

Tartu Ülikool  
Arstiteaduskond  
Õendusteaduse osakond

**Janne Remmer**

**ÄMMAEMANDATE KOGEMUSED PERINATAALSE SURMAGA –  
KVALITATIIVNE UURIMUS TARTU ÜLIKOOLI KLIINIKUMIS**

Magistritöö õendusteaduses

Tartu 2013

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, **Janne Remmer**

(sünnikuupäev: 07.12.1985)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

“**Ämmaemandate kogemused perinataalse surmaga**”,

mille juhendajad on **Karin Eilmann** ja **Kristi Toode**

- 1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
  - 1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 28.03.13.

## KOKKUVÕTE

### **Ämmaemandate kogemused perinataalse surmaga – kvalitatiivne uurimus Tartu Ülikooli Kliinikumis**

Perinataalne surm on ämmaemandatele raske kogemus ning seetõttu vajavad nad sellega kokku puutumisel toetust ja abi. Selleks, et ämmaemandaid aidata, on esmalt vaja teadvustada nende kogemusi. Ämmaemandate kogemusi perinataalse surmaga on uuritud vähe. Käesoleva töö eesmärk oli kirjeldada ämmaemandate kogemusi perinataalse surmaga Tartu Ülikooli Kliinikumis, tulenevalt töö teemast ja valitud metoodikast uurimisküsimused puudusid ning töö tulemused sõltusid saadud teabest.

Käesolev töö on empiiriline, kirjeldav ja kvalitatiivne ning valitud uurimismeetodiks oli struktureerimata intervjuu. Uurimuses osalemiseks avaldas soovi 13 ämmaemandat, kellest intervjuueeriti üheksat. Andmeid koguti kuni kahe viimase intervjuuga enam uut teavet ei lisandunud. Kõik intervjuud lindistati, kirjutati sõna-sõnalt ümber ning analüüsiti induktiivse siusuanalüüsi meetodil paralleelselt andmete kogumisega.

Uurimistulemustena selgus, et ämmaemandate toimetulemist mõjutavad varasem kokkupuude perinataalse surmaga, valmisolek sündmuseks, suutmatus unustada läbielatud, ema suhtumine lapse surma, pere süüdistav hoiak tervishoiutöötajate suhtes, loote välimus, raseduse suurus ja situatsiooni ootamatus. Toimetulemist mõjutavateks tegevusteks olid rääkimine, omaette olemine, füüsiline tegevus, vabastav nutmine, enda tegevuse analüüsimine ja veendumine oma tegevuse õigsuses. Sooviti saada ka professionaalset abi toimetulemiseks. Ämmaemandate kogemusi perinataalse surma ja leinava perega tegelemisel mõjutasid koolipoolne ettevalmistus, täiendkoolitused ja iseseisev ettevalmistumine. Leinava perega suhtlemisel kogeti vastuolulisi tundeid, sealhulgas soovimatust perega tegeleda, ebakindlust ja süütunnet enda heaolu pärast. Ämmaemandad asetasid end ema olukorda ning tundsid vajadust nutta ja kallistada koos perega. Ämmaemandate jaoks oli raskeks katsumuseks perele surnud lapse näitamine. Ämmaemandusabi parendamiseks Tartu Ülikooli Kliinikumis on vaja ühtset käitumismudelit, ämmaemandusabi jätkamist leinavale emale ka pärast väljakirjutamist ning abivahendeid mälestuste jäädvustamiseks ja säilitamiseks pere jaoks. Uurimistöö tulemusi ei saa üldistada üle Eesti, kuid

nende põhjal on võimalik välja töötada toimetulekustrateegia Tartu Ülikooli Kliinikumi ämmaemandatele.

Märksõnad: ämmaemand, perinataalne surm, kogemused, intervjuu, sisuanalüüs.

## **SUMMARY**

### **Midwives' experiences with perinatal death – qualitative study in Tartu University Hospital**

Perinatal death is a difficult experience for midwives and therefore they need help to cope with it. To help midwives, we must first acknowledge their experiences. Little is known about midwives experiences with perinatal death. The aim of this study was to describe midwives' experiences with perinatal death in Tartu University Hospital. There were no research questions because of the nature of the research topic and methodology, therefore the results of this study depended on the gathered data.

The present study is empiric, descriptive and qualitative, the used methodology is open interview. 13 midwives from Tartu University Hospital volunteered to participate in this study, nine of them were interviewed. Data was collected until no new information occurred with the last two interviews. All interviews were recorded and transcribed verbatim and inductive content analysis was used. The gathering and analysis of data took place simultaneously.

Results: Midwives' coping with perinatal death is affected by midwife's previous contact with perinatal death, midwife's readiness for the situation, midwife's inability to forget the experience, mother's attitude towards the death of the child, family's accusing attitude towards the health care staff, the appearance of the fetus, gestation age and the suddenness of the situation. Actions, which affect midwife's coping, were talking, being alone, physical activity, liberating crying, analysing and confirming the accuracy of ones own actions. Midwives requested professional aid. Midwives' experiences with dealing with perinatal death and communicating with the mourning family were affected by pre graduation training, post graduation training and independent preparation. While dealing with the grieving family, midwives experienced controversial emotions, like unwillingness to deal with the mourning family, uncertainty, and guilt because of their own well-being. Midwives empathized with the grieving mother and felt the need to cry and hug with the family. Showing the deceased child to the family proved to be particularly difficult. To improve midwifery care in Tartu University Hospital, midwives are looking for a how-to-act model, extended midwifery care for the mother

after leaving the hospital and tools for creating and storing memorabilia, such as fotos. The results of this study are not generalizable to all midwives in Estonia, but they can be used to design perinatal death coping strategies for the midwives of Tartu University Hospital.

Keywords: midwives, perinatal death, experiences, interview, content analysis

## SISUKORD

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks .....	2
KOKKUVÕTE.....	3
SUMMARY.....	5
SISUKORD.....	7
1. SISSEJUHATUS.....	8
2. ÄMMAEMANDATE KOGEMUSED PERINATAALSE SURMAGA - VARASEMATE UURIMISTÖÖDE ÜLEVAADE JA METOODIKA.....	10
2.1. Ämmaemandate kogemused perinataalse surma korral – kirjanduse ülevaade.....	10
2.2. Varasemate uurimistööde meetodika.....	13
3. UURIMISTÖÖ METOODIKA.....	15
3.1. Uurimistöö meetodilised lähtekohad.....	15
3.2. Uuritavad.....	15
3.3. Andmete kogumine.....	17
3.4. Andmete analüüs.....	18
3.5. Uurimistöö usaldusväärsus.....	19
4. TULEMUSED.....	21
4.1. Ämmaemandate kogemused läbielatuga psühholoogiliselt toimetulemise mõjuritest.....	21
4.2. Ämmaemandate kogemused seoses perinataalse surma ja leinava perega tegelemisega ..	30
5. ARUTELU.....	39
Ämmaemandate kogemused läbielatuga psühholoogiliselt toimetulemise mõjuritest.....	39
Ämmaemandate kogemused seoses perinataalse surma ja leinava perega tegelemisega ..	44
Uurimistöö usaldusväärsus ja eetilised aspektid.....	48
6. JÄRELDUSED.....	50
KASUTATUD KIRJANDUS.....	52
LISA 1: TARTU ÜLIKOOLI INIMUURINGUTE EETIKA KOMITEE LUBA.....	54
LISA 2: Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm.....	55

## 1. SISSEJUHATUS

Ämmaemandust peetakse erialaks, mis on seotud elu alguse ja rõõmuga, kuid aeg-ajalt tuleb ämmaemandatel kokku puutuda ka surmaga. Surm, eriti lapse surm, on kaasaegses Lääne ühiskonnas tabu teema ja seetõttu välditakse sellega seonduvat. Vältimine toob aga kaasa selle, et surmaga kokku puutudes ei osata oma emotsioonidega toime tulla ega leinajaga käituda. Seda kinnitavad mitmed autorid, kes on leidnud, et meditsiinipersonalil puudub piisav oskus leinavate lapsevanematega suhtlemiseks (Gardner 1999, Chan jt 2007, Fanwick'i jt 2007, Modiba 2008) ja et seetõttu hakkavad osad ämmaemandad leinava naisega suhtlemist vältima (Modiba 2008). Suhtlemisraskusi tervishoiutöötajatega on kogenud ka lapse kaotanud emad (Trulsson ja Rådestad 2004). Seetõttu on oluline pöörata tähelepanu ämmaemandate perinataalse surmaga seonduvatele kogemustele ja leida üles kitsaskohad, mis mõjutavad ämmaemandate toimetulemist ning osutatud ämmaemandusabi kvaliteeti.

Ämmaemandate õppekavas otseselt surma ja leina puudutavad õppeained puuduvad. Vähesel määral käsitletakse perinataalset surma riskiraseduse ja patoloogilise sünnituse juures, kus teemat käsitletakse peamiselt meditsiinilisest aspektist. Kaunonen jt (2000) leidsid, et lapse perinataalse surma korral kogevad lisaks vanematele leina ka tervishoiutöötajad ja see muudab leinava perekonna eest hoolitsemise personali jaoks eriti raskeks. Siiski peavad ämmaemandad suutma leinavat perekonda professionaalselt toetada. Selleks, et ämmaemandad suudaksid teisi aidata, peavad nad kõigepealt õppima oma tunnetega toime tulema ning selleks võib neil vaja minna ka teiste abi. Tunnetega toimetulemisele aitab kaasa oma ja teiste kogemuste teadvustamine ja nendest õppimine. Seetõttu uuritakse ka käesolevas töös ämmaemandate kogemusi.

Õenduses kasutatakse mõistet „kogemus“ neljal viisil: kogemus on kokkupuude konkreetse sündmuse, emotsiooni, informatsiooni või situatsiooniga, kogemus on õena töötatud aeg, samuti selle aja jooksul omandatud teadmiste hulk ning lisaks veel sündmus, situatsioon või emotsioon (Watson 1991). Käesolev töö käsitleb ämmaemandate kokkupuuteid perinataalse surmaga, sellega kaasnevaid tundeid ja kokkupuute käigus omandatud teadmisi.

Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum (edaspidi kliinikum) on piirkondlik haigla, kuhu koonduvad kokku kõrgenenud riskiga rasedad mitte ainult Tartust, vaid kogu Lõuna-Eestist, mistõttu

puutuvad kliinikumis töötavad ämmaemandad patoloogiatega kokku sagedamini, kui maakondades töötavad ämmaemandad. Kliinikumis tegeleb normaalselt kulgeva sünnituse korral sünnitajaga valdavalt ämmaemand, kes kõrvalekallete esinemisel kutsub sünnituse juurde arsti. Patoloogiate ja loote üsasisese surma korral tegelevad sünnitajaga nii arst kui ka ämmaemand. Seega ei ole ämmaemand seotud mitte üksnes lapse sünni ilusama ja õnnelikuma poolega, vaid on tugevalt seotud ka patoloogilise sünnituse ja perinataalse surmaga. Kliinikumis on tööl nii hingehoidja kui ka raseduskriisinõustaja, kelle poole pere vajadusel pöörduda saab, kuid esmane kontakt haiglapersonaliga on leinaval perekonnal enamasti siiski ämmaemandaga. Arvestades Tartumaal aset leidvate perinataalsete surmajuhtumite arvu aastas (Tervise Arengu Instituut 2011a) ja sündivate laste arvu Tartus (Tervise Arengu Instituut 2011b) võib järeldada, et aastas puutub kliinikumis surmaga kokku kuus kuni kaheksa ämmaemandat ehk keskmiselt iga viies sünnitustoa ämmaemand

Ämmaemandate ja teiste tervishoiutöötajate kogemusi perinataalse surmaga on uuritud vähe, kuid viimasel kümnendil on mõned uurimistööd siiski tehtud. Need käsitlevad ämmaemandate kogemusi perinataalse surmaga üldiselt, eristamata, kas laps on surnud üsasiseselt või sünnitusel. Tulemustena on leitud, et tervishoiutöötajad kogevad lapse surma korral leina, elu ebaõiglust (Kaunonen jt 2000) ja süütunnet (Modiba 2008, Gold jt 2011), muretsevad enda toimetuleku pärast ning leiavad, et vajavad ka ise toetust ja abi (Gardner 1999, McCool jt 2009). Samas on leitud, et ämmaemandad võivad kogeda leinava lapsevanema eest hoolitsedes ka positiivseid tundeid (Gardner 1999, Fanwick jt 2007, McKenna ja Rolls 2011). Kuna enamus varasematest uurimistulemustest on kvalitatiivsed, ei saa neid üldistada kõikidele ämmaemandatele maailmas. Seega rõhutavad ka mitmed uurijad (Gardner 1999, Fanwick jt 2007, Modiba 2008, McCool jt 2009), et antud teemat tuleks uurida erinevates piirkondades ja kultuurides eraldi.

Kuna Eestis sellealane teave seni puudub, oligi käesoleva uurimistöö eesmärk kirjeldada ämmaemandate kogemusi perinataalse surmaga TÜ Kliinikumis. Uurimistöö eesmärgist ja valitud meetodikast lähtuvalt ei olnud uurimistööl konkreetseid uurimisküsimusi, vaid oli intervjuu teema: perinataalne surm. Uuriija lähenes andmetele induktiivselt ja avatult ning ei esitanud suunavaid küsimusi, seega uurimistöö edasine suund sõltus saadud teabest.

## **2. ÄMMAEMANDATE KOGEMUSED PERINATAALSE SURMAGA - VARASEMATE UURIMISTÖÖDE ÜLEVAADE JA METOODIKA**

### **2.1. Ämmaemandate kogemused perinataalse surma korral – kirjanduse ülevaade**

Õenduses kasutatakse mõistet „kogemus“ (*experience*) neljal viisil. Kogemuse (*experience*) all mõeldakse kokkupuudet konkreetse sündmuse, emotsiooni, informatsiooni või situatsiooniga; õenduses veedetud aega; aja jooksul omandatud teadmiste hulka; sündmust, situatsiooni või emotsiooni (Watson 1991). Käesolev töö käsitleb ämmaemandate kokkupuuteid perinataalse surmaga, sellega kaasnevaid tundeid ja kokkupuute käigus omandatud teadmisi.

Perinataalne surm (*perinatal mortality*) on surnult sünnid ja surmajuhud esimesel elunädalal (Tunell 1998). Käesolevas magistritöös käsitletakse perinataalset surma kui surnultsünde ja vastsündinu surma vahetult pärast sünni, kuna just sel perioodil puutuvad ämmaemandad perinataalse surmaga kokku.

Leidub mitmeid uurimistöid, kus uuritakse lapsevanemate kogemusi perinataalse surmaga (näiteks Caelli jt 2002, Trulsson ja Rådestad 2004), kuid sünnitusel abistava personali kogemusi puudutavaid uurimistöid on oluliselt vähem. TÜ Kliinikumis tegeleb sünnitajaga kas ämmaemand üksi või siis ämmaemand ja arst, aga teistes riikides ja haiglates võib sünnitustoa olla ka õdesid. Tulenevalt nendest asjaoludest ei ole käesolevas kirjanduse ülevaates kasutatud mitte üksnes neid uurimusi, mis käsitlevad ainult ämmaemandate kogemusi perinataalse surmaga, vaid ka neid uurimusi, mis puudutavad lisaks ämmaemandatele ka teiste tervishoiutöötajate kogemusi.

Sünni nimetatakse elu alguseks ning seetõttu on äärmiselt raske leppida loote või vastsündinu surmaga. Ämmaemandaks õppima läinud usuvad sageli, et on valinud eriala, mis on seotud üksnes rõõmu ja õnnega ning puutudes kokku loote või vastsündinu surmaga tajuvad nad, et nende arvamus läheb vastuollu tegelikkusega. See aga toob kaasa mitmeid füüsilisi ja emotsionaalseid reaktsioone (McKenna ja Rolls 2011). Lapse surma peetakse ebaõiglaseks, kuigi väga enneaegse või haige lapse puhul võidakse seda pidada ka kergenduseks (Kaunonen jt 2000).

Kirjeldades oma kogemusi perinataalse surmaga tuuakse sageli esile negatiivseid tundeid.

Sarnaselt lapsevanematele, kogevad ka tervishoiutöötajad leina (Kaunonen jt 2000) ja emotsionaalset muserdatust (Fanwick jt 2007). Sellele lisandub sageli veel süütunne (Modiba 2008, Gold jt 2011) ja seda eriti nendel juhtudel, kui surma põhjust ei suudeta kindlaks teha (Gold jt 2011). Lisaks enesesüüdistamisele võib juhtuda, et arst ja ämmaemand hakkavad süüdistama teineteist (Modiba 2008). Süüdistamise asemel peaksid aga ämmaemand ja arst üksteist toetama ning tegelema oma tunnetega toimetulemisega.

Oma tunnetega toimetulemine võib tervishoiutöötajatele sageli osutuda väga keeruliseks. Gold jt (2011) tõid arstide seas läbi viidud uurimuses välja, et üks arst kümnest mõtleb ametist loobumisele pärast loote või vastsündinu surmaga kokkupuutumist, kuna selle sündmusega toimetulemine on talle emotsionaalselt niivõrd raske. Ka ämmaemandad muretsevad loote ja vastsündinu surma korral oma toimetulemise pärast ja tunnevad, et nad vajavad ise abi (Gardner 1999, McCool jt 2009).

Uurimustes on välja toodud, et lapse surma on raske unustada (Kaunonen jt 2000) ning selle kogemusega toimetulemist jätkatakse ka peale tööd kodus (Kaunonen jt 2000, McKenna ja Rolls 2011). Ämmaemandal, kellel on raskusi enda tunnetega toimetulemisel, võib olla väga raske pakkuda leinavale lapsevanemale professionaalset abi. Seetõttu on oluline pakkuda ämmaemandatele psühholoogilist toetust. Nii ämmaemandad, arstid kui ka õed leiavad, et oma tunnetega toimetulemisele aitavad kaasa perekonna, sõprade, kolleegide ja juhtkonna toetus ning juhtunust rääkimine (Gold jt 2011, McKenna ja Rolls 2011). Kahjuks kogevad paljud ämmaemandad, et kolleegid on tundetud ja et nendega ei saa oma tunnetest rääkida (Gardner 1999) ning leiavad, et toetust võiks rohkem olla (Chan jt 2007).

Loote/vastsündinu surm perinataalses perioodis võib ämmaemandatele ja arstidele tuua kaasa ka mitmeid hirme. Näiteks kogevad osad ämmaemandad ja arstid hirmu võimaliku kohtuprotsessi või karistuse pärast (McCool jt 2009, Gold jt 2011). Need hirmud on iseloomulikud arenenud riikides, kusjuures USAs peetakse kohtuprotsessi reaalseks, aga Euroopas siiski pigem teoreetiliseks võimaluseks. Arengumaades kardetakse kohtuprotsessi asemel meedia kaudu avalikku häbistamist ja riigi sekkumist ning litsentsist ilmajäämist. (McCool jt 2009.)

Ämmaemand, kes ei tule oma isiklike tunnetega toime, ei ole suuteline professionaalselt toetama leinavat lapsevanemat. Mitmetest uurimistöödest selgub, et perinataalse surmaga kokkupuudunud tervishoiutöötajad ei pea oma oskusi piisavaks, et leinavate lapsevanematega

suhelda (Gardneri 1999, Chan jt 2007, Fanwick jt 2007, Modiba 2008) ning neid toetada (Modiba 2008). Seetõttu tunnevad tervishoiutöötajad end sageli ebaadekvaatse (Gardner 1999, McKenna ja Rolls 2011) ja ebakindlana (Fanwick jt 2007) ning peavad perekonnaga kohtumist raskeks, sest ei oska leinajatele läheneda. Samuti võib lapsevanematega kohtumine suurendada mõningal juhul süütunnet ning tervishoiutöötajad kardavad kaotada oma professionaalsust perekonna silmis. (Kaunonen jt 2000.)

Tulenevalt puudulikust oskusest lapsevanemaid toetada, on ämmaemandad ja arstid tunnistanud, et nad väldivad leinavate emadega suhtlemist (Modiba 2008). Ka lapse kaotanud emad on tajunud suhtlemisraskusi või tervishoiutöötajatega suhtluse täielikku lakkamist üsasisese surma diagnoosimise järgselt (Trulsson ja Rådestad 2004). Tunne, et ei oska leida õigeid sõnu on väga tavaline leinavate inimestega suhtlemisel ning on tõenäoliselt seotud enda tunnetega mitte toimetulemisega. Samas on väga halb, kui seetõttu hakkavad ämmaemandad ja muu personal leinavaid lapsevanemaid vältima ja jätavad nad üksinda just siis, kui nad kõige enam toetust vajavad. Samas leidsid Kaunonen jt (2000), et kuigi leinava perega kohtumist peetakse väljakutseks, on personalil olemas valmisolek lapsevanemate toetamiseks ja vajadusel seda siiki tehakse.

Valmisolekule leinavat perekonda toetada aitab kaasa see, et kuigi valdavalt peetakse lapse surma perinataalperioodis negatiivseks kogemuseks, suudavad osad ämmaemandad vahel leida selles ka erialaselt positiivseid aspekte. Gardner (1999) leidis oma uurimuses, et ämmaemandad pidasid positiivseks kogemuseks, et nad tundsid end vajalikuna, olid võimelised lohutama ja suutsid olla head kuulajad. Sarnase tulemuseni jõudsid ka Fanwick jt (2007), kes leidsid, et ämmaemandatele pakub rahulolu teadmine, et nad suutsid aidata. Veel leidsid Fanwick jt (2007), et rahuldust võidakse tunda ka selle üle, kui saadakse pakkuda järjepidevat ämmaemandusabi. On väga hea, kui ämmaemandad suudavad eneserefleksiooni abil leida ka positiivset leinava perekonna eest hoolitsemises, sest see aitab neil toimunust paremini üle saada, arendab neid professionaalselt ja vähendab võimalust, et ebameeldiva kogemuse tõttu otsustatakse eriala vahetada.

Nii-öelda rahuldustpakkuvate aspektide leidmine perinataalse surma juures ei iseloomusta mitte üksnes diplomeeritud ämmaemandaid, vaid ka ämmaemandusüliõpilasi. Kirjandusest võib leida, et mõned ämmaemandusüliõpilased peavad kogemust loote või vastsündinu surmaga väga arendavaks ning arvavad, et see aitab neil end paremini ämmaemandana määratleda. Lisaks

usuvad need üliõpilased, et nad omandasid teadmised ja suutlikkuse edaspidi sarnases olukorras tegutsemiseks. (McKenna ja Rolls 2011.)

Varasemates uurimistöodes leidub sarnaseid tulemusi, aga ka palju erinevusi. Seni leitu ei ole üldistatav kõikidele ämmaemandatele ning seetõttu ei ole nende põhjal võimalik tuletada, mida Eesti ämmaemandad perinataalse surmaga kokkupuutudes kogevad. Seda enam, et osad varasemad uurimistööd on viidud läbi piirkondades, mille kultuur erineb Eesti omast märgatavalt.

## **2.2. Varasemate uurimistööde metoodika**

Varasemalt on uuritud ämmaemandate, arstide ja lasteõdede kogemusi perinataalse surmaga Austraalias (Fanwick jt 2007, McKenna ja Rolls 2011), USA-s (Gold jt 2011), Lõuna-Aafrikas (Modiba 2008), Hiinas (Chan jt 2007) ja Soomes (Kaunonen jt 2000). Osad uurijad on uurinud ka mitut piirkonda: näiteks Gardner (1999) viis oma uurimuse läbi USA-s, Inglismaal ja Jaapanis ning McCool jt (2009) uurisid ämmaemandaid kõigil kuuel kontinendil, kuigi põhirõhk oli neil siiski USA-l.

Varasemates uurimistöodes on valdavalt kasutatud kvalitatiivset meetodit, vaid kaks autorile teadaolevat varasemat uurimust on kvantitatiivsed (Chan jt 2007, Gold jt 2011) ja üks on kombinatsioon kvalitatiivsest ja kvantitatiivsest (Kaunonen jt 2000). Kvalitatiivsetes töodes kasutati andmete kogumise meetodina poolstruktureeritud intervjuusid (Modiba 2008, McCool jt 2009, McKenna ja Rolls 2011) ja avatud lõpuga küsimustikke (Gardner 1999, Kaunonen 2000, Fanwick jt 2007). Kvantitatiivsetes uurimustes oli andmete kogumise meetodiks struktureeritud küsimustik, kus valdavalt olid Likert-skaalad (Kaunonen jt 2000, Gold jt 2011).

Kuna enamus läbiviidud uurimusi on kvalitatiivsed, ei saa nende tulemusi üldistada kõikidele ämmaemandatele. Seda on välja toonud ka mitmed autorid ise ning rõhutanud, et sarnastel teemadel tuleb uurimistöid erinevates kultuurides ja piirkondades läbi viia (Gardner 1999, Fanwick jt 2007, Modiba 2008, McCool jt 2009). Senise teabe usaldusväärsust vähendab asjaolu, et kvalitatiivsed uurimistööd ei ole kunagi üldistatavad ega ka täiesti objektiivsed. Vaatamata sellele on kvalitatiivne meetod sobiv subjektiivsete kogemuste, hoiakute ja tunnete

laiaulatuslikuks uurimiseks (Burns ja Grove 2001, Elo ja Kyngäs 2008). Subjektiivsust on võimalik vähendada ja selleks on osades töödes (Modiba 2008; McCool jt 2009) andmeid analüüsinud mitu inimest eraldi, misjärel analüüsi tulemusi võrreldi ja jõuti konsensuseni. Gold'i jt uurimistöo tulemuste usaldusväärsust vähendab asjaolu, et saadetud küsimustikkudele lisati kaks dollarit<sup>1</sup>. Autorid põhjendavad raha lisamist asjaoluga, et arstid on vähe motiveeritud uurimustes osalema ning lisatud tasuga loodeti neid motiveerida. Raha said kõik, kellele küsimustik saadeti, mitte ainult need, kes vastasid. (Gold jt 2011.) Samas on olemas võimalus, et osad uuritavad tundsid raha tõttu kohustust vastata ning see võis mõjutada nende vastuseid.

---

<sup>1</sup>1 USD - 0.766929979 Euro

### **3. UURIMISTÖÖ METOODIKA**

#### **3.1. Uurimistöõ metoodilised lähtekohad**

Käesolev uurimistöõ on empiiriline, kirjeldav ja kvalitatiivne. Uurimistöõ teema, ämmaemandate kogemused perinataalse surmaga, on väga delikaatne ning seda on vähe uuritud. Kvalitatiivne uurimismeetod võimaldab uurida teemasid, mis on seotud inimeste kogemuste, juhtumite, tunnete, mõtete, uskumuste või käitumisega (Morse ja Field 1996, Burns ja Grove 2001). Samuti sobib meetod vähe uuritud (Elo ja Kyngäs 2008) ja delikaatsete teemade uurimiseks, sest võimaldab saada uut informatsiooni (Burns ja Grove 2001).

Andmete kogumise meetodiks valiti struktureerimata intervjuu. Struktureerimata intervjuu valiti, sest käesolevas töös uuritakse kogemusi ning see meetod sobib subjektiivsete kogemuste, hoiakute ja tunnete laiaulatuslikuks uurimiseks (Burns ja Grove 2001, Elo ja Kyngäs 2008). Struktureerimata intervjuu puhul on uurija uuritavaga vahetus kontaktis ning saab süvitsi rohkem teada kui näiteks ankeet seda võimaldaks. Samuti aitab intervjuu kaasa saadud andmete tõlgendamisele. Kõigepealt viis uurija läbi ühe prooviintervjuu, et tuvastada andmete kogumise käigus võimalikud tekkivad vead ja veenduda, et valitud meetod sobib antud töös andmete kogumiseks. Kuna prooviintervjuu õnnestus ja vigu ei ilmnunud, kasutati intervjuu käigus kogutud andmeid käesolevas töös.

#### **3.2. Uuritavad**

Uuritavaid oli kokku üheksa. Uuritavateks valiti kliinikumi naistekliinikus töötavad ämmaemandad. Kliinikumis töötavate ämmaemandate kasuks otsustati, sest kliinikum on piirkondlik haigla ja seega puututakse seal patoloogiate ja tüsistustega, sh loote ja vastsündinu surmaga, sagedamini kokku kui väikestes maakonnahaiglates. 2011-nda aasta detsembri seisuga töötas kliinikumi naistekliinikus 69 ämmaemandat ja 4 abiämmaemandat, sünnitustoas töötas neist 40.

2010-ndal aastal oli Tartumaal 3,2 perinataalse surma juhtumit 1000 elussünni kohta (Tervise Arengu Instituut 2011a). Viimasel kümnel aastal on Tartus sündinud aastas umbes 2100-2600 last (Tervise Arengu Instituut 2011b), mis tähendab, et perinataalseid surmi on aastas umbes kuus kuni kaheksa. Seega puutub aastas perinataalse surmaga kokku kuni kaheksa ämmaemandat.

Morse ja Field (1996) järgi kaasatakse kvalitatiivsesse uurimistöösse need uuritavad, kes vastavalt uurimuse eesmärgile võivad kõige paremini uuritavat nähtust kirjeldada. Uuritavateks valiti need kliinikumis töötavad ämmaemandad, kes on viimase kahekümne aasta jooksul puutunud kokku perinataalse surmaga ning kes avaldasid soovi uurimistöös osaleda. Uurimusse ei kaasatud neid ämmaemandaid, kellel on viimasest kogemusest perinataalse surmaga möödas üle kahekümne aasta, sest selle aja sees on sünnitusabis toimunud väga palju muutusi ning muutunud on ka suhtumine perinataalsesse surma. Uurimistöösse kaasati ka need hetkel töötavad ämmaemandad, kes puutusid perinataalse surmaga kokku juba enne tööle asumist, see tähendab õpingute ajal, sest kirjanduse põhjal ei esine erinevusi töötavate ja alles õppivate ämmaemandate kogemuste vahel (McKenna ja Rolls 2011).

Uuritavate arv sõltus andmebaasi küllastumisest. Uuritavate hulk loetakse piisavaks ehk andmebaas küllastunuks, kui andmete kogumisel vastavalt uurimuse eesmärgile uut teavet ei lisandu (Morse ja Field 1996, Burns ja Grove 2001). Käesolevas töös lõpetati andmete kogumine, kui kahe viimase intervjuuga enam uut teavet ei lisandunud. Seega kokku viidi läbi üheksa intervjuud.

Uuritavate hulka ei arvatud kliinikumi naistekliinikus töötavaid õdesid, sest naistekliiniku ambulatoorses, sünnieelses, sünnituse ja sünnitusjärgses osakonnas töötas 2011nda aasta seisuga kokku ainult neli õde. Ambulatoorses osakonnas töötavad õed tegelevad protseduuridega nagu vereanalüüside võtmine, arsti assisteerimine jne (nt: spiraalipaigaldamisel) ning sünnitusjärgses osakonnas lastetoas töötav õde tegeleb vastsündinute vaktsineerimise, vereanalüüside võtmise ja skriininguuringutega. Seega nende õdede kokkupuude lapse surma ja leinava perekonna eest hoolitsemisega on vähetõenäoline. Samuti ei puutu günekoloogia osakonnas töötavad õed kokku rasedate ja sünnitanute ning vastsündinutega

Uuritavate värbamiseks osales uurija sünnitusosakonna koosolekul märtsis 2012, kus selgitas uurimuse eesmärgi ja meetodikat ning vastas tekkinud küsimustele. Informatsioon ja uurija kontaktandmed jäeti sünnitus- ja sünnitusjärgse osakonna infostendile või personali

puhkeruumidesse. Kliinikumis toimub rotatsioon ning seetõttu oli infole ligipääs ka sünnieelse osakonna ämmaemandatel. Uurija lubas ämmaemandatega ise uuesti ühendust võtta, samuti oli kõigil võimalus oma osalemissoovist teatada e-kirja või telefoni teel, kuid uuritavad otsustasid omaalgatuslikult koostada huvitatute nimekirja, mille edastas uurijale sünnitusosakonna vanemõde. See sisaldas 12 uurimistööst huvitatud ämmaemanda kontaktandmeid. Nendest kaks loobusid hiljem osalemisest ajapuuduse ja muude kohustuste tõttu ning kaht ei saanud uurija kätte. Viimase intervjuueeritava värbas uurija pärast kaheksat intervjuud aprillis 2013, et veenduda andmebaasi küllastatuses, käies isiklikult Naistekliiniku puhketubades ämmaemandatega rääkimas ja oma tööd uuesti tutvustamas. Uurimuses osalenud ämmaemandatel oli paljudel kogemused nii sünnieelse, sünnitus- kui ka sünnijärgse osakonna tööga ning mitmed töötasid ka ambulatoorses vastuvõtus.

### **3.3. Andmete kogumine**

Andmete kogumine toimus vahemikus juuni 2012 kuni aprill 2013 ning uurijal oli uurimuse läbiviimiseks nii kliinikumi kui ka Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee luba (LISA 1: Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee luba). Andmete kogumiseks leppis uurija uuritavatega individuaalselt kokku sobiva aja ja koha intervjuu läbiviimiseks. Esimene ehk prooviintervjuu toimus uuritava kodus, kõik ülejäänud intervjuud toimusid uuritavate soovil kliinikumi ruumides. Enamus kliinikumis läbiviidud intervjuusid toimus naistekliiniku pinnal ning siis leidis sobiva ruumi uuritav ise. Kaks intervjuud toimusid traumatoloogia osakonnas, milleks leidis ruumi uurija. Intervjuude pikkus varieerus 15 ja 55 minuti vahel, keskmiselt oli intervjuu pikkuseks umbes ~20 minutit. Mõnel juhul oli uuritav intervjuu ajal töö eel ehk valves ning oli teoreetiline võimalus, et teda tullakse poole intervjuu ajal kutsuma, kuid reaalsuses seda ei juhtunud. Kõik intervjuud toimusid privaatsetes ruumides, kus viibisid ainult uurija ja uuritav. Kahel juhul jättis uuritav enne intervjuu algust oma mobiiltelefoni väljalülitamata ning seetõttu tuli intervjuu korraks telefonikõne tõttu katkestada.

Burns'i ja Grove'i (2001) järgi tuleb enne intervjuu algust uuritavat teavitada tema õigustest (vabatahtlikkus, anonüümsus ja konfidentsiaalsus) ning allkirjastada informeeritud nõusoleku vorm (LISA 2: Informeeritud nõusoleku vorm). Kvalitatiivse töö puhul tuleb uuritavat teavitada

ka võimalusest võtta uurijaga uuesti kontakti ja õigusest loobuda uurimistöös osalemisest kogu protsessi vältel. Intervjuude läbiviimise ajal tuleb jälgida uuritavate verbaalset ja mitteverbaalset käitumist ning teha märkmeid nii uuritava kui ka uurija enda reageeringute kohta. Seda kõike intervjuude läbiviimisel ka tehti.

Kasutatud uurimismeetod, struktureerimata intervjuu, eeldab, et intervjuueeritavat ei suunata küsimustega ja seega puudus uurijal konkreetne intervjuu kava. Intervjuueeritavatele anti intervjuu alguses vaid teema: oma kogemused perinataalse surmaga. Teema oli intervjuueeritavatele juba enne intervjuud teada ning mitmed uuritavad olid sellele ka eelnevalt mõelnud ja ei vajanud jutu alustamiseks abi. Nende üksikute puhul, kes vajasisid rääkima hakkamisel julgustavaid abiküsimusi, palus intervjuueerija neil rääkida oma mõtetest või tunnetest, mis neil perinataalse surmaga kokkupuutudes tekkisid. Intervjuu edasine käik sõltus intervjuu käigus saadud informatsioonist. Intervjuueerija kasutas uuritavast õigesti arusaamise tagamiseks peegeldamist ning ümbersõnastamist.

### **3.4. Andmete analüüs**

Kõik intervjuud lindistati ning kirjutati pärast intervjuu toimumist sõna-sõnalt ümber. Andmete analüüsimeetodiks kasutati induktiivset sisuanalüüsi ning toetuti Elo ja Kyngäs'e (2008) ning Morse ja Field'i (1996) analüüsiprotsessi kirjeldustele. Andmete analüüs algas kohe pärast esimese intervjuu ümberkirjutamist ja toimus edaspidi paralleelselt andmete kogumisega. Eelnevatest intervjuudest saadud teavet kasutati juba järgmiste intervjuude juures, et vajadusel näiteks intervjuueeritava juttu peegeldades see ümber sõnastada ja veenduda, kas uurija on intervjuueeritavatest õigesti aru saanud ning uuritavad räägivad ühest ja samast asjast lihtsalt erinevate sõnadega või on nendel nii uuritavate kui ka uurija jaoks erinev tähendus.

Peale intervjuude sõna-sõnalt ümberkirjutamist loeti intervjuude transkriptsioonid korduvalt läbi ning määrati esmased analüüsiüksused, milleks said laused. Tekstist otsiti lauseid, mis kirjeldasid uuritavat nähtust, olid kooskõlas uurimiseesmärgiga ning moodustasid mõttetervikuid. Leitud laused eristati tekstist allajoonimisega ning seejärel toimus leitud väljendite lihtsustamine ja kodeerimine (substantiivsed koodid). Substantiivsed koodid kirjutati märkustena transkriptsioonide servale. Edasi toimus andmete rühmitamine ning koodidest moodustati

alakategooriad. Alakategooria määramisel kontrolliti uuesti algandmeid, kas alakategooria nimetus vastab kõikidele sellesse kategooriasse koondatud algandmetele. Samasisulisi alakategooriaid omavahel rühmitades moodustati ülakategooriad ning taas kontrolliti nende koodnimetuse vastavust algandmetega. Uurimistulemuste juures on iga alakategooria puhul esitatud intervjuukatked näitena algandmetest, et lugeja saaks jälgida analüüsiprotsessi ja ühtlasi mõista kategooriate sügavamat tähendust. Intervjuukatketest on eemaldatud nimed, mõttepausid on tähistatud kolme punktiga (...) ning teemast kõrvale kaldunud tekst on eemaldatud märgistusega: /./ . Lisaks eelnevale on sulgudesse lisatud uurija tähelepanekud intervjuueeritava kehakeelest või intonatsioonist nagu näiteks hääle tugevuse muutus või emotsionaalsus.

Andmete kodeerimine, rühmitamine ja ala- ning ülakategooriate moodustamine toimus järgnevalt (Tabel 1):

**Tabel 1: Näide andmete kodeerimisest, rühmitamisest ja ala- ning ülakategooriate moodustamisest.**

<b>Näide intervjuu tekstist ja kodeerimisest</b>	<b>Alakategooria</b>	<b>Ülakategooria</b>
<p>„Ja siis on muidugi nagu piinlik, et sa, et sina tunned mingitest asjadest rõõmu, ümber ringi on kõik õnnelikud ja see naine nagu on siis sünnijärgses osakonnas hästi õnnetu /./ Natuke nagu süütunne vist ka“</p> <p><b>Süütunne enese heaolust teise õnnetuse taustal</b></p>	Vastuolulised tunded leinava perekonnaga suhtlemisel	Ämmaemandate kogemused seoses perinataalse surma ja leinava perega tegelemisega

### 3.5. Uurimistöö usaldusvärsus

Kvalitatiivsesse uurimistöösse jääb alati subjektiivne komponent, kuid selle vähendamiseks on võimalik kasutada erinevaid meetodeid. Antud uurimistöö usaldusvärsuse tagamiseks vältis uurija uuritavate suunamist intervjuude käigus ning kasutas peegeldamist ja ümbersõnastamist, et veenduda, kas ta sai uuritavast õigesti aru. Andmed kirjutati sõna-sõnalt ümber ning seejärel

alustati koheselt andmete analüüsimisega. Analüüsi käigus saadud andmete tõlgendamise „läbipaistvamaks“ muutmiseks lisas uurija töösse tsitaate intervjuudest, et lugeja saaks ülevaate, kust erinevad kategooriad ja nende nimetused tulid.

Uurimistöö subjektiivsust vähendab see, et kuigi uurija juhendaja (Karin Eilmann) ei näinud intervjuude terviktekste, oli tal pidevalt ülevaade uurija poolt moodustatud substantiivsetest koodidest ja kategooriatest koos intervjuudest pärinevate tsitaatidega ning juhendajal oli võimalus teha omapoolseid soovitusi kogu andmeanalüüsiprotsessi vältel. Saadud kategooriad lasi uurija ühel ämmaemandal üle vaadata tulemuste kinnitamiseks. Kogu uurimisprotsessi vältel tegeles uurija ka eneserefleksiooniga, et vältida tulemuste mõjutamist oma isiklike tunnete ja arvamustega antud teemal. Uurija on kaudselt ka ise perinataalse surmaga kokku puutunud, kuid kuna see kokkupuude oli mitmeid aastaid tagasi ja väga põgus, siis suutis uurija vältida seda, et et tema isiklik kogemus mõjutaks käesoleva uurimistöö tulemusi. Uurija isiklik kogemus ühtib käesoleva töö tulemustest vaid koolipoolse ettevalmistuse kategooria osas.

Uurimistöö usaldusväärsust vähendab asjaolu, et kuna tegemist on väga tundliku teemaga, siis osad potentsiaalsed uuritavad võisid keelduda uurimuses osalemisest, sest ei soovinud oma negatiivset kogemust uuesti läbi elada. Seega võib eriti negatiivsete kogemuste osakaal olla tegelikkuses suurem. Kuid kuna uurimistöö keskendub kõikidele kogemustele võrdselt, omistamata neile kvantitatiivset kaalu, on uurija üsna veendunud, et kirjeldus erinevatest kogemustest on kvalitatiivselt piisav, et mõista kliinikumi ämmaemandate läbielamisi. Töö autor on teadlik, et saadud tulemused ei ole üldistatavad kõikidele Eesti ämmaemandatele ning pidas seda silmas ka andmete analüüsimisel ja järelduste tegemisel. Küll aga on uurimistulemusi võimalik üldistada kliinikumi ämmaemandatele.

## 4. TULEMUSED

### 4.1. Ämmaemandate kogemused läbielatuga psühholoogiliselt toimetulemise mõjuritest

Andmete analüüsi käigus moodustus 15 substantiivset koodi, mis kirjeldavad ämmaemandate kogemusi perinataalse surmaga psühholoogiliselt toimetulemist. Need substantiivsed koodid koondusid neljaks alakategooriaks: „Läbielatuga psühholoogiliselt toimetulemine sõltuvalt naise/pere suhtumisest“, „Läbielatuga psühholoogiliselt toimetulemine sõltuvalt situatsioonist“, „Läbielatuga psühholoogiliselt toimetulemine sõltuvalt ämmaemanda omadustest“ ja „Läbielatuga psühholoogiliselt toimetulemist mõjutavad tegevused“. Need neli alakategooriat koondusid omakorda ülakategooriaks „Ämmaemandate kogemused läbielatuga psühholoogiliselt toimetulemise mõjuritest“ (Tabel 2).

**Tabel 2: Ämmaemandate kogemused läbielatuga psühholoogiliselt toimetulemise mõjuritest: substantiivsed koodid, ala- ja ülakategooriad.**

<p>Ena suhtumine lapse surma mõjutab läbielatuga toimetulemist</p> <p>Pere süüdistav hoiak tervishoiutöötajatesse mõjutab läbielatuga toimetulemist</p>	<p>Läbielatuga psühholoogiliselt toimetulemine sõltuvalt naise/pere suhtumisest</p>	<p>Ämmaemandate kogemused läbielatuga psühholoogiliselt toimetulemise mõjuritest</p>
<p>Loote välimus mõjutab läbielatuga toimetulemist</p> <p>Raseduse suurus mõjutab läbielatuga toimetulemist</p> <p>Situatsiooni ootamatus mõjutab läbielatuga toimetulemist</p>	<p>Läbielatuga psühholoogiliselt toimetulemine sõltuvalt situatsioonist</p>	
<p>Suutmatus unustada läbielatut mõjutab sellega toimetulemist</p> <p>Varasem kokkupuude perinataalse surmaga aitab toimetulemisele kaasa</p> <p>Valmisolek sündmuseks mõjutab sellega toimetulemist</p>	<p>Läbielatuga psühholoogiliselt toimetulemine sõltuvalt ämmaemanda omadustest</p>	
<p>Rääkimine</p> <p>Omaette olemine</p> <p>Professionaalne abi</p> <p>Vabastav nutmine</p> <p>Füüsiline tegevus</p> <p>Oma tegevuse analüüsimine</p> <p>Veendumine oma tegevuse õigsuses</p>	<p>Läbielatuga psühholoogiliselt toimetulemist mõjutavad tegevused</p>	

Esimeseks alakategooriaks on „**Läbielatuga psühholoogiliselt toimetulemine sõltuvalt naise/pere suhtumisest**“ ning selle moodustavad kaks substantiivset koodi. Esimene neist on „Ema suhtumine lapse surma mõjutab läbielatuga toimetulemist“. Ämmaemandal on läbielatuga psühholoogiliselt raskem toime tulla, kui sünnitaja suhtub lapse surma emotsionaalselt ja teda tuleb palju toetada.

*„...kui oleks selline naine olnud, kes väga nutab või on väga õnnetu või keda on vaja pärast kõvasti ... toetada ja anda talle abi, et eee siis oleks nagu võib-olla psühholoogiliselt ise rohkem läbi elanud“ (C).*

*„... Ja seal on olnud just see, et naine läheb sünnieelsest osakonnast ära, aga enne seda on ta olnud ise nii nukrameelne ja emotsionaalselt läbi, et siis seal just on olnud see pool, kus nagu on vaja nagu naist nõustada ja nagu talle toeks olla.... ././ selles mõttes on see nagu raskem, et siis, siis elad nagu ise ka emotsionaalselt seda läbi.“ (C).*

Juhul kui ema aga tundub ükskõikne lapse surma suhtes või ei saa aru, mis toimub, on ka ämmaemandatel kergem situatsiooniga toime tulla.

*„...see eee naine oli vaimupuudega. Selles suhtes oli jälle nagu lihtsam, et ta ise ka ei saanud aru, mis üldse toimub ja ... ta üldse ei saanud aru, et ta sünnitab.“ (A)*

*„...see ema oli tahtnud rasedust katkestada, aga ei jõudnud õigel ajal ja siis ta kadus üldse nagu silmapiirilt ära. ././...ema oli nagu väga valmis, et ta tahtiski nagu koguaeg sellest lapsest lahti saada, vabaneda. Ta ei olnud üldse nagu mõelnudki väga, et see on nagu ta laps...“ (A).*

*„...noh ta näitas nagu enne seda keisrilõiget välja ka, et noh temal on ükskõik umbes, et mis see seal on. Et eee siis võib-olla oli selles suhtes natukene kergem...“ (C).*

Lisaks selle, kuidas ema suhtub teadmisesse, et tema laps on surnud, sõltub ämmaemandate toimetulemine ka sellest, kuidas pere suhtub temasse ning teistesse asjasse seotud tervishoiutöötajatesse. Need kogemused moodustavad substantiivse koodi „Pere süüdistav hoiak tervishoiutöötajatesse mõjutab läbielatuga toimetulemist“. See, et leinajad hakkavad otsima süüdlast on loomulik leinareaktsioon ning ka perinataalse surma puhul on mõned ämmaemandad kogenud süüdistavat suhtumist.

*„Ei no seda kindlasti, et nad tegelikult ju võimendavad üle, selles mõttes eksju, et ee keegi peab süüdi jääma. Tema arvatavasti siis leidiski selle arsti eks.“ (B).*

*„Kindlasti on raske, vanemad hakkavad süüdistama mõnikord. Nad hakkavad kohe süüdistama, nad ründavad näiteks seda ämmaemandat, mitte füüsiliselt aga noh sõnadega.“ (E).*

Teiseks alakategooriaks on „**Läbielatuga psühholoogiliselt toimetulemine sõltuvalt situatsioonist**“. Selle alakategooria moodustavad substantiivsed koodid „Loote välimus mõjutab läbielatuga toimetulemist“, „Raseduse suurus mõjutab läbielatuga toimetulemist“ ja „Situatsiooni ootamatus mõjutab läbielatuga toimetulemist“. Loote välimus mõjutas ämmaemandate toimetulemist juhul, kui loode oli matsereerunud ning niisuguseid situatsioone kirjeldasid intervjueeritavad emotsionaalsemalt kui situatsioone, kus lapse välimus ei olnud moondunud. Ämmaemandad nimetasid selliseid situatsioone ekstreemseteks ja pidasid nendega hakkama saamist eneseületamiseks.

*„...hakkad seda võtma ja panema ja pakkima ja see laps lihtsalt laguneb su käes... see oli nii õudne... /.../ ...eneseületamine oli. See oli lihtsalt siuke räige kogemus.“ (A).*

*„Ja igatahes kui nad siis jõudsid selle lapseni, siis eee mul on, või foetus mortus'eni, siis mul on nagu ... mälestus sellest kuidas eee günekoloog ütles, et issand, ta laguneb mul käe all! ... Ja siis ma nagu seisin seal ja mõtlesin, et appikene, et mis mulle käe peale pannakse siis, kui, kui reaalselt on mingi lagunemisprotsess juba. Ja .... ja pandigi mulle kätele siis eeee tõeliselt eee selline noh võibki öelda lagunev eee loode...“ (C).*

Ämmaemandate toimetulemist mõjutavaks situatsioonist tulenevaks teguriks on ka raseduse suurus. Sügavalt enneaegset last ei peeta elujõuliseks ja tema surma võidakse võtta paratamatusena. Täiskantud raseduse puhul aga, kui lapsel on kõik eeldused iseseisvaks üsavaliseks eluks olemas, on tema surmaga raskem leppida.

*„Lootevesi puhkeb ja nad on väga sügavalt enneaegsed... Sa tead tegelikult, et noh prognoosi pole, aga sa pead noh seal juures olema, aga täiskantud rasedusi on õnneks vähem. Et ee..... Seda on tõenäoliselt, ma arvan, et seda on nii vanematel kui ka kui ka sellel personalil raskem niiöelda toime tulla. /.../ Kui on täiskantud, siis on raskem.“ (B).*

Enamasti on ämmaemandate kogemused seotud antenataalse surmaga, mis tähendab, et loote surmast oldi enne teadlik, kui laps sündis. Kogemus situatsiooniga, kus loode suri sünnituse ajal ja seega tuli loote surm ootamatult, oli uurimuses osalenud ämmaemandatest ainult ühel, kuid ka teised ämmaemand leidsid, et intranataalse surmaga on raskem toime tulla.

*„Aga see oli tõesti selline viimane juhtum, kus personal seda väga üle elas, sest noh see juhtus niimoodi sünnituse ajal. Et kui kuidagi nad tulevad, sa tead juba, et tuleb see, see surnud laps, et sa pead aitama, aitama seda naist, et ta sünnitab... see on kuidagi nagu kergem. Kergem nagu niiöelda see töö ära teha ja ise hakkama saada.“ (B).*

*„Et sünnitustoas ilmselt hakkama saada eeee ... diagnoositud antenataalse hukuga on lihtsam kui, kui intranataalse loote hukuga.... või vahetult postnataalse.“ (F).*

*„See on alati ootamatu. Eriti, kui see juhtub näiteks sünnituse käigus. Kui on eelnevalt juba teada, siis ämmaemanda jaoks see on natuke ... ta on ka raske, aga ta on natuke sihukene, ma saan ennast nagu valmistada selleks. Aga kui ta juhtub sünnituse käigus, siis emotsionaalselt ükskõik, kas sa oled noor ämmaemand, kas sa oled vana ämmaemand, et see läheb kõik sinust nagu läbi.“ (H).*

*„Ilmselt oleks palju vastikum, kui näiteks sünnituse käigus oleks ... oleks midagi juhtunud või ... ././ Kui sul on sünnituse eelselt diagnoositud, sa tead juba mis sealt tulemas on ././ Kui sul on ette teada, siis ta on ära otsustatud, sa tead, mis sealt tulemas on ja sa tead, et sa ei saa enam midagi muuta.“ (I).*

Lisaks naise ja pere suhtumisele ning situatsiooni iseärasustele **sõltub ämmaemandate psühholoogiline toimetulemine perinataalse surmaga ka ämmaemanda enda omadustest.** Selle alakategooria moodustasid substantiivsed koodid „Suutmatust unustada läbielatud mõjutab sellega toimetulemist“, „Varasem kokkupuude perinataalse surmaga aitab toimetulemisele kaasa“ ja „Valmisolek sündmuseks mõjutab sellega toimetulemist“. Ämmaemandate toimetulemist perinataalse surmaga mõjutas negatiivselt see, kui neile meenus tahtmatult kogetu või kui nad ei suutnud lõpetada läbielatud mõtlemist. Sageli leidis selline soovimatu läbielatu meenutamine aset rahulikus keskkonnas nagu kodu, aga võis olla tingitud ka sunnitud rääkida juhtunust, kui ämmaemandal endal puudus selleks soov.

*„.....need esimesed paar sellist juhtumit, siis nagu, siis nagu oli endal selles mõttes raske, et sa nägid seda unes, sa läksid koju mõtlesid selle peale.“ (B).*

*„...tahab ju sellest õudsalt palju rääkida see naine eks ju. Et siis sa pead seda nagu nõ korduvalt, korduvalt ise ka uuesti läbi tegema noh koos naiseaga.“ (B).*

*„...kui nagu alguses eee kokkupuude toimub nagu töökeskkonnas eksju, siis eee võib-olla kohe ei jõua sellele nagu reageerida sellepärast, et on teisi töösju ka vaja teha. Aga just siis kui lähed nagu koju ja tuleb selline töökeskkonnast eee pinge langus või väljaelamine, siis nagu ... siis tuleb see kõik uuesti meelde ja siis tuleb ja siis tuleb sellega nagu hakkama saada.“ (C).*

*„Et eee, aga ikkagi see tuleb meelde. ././ Aga noh ta kindlast ei unune. ././Aga neid kindlasti, kui on selline asi juhtunud, siis nädal aega kindlasti ma lähen igal õhtul ma lähen voodisse niimoodi, et et ma mõtlen selle peale. Korraks tuleb, no eriti, kui ma olen üksi näiteks, ja ikka ma uuesti mõtlen läbi selle.“ (H).*

*„Kui ma ise nagu ei võta tööd koju kaasa, siis sellise asja ikka viid töölt koju kaasa /../ Aeg-ajalt ikka mõtled, et tuleb meelde, aeg-ajalt jälle. (I).*

Toimetulemisele aitab kaasa varasem kokkupuude. Üks ämmaemand leidis, et mida aeg edasi, seda paremini oskab ämmaemand perinataalse surmaga toime tulla.

*„Aga mida nagu aeg edasi seda mh ma ei saa öelda, et nagu tuimemalt võtad, aga sa arvatavasti oskad juba paremini tulla toime sellega, et sa ei, sa ei ela sellesse nagu nii sisse. Et sa ei ela seda ise nii raskelt üle.“ (B).*

Ämmaemandad leidsid, et toimetulemiseks on oluline ennast perinataalse surmaga kokkupuutumiseks ette valmistada (*„Seal on ikkagi, väga oluline on, on ennast ette valmistada“ E*), kuid leidsid, et ükskõik, kui palju ennast ka ette valmistada, päris valmis ei ole kunagi keegi. (*„...aga lõpuks ikkagi ei ole sa sellel hetkel nagu valmis.“ C*; *„tegelikult ongi see, et ei ole mitte keegi selleks valmis“ D*; *„Noh see on selline asi, et selleks ei saagi valmis olla.“*).

Neljandaks moodustunud alakategooriaks on **„Läbielatud psühholoogiliselt toimetulemist mõjutavad tegevused“**. Nendeks tegevusteks on rääkimine, omaette olemine, professionaalne abi, vabastav nutmine, füüsiline tegevus, oma tegevuse analüüsimine ja veendumine oma tegevuse õigususes. Rääkimist pidasid peaaegu kõik töös osalenud ämmaemandad hakkama saamise osas oluliseks ning osade ämmaemandate jaoks oli juhtunust rääkimine ainuke meetod, mida kasutati toimetulemiseks. Kõige olulisemaks peeti rääkimist kolleegidega. Nii nendega, kes olid seotud sama juhtumiga kui ka teistega, kellel oli varasemalt kogemus perinataalse surmaga. Eriti noorte ämmaemandate arvates oli neile väga oluline vanemate kolleegide kogemuste kuulmine.

*„... kogu see personal, kui on vähegi võimalik, istub ikka maas ja siis nagu räägitakse nendest juhtumitest... et selline oma nagu kolleegide ring on nagu selles mõttes hästi toetav. Et nendest räägitakse ikka jälle uuesti, uuesti, uuesti, kuni ükskord noh tõesti näed, et nüüd on nagu ära lahatud, lahatud see asi.“ (B).*

*„...loomulikult aitab ka töökollektiivis rääkimine. Et tagantjärgi alati arutatakse neid asju ja vanemad ämmaemandad on selles mõttes nagu hästi ... hästi hoolitsevad. (C).*

*„...noh sa saad kolleegidega rääkida seda ja ja seda arutada... (emotsionaalselt) sa pead kellelegi rääkima, sa ei oska, sa ei tule selle olukorraga toime muidu...“ (D).*

*„Kindlasti rääkida ... töökaaslastega, eks. .. et eee .... Mulle tundub, et siin näiteks ongi need ... läbi rääkimised sageli... ämmaemandad omavahel nagu räägivad hästi palju sellest ja teised nagu on hästi, hästi toetavad sellisel puhul.“ (E).*

*„Omavahel, jah, räägitakse. Kindlasti räägitakse. Ja ja ma arvan, et see on üks, üks hakkamasaamise, hakkamasaamise paremaid eee parimaid võimalusi tegelikult. Me räägime sellest eee kolleegidega. Esiteks, et sa saad endast selle välja rääkida ja teiseks eee ... noh kolleegid aitavad sellest välja tulla kindlasti. /../ Ma pean tunnistama, et mul ei ole olnud endal, mul ei ole endal olnud selliseid situatsioone, võib-olla kogemust on nii palju suur juba, et mul oleks vaja midagi, et mul oleks vaja nagu midagi rohkemat, kui kolleegidega selle situatsiooni läbi rääkimine.“ (F).*

*„Et kohe, kui midagi on ära sündinud, siis need, kes on asjaosalised, need kohe, mis nad siis tundsid, kui nad kuulsid ja nii nagu see asi käib.“ (G).*

*„Ja me teemegi niimoodi, me lihtsalt omavahel räägime ja siis hakkab natuke kergem. /../ Aga tänu sellele, et meil omavahelised suhted on head, hea vanemämm, et kui ongi midagi, siis lähed ja räägid.“ (H).*

Kolleegidega rääkimisele lisaks soovivad mõned ämmaemandad juhtunust ka kodus oma lähedastele rääkida ning neilt tuge saada.

*„...mul on kodus eee mittemeditšiiniinimene, kellele ma siis alati ... proovin võimalusel eee südant puistata. Et ma räägin ära, mis juhtus ja kuidas oli ja tema siis igati nagu toetab mind. Et eee saan nagu oma probleeme nagu seal maandada ja läbi rääkida....“ (C).*

*„Ja mul on kohutavalt mõistev mees /../ Aga tema nii kenasti kuulab ära ja kui sa oled kellelegi selle juba saanud maha kanda, siis on see ka suur asi.“ (G).*

Kaks ämmaemandat leidis, et ka leinava perega rääkimisest ja nende juures viibimisest võib endale kasu olla. Sel puhul aga ei olnud rääkimisel aktiivseks pooleks mitte ämmaemand vaid just naine/leinav pere.

*„Et kui ma käisin nendega... palju hullem oli see, et kui ma nende palatis ei olnud ja ma mõtlesin, et mis nad teevad või mida nad tunnevad? Või või noh, kui see, et ma nendega olin seal.“ (A).*

*„Sest ega nad ei räägi, kui nad ei taha ja ja sellest ee sellest on endal ka kasu. /../ Minu meelest on lihtsalt kõrval olemine ja ärakuulamine ja nagu võib-olla nagu jutu suunamine, tegelikult see on endale ka üsna eee vabastav või noh sa näed, millised olid teise emotsioonid, reaktsioonid, mis ta mõtles? Onju? Et minu meelest see peaks aitama, võiks aidata küll.“ (E).*

Ämmaemandad pidasid rääkimist küll toimetulemise jaoks oluliseks, aga seda eeldusel, et nad said rääkida siis, kui nad tahavad, mitte pealesunnitult. Leidus ka neid ämmaemandaid, kes soovisid omaette olemise aega ning olid tänulikud, kui neile seda võimaldati.

*„...ja muidugi on vaja omaette olemise aega. Mõnikord on ... eee mõnikord on .... sellest võib-olla ei tahagi kohe rääkida, tahaks hoopis natuke aega omaette olla, et siis oleks, on hästi eeee... Mina olen küll väga tänulik, kui mul lastakse siis näiteks olla natukene niimoodi, et keegi ei tule. Või ma ütlen, et ma lähen korraks siit osakonnast välja, et keegi ei sega mind.“ (E).*

*„Üksindus on ka muidugi selline, kui on ee kui sa vaatad, et ei taha ikka väga rääkida või see on nii ränk, et rääkida. No räägid sellega, kes mõistab, töökaaslased, aga ikkagi vahepeal on hea olla üksinda.“ (G).*

Osad ämmaemandad tunnevad perinataalse surmaga kokkupuutudes vajadust ka professionaalse abi järele ning üks ämmaemand tõi välja, et kliinikumis on võimalik pöörduda kas hingehoidja või siis raseduskriisinõustaja poole.

*„Aga aga isegi teadmine, et eee et meil on olemas hingehoidja, kes teeb nii pööraselt head tööd (naerab) ja et on raseduskriisinõustaja ja et kui mul peaks olema vajadus minna, siis ma saaks seda teha ja et noortel eee kellel väiksem kogemus on, et neile tegelikult seda võimalus hea ... ja abi saada sealt ja nad teavad, et neil on võimalus tegelikult mingit abi saada ja nad kasutavad ka seda.“ (F).*

Samas ei olnud võimalusest pöörduda hingehoidja või raseduskriisinõustaja poole teadlikud kõik ämmaemandad. Üks ämmaemand rõhutas korduvalt, et tal ei ole kuhugi pöörduda, sest ametlikult on hingehoidja ja raseduskriisinõustaja mõeldud pere jaoks ning ämmaemandatele pole sellist võimalust otseselt pakutud. Kokku kaks ämmaemandat leidsid, et vaja oleks kohta kuhu ämmaemand saaks vajadusel pöörduda või siis tugirühmasid, kus lisaks ämmaemandatele oleks ka keegi professionaal.

*„Aga tegelikult nagu mina leian, et võiks olla mingi selline tugirühm näiteks, et noh, et pärast sellist juhtumit ongi, et eee kogutakse siis need inimesed kokku, kes on tol päeval siis tööl olnud või selle patsiendiga siis või olukorraga seotud olnud, et nemad võiksid siis omavahel seda rääkida. /../ Et eee noh selles suhte, et ring käib küll siis nende osalejate või see jutt käib nende osalejate vahel, aga lisaks on seal siis keegi professionaal ka kuulamas, kes siis oskab suunata või mingeid misiganes küsimusi siis esitada või miskit.“ (C).*

*„Mul ei ole kuskile pöörduda, sest et eee naine praegusel ajal näiteks kiinikumis, naine saab nõustatud kohe, kui on sündinud surnud laps või juhtunud midagi. Kohe saadetakse talle nõustaja, kriisinõustaja. Aga ämmaemand... /../ Aga on olnud niimoodi, et ee noh ei ole kuskile pöörduda. /../ Aga tegelikult ma arvan, ämmameandad vajavad väga suurt sellist noh nõustamist just selle järgselt. /../ aga just see, et mul on koht kuhu pöörduda. See võiks olla, et ee rasedatel on küll kriisinõustajad ja kõik, aga med.personalile? Minu arust ametlikult mulle ei ole sellist nagu... /../ Pigem noh kogu aeg on suunatud see informatsioon, et ee rasedate nõustamine, et eee noh et see raseduse katkemise nõustamine, aga eraldi ei ole välja toodud, vaata kui oleks niimoodi, et siin võtab vastu ämmaemandate nõustaja või meditsiinpersonal võib pöörduda.“ (H).*

Samas arvas üks ämmaemand, et takistuseks võib saada häbitunne, sest ämmaemand võib ennast abi küsides tunda ebaprofessionaalsena.

*„Tegelikult ei ole mul, noh võib-olla häbi on mingisugune selline, et noh kas ma olen nii nõrk, ma olen ämmaemand ma pean kõigega hakkama umbes niimoodi saama. /../ Aga ma arvan, et kindlasti peab selline koht olema, et ämmaemand ... ja ämmameand ei tohi nagu häbeneda seda eee oma emotsioone või niimoodi. Et ee mina olen ju ka inimene, et mul on koht, kasvõi see vastuvõtt, et vot kui selline asi juhtus, ma lähen ja räägin.“ (H).*

Samuti leidis sama ämmaemand, et ta ei ole kindel, kas ta tahaks, et nõustajaks oleks tema enda lähedane kolleeg ning seetõttu kliinikumi raseduskriisinõustaja ja hingehoidja ei pruugi olla parimad variandid ämmaemandatele.

*„Kindlasti võib pöörduda, aga samas ma võib-olla ei tahagi minna noh päris niimoodi kolleegile seda rääkima või või no ma ei tea, sellepärast, et võib-olla tahan, võib-olla tema saab minust paremini aru.“ (H).*

Osade ämmaemandate arvates aitab toimetulemisele kaasa nutmine ning üks neist nimetas nutmist vabastavaks. Sellisel juhul toimus nutmine üksi olles, mitte leinava pere või teiste kolleegide juuresolekul.

*„Ja ja kui on ikka nii raske, siis ma tõesti nutan suure häälega ja nutmine on ka üks selline väga vabastav tegevus, kohe erakordselt vabastav.“ (G).*

*„Palatis teed head nägu, aga siis lähed palatist välja, siis nutad peatäie ja siis lähed sinna sisse tagasi jälle.“ (I).*

Üheks toimetulemist soodustavaks tegevuseks oli veel füüsiline tegevus.

*„Füüsiline tegevus. Ehk siis kui on midagi rasket siin olnud, mingisugused konfliktid või situatsioonid. Mingisugused väga emotsionaalsed rasked hetked, siis mina lähen kõndima. Ma teen nii pikki matku, mingi 15 km, 12 km. Et mul on omad klapid kõrvas, ma laulan kõva selge häälega, siis ee ma füüsiliselt nagu mh... lasen välja selle valu.“ (G).*

Ämmaemandad hakkavad perinataalse surma korral oma tegevust analüüsima, kuid võivad seda tehes enda tegevuses vigu otsida, see aga ei tule toimetulemisele kasuks.

*„See miks, miks küsimus, et kas ma oleks võinud midagi, midagi veel teha, teist moodi, kuidagi ajastada mingi asja teist moodi, et sedasi oleks eee et seda ei oleks juhtunud või või sed, või me oleks varem eee varem eee noh mõelnud selle peale, selle võimaluse, selle riski peale. ././ enda vigade otsimine käib alati selle situatsiooniga kindlasti eee kindlasti kaasas. Ja ka sellega seotud süütunne. Kas mina olin, kas mina jätsin midagi tegemata?“ (F).*

*„Sa lihtsalt analüüsid seda situatsiooni tuhat korda. (rõhutab) Sa tead, et enam seda parandada ei saa, enda jaoks vähemalt ma kogu aeg analüüsin ja mõtlen, et kas ma tegin kõik õigesti? Kui ei, kas ma ... kas ma pidin teistmoodi tegema? Noh, mida ma pidin veel tegema? Aga ikkagi mingi esimene asi noh nagu see kriisis on, esimene asi on süüdistus ja enne sa ei võtagi, aeg nagu parandab või aeg ... annab .... aru.“ (H).*

Samas pidas üks ämmaemand analüüsimist oluliseks, eriti kui analüüsimine toimus koos teiste ämmaemandate ja arstidega.

*„Et ma lähen ja räägin ja mitte niimoodi, siin on noh, siin on alati nihuksed toetavad ja ja ei ole süüdistavad, et vot miks sa niimoodi tegid? Pigem on analüüsimine, et ee tehakse selliseid analüüsimise situatioone, analüüsitakse nii, pannakse günekoloogid ja ämmameandad ja kõik asjaosalised, lastearstid. Et see on väga hea.“ (H).*

Oma tegevuse analüüsimise tulemusena võib ämmaemand jõuda ka selleni, et ta jääb oma tegevusega rahule ning veendub oma tegevuse õigsuses. Sellel aga on toimetulemisele väga positiivne mõju.

*„(väga emotsionaalselt)...ma tegin otsast lõpuni ... et see oli päris tegelikult nii nagu üldse nagu on. ././ Aga seekord nagu tegin ma kõik niimoodi nagu ma.. nagu pidi tegema ja ma nagu jäin rahule selle olukorraga. ././ Ja lõpuks see laps sündis, kuidas nagu temaga käituda ja mismoodi ta ära saata, kõik et... Mul jäi nagu endal süda rahule ja mulle tundus, et ma olen õigesti käitunud. (D).*

#### 4.2. Ämmaemandate kogemused seoses perinataalse surma ja leinava perega tegelemisega

Teine ülakategooria sisaldab endas ämmaemandate kogemusi seoses perinataalse surma ja leinava perega tegelemisega. Selle ülakategooria moodustasid 3 alakategooriat, milleks on „Ettevalmistumine perinataalse surma ja leinava perega tegelemiseks“, „Vastuolulised tunded leinava perekonnaga tegelemisel“ ja „Ämmaemandate vajadused perinataalse surma ja leinava perekonnaga tegelemise parandamiseks“ (Tabel 3).

**Tabel 3: Ämmaemandate kogemused seoses perinataalse surma ja leinava perega tegelemisega: substantiivsed koodid, ala- ja ülakategooriad.**

Koolipoolne ettevalmistus	Ettevalmistumine perinataalse surma ja leinava perega tegelemiseks	Ämmaemandate kogemused seoses perinataalse surma ja leinava perega tegelemisega
Täiendkoolitused		
Iseseisev ettevalmistumine		
Soov negatiivsega mitte tegeleda	Vastuolulised tunded leinava perekonnaga tegelemisel	
Ebakindlus perega suhtlemisel		
Süütunne enese heaolust teise õnnetuse taustal		
Nutmine ja kallistamine koos perega		
End ema olukorda asetamine		
Perele surnud lapse näitamine on vajalik, aga emotsionaalselt raske	Ämmaemandate vajadused perinataalse surma ja leinava perekonnaga tegelemise parandamiseks	
Vajadus ühtse käitumismudeli järgi tervishoiutöötajatele		
Vajadus ämmaemandusabi jätkamiseks leinavale emale pärast väljakirjutamist		
Vajadus abivahenditeks mälestuste jäädvustamisel ja säilitamisel pere jaoks		

Esimeseks moodustunud alakategooriaks on „**Ettevalmistumine perinataalse surma ja leinava perega tegelemiseks**“. Ämmaemandad pidasid oluliseks ennast perinataalse surma ja leinava perega tegelemiseks ettevalmistada, kuid osad neist leidsid, et koolist saadav haridus, nii põhiõpe kui ka tasemeõpe, on liiga pealiskaudne ja ei ole selleks piisav.

*„Mingil määral koolis meil ju puudutati seda surma teemat, aga samas jällegi, see oli väga põgusalt ja siuke ... noh ütleme niimoodi, et ... nagu sõna otseses mõttes puudutati seda teemat /.../ meid ei ole õpetatud seda nagu käituma, nagu toimima.“ (A).*

*„Kuna isiklikud kogemused ja teiste kolleegide kogemused said ühel hetkel kokku sinna, et, et tegelikult siis ütleme vanemate ämmade põhi-põhiõpe eee ei anna, ei anna, ei andnud ettevalmistust eee reaalselt ... selliste situatsioonidega hakkama saamiseks“ (F).*

Samas osad ämmaemandad arvavad, et kõike ei saagi kool õpetada, aga et kool oleks võinud anda vähemalt osa nendest teadmistest, mis iseseisvalt peale kooli lõpetamist saadud on.

*„Aga tegelikult sul on kõik see teoreetiline baas, aga (naerab) aga tegelikult endaga hakkamasaamist eeee... Noh need on asjad mida ei, mida ei õpeta nagu koolis ära. Et tegelikult enda hakkamasaamist eee seda mida sa nagu suudad selles situatsioonis teha, mis su nõrgad kohad on, see tuleb ikkagi alles töösituatsioonis välja.“ (F).*

*„aga ma oleks tahtnud, et eee kasvõi osa sellest, kuhu maani ma olen jõudnud, oleks kool andnud selle. Noh kõike ei saa kool anda, aga mingi siuke ikkagi .... minu jaoks puudutati seda liiga vähe seal koolis. Liiga ... üks loeng oli ... et eee... ma ei tea, kõlab kasvõi, kuna see on nii delikaatne teema ja siis käsitletakse seda nii õrnalt. Aga kui see sul juba on niimoodi teoreetiliselt käsitletud õrnalt, aga mida sa seal päriselus teed?“ (A).*

Puuduliku koolituse tõttu võib ämmaemand end tööl perinataalse surmaga kokku puutudes abitult tunda.

*„Aga aga ma pean tunnistama et, et eee tegelikult see abitus tänu sellele, et sul nagu koolitusest ei ole tausta taga, mida peaks tegema.“ (F).*

Üks ämmaemand aga leidis, et talle oli koolis õpitust kasu ning ta püüdis oma teadmisi rakendada. Need teadmised aga ei pärinenud mitte tunnist, kus käsitleti perinataalset surma vaid hoopis psühholoogia loengutest. Samuti arvas üks ämmaemand, et kuigi varasemalt oli koolis saadav haridus nõrk, siis hetkel on see parem.

*„Siis ma olen püüdnud, eee nii palju kui võimalik eee, mis meile koolist õpetati on suhtlemisel, et peegeldada. /.../ pärast mingit olukorda ma ka vaatasin uuesti need psühholoogia konspektid üle... ja ja vaatasingi, et kuidas just nagu sellises olukorras käituda.“ (C).*

*„Eee aga aga ma, nii palju, kui ma tean, mida eee mida konkreetselt, see inimene, kes seda annab, eee teeb ja seda, milline on tema ettevalmistus, siis ma usun, et see on hea. /.../ See ei ole pelgalt nagu .... lihtsalt teoreetiline ettevalmistus. Vaid et nad lahendavad situatsioone*

*tegelikult, et nad üritavad nagu läbi mängida, seda mida teha. Mis töötab, mis ei, mis ei tööta? Et ee see on ilmselt ajas ... ajas nagu järjest paremini ... noh paremaks läinud.“ (F).*

Enda ettevalmistamiseks pidasid ämmaemandad oluliseks täiendkoolitustel käimist. Lisaks uute teadmiste saamisele mainis üks ämmaemand, et koolitused andsid talle enesekindlust, sest ta sai kinnitust, et on senini õigesti käitunud.

*„Et et eeee nüüd, kui ma olen seal koolitusel käinud... ma olin... noh selleni ma jõudsin enne, aga nüüd ma sain endas kindlust.“ (A).*

*„Kindlasti peaks olema läbitud piisavalt koolitusi.... /../ Ja kindlasti peaks olema koolitused! Kuidas sa muidu saad ennast ette valmistada? Eks sa peaksid ennast, eee kuidas käituda, mida teha.“ (E)*

*„Ma väga palju võtan täiendusi, kus on selle surmast...“ (H).*

Ämmaemandad sooviksid täiendkoolitustelt saada teadmisi ka eneseabi kohta, aga tõdevad, et sellele pööratakse liiga vähe tähelepanu. Pigem puudutavad saadud teadmised seda, kuidas leinava perega käituda ja mida surnud lapsega teha.

*„Ja samas see ka, kuidas ennast aidata. Eneseabi. /../ ...ega me rohkem õpime käitumistaktikaid, kui seda, mis iseendaga teha. Onju? Minu meelest on koolitused ka suhteliselt sellele suunatud, et kuidas suhelda, kuidas käituda nende vanematega? Mida teha selle eee lapsega? Kuidas võtta neid käe-, jalajälgi? Aga see mida sa tegelikult iseendaga võid teha, eksju, et see, see on, noh kuidas ennast aidata, seda tegelikult räägitakse isegi, kui on eneseabi koolitus, siis sellest räägitakse kõige vähem.“ (E).*

*„Aga jah seda ma kogu aeg olen öelnud, kui on mingisugused täiendused või midagi, et noh mida te veel soovite, et, et kuidas saab ämmaemand hakkama selliste situatsioonidega?“ (H).*

Lisaks põhi- ja tasemeõppes ning koolitustel saadud teadmistest on osade ämmaemandate arvates oluline ka iseseisvalt antud teemaga tegeleda ning ennast võimalikuks kokkupuuteks ette valmistada. Selleks luges üks ämmaemanda tehtud teadustöid ning leinava naise paremaks mõistmiseks käis foorumites lugemas lapse kaotanud naiste kogemusi.

*„Eee ja see informatsioon, see mis ma nagu, millele mina toetusin oli enamasti (nimi) diplomitöö. Pluss veel natuke nagu erinevaid teaduslikke uuringuid. Lihtsalt nagu noh... Tundsin, et see nagu teema on nii, kuidas ma ütlen, nii puudulik, et siis ma nagu erinevaid uurimistöid niimoodi niipalju kui ma seal (nimi) tõlkisime.“ (A).*

*„...noo seal üks foorum on, kus nad kirjutavad, ma olen vaadanud sealt. Sealt olen saanud oma teadmised, mida nad ei taha kuulda. Ja mitte ainult eestikeelsetest vaid ka inglise...“ (A).*

Üks ämmaemand kogus informatsiooni selle kohta, mida mujal tehakse, rahvusvahelisel seminaril ja välisriikide sünnitusmaju külastades.

*„Ma osalesin ühes rahvusvahelises, rahvusvahelises seminaril Lätis, Lätis ... Jagasime kogemusi ja ja ma olen seda teemat nagu ... noh mujal eee mujal Euroopas ja ja sünnitusmaju külastades uurinud, et kuidas eee mis tavad neil sellises situatsioonis on ja kuidas nad... kuidas nad hakkama saavad?“ (F).*

Teine moodustunud alakategooria oli **„Vastuolulised tunded leinava perekonnaga tegelemisel“**. Mitmed ämmaemandad kirjeldasid, et ämmaemandad ei soovi lapse kaotanud perega tegeleda ning kui võimalus on, siis püütakse sellistest situatsioonidest eemale hoida. Samas, kui vaja, siis uurimuses osalenud ämmaemandad võtsid ennast kokku ja leppisid teadmisega, et peavad tegelema leinava perekonnaga.

*„...vabatahtlikult keegi teda niiöelda endale ei taha võtta, et tegelemiseks. Et siis jookstakse nagu laiali. ././ ...tuba jooksis tühjaks... ././ Igakord, kui tuleb see teadmine, see diagnoos, et meil tuleb nüüd see... surnud, surnud last sünnitama naine, siis kõik põgenevad.“ (B).*

*„Ma ütlesin noh et, see on tõesti olukord, mida endale selles mõttes ei soovi, et et kui keegi ütleb, et tuleb selline patsient, sellise olukorraga, et siis tõstad käe püsti ja ütled, et oi mina, mina, mina tahan minna. Et eee kui peab, siis peab, aga, aga väga nagu ei taha endale selliseid asju...“ (C).*

*„Üldiselt on esimene, ma arvan, et enamusel on esimene reaktsioon ja minul samamoodi, kui, kui naine tuleb, kellel on, noh tuleb selle jutuga, et ta ei kuule looteliigutusi, siis paljud ämmaemandad tahavad nagu kõrvale tõmmata, et mitte ise sellega tegeleda, eks. ././ Aga jah, ma tean nooremad kolleegid, eks, on ütelnud, et eee, et igal juhul ta paneks jooksu, kui selline naine tuleb. ././ Ja ausalt öeldes, ega ma ei tahakski vabatahtlikult, et, et noh ma ei sooviks sellist, sellise sünnituse juures olla...“ (E).*

*„Väga lihtne on sattuda selle hmh hirmu küüsi ja siis delegeerida endalt ära see või ... või siis teha nii vähe kui võimalik sinna asja. Aga selle aastate jooksul ma olen õppinud juhtima seda, eksju, et ma ei saa selle eest kogu aeg ära põgeneda ja see on üks minu töö osa, seega vajab ka see osa täiustamist.“ (G).*

*„... tahaks ju esimese hooga välja joosta.“ (H).*

Ämmaemandad tunnevad ennast leinava perega suhtlemisel ebakindlalt ning leiavad, et ei oska perega käituda ja ei tea mida neile öelda. Üks ämmaemand leidis, et ta ei ole nõustamises professionaal ning tulenevalt ebakindlusest ei julge enda peale selles osas vastutust võtta.

*„Ja pidev kuklataga hirm, et ... äkki ma pean tegelema foetus mortusega, ma ei oska käituda.“ (A).*

*„Et ma tõesti ei osanud neile midagi öeldam/.../...mina nagu ämmaemandana ennast ei pea nõustamises professionaaliks. Ma arvan küll, et minu teadmisi jääb puudu... ja ja ma ei julgeks nagu... noh mingit sellist ... suuremat eee nagu ... kuidas ma ütlen .... kohustust või või või vastutust enda peale võtta.“ (C).*

Kaks ämmaemandat tundsid leinava perega tegelemise ajal süütunnet seetõttu, et neil on kõik hästi samal ajal, kui naised, kellega nad tegelesid, olid õnnelikud. Selle tunde väljendamiseks kasutasid ämmaemandaid sõnu nagu süümepiinad ja piinlikustunne.

*„Samas jällegi meeletut süümepiina ka tundsin. Minul on alles. /.../ Minul on, aga temal ei ole. Aga see minu lapse suhtes on nagu väga jube, et ma tunnen süümepiinasid.“ (A).*

*„Ja siis on muidugi nagu piinlik, et sa, et sina tunned mingitest asjadest rõõmu, ümber ringi on kõik õnnelikud ja see naine nagu on siis sünnijärgses osakonnas hästi õnnetu eks ju. /.../ Natuke nagu süütunne vist ka /.../ miks tema peab õnnetu olema? Või et miks mina võin nagu õnnelik olla?“ (B).*

Mitmed ämmaemandad tundsid perinataalse surmaga kokku puutudes vajadust nutta ja kallistada koos perega, kuid samas olid ämmaemandad ebakindlad selles osas, kas neil kui professionaalidel sobib nii käituda ning olid kogenud kolleegidepoolseid etteheiteid. Vaatamata ebakindlusele, olid ämmaemandad jõudnud selleni, et nutmine koos perega on lubatud käitumine.

*„Et põhimõtteliselt me nutsime koos. Noh kallistasime ja nutsime koos. /.../ Minu hing nuttis samamoodi nagu nende oma..., aga kui ma nendega olin, siis ma sain koos nendega nutta.“ (A).*

*„(sosistab) Ei tohi nutta. (kõvemini) Ei tohi ju nutta! Ma ei ole ju professionaalne. Issand kui nõme! Ma hakkas siin nutma tead noh. Aga nüüd ma olen küll, et eee, kui on selline olukord, siis ma nutan. Nutan koos selle naisega ja ma kallistan ja nutan.“ (A).*

*„...ma tean, et teised ämmaemandad on öelnud, et no kuidas ma siis nutan koos perega? Noh nutad küll, kui vaja, et selles mõttes ju ongi kurb.“ (B).*

*„Teine asi mida, mille ma olen ära õppinud on see, et eee loomulikult, ma ei peagi olema hambad ristas, ma võingi hakata nutma onju, eks. Ma ei pea jube kangeline olema. Aga see, et*

*ma nüüd lohutamatult nutan, nutan rohkem, kui näiteks vanemad (naerab), siis noh seda ei või küll endale lubada.“ (E).*

Tegeledes leinava naisega, püüdsid kolm ämmaemandat ennast panna ema olukorda ning käituda nii nagu nad arvavad, et tahaksid, et nendega käitutakse.

*„Noh käitusingi selle järgi, kuidas mina tahaks“ (A).*

*„...aga need esimesed korrad ma mõtlesin küll, et mis, et eee, kui mina oleksin praegu selle naise asemel, sünnitaksin siin oma surnud last, et kuidas ma tahaksin, et minuga nagu nõ käitutakse noh ja ringi käiakse. /../ Mina nagu mõtlesin küll, et kuidas ma tahaksin ise sellises situatsioonis, et minuga ringi käiakse.“ (B).*

*„See ei ole empaatia, aga et sa nagu mõtled, et kui mul oleks niimoodi?“ (H).*

Tänapäeval peetakse oluliseks, et emal ja perel oleks võimalus oma surnud last näha ja temaga hüvasti jätta ning ämmaemandad on selle vajalikkusest teadlikud. Kuid kuna esimene reaktsioon vanematel on sageli see, et nad ei taha last näha, siis võib vanemate niikaugele saamine ämmaemandale väga keeruliseks ülesandeks osutada.

*„Kus ma viisin selle, nagu ikka eitamisfaas, et laps oli ära sündinud, ta ei tahtnud last näha. See on tüüpiline, et eee nii palju ma nagu sel hetkel nagu teadsin, et ma pean nagu noh niikaugele saama... et mitte peale sundima, suruma. Et kuidagi korduvalt ja korduvalt pakkuma, seda et nad nagu ikkagi last vaatavad ... eee... et seda on nagu.... see on nagu vajalik, et edasi minna nagu. /../ oluline on see, et vanemad näeksid seda last, see on tüüpiline, et nad eitavad noh et algul, et ei taha näha, väga harva, kes kohe tahava näha. (A).*

*„Minu jaoks palju raskem osa selle juures on ämmaemandale see, kui see laps on juba sündinud, et sa pead suutma ikkagi naise sinna maale viia, et ta vaataks seda last, et noh kogu see leinaprotsess eks ju, mis sealt nagu edasi saab. /../ Aga kui ta ei ole seda näinud reaalselt, ta ei saa sellest leinast kuidagi nõ üle.“ (B).*

*„(rõhutab) Emal peab olema võimalus hüvasti jätta! Ja siis lõpuks ma ikkagi küsisin, kas ema tahab näha, ma lähen küsin, kas ema tahab näha? Lõpuks tahtis näha...“ (D).*

*„Võib-olla oli... oligi kõige raskem see, siis kui tuled sealt palatist välja koos selle lapsega, seal palatis ma ei pannud eee teda riidesse /../ siis kui sinna vanemate juurde tagasiminekuks selle teki sisse mähitud lapsega... see oli üsna, üsna selline, selline kurb. /../ Rasedus peab ära lõppema, ema peab selle lapsega hüvasti jätma, isa ka loomulikult. Vaatad, kuidas nad hoiavad seda last ja nii kurb oli vaadata. Endal tuleb ka kurb peale.“ (I).*

Üks ämmaemand oli aga kogenud olukorda, kus ema tahtis ona surnult sündinud lapsi enda juurde ning pärast ei olnud nõus neid enam tagasi andma.

*„Noh mingi hetk nad peavad selle lapse ju ära andma. Sest noh on olnud küll neid juhtumeid, kus eee naine öö läbi hoidis oma sügavalt enneaegselt surnud kaksikuid, et noh lõpuks nagu... ta ei olnud nõus neid ära andma enda juurest, et... Neid situatsioone on olnud, aga sa pead ikkagi suutma, et sa saad selle lapse mingi hetk ta käest kätte.“ (B).*

Kolmas moodustunud alakategooria oli **„Ämmaemandate vajadused perinataalse surma ja leinava perekonnaga tegelemise parandamiseks“**. Üheks selliseks vajaduseks oli vajadus ühtse käitumismudeli järgi tervishoiutöötajatele. Tulenevalt sellise käitumismudeli puudumisest häiris kahte uuritavat, et nad ei tea, kes mida tegema peab ning kuidas teised samas olukorras käituvad.

*„...meil ei ole olemas ju mingit juhendit eee kuidas sel hetkel nagu tegutseda eee või või siuke mmm noh ma tean, et näiteks Soomes on konkreetselt juhend, kui selline asi juhtub, siis on konkreetselt on nii arstile kui ämmaemandale tegutsemisjuhend. /../ ...nagu et üldse esiteks, kuidas nagu käituda? Kes kutsub psühholoogi? Või kes kutsub hingehoidja või? Kuna seda tehakse? Või või kas kõigile kutsutakse või noh sellised asjad.“ (A).*

*„Mina ei tea, kuidas teised teevad. (tõstab häält) Asi ongi selles, mis minul nagu ongi see, et leiutad ise seal jalgratast suht. .. Ja nii ongi no!. Ja seepärast ongi, ma tunnen, et mulle... nagu seda kuradi ..... mingisugust juhendit või nii siukes!“ (A).*

*„Et see fotode tegemine ja kaardi tegemine ja jalajälje tegemine, et ka see ei ole väga, see ei ole tegelikult siiamaani väga, noh erinevates haiglates on see tava muidugi erinev, aga meil tegelikult ei ole ka mingit süsteemi. Igaüks teeb ikkagi nagu ise tahab.“ (F).*

Kolmel ämmaemandal oli mure ämmaemandusabi järjepidevuse pärast, sest juhul, kui naisega on füüsiliselt kõik korras, saadetakse ta väga kiiresti peale sünnitust koju. Muret põhjustab see, et ämmaemandad ei tea, mis neist naistest edasi saab ja kuidas nad oma eluga toime tulevad. Seetõttu tundisid need ämmaemandad vajadust ämmaemandusabi jätkamiseks leinavale emale pärast väljakirjutamist

*„Aga aga nad saavad suht ruttu välja, noh nagu kui emaga kõik korras... ja siis nad lähevad koju ja minul näiteks ongi see teema, mure, et me anname küll, et näed sellised kontaktid ja et võtke ühendust ja niimoodi... aga ..... mulle tundub see asi ei tööta nagu.“ (A).*

*„Ja minu arust tegelikult need naised lähevad eee lähevadki hästi kiiresti siit sünnitusmajast ära /../ ei taha nagu ühtepidi neid hoida siin nende eee nutvate laste ja õnnelike emade kõrva, eks*

*ju, et noh nendel on ju ikkagi lein. Aga teist pidi on jälle see, et me ei tea, mis neist edasi saab, ... et, et isegi kui nagu jääb mingeid küsimusi või ... mida sa tahaksid veel sellele naisele öelda või tema sinult küsida, eks ju. Siis nad kaovad ju tegelikult ära ja hästi paljud ju ikkagi keelduvad ikkagi esialgu sellest hingehoidjast ja ja mingist psühholoogilisest abist.“ (B).*

*„Ja mis see nagu nõrk koht on see, et nad kaovad. Tegelikult reeglina, kui nad ei ole su tuttavad, siis nad kaovad niimoodi ära, et tegelikult sul nagu puudub tagasiside (nutuselt) sellekohta, eeee kuidas nad nagu läbi on ... sellest tulnud. Kuidas nad edasi hakkama saavad.“ (F).*

Samuti tundis üks ämmaemand muret, et kuidas jõuab selline negatiivne informatsioon nagu perinataalne surm teistesse asutustesse, kes antud rasedusega tegelesid.

*„...aga mingid asjad võiks olla mingid paigas. Kuidas toimib, kuidas eee kuidas see toimib, kui ta näiteks, et homme päev peab nagu minema äkki naistearsti kontrolli? .... et ma ei tea, kuidas see toimib? ././ äkki hakkab see ämmaemand taga otsima? Nagu kui meie maja siseselt, okei seal info liigub onju niimoodi. Aga kui ta kuskil eras? Kuidas see info sinna jõuab? Või mingis teises haiglas või?„ (A).*

On komme teha vanematele mälestuseks surnud lapsest fotosid ning võtta jala- ja käejälg ning juuksesalk. Ämmaemandad olid häiritud sellest, et neil puudub töökohas selliste mälestusesemete jäädvustamiseks ja säilitamiseks sobivad võimalused ja vahendid. Tulenevalt vahendite ja võimaluste puudustest on ämmaemandad pidanud fotode tegemiseks laenama oma tuttavatelt fotoaparaati ning fotode säilitamiseks kasutama vastu tahtmist oma kodu- või tööarvutit. Oma isiklike asjade juures selliste mälestusesemete säilitamine põhjustab ämmaemandatele ka pinget seoses ohuga need asjad ära kaotada. Seega üheks vajaduseks on ka vajadus abivahenditeks mälestuste jäädvustamisel ja säilitamisel pere jaoks.

*„(ärritunult) Miks meil ei võiks olla konkreetset mingit selle jaoks fotokat? ././ Mul ka ei olnud. Oma ühise tuttava fotoka... ma pean selleks mingit hullu orgunni aretama noh. Et tegelt võiks olla mõni siuke, seda rääkisime seal ka koolitusel, siuke kastike, kus ongi spetsiaalselt siuke, selle jaoks siuke... jalajälgede, kätejälgede tegemiseks, kääriku löikamiseks, juuksetuti löikamiseks.... eee fotoaparaat. Ja ja ongi niimoodi, et teed need asjad ära ja siis paned need asjad nagu sinna karpi ja oma selle noh andmetega peale. ././ Mina ka pidin tooma need kuradi pildid siia koju arvutisse. Ma ei tahtnud tegelikult neid tuua. ././ Ja ma tundsin, et et see on nii suur (rõhutab) vastutus. Et kui ma need pildid ära kaotan. Noh ma lubasin ju, et ma hoian neid pilte.“ (A).*

*„Siis me oleme pakkunud seda pildistamise võimalust ja noh see on jälle see, et tegelikult minul näiteks on siin samas arvutis on kaust kuhu ma olen neid... /../ ma teadlikult nagu koju arvutisse seda nagu ei viinud, las ta olla siis tööl, et eee aastate pärast ki veel küsivad, et kas te mäletate midagi või kas teil on midagi sellest alles jäänud või mingit pilti või mingit märget, eks ju /../ Aga noh see on jälle see koht, kus sa aeg-ajalt ikka klõpsad kogemata selle kausta lahti nagu noh tahtmatult, eks ole, siis sa pead ise jälle vaatama, et oh, tegelikult ei taha.“ (B).*

*„No see fotode tegemine on see, et noh selleks peab eee selleks võib olla vaja osakonda fotoaparaati.“ (F).*

Üks ämmaemand kirjeldas ka seda, et tal oli raskusi jala- ja käejälgede tegemiseks priljantrohelise leidmisega.

*„...enne kui teki sisse mähkisime, siis tegime käe- ja jalajälje paberi peale priljantrohelisega. Tükk aega otsisime taga priljantrohelist, osakonnas ei ole noh! Sünnijärgsest lõpuks leidsime.“ (I).*

## 5. ARUTELU

### Ämmaemandate kogemused läbielatuga psühholoogiliselt toimetulemise mõjuritest

Loote või vastsündinu surma korral on ämmaemanda ülesandeks olla leinavale perele toeks, kuid selleks, et ämmaemand saaks olla toeks ja pakkuda professionaalset ämmaemandusabi, peab ta kõigepealt iseenda tunnetega toime tulema. Käesolevas töös selgusid mitmed mõjurid, millest sõltub ämmaemandate psühholoogiline toimetulemine. Need mõjurid jagunesid kolmeks alakategooriaks: läbielatuga psühholoogiliselt toimetulemine sõltuvalt situatsioonist; läbielatuga psühholoogiliselt toimetulemine sõltuvalt naise/pere suhtumisest ja läbielatuga psühholoogiliselt toimetulemine sõltuvalt ämmaemanda omadustest.

Situatsioonist sõltusid kolm mõjurit. Sarnaselt mujal maailmas tehtud töödega mõjutab ka kliinikumi ämmaemandate perinataalse surmaga toimetulemist **raseduse suurus**, mis tähendab, et enneaegse lapse surmaga võib ämmaemandal olla kergem toime tulla, kui ajalise lapse surmaga. Ka Kaunonen jt (2000) töid välja, et kuigi lapse surma peetakse ebaõiglaseks, võidakse väga enneaegse lapse surma pidada ka kergenduseks vanematele. Koolitustel tuleks ämmaemandatele siiski rõhutada, et kuigi ämmaemandale võib enneaegse lapse surmaga leppimine olla kergem, siis lapsevanemate jaoks ei pruugi raseduse suurus omada mingit tähtsust. Sageli elab perekond ka raseduse katkemist varases järgus väga rängalt üle, sest oma mõttes on nad juba jõudnud luua ettekujutuse lapse ja enda ühisest tulevikust.

Uudsena ilmnes, et ämmaemandate toimetulemist mõjutavad ka loote välimus ja situatsiooni ootamatus. Kliinikumi ämmaemandate jaoks olid väga rasked situatsioonid, kus sündis **matseereerunud loode** ja selliste situatsioonidega silmitsi seismist nimetati eneseületamiseks. Lagunev inimkeha on igal juhul hirmutav vaatepilt ning situatsiooni teeb hullemaks asjaolu, et tegemist on lapsega. Ämmaemanda toimetulemisele sellises situatsioonis võib tulla kasuks, kui ta ei pea matseereerunud lootega üksi tegelema, vaid keegi personalist tuleb talle emotsionaalselt toeks, kui mitte kogu sünnituse ajaks, siis vähemalt selleks hetkeks, kui surnud last kaalutakse, mõõdetakse ja valmistatakse ette uuringutele saatmiseks.

**Situatsiooni ootamatuse** mõju seisneb selles, mitmed kliinikumi ämmaemandad leiavad, et antenataalse loote hukuga on kergem toime tulla kui sünnitusaegse või vahetu sünnijärgse

hukuga. Eelnevalt diagnoositud loote üsasisese surma korral on ämmaemand teadlik, mis teda ees ootab ja ta saab selleks valmistuda, ootamatu surma korral aga on sünnituse käigus eeldatud terve lapse sündi ja sellisel juhul elatakse juhtunut ka raskemini üle. Sarnaselt varasemate uurimustega, ei uuritud käesolevas töös ämmaemandate kogemusi ante-, intra ja postnataalse loote või vastsündinu surmaga eraldi vaid uuriti neid kõiki koos. Põhjus, miks ei uuritud eraldi sünnieelse, sünnituse ajal ning sünnijärgse perioodi surmi seisneb selles, et tänapäeval sureb sünnituse ajal väga vähe lapsi, mistõttu on ka väga vähe ämmaemandaid, kes on intranataalse surmaga kokkupuutunud. Näiteks oli käesolevas töös ainult ühel ämmaemandal isiklik kogemus intranataalse loote surmaga ning ülejäänud ämmaemandaid rääkisid kas oma kolleegi kogemusest ja sellest, kuidas see ülejäänud personalile mõjus või oletasid, et intranataalse hukuga oleks veelgi raskem toime tulla. Ka postnataalsete surmadega puutuvad ämmaemandaid vähe kokku, sest raskes seisus vastsündinud viiakse esimesel võimalusel üle lastekliinikusse. Seega tasub edaspidi uurida ka lastekliiniku õdede kogemusi vastsündinute ja imikute surmaga.

Naise ja pere mõju ämmaemandate toimetulemisele pole varasemates uurimistöodes otseselt välja toonud. Käesolevas töös selgub, et **perepoolne viha ja tervishoiutöötajate süüdistamine** raskendavad läbielatuga toimetulemist, sest ämmaemandal võib niigi esineda enesesüüdistamist ja kahtlusi, kas kõik sai tehtud nii nagu peab. Viha ja süüdistamine käivad sageli kaasas ekstreemsete situatsioonidega ning ei ole üllatav, et lapse surma korral hakkavad lapsevanemad süüdlasi otsima. Ämmaemand peab jääma professionaaliks ja omale teadvustama, et üldjuhul ei ole viha suunatud tema isiku vastu, vaid pere on vihane situatsiooni peale, aga ei suuda seda muudmoodi välja elada. Siinkohal tuleb jällegi kasuks, kui ämmaemandaid on läbinud leinaalaseid koolitusi ja mõistavad leina olemust ning sellega kaasnevat.

Pere süüdistav hoiak väljendub mujal maailmas läbiviidud uurimistulemustes selle kaudu, et ämmaemandaid võivad perinataalse surma korral tunda hirmu karistuse ja kohtuprotsessi ees (McCool jt 2009, Gold jt 2011) või meedia kaudu avaliku häbistamise ees (McCool jt 2009). Käesolevas töös ükski ämmaemand selliseid hirme ei väljendanud, siiski on täiesti reaalne, et ka Eestis hakkab järjest rohkem perinataalse surma juhtumeid jõudma kas kohtusse või siis meediasse. Seetõttu ei tohi vanemate viha ja süüdistamine jääda tähelepanuta, vaid vanematele tuleb anda võimalus oma tunnetest rääkida ning vastata nende küsimustele.

Ämmaemandate toimetulemist mõjutab ka see, kuidas **ema suhtub oma lapse surma**. See on täiesti mõistetav, et ämmaemandal on lihtsam tegeleda emaga, kes tundub lapse surma suhtes

ükskõikne, sest siis on vaja ämmaemandal tegelda ainult enda tunnetega. Ema emotsionaalsuse korral võib ämmaemandale nii enda kui ka ema tunnetega korraga toimetulemine üle jõu käia. Siin on oluline aga ämmaemandatel teadvustada, et ükskõiksus võib olla kaitsereaktsioon ja tegelikult võib ükskõikne ema vajada samapalju või rohkemgi abi ja tähelepanu kui ema, kes näitab oma emotsioone välja. Kindlasti tuleb tulevikus koolitustel sellisele võimalusele tähelepanu pöörata ja jagada ämmaemandatele informatsiooni selle kohta, et iga inimene leinab erinevalt ning kuidas luua usalduslikku suhet pealtnäha ükskõikse emaga.

Ämmaemanda enda omatused mõjutavad samuti seda, kui hästi või halvasti ta läbielatudga toime tuleb. Osad ämmaemandad **ei suuda läbielatud unustada** ja mõtlevad sellele veel kaua pärast juhtunut. Tihti leiab selline soovimatu juhtunu meenutamise aset kodus, sest töökeskkonnas ei ole aega juhtunuga tegeleda, aga kodus, kui saabub pingelangus, tuleb kõik meelde. Sellist suutmatust unustada ja uuesti läbielamist kirjeldasid ämmaemandad negatiivselt ning nad ei soovinud seda teha. Ka varasemates uurimustes on välja toodud, et lapse surma on raske unustada (Kaunonen jt 2000) ning selle kogemusega tegelemist jätkatakse kodus (Kaunonen jt 2000, McKenna ja Rolls 2011). Siiski on oluline, et ämmaemandad ei suruks juhtunut alla, vaid tegeleks aktiivselt sellest ülesaamisega, sest muidu võivad nad juhtunusse „kinni jääda“ ning see võib veel pikka aega nende tööd ja eraelu mõjutada. Siinkohal võib kasu olla juhtunust ja oma tunnetest rääkimisel ning kliinikumi ämmaemandad seda ka omaalgatuslikult teevad. Tuleb aga arvestada, et iga inimene on erinev ja mõni kinnisema loomuga ämmaemand ei pruugi leida või ei otsigi võimalust enese nõ maha laadimiseks

Toimetulemise juures pidasid ämmaemandad veel oluliseks **valmisolekut perinataalse surmaga tegelemiseks**, kuigi leidsid, et päris valmis ei ole selleks keegi. Valmisolekust on toimetulemisele kasu seetõttu, et kui ämmaemand on läbinud surma puudutavaid täiendkoolitusi ja on selle teemaga tegelema, siis on tal millele reaalses situatsioonis toetuda. Samas, nagu ka ämmaemandad välja toovad, ei tea keegi ette, kuidas ta kriisisituatsioonides käitub ja seetõttu ei ole keegi nendeks kunagi ka lõplikult valmis. Valmisolekut aitavad saavutada teemakohased koolitused ning samuti eelnevate kogemuste refleksioon.

Uudsenä selgub antud töös, et **toimetulemisele aitab kaasa varasem kokkupuude perinataalse surmaga**, sest kui ämmaemand on ühe korra sellise situatsiooni läbi teinud, siis järgmisel korral on tal ettekujutus, mis teda ees ootab. Tänu sellele oskab ämmaemand ennast paremini hoida ning ei pruugi juhtunut nii rängalt üle elada. Varasema kogemuse positiivne mõju

toimetulemisele eeldab, et ämmaemand on eelmisest kogemusest üle saanud, mitte sellesse kinni jäänud. Seega on oluline pöörata tähelepanu tegevustele, mis soodustavad ämmaemandate toimetulemist läbielatuga.

Kliinikumi ämmaemandate tõid esile seitse tegevust, mis mõjutavad perinataalse surmaga psühholoogiliselt toimetulemist. Nagu ka varasemates uurimistöodes (Gold jt 2011, McKenna ja Rolls 2011), on ka kliinikumi ämmaemandate jaoks juhtunust **rääkimine** üks peamisi toimetulemist soodustavaid tegevusi. Kõige olulisemaks peeti kolleegidega rääkimist ning mõne kliinikumis töötava ämmaemanda jaoks oli see ka ainus, mida nad toimetulemiseks vajasisid. Positiivne on see, et kui varasemate uurimistulemuste põhjal on ämmaemandad mujal maailmas kogenud kolleegide poolset tundetust ja vähest võimalust nendega oma tunnest rääkida (Gardner 1999) ning leiavad, et toetust võiks rohkem olla (Chan jt 2007), siis käesolevas töös selliseid probleeme ei ilmnenud. Kliinikumi ämmaemandad vastupidiselt rõhutasid, et kolleegid on väga toetavad, kuulavad ära ning jagavad ka oma kogemusi. Sarnaselt Glod'i jt (2011) ja McKenna ja Rolls'i (2011) uurimistulemustele räägivad ka kliinikumi ämmaemandad lisaks kolleegidega juhtunust ka oma lähedastega, kuid uudsena selgub antud tööst, et ka leinava perekonnaga rääkimine võib osutada vabastavaks kogemuseks. Seega tuleb ämmaemandaid julgustada veetma rohkem aega leinava pere seltsis.

Ämmameemandad mujal maailmas on leidnud, et vajavad perinataalse surmaga toimetulemisel abi (Gardner 1999, McCool jt 2009) ning ka osad kliinikumi ämmaemandad leiavad, et ämmaemandatel peaks olema **võimalus pöörduda vajadusel professionaali poole**. Naistekliinikus on küll olemas raseduskriisinõustaja ja hingehoidja, kuid osad kliinikumi ämmaemandad pole kindlad, kas ka nemad võivad nende poole pöörduda, sest pidevalt küll rõhutatakse, et raseduskriisinõustaja ja hingehoidja on mõeldud leinavale perele, aga seda, et ka personal nende poole pöörduda võib, ametlikult ei mainita. Probleemiks võib saada ka see, et kõik ämmaemandad ei soovi rääkida nii lähedase kolleegiga. Töö autorile teadaolevalt võib kliinikumis raseduskriisinõustaja ja hingehoidja poole pöörduda vajadusel ka ämmaemand ning sellest võimalusest tuleks juhtkonnal töötajaid paremini teavitada, et ämmaemandal ei tekiks kahtlusi, kas ta on sinna oodatud või ei.

Üheks toimetulemist mõjutavaks tegevuseks on ka **oma tegevuse analüüsimine**. Endale esitatakse küsimusi: kas ma tegin kõik õigesti? Kas ma oleksin pidanud midagi teisiti tegema, varem märkama? Ämmaemandad võivad hakata end analüüsimise käigus süüdistama ning

süütunnet on kogunud ämmaemandad ka mujal maailmas (Modiba 2008; Gold jt 2011). Süüdistamist aitab vähendada see, kui surmapõhjus suudetakse tuvastada (Gold jt 2011), aga kahjuks sageli jääbki perinataalse huku põhjus leidmata. Sellegipoolest peavad kliinikumi ämmaemandad analüüsimist oluliseks ning teevad seda koos teise ämmaemandate ja arstidega. Juhtunu analüüsimisest on kasu mitte üksnes üksikisikute toimetulemisele, vaid see aitab kaasa ka nende isiklikule arengule ning tänu sellele paraneb ka sünnitusabi kvaliteet. Seega tuleb selliseid üheskoos juhtumite analüüsimisi igati soodustada.

Oma tegevuse analüüsimise abil või ämmaemand jõuda selleni, et ta **veendub oma tegevuse õiguses** ja, nagu töös osalenud ämmaemand ütles, tema süda jääb rahule. Seda, et ämmaemand võib leida perinataalse surma ja leinava perega tegelemisest erialaselt positiivseid aspekte kinnitab ka kirjandus. Fanwick jt (2007) leidsid, et rahuldust võidakse tunda selle üle, kui saadakse pakkuda järjepidevat ämmaemandusabi ning teadmised, et suudeti aidata. McKenna ning Rolls'i (2011) uurimusest selgub, et kogemust perinataalse surmaga peetakse arendavaks. Oma tegevusega rahule jäämine aitab kindlasti kaasa toimetulemisele ja seda tuleks soodustada. Tõenäoliselt ei tule paljud ämmaemandad selle peale, et perinataalse surma korral on võimalik millegi üle ka rahulolu tunda ning seetõttu tuleb ämmaemandaid sellisest võimalusest teavitada ja suunata nad eneserefleksiooniga tegelema. Kasu võib olla sellest, kui vähemalt esimeste kokkupuudete puhul perinataalse surmaga keegi abistab ämmaemandat oma tegevuse analüüsimisel.

Lisaks eelnevatele tegevustele, selgusid käesolevas tööst veel kaks läbielatuga toimetulemist mõjutavat tegevust, mida varasem kirjandus ei maini. Nendeks on **omaette olemine** ja **füüsiline aktiivsus**. Iga inimene on erinev ja reageerib rasketele situatsioonidele erinevalt. Kõik ämmaemandad ei soovi juhtunust rääkida või siis soovivad sellest rääkida enda valitud ajal ja kohas, seega tuleb respektierida ka ämmaemanda vajadust olla omaette. Omaette olemist on kerge kombineerida ka füüsilise aktiivusega ning kuna käesolevas töös mainis füüsilist tegevust ainult üks uuritav, tasub kindlasti füüsilise tegevuse positiivset mõju läbielatuga toimetulemisele tutvustada ka teistele ämmaemandatele.

## **Ämmaemandate kogemused seoses perinataalse surma ja leinava perega tegelemisega**

Teise teemana selgusid käesolevas töös ämmaemandate kogemused perinataalse surma ja leinava perega tegelemisega. Need kogemused on olulised, sest nende teadvustamine võimaldab leida üles tugevad ja nõrgad kohad ja seeläbi parandada ämmaemandusabi kvaliteeti. Käesolevas uurimuses rääkisid mitmed ämmaemandad ettevalmistumisest perinataalse surma ja leinava perega tegelemiseks. **Koolipoolne erialane ettevalmistus** jäi osade ämmaemandate arvates liiga pinnapealseks ja vajab täiendamist. Üks ämmaemand suhtus ebapiisavasse ettevalmistusse väga emotsionaalselt ja leidis, et ta oleks tahtnud, et koolis oleks surma teemat oluliselt rohkem käsitletud. Samas mainis üks teine ämmaemand, et koolipoolne ettevalmistamine perinataalse surmaga tegelemiseks on aastatega paremaks läinud. Ka töö autorile teadaolevalt on vähemalt Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis hakatud viimastel aastatel üliõpilasi perinataalse surmaga tegelemiseks rohkem ette valmistama ning õppejõudude hulka kuulub ka raseduskriisinõustaja, kellel on reaalne töökogemus leinavate lapsevanematega tegelemisega. Perinataalse surma ja leinava perega tegelemine on üks osa ämmaemandate tööst ning seetõttu on oluline ka edaspidi selle õpetamisele koolis tähelepanu pöörata. Eriti just emotsionaalsest aspektist, lisaks meditsiinilisele poolele.

Ämmaemandad rõhutasid ka temaatilistel **täiendkoolitustel** käimise olulisust, et ennast paremini ette valmistada. Käesolevast tööst selgub, et täiendkoolitusest võib kasu olla ka siis, kui sealt ei saada uut informatsiooni, sest juba teadaoleva teabe kuulmine koolitaja suust aitab ämmaemandal tunda end enesekindlamalt. Siit kumab läbi ämmaemanda ebakindlus, et kuigi ta oli ise jõudnud samadele tulemustele, mida koolitusel räägiti, oli siiski oluline kuulda oma tegevuse õigsuse kinnitust teise inimese suust. Vaatamata sellele, et täiendkoolitusi peeti oluliseks, leidis ämmaemandatel ka kriitikat täiendkoolituste suhtes. Ämmaemandad tunnevad puudust eneseabi koolitustest, sest enamasti koolitusi on suunatud sellele, kuidas leinava perega käituda ja mida surnult sündinud lapsega teha, aga sellele, kuidas ennast aidata, pööratakse väga vähe tähelepanu. Siinkohal soovib töö autor juhtkonnal võimalusel pakkuda ämmaemandatele ka eneseabikoolitusi ning koolitajatel eneseabist ämmaemandatele rohkem rääkida.

Positiivne on see, et ämmaemandad ei jää lootma üksnes koolitustele, vaid tegelevad ka ise aktiivselt **iseseisva enesetäiendamisega**. Informatsioon ja vastused küsimustele, mille inimene on ise välja otsinud, jäävad enamasti oluliselt paremini meelde, kui loengutel kuuldu, nii et

iseseisev teemaga tegelemine on tervitatav. Siinkohal saadi informatsiooni Tartu Meditsiinikoolis koostatud diplomitööst, võõrkeelsetest teadusartiklitest ning nii eesti- kui ka inglisekeelsetest foorumitest. Foorumid ei ole küll tõenduspõhised informatsiooniallikad, aga kuna ämmaemand otsis informatsiooni lapse kaotanud naiste kogemuste kohta ning tahtis teada, mida naised kindlasti kuulda ei taha tervishoiutöötajate suust ja mis võiks neid omasõnul aidata, siis oli lisaks teadusuuringute lugemisele foorumite külastamine kindlasti õigustatud käitumine ja seda peaks soosima. Ka naistekliiniku puhkeruumides võiks olla teemakohaseid artikleid, et ämmaemandatel oleks lihtne vabal hetkel soovi korral neid lugeda.

Sarnaselt varasemate uurimistulemustega selgub käesolevas töös, et ämmaemandad **ei soovi vabatahtlikult tegeleda** naisega, kelle laps on surnud ja võimalusel hoiavad kõrvale. Leinava perega tegeletakse siis, kui muud võimalust pole. Ka Modiba (2008) leidis, et osad ämmaemandad väldivad leinavate emadega suhtlemist ning Kaunonen jt (2000), et kuigi perega kohtumist peetaks väljakutseks, on personalil olemas valmisolek lapsevanemate toetamiseks ja vajadusel seda siiski tehakse. See on täiesti loomulik, et negatiivsega ei taheta vabatahtlikult tegeleda ja pigem hoitakse eemale, kuid leinavale perele on oluline, et neid ei jäetaks üksi. Siinkohal võib kasu olla sellest, kui perinataalse surma puhul tegeleks leinava perekonnaga kaks ämmaemandat koos, sest siis saaksid ämmaemandad üksteisele toeks olla, kuid sageli on seda personali vähesuse tõttu raske korraldada.

Soovimatus leinava naise ja perega tegeleda võib tulla sellest, et uurimuses osalenud ämmaemandad tunnevad ennast **ebakindlana**. Nad kardavad, et ei oska leinaja läheduses käituda ning tunnevad ennast ebaprofessionaalsena. Kirjanduse järgi tunnevad ämmaemandad, õed ja arstid, kes on kokku puutunud perinataalse surmaga end ebaadekvaatse (Gardner 1999, McKenna ja Rolls 2011) ja ebakindlana (Fanwick jt 2007) ning leiavad, et neil ei ole piisavalt oskusi leinavate lapsevanematega suhtlemiseks (Gardneri 1999, Chan jt 2007, Fanwick jt 2007, Modiba 2008) ning nende toetamiseks (Modiba 2008). Samuti tunnevad tervishoiutöötajad, et leinajatele ei osata läheneda (Kaunonen jt 2000). Oskamatus leinajatega suhelda võib seotud olla nii puuduliku koolituse kui ka ühiskonnas üldiselt valitseva surma eitava suhtumisega. Siinkohal on kindlasti kasu, kui ämmaemandatele pakutakse surmateemalisi täiendkoolitusi ja tutvustatakse lapse kaotanud naiste seas läbiviidud uurimustööde tulemusi. Oluline on, et ämmaemandad mõistaksid, et sageli piisab lihtsalt juuresolemisest ja polegi vaja midagi öelda või teha.

Tulenevalt puudulikust ettevalmistusest ja oskamatuses käituda tunnistasid kaks ämmaemandad, et proovivad asetada **ennast ema olukorda** ja käituda nii nagu nad tahaks, et nendega käitutakse. Selline lähenemisviis võib olla kasulik ja abiks, aga samas kuna kumbki neist ämmaemandatest ei olnud ise sarnases olukorras olnud, siis nad lihtsalt oletasid, mida sünnitav naine või pere sel hetkel tahta võivad. Samuti tuleb arvestada, et iga inimene on erinev ja see, mis sobib ühele, ei pruugi sobida teisele. Selleks, et paremini mõista, mida lapse kaotanud pered tegelikult läbi elavad, on soovitatav ämmaemandatel lugeda leinavate perede seas läbi viidud uurimistöid ja samuti foorumeid, kus vastava kogemusega naised omavahel räägivad.

Mitmed ämmaemandad tundsid leinava perega tegeledes vajadust **nutta koos perega**, kuid seejuures mureseti oma professionaalsuse üle. Mõned ämmaemandad olid kogenud teiste ämmaemandate poolseid etteheiteid, et nutmine ei ole sobilik. Siiski olid kõik töös osalenud ämmaemandad jõudnud selleni, et koos perega nutmine on normaalne ja aktsepteeritud tegevus. Kuigi rääkimisvõimaluse osas kiitsid töös osalenud ämmaemandad oma kolleege ja pidasid neid toetavaks, siis siin jääb kolleegidepoolset mõistmist puudu. Sarnaselt lapsevanematele, kogevad ka tervishoiutöötajad leina (Kaunonen jt 2000) ja emotsionaalset muserdatust (Fanwick jt 2007), seega vajadus nutta on täiesti mõistetav. Seni, kuni ämmaemand suudab olla perele toeks ja ei nuta nii lohutamatu, et leinajatel tekib soov ämmaemandat lohutama hakata, näitab nutmine lapsevanematele, et ämmaemand tõesti hoolib ja talle läheb juhtunu korda. Oluline on teavitada ämmaemandaid, et nutmine, ka koos perega, on normaalne tegevus ning et nende kolleegid vajavad sellises situatsioonis toetust mitte hukkamõistu.

Sünnitusjärgses osakonnas on valdavalt õnnelikud värsked lapsevanemad ning ka ämmaemandad rõõmustavad sageli koos vanematega. Kui aga sünnitusosakonnas viibib ka lapse kaotanud ema, siis mõnel juhul tundsid ämmaemandad leinava naisega tegeledes **süütunnet** sellepärast, et neil endil ja teistel on kõik hästi. Süütunne oli seotud nii rõõmusolemisega kui ka ämmaemanda teadmise, et temal endal on elus ja terve laps, aga teine naine on oma lapse kaotanud. See aga tekitas ämmaemandale veel lisaks süümeppiinasid oma lapse ees, sest ämmaemand leidis, et ta ei tohiks nii mõelda. Sellist süütunnet võib aidata vähendada see, kui ämmaemand saab oma tunnetest rääkida ja ta kuulatakse ära, seega tuleb koolitustel ämmaemandaid teavitada, et kõik sellised tunded on normaalsed ja nende allasurumise asemel tuleks nendest rääkida.

Uudsenä selgub käesolevast tööst, et ämmaemandate jaoks võib lapse sünni järgselt perega tegelemine olla isegi raskem kui sünnituse ajal naisele toeks olemine. Erakordelt **raskeks peeti**

**perele surnud lapse näitamist.** Tänapäeval peetakse surmaga toimetulemise seisukohast oluliseks, et naine näeks oma surnud last ja saaks temaga hüvasti jätta, aga esimene reaktsioon on vanematel sageli see, et nad ei soovi surnud last näha. Ämmaemand peab suutma peret nii palju toetada ja nõustada, et nad siiski oleksid nõus last vaatama, sest muidu võib pere hiljem mitte vaatamist kahetsema hakata. Töös osalenud ämmaemandad mõistsid, kui oluline on vanematele surnud lapsega hüvasti jätmise. Millele aga tuleks tähelepanu pöörata on see, et kuigi vanemad vajavad ka privaatset aega lapsega olemiseks, tuleb ära tabada õige hetk, mil vanemad on lapse omaks võtnud, sest vanemad võivad vajada selleks ämmaemanda abi ja toetust.

Ämmaemandatel soovitatakse teha lapsest pilte, võtta tema jala- ning käejälg ja neid asju haiglas säilitada, kui vanemad pole kohe valmis neid endaga kaasa võtma. Käesolevast tööst selgub, et naistekliinikus **puudub** selleks otstarbeks **fotoaparaat ning koht**, kus neid **asju hoida**. Üks ämmaemand hoidis selliseid pilte oma tööarvutis, teine kodus eraarvutis ning mõlemad olid sellest häiritud, sest ämmaemandad tunnevad end olevat vastutavad nende fotode säilimise eest. See aga põhjustas lisapinget.

Siinkohal on lihtne teha ämmaemandatele perinataalse surmaga tegelemine lihtsamaks ja parandada ka ämmaemandusabi kvaliteeti. Kindlasti leiab osakonnast karbi või kapi, kus kokkuleppeliselt edaspidi selliseid asju hoidma hakatakse. Samuti on üldjuhul kliinikutes ja vahel ka igas osakonnas olemas vähemalt üks fotoaparaat, mida üldiselt kasutavad arstid näiteks operatsiooni ajal fotode tegemiseks. Töö autor ei ole kindel, kas naistekliinikus on fotoaparaati, aga kui on, tuleks selle kasutamist ka ämmaemandatele võimaldada. Juhul kui ühtegi fotoaparaati pole, siis on soovitatav leida osakonna eelarvest raha ühe fotoaparaadi ostmiseks. Kindlasti peaks mälestusesemete hoiukohas olema ka digitaalsete fotode säilitamise võimalus, et ämmaemandad ei peaks neid enda arvutites hoidma.

Lisaks sellele, et kliinikumi ämmaemandatel oli vajadus abivahendite järele, et mälestusi pere jaoks jäädvustada ja säilitada, tundisid nad ka **vajadust ühtse käitumismudeli järgi tervishoiutöötajatele**. Ühte ämmaemandat häiris väga, et ei ole ühtset käitumismudelit, mis reguleeriks ära põhilise, nagu näiteks, kes ja millal kutsub hingehoidja ja raseduskriisinõustaja ning kuidas jõuab informatsioon teistesse asutustesse, mis tegelesid antud naise ja tema rasedusega. Sellisest juhendist oleks kindlasti kasu, sest annab ebakindlust tundvale ämmaemandale mingi aluse, millele toetuda. Eriti võib sellisest juhendist kasu olla noortele ämmaemandatele, kel puudub varasem kokkupuude perinataalse surmaga, sest aitab tagada, et

midagi olulist ei jää tegemata. Kindlasti ei saa niisuguse juhendiga reguleerida igat perinataalse surmaga seotud aspekti, kuid samas annaks see selged juhised uutele ämmaemandatele, kellel puudub kas üldse vastavasisuline kogemus või kelle kokkupuude perinataalse surmaga on leidnud aset mõnes teises haiglas, kus võimalused ja tavad on teistsugused. Siit ka soovitus Naistekliinikule selline käitumismudel koostada.

Ämmaemandad tundsid muret ka ämmaemandusabi järjepidevuse üle ja tundsid **vajadust ämmaemandusabi jätkamiseks leinavale emale pärast väljakirjutamist**. Surnud lapse sünnitanud naine saab üldjuhul haiglast ruttu välja ning kuna ämmaemandad sünnitusjärgseid koduvisiite ei tee, siis kaovad need naise ämmaemandate vaateväljast ära. Ämmaemandad tunnevad muret sellepärast, mis neist naistest saab ja kas nad tulevad kodus toime. Perinataalperioodis lapse kaotanud perede toimetulemine on teema, mida tasub edaspidi uurida. Samuti soovitab autor töötada välja iseseisva teenusena ämmaemandate sünnitusjärgne koduvisiit, seal hulgas ka nendele naistele, kelle laps suri.

### **Uurimistöö usaldusväarsus ja eetilised aspektid**

Käesolevas töös osalemine oli vabatahtlik ning uurija ei ole levitanud informatsiooni selle kohta, kes töös osales ja mida rääkis. Uuritavad kogusid omaalgatuslikult oma nimed ja kontaktandmed vanemämmaemanda kätte kokku, kes edastas need uurijale, seega on võimalus, et Naistekliiniku ämmaemandad teavad, kes nende kolleegidest uurimuses osalesid. Siiski oli kõigil võimalus uurijaga ka otse ühendust võtta, sest uurija jättis oma kontaktandmed nii sünnitus- kui ka sünnijärgsesse osakonda, seega uurija ei usu, et kellelgi jäi uurimistöös osalemata anonüümsusest tulenevatel asjaoludel. Kokku edastati uurijale 12 ämmaemanda nimed ja kontaktandmed, kes soovisid uurimistöös osaleda. Uurija oli positiivselt üllatunud suurest huvist antud teema vastu.

Uurija teavitas kõik uurimuses osalenud ämmaemandaid nende õigustest ja allkirjastas informeeritud nõusolekuvormi enne intervjuerimise algust. Kõiki intervjuude lindistusi ja transkriptsioone säilitas uurija vaid talle ligipääsetavas koha ning peale magistriõo edukat kaitsmist kõik algandmed hävitatakse. Intervjuude käigus vältis uurija uuritava suunamist ning kasutas peegeldamist ja ümbersõnastamist. Usaldusväarsuse suurendamiseks on tulemuste juurde lisatud tsitaate intervjuudest, et lugejal oleks kergem jälgida, kuidas uurija selliste tulemusteni

jõudis. Kvalitatiivses töös on alati subjektiivne komponent, kuid käesoleva töö usaldusväärsust tõstab asjaolu, et andmete analüüsi protsessiga oli pidevalt kursis ka uurija juhendaja ning üldistatud kujul nägi andmeid ka üks uurimuses osalenud ämmaemand, kes aitas jälgida, kas substantiivsetest koodidest moodustunud kategooriad on loogilised ja kirjeldavad ämmaemandate kogemusi perinataalse surmaga.

Käesoleva töö autor on ka ise ämmaemandaks õppinud, aga pole ämmaemandana kunagi töötanud. Autor on õppepraktika jooksul puutunud kaudselt kokku loote antenataalse hukuga, aga kuna kokkupuude oli väga põgus, siis alakategooria „Koolipoolne ettevalmistus perinataalse surmaga tegelemiseks“ oli ainuke, kus autori kogemus ühtis osaliselt uurimistulemustega. Seega võib väita, et autori kogemus ei ole mõjutanud töö tulemusi. Uuritavad olid teadlikud uurija taustast ning valdav enamus olid uurijaga varem kokku puutunud kas õpingute või õppepraktika ajal. Autor arvab, et varasem kokkupuude võis tulla kasuks avatud õhkkonna loomisele, samas on olemas võimalus, et see põhjustas mõnele uuritavale ebamugavust.

Käesolevas töös ei uuritud noorte ämmaemandate ja kogenumate ämmaemandate kogemusi eraldi, kuid on võimalik, et erinevused on olemas. Seda esiteks seetõttu, et eelneva kogemusega ämmaemand ei tea täpselt, mis teda ees ootab ja kuidas ta sellele reageerib. Teiseks võib kogemusi mõjutada erinev taust ja saadud haridus. Seega soovib uurija edaspidi võrrelda, kuidas mõjutab tööstaja ämmaemandate kogemusi perinataalse surmaga.

Käesoleva töö tulemused ei ole üldistatavad kõikidele ämmaemandatele. Uurimustulemustes oli mitmeid kokkulangevusi varasemate tulemustega, kuid leidis ka uut, seetõttu on soovitatav teemat ämmaemandate kogemused perinataalse surmaga uurida ka edaspidi Eesti teistes haiglates. Käesolevast uurimistööst võib kasu olla kliinikumi vanem- ja ülemämmaemandatele ning koolituste läbiviijatele. Uurimistulemuste põhjal on võimalik kavandada toimetulemisstrateegiaid ämmaemandatele ning parendada ämmaemendusabi kvaliteeti.

## 6. JÄRELDUSED

Magistritöö pakub Eestis ainulaadset kvalitatiivset teavet ämmaemandate kogemustest perinataalse surmaga TÜ kliinikumi näitel. Uurimistulemuste osas ilmnes kokkulangevusi varasemate töödega, kuid leiti ka täiesti uutset teavet, mida teistes riikides tehtud intervjuudega pole seni avastatud. Tuginedes TÜ kliinikumi üheksa ämmaemandaga läbiviidud intervjuudele jagunevad ämmaemandate kogemused perinataalse surmaga seitsmesse alakategooriasse, mis omakorda moodustavad kaks ülakategooriat. Nendeks ülakategooriateks on 1. ämmaemandate kogemused läbielatuga psühholoogiliselt toimetulemise mõjuritest, mille moodustavad alakategooriad 1.1. läbielatuga psühholoogiliselt toimetulemine sõltuvalt naise/pere suhtumisest; 1.2. läbielatuga psühholoogiliselt toimetulemine sõltuvalt situatsioonist; 1.3. läbielatuga psühholoogiliselt toimetulemine sõltuvalt ämmaemanda omadustest ja 1.4. läbielatuga psühholoogiliselt toimetulemist mõjutavad tegevused; 2. ämmaemandate kogemused seoses perinataalse surma ja leinava perega tegelemisega, mille moodustavad alakategooriad 2.1. ettevalmistumine perinataalse surma ja leinava perega tegelemiseks; 2.2. vastuolulised tunded leinava perekonnaga tegelemisel ja 2.3. ämmaemandate vajadused perinataalse surma ja leinava perekonnaga tegelemise parandamiseks.

Sarnaselt teiste riikidega, kogesid ka kliinikumi ämmaemandad, et nende läbielatuga toimetulemise mõjurid jagunevad (1.2.) sõltuvalt situatsioonist, nagu raseduse suurus ja (1.3.) sõltuvalt ämmaemanda omadustest, nagu näiteks suutmatus unustada läbielatut. Käesolev töö süvendas sellealast teadmist lisades loetletud alakategooriatele mitu täpsustavat substantiivset koodi: (1.2.) loote välimus ja situatsiooni ootamatus ning (1.3.) ämmaemanda valmisolek sündmuseks ja varasem kokkupuude perinataalse surmaga. Uudsenä selgus, et lisaks situatsioonile ja ämmaemanda enda omadustele sõltub ämmaemandate toimetulemine perinataalse surmaga (1.1.) naise ja/või pere suhtumisest, mida kirjeldasid kaks koodi: ema suhtumine lapse surma ja pere süüdistav hoiak tervishoiutöötajate suhtes. Läbielatuga toimetulemise mõjuritena nimetati veel (1.4.) erinevaid tegevusi. Võrreldes varasema teabega, said läbielatuga toimetulemist mõjutavate tegevustena kinnitust rääkimine, professionaalne abi, oma tegevuse analüüsimine ja veendumine oma tegevuse õigsuses. Varem kajastamata tegevustena lisandusid omaette olemine, vabastav nutmine ja füüsiline tegevus.

Sarnaselt varasematele uurimistöödele, pidasid kliinikumi ämmaemandad perinataalse surma ja leinava perega tegelemise juures oluliseks (2.1.) ettevalmistumist, mis sisaldas endas kolme substantiivset koodi. Koolipoolset ettevalmistust peeti vajalikuks, aga ebapiisavaks ning samuti peeti oluliseks täiendkoolitustel käimist, aga mainiti, et vaja oleks ka eneseabikoolitusi. Uudsenä lisandus siia kategooriasse iseseisev ettevalmistumine perinataalse surma ja leinava perega tegelemiseks. Ämmaemandad kogesid (2.2.) leinava perega tegelemisel vastuolulisi tundeid. Võrreldes varasemate uurimistöö tulemustega sai kinnitust vajadust nutta koos perega, mis põhjustas muret töökaaslaste ja perekonna silmis professionaalseks jäämise üle. Samuti ühtis varasemate uurimistulemustega ämmaemandate soov negatiivsega mitte tegeleda ja ebakindlus perega suhtlemisel. Uudsenä selgus, et ämmaemandad võivad tunda süütunnet enda heaolu pärast ja püüavad panna end ema olukorda ja käitusid nii, nagu nad tahaks, et nendega käitutaks. Samuti selgub uue informatsioonina, et vajalikuks, aga emotsionaalselt väga raskeks, peetakse perekonnale surnud lapse näitamist. Selgusid ka mõned ämmaemandate (2.3.) vajadused, mis aitaksid neil parendada kliinikumis perinataalse surma ja leinava perekonnaga tegelemist. Nendeks vajadusteks olid vajadus ühtse käitumismudeli järgi, vajadus osutada ämmaemandusabi naisele ka pärast haiglast lahkumist ning vajadus abivahenditeks, et lapsevanematele mälestusi jäädvustada ja säilitada.

Kliinikumi ämmaemandad vajavad rohkem perinataalset surma ja leina puudutavaid koolitusi ja eriti neid, kus käsitletakse eneseabi. Lisaks vajavad ämmaemandad psühholoogiliselt toimetulemiseks professionaalset abi. Ämmaemandate tööle ja ämmaemandusabi kvaliteedi parendamisele aitaks kaasa see, kui osakonnas oleksid abivahendid lapsevanematele mälestusesemete jäädvustamiseks ja säilitamiseks ning kui ämmaemandatel oleks käitumismudel, millele toetuda. Edaspidi tuleks uurida, kuidas tulevad lapse kaotanud vanemad pärast haiglast väljakirjutamist toime, kas suurema tööstaažiga ämmaemandate kogemused erinevad vähesema tööstaažiga ämmaemandate kogemustest ja millised on lasteõdede kogemused vastsündinu või imiku surmaga.

## KASUTATUD KIRJANDUS

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

Caelli, K., Downie, J., Letendre A. (2002). Parents' experiences of midwife-managed care following the loss of a baby in a previous pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (2): 127–136.

Chan, M. F., Lou, F., Zang, Y., Chung, Y. F., Wu, L. H., Cao, F., Li, P. (2007). Attitudes of midwives towards perinatal bereavement in Hong Kong. *Midwifery*, 23, 309-321.

Elo, S., Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1): 107-115.

Fanwick, J., Jennings, B., Downie, J., Butt, J., Okanaga, M. (2007). Providing perinatal loss care: Satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Women and birth*, 20, 153-160.

Gardner, J. M. (1999). Perinatal Death: Uncovering the Needs of Midwivs and Nurses and Exploring Helpful Intrventions in the United States, England, and Japan. *Jurnal of Transcultural Nursing*, 10 (2): 120-130.

Gold, K. J., Kuznia, A. L., Hayward, R. A. (2011). How Physicians Cope With Stillbirth or Neonatal Death. *Obstetrics & Gyecology*, 112(1): 29–34.

Kaunonen, M., Tarkka, M.-T., Hautamäki, K., Paunonen, M. (2000). The staff's experience of the death of a child and of supporting the family. *International Nursing Review*, 47, 46-52.

McCool, W., Guidera, M., Stenson, M., Dauphinee, L. (2009). The Pain That Binds Us: Midwives' Experiences of Loss and Adverse Outcomes Around the World. *Health Care for Women International*, 30(11): 1003-1013.

McKenna, L., Rolls, C. (2011). Undergraduate midwifery students' first experiences with stillbirth and neonatal death. *Contemporary Nurse*, 38(1–2): 76–83.

Modiba, L. M. (2008). Experiences and perceptions of midwives and doctors when caring for mothers with pregnancy loss in a Gauteng hospital. *Health SA Gesondheid*, 13(4), 29-40.

Morse, J. M. & Field, P. A. (1996). *Nursing Research. The Application of Qualitative Approaches*. Chapman & Hall, London.

Tervise Arengu Instituut. (2011a). Perinataalsuremuskordaja 1000 sünni kohta haigla tüübi ja ema elukoha järgi 1992-2010. Website: <http://www.tai.ee/?id=3796> (23.01.12).

Tervise Arengu Instituut. (2011b). Sünnid haiglate järgi, 1992-2010. Website: <http://www.tai.ee/?id=3796> (23.01.12).

Trulsson, O., Rådestad, I. (2004). The Silent Child – Mothers' Experiences Before, During and After Stillbirth. *Birth*, 31(3): 189-195.

Tunell, R. (1998). *Neonatoloogia*. OÜ „Greif“, Tallinn.

Watson, S. J. (1991). An analysis of the concept of experience. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1117-1121.

## **LISA 1: TARTU ÜLIKOOLI INIMUURINGUTE EETIKA KOMITEE LUBA**

Protokolli number: 214/T-17

## LISA 2: Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm

### UURITAVA INFORMEERIMISE JA TEADLIKU NÕUSOLEKU VORM

#### Lugupeetud ämmaemand

Olen Tartu Ülikooli õendusteaduse II kursuse magistrant Janne Remmer ning palun Teie osalemist oma magistritööga seotud uurimuses, mille eesmärgiks on kirjeldada ämmaemandate kogemusi loote/vastsündinu perinataalse surmaga TÜ Kliinikumis.

Loote/vastsündinu surm on ämmaemandale raske kogemus, kuid kuna esmane kontakt haiglapersonaliga on leinaval perekonnal enamasti ämmaemandaga, siis peab iga ämmaemand olema pädev nõustama ja toetama leinavat perekonda. Samas vajavad ka ämmaemandad ise toetust ja abi, et oma tunnetega toime tulla. Käesoleva uurimistöö tulemusi on võimalik kasutada ämmaemandatele toimetulekustrateegiate kavandamiseks ning seeläbi on võimalik vähendada läbipõlemist ja parandada ämmaemandusabi kvaliteeti.

- ⌚ Uurimus viiakse läbi TÜ Kliinikumi ämmaemandate hulgas.
- ⌚ Uurimistöös osalemine on vabatahtlik ja soovi korral võite alati uurimuses osalemise katkestada. Juhul, kui antud teema on Teie jaoks liiga raske ja Te tunnete, et vajate abi sellega toimetulemisel, siis on soovitatav pöörduda kas hingehoidja või psühholoogi poole.
- ⌚ Uurimistöö käigus viiakse uuritavatega läbi üks struktureerimata intervjuu. Intervjueerija ei ole seotud TÜ Kliinikumi Naistekliinikuga.
- ⌚ Uurimistöö tulemused avaldatakse üldistatud kujul. Teile tagatakse anonüümsus ja konfidentsiaalsus, Teie nimed on teada vaid uurijale ning neid ei avalikustata.
- ⌚ Intervjuu käigus kogutud andmetele on ligipääs ainult uurijal ja peale magistritöö kaitsmist hävitab uurija kõik kogutud andmed.

Uurija on alati valmis vastama tekkinud küsimustele ja täpsustama töö eesmärki ning uurimuse läbiviimist. Uurimuse läbiviimiseks on taotletud luba Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt

Meeldivat koostööd soovides,  
Janne Remmer,  
õendusteaduse magistrant  
Tartu Ülikool, Nooruse 9, 50411  
Tel. 566 08 497  
e-post: Janne.Remmer@kliinikum.ee

Mind \_\_\_\_\_  
/ees-ja perekonnanimi, kontaktandmed/

on informeeritud ülalmainitud uurimusest ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist, uuringu metoodikast ning uuringuga seotud võimalikest riskidest ja kinnitan oma nõusolekut selles osaleda allkirjaga. Tean, et uurimistöö käigus tekkivate küsimuste kohta saan täiendavat informatsiooni uurimistöö läbiviijalt.

Kuupäev, kuu, aasta, allkiri \_\_\_\_\_

Informatsiooni andis uurimistöö läbiviija Janne Remmer

Kuupäev, kuu, aasta, allkiri \_\_\_\_\_