Women's Health*, 17(1).
<https://doi.org/10.1186/s12905-017-0417-8>

Ühised sammud terviseni. Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2021-2030. (2020). Eesti Õdede Liit. Eesti Ämmaemandate Ühing. Eesti Õendusjuhtide Ühing.
https://www.estnda.ee/pildid/dokumendid/Avaleht/Eesti_oenduse_ammaemanduse_arengustrateegia_2021_2030.pdf (17.02.2022).

Küsimustik

Lugupeetud vastaja!

Olen koostamas arendusprojekti pealkirjaga „Naise vaimse tervise probleemide kaitse ja riskifaktorite hindamise ja vaimse tervise toetamise juhend ämmaemandale abordihoolduses. “Töö koostamiseks vajaksin Teie abi küsimustikule vastamisel, mille eesmärgiks on välja selgitada vajadus juhendi koostamiseks. Vastused on abiks edasise tegevuse planeerimisel, probleemide ja kitsaskohtade lahendamisel. Küsimustik koosneb 7. küsimusest, millele vastamiseks kulub kuni 30 minutit. Küsimustik on anonüümne ja vastuseid kasutatakse arendusprojekti koostamisel. Arendusprojekti kaitsmise järgselt 2023. aasta jaanuaris kogutud ja analüüsitud andmed hävitatakse.

Mind on informeeritud ülalmainitud küsimustikust ning kinnitan nõusolekut oma allkirjaga.

Kontaktisik küsimustikuga seotud teemadel on Velly Roosileht (vellyroosileht@hotmail.com) telefon +372585183. Ette tänades Velly

Küsimustik

Mitu aastat olete töötanud ämmaemandana?

1. Kas ja kui sageli puutute oma töös kokku abordipatsiendiga?
 - Jah, üks kord nädalas
 - Jah, rohkem kui üks kord nädalas
 - Jah, üks kord kuus või harvem
 - Ei puutu oma töös kokku abordipatsiendiga
2. Palun täpsustage, millise patsiendiga te kokku puutute järgnevatest
 - Patsient, kellel on raseduse katkemine
 - Patsient, kellel on raseduse peetumine
 - Patsient, kes soovib omal soovil rasedust katkestada
3. Kas ja kui sageli puutute abordipatsiendiga töötades kokku vaimse tervise probleemiga?
 - Peaaegu alati, kui tegelen abordipatsiendiga

- Jah, üks kord nädalas
 - Jah, rohkem kui üks kord nädalas
 - Jah, üks kord kuus või harvem
 - Ei puutu kokku vaimse tervise probleemiga
4. Kuidas hindate oma toimetuleku- ja nõustamisoskusi vaimse tervise probleemide käsitlemisel abordihoolduses?
- Väga head
 - Head
 - Rahuldavad
 - Kehvad
 - Ei oska öelda
5. Kas olemasolevad teadmised aitavad teil tuvastada naisi, kes võivad vajada vaimset tervist toetavat nõustamist?
- Jah
 - Pigem aitavad
 - Ei
 - Ei oska öelda
6. Milliseid barjääre olete vaimse tervise probleemidega tegeledes tajunud?
7. Kui vajalikuks peate naise vaimse tervise probleemide kaitse- ja riskitegurite hindamise ja vaimse tervisetootamise juhendi loomist ämmaemandale abordihoolduses?
- Väga vajalik
 - Pigem vajalik
 - Pigem mittevajalik
 - Pole üldse vajalik
 - Ei oska öelda

Lisa 2.

Küsimustiku läbiviimise eelne nõusolek AS LTKH Naistekliiniku ülemarstilt

From: Piret Veerus [mailto:piret.veerus@keskhaigla.ee]
Sent: Monday, April 11, 2022 9:32 AM
To: velly.roosileht [mailto:velly.roosileht@keskhaigla.ee]
Subject: RE: Nõusolek küsimustiku osas kavandatavas magistritöös

Jaa, muidugi!

Edu soovides

Piret Veerus
Naistekliiniku juhataja | AS Lääne-Tallinna Keskhaigla
6665678 | | www.keskhaigla.ee

-----Original Message-----

From: velly.roosileht [mailto:velly.roosileht@keskhaigla.ee]
Sent: Monday, April 11, 2022 9:31 AM
To: Piret Veerus
Subject: Nõusolek küsimustiku osas kavandatavas magistritöös

Tere ja alanud ilusat uut pühade eelset nädalat.

Tahtsin uurida, et kas teie poolt on olemas nõusolek, et saaksin edastada küsimustikud meie maja ämmaemandatele?

Tervitab

--

Velly Roosileht /Ämmaemand/
AS Lääne-Tallinna Keskhaigla Ambulatoorne günekoloogiaosakond
Sõle 23 10614 Tallinn, 6665810

Kirjandusallikate otsing ja selekteerimisprotsess

ANDME- BAASI NIMETUS	Esmase otsinguga leitud kirjandus-allikate arv	Kirjandus-allika avaldamise aeg 2015-2022	Kirjandusallikas kättesaadav täistekstina	Kirjandusallika pealkiri sobilik	Kirjandusallika abstrakt sobilik	Töös kasutusse võetud kirjandusallikad
Mendeley	1206	560	132	83	11	3
PubMed	2726	1156	648	329	27	19
NICE	58	31	20	20	2	-
EBSCOhost	3931	1288	524	192	47	6
Artiklite Bibliograafiast	10				10	2
KOKKU	7931	3035	1324	624	97	30

Arendusprojekti teoreetilises raamistikus kasutatud teadusartiklite väljavõtuleht

Autor /id, aasta Väljaanne	Pealkiri	Uurimistöö tüüp Metoodika	Populatsioon valim	Olulised tulemused
Aiken, A.R.A., Starling, J.E., Gomperts, R., Scott, J.G., Aiken, C.E. (2021). <i>BMJ Sex Reprod Health</i> , 0, 1-8.	Demand for self-managed online telemedicine abortion in eight European countries during the COVID-19 pandemic: a regression discontinuity analysis.	Võrdlusuuring	N=3915	Nõudlus telemeditsiini mudelite järele aitab parandada patsiendikesksust ja tagab kiire juurdepääsu ravile.
Biggs, M.A., Brown, K., Foster, D.G. (2020). <i>PLoS One</i> . 15(1).	Perceived abortion stigma and psychological well-being over five years after receiving or being denied an abortion.	Turnaway, longituuduuring	N= 928	Enamik aborti kaaluvaid inimesi tajub mõningast abordi häbimärgistamist, mis on aastaid hiljem seotud psühholoogilise stressiga.
Biggs, M. A., Neilands, T. B., Kaller, S., Wingo, E., Ralph, L.J. (2020). <i>PLoS ONE</i> , 15(12), 1–17	Developing and validating the Psychosocial Burden among people Seeking Abortion Scale (PB-SAS).	Uurimuslik faktoranalüüs (EFA) Ekspert hinnangud, intervjuud	N=784	Samad piirangud, mis väidetavalt kaitsevad inimesi vaimse tervise kahjustuste eest, võivad suurendada inimeste psühhosotsiaalset koormust ja aidata kaasa ebasoodsate psühholoogiliste tagajärgede tekkele
Boydell, N., Reynolds-Wright, J.J., Cameron, S.T., Harden, J. (2021). <i>An International Journal of Obstetrics and Gynecology</i> , 128(11), 1752-1761	Women's experiences of a telemedicine abortion service (up to 12 weeks) implemented during the coronavirus (COVID-19) pandemic: a qualitative evaluation.	Poolstruktureeritud kvalitatiivsed intervjuud	N=20	Telemeditsiinilise võimaluse pakkumine võib võimaldada naistel juurdepääsu abordihooldusele

Cutler, A., McNamara, B., Qasba, N., Kennedy, H.P., Lundsberg, L., Garipey, A. (2018). <i>Women's Health Issues</i> . 28(1):75-81.	"I Just Don't Know": An Exploration of Women's Ambivalence about a New Pregnancy.	Kvalitatiivne Uuring. Kasutati poolstruktureeritud intervjuusid, transkribeerimist	N=84	Raseduse kavatsuse või otsuste tegemisega seotud ambivalentsus.
De Carvalho, A.C., da Silva, M.E., Magueta Matos, B., Machado de Campos Bottino, C., Riedel Abrahão, A., Molina Cohrs, F., Mota Borges Bottino, S., Borges Bottino, M. (2016). <i>Rev Bras Ginecol. Obstet</i> 38(12): 609-614	Depression in Women with Recurrent Miscarriages-an Exploratory Study.	Läbilõikeline epidemioloogiline uuring. Kasutati väärtõlgemise hindamise ekraani (AAS), Edinburghi sünnijärgse depressiooni skaalat (EPDS) ja alkoholi, suitsetamise ja ainete kasutamise sõeluuringut (ASSIST).	N=80	Tulemused viitavad sellele, et depressiooni ja sellega seotud seisundite, nagu perevägivald ja ainete kasutamine, süstemaatiline hindamine peaks olema korduvate raseduse katkemistega naiste sünnieelse järelkontrolli osa.
Demontigny F., Verdon, C., Meunier, S., Gervais, C., Coté, I. (2020). <i>Rev. Latino-Am. Enfermagem</i> , 28	Protective and risk factors for women's mental health after a spontaneous abortion.	Läbilõikeuuring	N=231 naist, kes olid viimase 4 aasta jooksul kogenud spontaanset aborti	Haavatavas olukorras naised on pärast spontaanset aborti vaimse tervise probleemide suhtes eriti haavatavad..
Ehrenreich, K., Marston, C. (2019). <i>Reprod Health.</i> , 16(1):94.	Spatial dimensions of telemedicine and abortion access: a qualitative study of women's experiences.		N=22	Telemediitsin võib parandada privaatsust, vähendada reisikulusid ja muid abordiabi otsivate naiste koormusi
Ferrer Serret, L., Solsona Pairó, M. (2018). <i>Sociol Health of Health and Illn.</i> 40(6):1087-1103.	The place of abortion in the pregnancy decision-making process in young adult women in Catalonia, Spain.	Kvalitatiivne, süvaintervjuud. Andmeid analüüsiti programmi Atlas-ti™ abil ja neile viidi läbi induktiivne sisuanalüüs.	N=25	Aborditsuse motiivid on omavahel seotud ja põhinevad naiste praegusel eluetapil
Herd, P., Higgins, J., Sicinski, K., Merkurieva, I. (2016). <i>American Journal of Public Health</i> , 106(3), 421–429.	The implications of unintended pregnancies for mental health in later life.	Longituuduuring	Algne WLS-i valim sisaldas 5326 naist	60 aastat kestnud uuringul Wisconsin uuriti seoseid soovimatute ja valesi tehtud raseduste ning vaimse tervise vahel hilisemas elus
Hilty, D.M., Chan, S., Hwang, T., Wong, A., Bauer, A.M. (2017). <i>Mhealth</i> . 3(5)21:34-34.	Advances in mobile mental health: opportunities and implications for the	Tõendus põhine kirjandus		m-tervist, telemediitsini ja muid teenuseid peetakse TMH tervise- või eMH-ravi osaks, mis annab patsiendile parema,

	spectrum of e-mental health services.			soodsama ja kiirema juurdepääsu teenustele
Johnson-Mallard, V., Kostas-Polston, E.A., Woods, N.F., Simmonds, K.E., Alexander, I.M., Taylor, D. (2017). <i>Women's Midlife Health</i> .3(1)	Unintended pregnancy: a framework for prevention and options for midlife women in the US.	Aruanne, raport	Keskealised naised	Uuriti seksuaalselt aktiivsete keskealiste naiste seksuaal- ja reproduktiivtervise mustreid
Kazemi, A., Ghaedrahmati, M., Kheirabadi, G. (2021). <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> , 21(1).	Partner's emotional reaction to pregnancy mediates the relationship between pregnancy planning and prenatal mental health.	Läbilõikeuring. Depressiooni ja ärevuse taset mõõdeti Edinburghi sünnijärgse depressiooni skaala ja seisundi-tunnuste ärevuse inventuuri abil. PERP skoori mõõdeti ka teadlase koostatud küsimustiku abil. Andmeid analüüsiti pistikprogrammi PROCESS makro abil.	N=303	Naised peavad raseduse korral oma vaimse tervise säilitamiseks saama partneritelt positiivse reaktsiooni rasedusele
Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Chesla, C. A., Gjengedal, E. (2018). <i>Health Care for Women International</i> , 39(7), 784–807	Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester.	Fenomenoloogiline uurimus Intervjueerides neid enne ja pärast nende otsust. Temaatiline analüüs	N=13 naist vanuses 18–36 a.	Raseduse katkestamise otsustamine on aga keeruline protsess ja mõned naised jõuavad abordini kui nad pole ise ikka veel täiesti kindlad.
Kotta, S., Molangur, U., Bipeta, R., Ganesh, R. (2018). <i>Indian J Psychiatry</i> . 60(2):217-223.	A Cross-Sectional Study of the Psychosocial Problems Following Abortion.	Läbilõikeuring Intervjuud, kasutades diagnostikavahendeid (Impact of Events Scale-Revised [IES-R] ja Goldberg Health Questionnaire-12 [GHQ-12]). Analüüs viidi läbi SPSS tarkvara abil.	Koguti 60 spontaanse aborti juhtumit, 31 terapeutilist ja 9 omal soovil aborti	Haiguslugu oli oluline tegur aborti läbi teinud naiste vaimse tervise tulemuste määramisel.
Kumar, A. (2018). <i>Feminism and Psychology</i> , 28(4), 530–538.	Disgust, stigma, and the politics of abortion.	Artikkel, mis tugineb USA abordiarutelu näidetele		Vastikustunne ja häbimärgistus aborti kontekstis.
Mauri, P. A., Squillace, F. (2017). <i>European Journal of Contraception and Reproductive Health Care</i> , 22(3), 227–232.	The experience of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study.	Poolstruktureeritud Intervjuude ära kirju analüüsiti, kasutades andmeanalüüsi fenomenoloogilist lähenemist.		Abordihooldust osutav ämmaemand vajab täiendavat ametialast väljaõpet, et tõsta viimase erialast kompetentsi ja tuleks vältida pidevat personali voolavust ja mehaanilist nõustamist

Reardon, D.C., Craver C. (2021). <i>Int J Environ Res Public Health</i> . 18(4):2179.	Effects of Pregnancy Loss on Subsequent Postpartum Mental Health: A Prospective Longitudinal Cohort Study.	Perspektiivne pikisuunaline kohordiuuring	N= 216,828	Varasemate vaimse tervise ravi (MHT) ajalugu oli PPT tugevaim ennustaja, kuid raseduse katkemine on ka teine oluline riskitegur. Üldiselt vajasid naised, kelle rasedus oli katkenud, 35% tõenäolisemalt aPPT-d
San Lazaro Campillo, I., Meaney, S., McNamara, K., O'Donoghue, K. (2017) <i>BMJ Open</i> .7;7(9):e017802.	Psychological and support interventions to reduce levels of stress, anxiety or depression on women's subsequent pregnancy with a history of miscarriage: an empty systematic review.	Randomiseeritud kontrollitud uuringute (RCT) süstemaatiline ülevaade		Tugi ja psühholoogilised sekkumised võivad parandada rasedate naiste psühholoogilist heaolu pärast raseduse katkemist
Santos, R de C., Viana, M.R.P., Amorim, F.C.M., Rêgo Neta, M.M., Feitosa Sousa, K.H.J.F., Silva, F da C. (2021) <i>Cogitare Enfermagem</i> , 26.	Women's feelings arising from their experience in an abortion process.	Kirjeldav ja kvalitatiivne uuring	14 naist vanuses 20–40 aastat.	Abordiprotsessi iseloomustavad keerulised tunde, kogemused.
Steinberg, J.R., Laursen, T.M., Adler, N.E., Gasse, C., Agerbo, E., Munk-Olsen T. (2018). <i>JAMA Psychiatry</i> . 75(8):828-834.	Examining the Association of Antidepressant Prescriptions With First Abortion and First Childbirth.	Selles uuringus seostati andmeid ja tuvastati Taani rahvastikuregistri-test pärit naiste kohort	396 397 naist; nendest 30 834-l oli esimesel trimestril esimene abort ja 85 592-l oli esimene sünnitus.	Naised, kellel on olnud abort, kasutavad sagedamini AD võrreldes naistega, kes ei ole teinud aborti. Samas AD kasutamine ei ole tingitud abordist, vaid erinevatest vaimse tervise riskiteguritest.
Steinberg, J.R., Tschann, J.M., Furgerson, D., Harper, C.C. (2016). <i>Soc Sci Med</i> . 150:67-75.	Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance of stigma.	Rasestumisvastase käitumise uuring kahes osas. Küsitlusvihiku täitmine	N=353	Lapsepõlvetraumad ja partneritega ebaõnnestumised, sealhulgas reproduktiivset sündi seostati negatiivsed vaimse tervise sümptomite esinemisega, mida nagu tajuti aborti häbimärgistamisel
Sullins, D. P. (2016). <i>SAGE Open Medicine</i> ,4	Abortion, substance abuse and mental health	Riiklik pikisuunaline uuring	N=8005	Erinevalt teistest raseduse tulemustest on abort pidevalt

	in early adulthood: Thirteen-year longitudinal evidence from the United States.			seotud vaimse tervise häirete riski mõõduka suurenemisega hilises noorukieas ja varases täiskasvanueas.
Širvinskiene, G., Žemaitiene, N., Jusiene, R., Šmigelskas, K., Veryga, A., Markuniene, E. (2016). <i>Medicina (Lithuania)</i> , 52(2), 132–138.	Smoking during pregnancy in association with maternal emotional well-being.	Kohortuuring Küsimustikud. Statistilised protseduurid viidi läbi SPSS abil.	N=514	Tulemused toetavad, et suitsetamise, alkoholitarbimise ja emotsionaalse heaolu vahel on seos.
Tavoli, Z., Mohammadi, M., Tavoli, A., Moini, A., Effatpanah, M., Khedmat, L., Montazeri, A. (2018). <i>Health and Quality of Life Outcomes</i> , 16(1).	Quality of life and psychological distress in women with recurrent miscarriage: A comparative study.	Võrdlusuuring. Elukvaliteeti (QOL) mõõdeti 36-punktilise lühivormiuuringu (SF-36) abil. Lisaks kasutati ärevuse ja depressiooni mõõtmiseks haigla ärevuse ja depressiooni skaalat (HADS)..	N=210, sellest 105 korduva raseduse katkemisega naist ja 105 tervet naist.	Leiud viitavad sellele, et korduva raseduse katkemise asjakohane ravi on vajalik.
Toffol, E., Pohjoranta, E., Suhonen, S., Hurskainen, R., Partonen, T., Mentula, M., Heikinheimo, O. (2016). <i>Acta Obstet Gynecol Scand.</i> 95, 1171-1180.	Anxiety and quality of life after first-trimester termination of pregnancy: a prospective study	Randomiseeritud uuring	N= 742 naist; Sekkumises randomiseeriti 375 naist vs. 367 kontrollrühmas	Kõrge ärevustase, psühhiaatriline haigus anamneesis ja suitsetamine on halva elukvaliteedi riskitegurid.
Van Ditzhuijzen, J., Ten Have, M., de Graaf, R., van Nijnatten, C.H., Vollebergh, W.A. (2015). <i>Contraception.</i> 92(3):246-53.	The impact of psychiatric history on women's pre- and postabortion experiences.	Analüüsi regressioonanalüüsiga aborti teinud naised	N=325	Psühhiaatriline haigus anamneesis mõjutab tugevalt naiste abordieelseid ja -järgseid kogemusi.
Van Ditzhuijzen, J., Ten Have, M., de Graaf, R., van Nijnatten, C.H.C.J., Vollebergh, W.A.M. (2017). <i>Perspect Sex Reprod Health.</i> 49(2):123-131	Correlates of Common Mental Disorders Among Dutch Women Who Have Had an Abortion: A Longitudinal Cohort Study.	Pikisuunaline kohordiuuring Kirjeldav analüüs	N=325	Abordijärgsete psüühikahäirete korrelaadid olid muutujad, mis on määratletud psüühikahäirete üldiste riskiteguritena, mis toetab ideed, et abort ei kujuta endast konkreetseid riske tulevasele vaimsele tervisele.
Wallin Lundell, I., Öhman, S.G., Sundström Poromaa, I., Högberg, U., Sydsjö, G., Skoog Svanberg, A. (2015).	How women perceive abortion care: A study focusing on healthy women and those with	Kohortuuring	N= 708	PTSD/PTSS-iga naised tajusid sagedamini, et abordihooldus on puudulik kui terved naised. Need naised vajavad täiendavat tuge

<i>Eur J Contracept Reprod Health Care.</i> 20(3):211-22	mental and posttraumatic stress.			
Wallin Lundell, I., Sundström Poromaa, I., Ekselius, L., Georgsson, S., Frans, Ö., Helström, L., Högberg, U., Skoog Svanberg, A.(2017). <i>BMC Women's Health</i> , 17(1).	Neuroticism-related personality traits are associated with posttraumatic stress after abortion: Findings from a Swedish multi-center cohort study.	Kohortuuring	N=1294	Neurootilisusega seotud isiksuseomaduste kõrged tulemused mõjutavad PTSD või PTSS-i riski pärast aborti.

Koosolekud

Aeg	Tegevus	Tulem
18.02.2022	Edastati e-kirjad arvamuse saamiseks arendusprojekti teema aktuaalsust ja olulisuse kohta: MTÜ Eesti Ämmaemandate Ühingule ja gestaltpsühhoterapeutidele (Euroopa psühhoterapeudi sertifikaadi omanik, organisatsioonide nõustaja, <i>coach</i> , koolitaja ning ka psühholoogiliste raamatute autor).	18.02.2022 saadi toetav vastus MTÜ Eesti Ämmaemandate Ühingult; 27.02.2022 saadi toetav vastus gestaltpsühhoterapeutidelt.
20.02.2022	INFORMATSIOONIKOOSOLEK, et tutvustada kavandatava arenguprojekti ideed AS Lääne-Tallinna Keskhaigla (edaspidi LTKH) Naistekliiniku ambulatoorse günekoloogia osakonna õendusjuhile ja juhatajale. Informatsioonikoosoleku eesmärgiks välja selgitada, kelle nõusolek(ud) on veel vajalikud ämmaemanda juhendi väljatöötamiseks.	Saadi koosolekul toetav suuline tagasiside ja soovitused edastada taotlus arendusprojekti läbiviimise kohta Pelgulinna Naistekliiniku juhatajale ja ämmaemandusjuhile meili teel.
25.02.2022	Edastati meili teel digiallkirjastatud taotlus arendusprojekti kohta arvamuse ning toetuse saamiseks AS LTKH Naistekliiniku juhatajale ja ämmaemandusjuhile.	01.03.2022 saadi toetav vastus AS LTKH Naistekliiniku ämmaemandusjuhilt. 23.03.2022 saadi esimene vastus AS LTKH Naistekliiniku juhatajalt, kus paluti vastata täpsustavatele küsimustele.
09.03.2022	Küsiti luba LTKH Naistekliiniku ämmaemandusjuhilt küsitluse läbiviimiseks AS LTKH Naistekliinikus ämmaemandate seas	Saadi suuline luba küsitluse läbiviimiseks AS LTKH Naistekliinikus ämmaemandate seas.
23.03.2022	Edastati eelneva suulise kokkulepe alusel e-kiri raseduskriisi nõustajale arvamuse saamiseks arendusprojekti teema aktuaalsust ja olulisuse kohta.	30.03.2022 saadi toetav vastus raseduskriisi nõustajalt.
23.03.2022	Täpsustati küsimustiku küsimusi AS LTKH Naistekliiniku juhataja ettepanekuid arvesse võttes.	
06.04.2022	Paluti kirjalikult luba AS LTKH Naistekliiniku juhatajalt läbi viia küsimustik AS LTKH Naistekliinikus ämmaemandate seas, et koguda kirjalikku teavet kavandatava juhendi kohta.	11.04.2022 saadi kirjalik luba AS LTKH Naistekliiniku juhatajalt läbi viia küsimustik AS LTKH Naistekliinikus ämmaemandate seas
26.04.2022	Edastati MTÜ Eluliin juhatusele e-posti teel küsimus nende pakutavate Emotsionaalse toe telefoni ja Tallinna psühholoogilise kriisiabi telefoni kohta.	27.04.22 saadi kirjalik vastus.
Mai-juuli 2022	Esmases juhendi tutvustus psühholoogidele	24.05.22 saadi toetav vastus Kaire Talvistelt 22.07.22 saadi toetav vastus ning soovitusel Margit Embergilt
Oktoober - november 2022	Arendusprojekti ja juhendi tutvustus LTKH-s	I teabepäev 1. november 2022; II teabepäev 21. november 2022

Juhend

NAISE VAIMSE TERVISE PROBLEEMIDE KAITSE- JA RISKITEGURITE HINDAMISE JUHEND ÄMMAEMANDALE ABORDIHOOLDUSES

1. EESMÄRK

Käesoleva juhendi eesmärk on ühtne lähtekoht ja põhimõtted ämmaemandale abordihoolduses (raseduse katkestamine, peetumine või katkemine raseduse suuruses alla 12 nädalat) naise vaimse tervise probleemide kaitse- ja riskitegurite hindamiseks ja esmaseks toetamiseks.

2. VASTUTUS

Juhend tugineb tõenduspõhisusele ja juhendi täitmise eest vastutavad abordihoolduse patsiendiga töötavad ämmaemandad. Eesmärke ellu viivate otsuste tegemisel, korraldamisel ja suhtlemisel teeb ämmaemand koostööd interdistsiplinaarse meeskonnaga.

3. MÕISTED

Terviklik abordihooldus (*Comprehensive abortion care*): teabe pakkumine, abordi juhtimine (sealhulgas indutseeritud abort ja raseduse katkemisega seotud hooldus) ja abordijärgne hooldus (Abortion care..., 2022).

Kaitsetegur „on tegur, mille mõju aitab ära hoida või vähendada tervistkahjustavate tegurite mõju“ (tsit Vaimse Tervise ..., 2016: 9 järgi).

Planeerimata/soovimatu (*unintended*) rasedus on valesti ajastatud (*mistimed*) või mitte tahetud (*unwanted*) rasedus. Valesti ajastatud rasedused on need, mis esinevad naistel, kes ei soovinud

rasestuda käesoleval hetkel, kuid soovivad rasestuda mingil ajal tulevikus. Mitte tahetud rasedused on need, mida naised ei soovi käesoleva hetkel ega kunagi tulevikus (Johnson-Mallard jt, 2017).

Raseduse katkemine mitte-eluvõimeline rasedus väljub iseeneslikult täielikult või osaliselt emakast (MedlinePlus, 2018).

Raseduse peetumine (*missed abortion*) on rasedus, mis ei ole enam eluvõimeline ega kasva, kuid ei ole emakast iseenesest väljunud (Ibid, 2018).

Riskitegur „on tegur, mis põhjustab või soodustab tervises seisundi halvenemist, tervises seisundile soodsalt mõjuvate tegurite toime vähenemist või haigustele vastuvõtlikkuse suurenemist“ (tsit Vaimse Tervise ..., 2016: 10 järgi)

Vaimse tervise probleem on psüühikaga seotud raskus või vastus sellele, mis on juhtunud või toimub meie ümber. Need raskused raskendavad meie igapäevaelus edasiliikumist, ulatuvad valusatest tunnetest ja mõtetest (mida on meil kõigil aeg-ajalt) kuni tõsiste pikaajaliste seisunditeni, mis võivad püsida aastaid. (About mental..., 2019).

4. TEGEVUSKIRJELDUS

4.1. Ambulatoorsel vastuvõtul ämmaemand:

- Loob turvalise hinnangutevaba keskkonna;
- Loob naisega kontakti, kuulab, on rahulik ja tagab naisele professionaalselt neutraalse toetuse;
- Kasutab naisele arusaadavat ja olukorda sobivat sõnavara;
- Kasutab avatud küsimusi, mis võimaldavad naisel oma mõtteid ja muresid vabalt väljendada;
- Nõustab raseduse katkestamise protseduurist (sh. kõrvaltoimed, valutustamine ja erakorralise pöördumise põhjused); kohandab nõustamise sisu sõltuvalt pöördumise põhjusest (vt mõisted);
- Nõustab rasestumisvastase vahendi valikul, võtab arvesse konkreetse naise vajadusi ja eelistusi;

- Patsiendi vaimse tervise seisundi hindamisel ämmaemand pöörab tähelepanu vaimse tervise probleemide ennetamisel riski- ja kaitseteguritele (vt tabel 1).

Tabel 1. Vaimse tervise probleemide võimalikud riski- ja kaitsetegurid

Tervishoiutöötaja käitumisest/tervishoiuasutusest jm. tulenevad tegurid	
KAITSETEGURID	RISKITEGURID
Tervishoiutöötajad on teadlikud, et otsuste tegemisel seisavad naised silmitsi oma ambivalentsete tunnetega	Otsustamisprotsess ja seadusest tulenevad piirangud; Naise ambivalentset tunded
Rahuolu tervishoiuteenusega	Rahulolematus tervishoiuteenusega
Tervishoiutöötaja neutraalne toetus, huvi, kaasatus ja mõistmine konkreetse naise olukorrast	Tervishoiutöötajad, kes naisega ei suhtle
Avatud küsimused, mis võimaldavad naisel oma mõtteid ja muresid vabalt väljendada ja loovad naisele turvalise keskkonna	Abordi häbimärgistamine
Kliendist (naisest/patsiendist) tulenevad tegurid	
Partneri positiivne reaktsioon rasedusele/soovile rasedust katkestada	Erimeelsused partneri või teiste lähedastega
Üldine rahuolu eluga	Väljendab rahulolematust eluga; Hiljutised negatiivseid elusündmused; Kõrgenenud ärevus.
Toetavad lähisuhted	Vähene tajutud sotsiaalne toetus; Konfliktid lähisuhted (partneri või lähedastega).
Rahulolu partnerlussuhete ja seksuaaleluga	Tajutud surve partneri või lähedaste poolt. Lähisuhte vägivald, seksuaalvägivald, reproduktiivsund
Elussünniga lõppenud rasedus/ed	Lastetud naised. Korduvad raseduse katkemised/abort anamneesis
	Sisserännanud naised ja kultuuriline erinevus
Hea sotsiaalmajanduslik olukord (haridustase, elukoht, sissetulek)	Madal sotsiaalmajanduslik olukord (haridustase, elukoht, sissetulek)
Psühhiaatriline anamnees puudub	Eelnev psühhiaatriline anamnees ja kasutatavad ravimid
Tervist toetav elustiil	Kahjulikud harjumused (väärtoitumine, vähene liikumine, unepuudus, suitsetamine, narkootikumid ja alkohol)

- Ämmaemand pakub ennetava eesmärgiga vastuvõtuga vaimse tervise õe, raseduskriisnõustaja või psühholoogi poole. Kui patsient koheselt vastuvõtuga ei soovi, siis ämmaemand jagab vajalikud kontaktid kirjalikult kaasa (vt tabel 2).

Tabel 2. Psühholoogilise toe võimalused

Psühholoogiline tugi	Kontakt	Võimalik pöörduda
Tasuta raseduskriisi nõustamistelefon	800 2008	iga päev 9-21
Raseduskriisi e-nõustamine	https://rasedus.ee/e-noustamine/	Vastatakse nädala jooksul

Emotsionaalse toe telefon	eesti keeles 655 8088 vene keeles 655 5688	19-7
Tallinna psühholoogiline kriisiabi (vastuvõtt ainult Tallinna linna elanikele)	6 314 300	E, T, K, 12-19 N, R 15-19
Vaimse tervise tugiliin	eesti, vene, inglise keeles 660 4500	Iga päev 10-24
Psühhiaatrikliiniku valvetuba Tallinnas, Paldiski mnt 52	6172 650	24h

- Dokumenteerib visiidi, sh. tähelepanekud ja objektiivsed andmed ning teeb vajalikud saatekirjad;
- Jagab raviasutuse kontaktid: Aadress: Sõle 23, 10614 Tallinn, abordihoolduse ämmaemand: E-R kell 8-15 kontakttelefon: 53021730; velly.roosileht@keskhaigla.ee ja valvetuba 24h (ämmaemand) kontakttelefon: 53424724.

4.2. Eriolukorras (äge stressreaktsioon, suitsiidiplaan või muul viisil oht elule/tervisele) tegeledes ämmaemand:

- On tutvunud AS Lääne - Tallinna Keskaigla dokumentiga: *Töötajate tegevus ohu korral, mis on põhjustatud psüühikahäirega -, uimasti - või alkoholihoobes isiku poolt.*
- tagab enda ja patsiendi (ära jäta patsienti üksi) turvalisuse;
- informeerib patsienti edasisuunamise vajadusest ja helistab naistekliiniku valvearstile (kontakttelefon: 53048556) ning varub patsiendiga tegelemiseks aega.
- **Helistab 112** olukorras **kui on vaja kiireloomulist abi**, kohest elu päästmist.