

Tartu Ülikool
Meditsiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Leiki Karuse

**EESTI ESMATASANDI TERVISEKESKUSTE ÄMMAEMANDATE TÖÖGA
RAHULOLU – KVALITATIIVNE UURIMUS**

Magistritöö

Tartu 2023

Vastutav juhendaja: Janne Kommusaar, MSc (õendusteadus)

Juhendaja: Käthlin Vahtel, MSc (õendusteadus)

Retsensent: Annaliisa Kruutmann, MSc (õendusteadus)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendajate otsusega 03.05.2023. Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Leiki Karuse,

1. Annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Eesti esmatasandi tervisekeskuste ämmaemandate tööga rahulolu – kvalitatiivne uurimus“, mille juhendajad on Janne Kommusaar ja Käthlin Vahtel, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 4.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, alates 01.07.2024 kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Leiki Karuse

03.05.2023

KOKKUVÕTE

Eesti esmatasandi tervisekeskuste ämmaemandate tööga rahulolu – kvalitatiivne uurimus.

Eestis arendatakse esmatasandi tervisekeskuste süsteemi alates 2016. aastast. Varasemalt töötasid ämmaemandad põhiliselt haiglates ja erakliinikutes, kuid alates tervisekeskuste süsteemi loomisest töötab iga aastaga aina enam ämmaemandaid esmatasandi tervisekeskustes. Tervisekeskustes töötavate ämmaemandate tööga rahulolu ei ole varem kirjeldatud. Samas on teada, et tervishoiutöötaja tööga rahulolu on tervishoiuteenuse kvaliteedi oluline komponent.

Magistritöö eesmärk oli kirjeldada Eesti esmatasandi tervisekeskuste ämmaemandate tööga rahulolu. Teadmised tervisekeskuste ämmaemandate tööga rahulolust annavad võimaluse hinnata tervisekeskuste süsteemi ämmaemandate vaatenurgast.

Uurimistöö oli empiiriline, kvalitatiivne ja kirjeldav. Uuringus osalemise kriteeriumiks oli töötamine ämmaemandana esmatasandi tervisekeskuses, suhtlustasandil eesti keele oskus ning nõusolek intervjuul osalemiseks. Andmete kogumine toimus 2022. aastal. Viidi läbi 15 poolstruktureeritud intervjuud, millest 14 kaasati andmete analüüsi. Andmeid analüüsiti temaatilise analüüsi abil.

Ämmaemandad kirjeldasid, et ühiskonnas esineb vähene teadlikkus ämmaemanda pädevustest ja ämmaemandusteenuse olemasolust tervisekeskustes. Ämmaemandad hindavad tervisekeskustes töötades oma autonoomiat, samas kirjeldati üksindustunnet, raskuseid teenuse alustamisel ja hirmu, et tööga seotud vastutus on liiga suur. Esineb probleeme töö- ja puhkeaja tasakaaluga ning läbipõlemist. Ämmaemandad kirjeldasid rahulolu koostööga tervisekeskuse töötajatega, kuid esines rahulolematust koostöös haiglatega ning taheti tõhustada koostööd günekoloogidega. Tervisekeskustes töötavad ämmaemandad soovivad osaleda oma kutseala arendamisel. Ämmaemandate tööga rahulolu mõjutavatele faktoritele on vaja edaspidi tähelepanu pöörata. Vajalik on optimeerida esmatasandi tervisekeskustes töötavate ämmaemandate töökoormust, tõhustada koostöövõimalusi haiglatega, luua tervisekeskuste ämmaemandate võrgustik ning mentorlussüsteem. Edaspidi vajab esmatasandi tervisekeskuste ämmaemandate tööga rahulolu täiendavat uurimist ning on vajalik uurida ka tervisekeskuste juhatajate ning haiglas töötavate günekoloogide rahulolu seoses ämmaemandusteenuse olemasoluga esmatasandil.

Märksõnad: esmatasandi tervisekeskused, ämmaemandad, tööga rahulolu, kvalitatiivne uurimus.

SUMMARY

The job satisfaction of primary health care centre midwives in Estonia – a qualitative study.

In Estonia, the system of primary health care centres was established in 2016. Earlier, midwives worked mainly in hospitals and private clinics, but since the health centre system was established, more and more midwives are employed in primary health care centres each year. The job satisfaction of midwives working in health centres has not been described before. However, it is a well-known fact that healthcare professionals' job satisfaction plays a pivotal role in the quality of health care services.

The aim of this thesis was to describe the job satisfaction of midwives working in Estonian primary health care centres. Information regarding the job satisfaction of midwives working in health care centres provides an opportunity to evaluate the health care centre system from the viewpoint of midwives.

The conducted study was empirical, qualitative, and descriptive. In order to qualify for the study, midwives had to work in primary health care centres, speak Estonian at conversational level, and give their consent to be interviewed. Data was collected in 2022. 15 half-structured interviews were conducted, 14 of which were used for data analysis. The data was analysed using the thematic analysis method.

According to interviewed midwives, our society is poorly informed about midwives' competencies and midwife services in health centres. Midwives appreciate the autonomy that working in health centres gives them, nevertheless they mentioned feeling isolated, difficulties with starting their service, and the fear that work-related responsibility is too big. Also, problems with work and leisure time balance and burnout occur. Midwives are satisfied with cooperation with other health centre workers, but expressed dissatisfaction with collaboration with hospitals, and stated that they would like their cooperation with gynaecologists to be more efficient. Midwives employed in health centres wish to contribute to the development of their profession. More attention should be paid to factors influencing midwives' job satisfaction. The workload of midwives working in primary health care centres should be optimised. Also, cooperation opportunities with hospitals and gynaecologists should be made more efficient, and a network of health care centre midwives together with a mentorship programme should be created. Further studies regarding the job satisfaction of midwives employed in primary health care centres should be conducted. Also,

health care centre managers' and gynaecologists' satisfaction with midwife services at primary care level should be explored.

Keywords: primary health care centres, midwives, job satisfaction, qualitative study.

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

1. SISSEJUHATUS	6
2. ÄMMAEMANDATE TÖÖGA RAHULOLU	8
2.1. Kutsealane autonoomia	8
2.2. Ämmaemandusteenuse töökorraldus	10
2.3. Meeskonnatöö ämmaemanduses	12
2.4. Kutsealased arenguvõimalused	13
3. METOODIKA	15
3.1. Metodoloogilised lähtekohad	15
3.2. Uurimiskeskond ja uuritavad	15
3.3. Uuritavate värbamine	16
3.4. Andmete kogumine	16
3.5. Andmete analüüs	18
3.6. Uurimistöö usaldusväärsus	19
4. TULEMUSED	20
4.1. Kutsealane autonoomia	20
4.1.1. Ühiskonna teadlikkus teenusest ja selle vajalikkusest	21
4.1.2. Raskused teenuse alustamisel	22
4.1.3. Vastutus	23
4.2. Ämmaemandusteenuse töökorraldus	24
4.2.1. Töövahendid ja -ruumid	25
4.2.2. Töökoormus	27
4.2.3. Töötasu ja hüved	28
4.3. Meeskonnatöö ämmaemanduses	29
4.3.1. Koostöö ämmaemandatega	30
4.3.2. Interdistsiplinaarne koostöö	31
4.3.3. Konsulteeriva günekoloogi vajalikkus	32

4.4. Kutsealased arenguvõimalused	33
4.4.1. Pidev kutsealane areng	34
4.4.2. Valdkonna areng	36
5. ARUTELU	38
5.1. Uurimistöö tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimistulemustega	38
5.2. Eetiliste aspektide kirjeldus	43
5.3. Uurimistöö kitsaskohad	44
5.4. Uurimistöö praktiline väärtus ja uued uurimisprobleemid	45
6. JÄRELDUSED	47
KASUTATUD KIRJANDUS	48
LISAD	55
Lisa 1. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus	55
Lisa 2. Uuringu kutse	56
Lisa 3. Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm	57
Lisa 4. Intervjuu kava	59

1. SISSEJUHATUS

Esmatasandi tervisekeskuses töötav ämmaemand pakub naistele tervisenõustamist läbi elukaare, jälgib normaalse kuluga rasedust ja pakub sünnitusjärgset tuge ja abi nii naisele kui ka vastsündinule ning vastavalt vajadusele teeb koostööd teiste tervisekeskuses või mujal tervishoiuasutustes töötavate tervishoiutöötajate või -spetsialistidega (Rakendusjuhis ämmaemandusabi teenusele ... 2022). Esmatasandi tervisekeskuste võrgustikku arendatakse Eestis alates 2016. aastast (Esmatasandi teenuste arendamine) ning see on maailmas unikaalne, seetõttu puuduvad veel teadmised, milline on tervisekeskustes töötavate ämmaemandate tööga rahulolu. Ämmaemandal on suur roll tervise edendamisel nii üksikisiku kui kogukonna tasandil ning edendades ämmaemandate tööga rahulolu, on võimalik tõhustada tervishoiuteenuse kvaliteeti ning parandada patsientide ja nende perekondade tervislikku seisundit (Khavayet jt 2018). Lisaks on tervishoiutöötaja rahulolu otseses seoses patsiendiohutuse ja patsientide rahuloluga (Hall jt 2016, Cronie jt 2019).

Ämmaemandate tööga rahulolu on varasemalt Eestis uuritud – valminud on lõputöö Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis (Siimson ja Sooväli 2015), magistritöö Tallinna Ülikoolis (Kruus 2010) ning kaks uuringut (Lazarus jt 2005, Themas jt 2015) –, kuid antud uurimused on tehtud enne tervisekeskuste võrgustiku loomist. Tervisekeskuste süsteemi eelsel ajal töötasid ämmaemandad peamiselt haiglates koos günekoloogidega. 2015. aasta uuring tõi tervisekeskuste mudeli võimalike nõrkustena välja, et osa ämmaemandatest ei ole valmis töötama väljaspool eriarsti meeskonda ning perearstidel on ebaühtlased pädevused ämmaemandate ja muude tervishoiuspetsialistide töö koordineerimiseks. (Sepp jt 2015.) Ka Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegiaga 2020–2030 näeb ette, et tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamiseks on vaja uurida Eesti õdede ja ämmaemandate tööga rahulolu ning saadud tulemusi praktikas rakendada (Ühised sammud terviseni). Varasemate uurimistööde põhjal võib öelda, et ämmaemandate tööga rahulolu on seotud nende tööalase autonoomiaga (Warmelink jt 2015a, Cronie jt 2019), töökorraldusega (Warmelink jt 2015a, Cronie jt 2019), meeskonnatöoga ning arenguvõimalustega (Warmelink jt 2015a, Jasova 2016, Cronie jt 2019).

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada Eesti esmatasandi tervisekeskuste ämmaemandate tööga rahulolu. Lähtuvalt töö eesmärgist on püstitatud järgnevad uurimisküsimused:

1. Kuidas kirjeldavad esmatasandi tervisekeskustes töötavad ämmaemandad enda rahulolu kutsealase autonoomiaga?

2. Kuidas kirjeldavad esmatasandi tervisekeskustes töötavad ämmaemandad enda rahulolu ämmaemandusteenuse töökorraldusega?
3. Kuidas kirjeldavad esmatasandi tervisekeskustes töötavad ämmaemandad enda rahulolu meeskonnatöoga?
4. Kuidas kirjeldavad esmatasandi tervisekeskustes töötavad ämmaemandad enda rahulolu kutsealaste arenguvõimalustega?

2. ÄMMAEMANDATE TÖÖGA RAHULOLU

2.1. Kutsealane autonoomia

Ämmaemand (ingl *midwife*) on iseseisev tervishoiutöötaja, kes nõustab reproduktiivtervise valdkonnas naisi terve elukaare vältel ja jälgib normaalselt kulgevast rasedust, sünnitust ning sünnitusjärgset perioodi. Ämmaemand võib töötada esmatasandil, haiglas või eraettevõttes. (Ämmaemand, tase 6 ... 2018.) **Esmatasandi tervisekeskus** (ingl *primary health care center*) on asutus, kus perearsti nimistusse kuuluvatele isikutele pakub üldarstiabi vähemalt kolm perearsti (Esmatasandi tervisekeskused). Tervisekeskused asuvad tõmbekeskustes ning nende funktsioon on anda inimestele kiiret ja kvaliteetset interdistsiplinaarset meditsiinilist abi oma kodu lähedal. Tervisekeskuste meeskonnas töötavad perearstid, pereõed, füsioterapeut, koduõde ja ämmaemand, kes on oma teeninduspiirkonna patsientidele esmane kontakt nende terviseküsimuste osas. Esmatasandi tervishoiul on oluline roll tervise edendamisel ja haiguste ennetamisel. (Esmatasandi tervishoiu arengukava) Esmatasandi tervisekeskuste loomise oodatav eesmärk on parandada inimeste tervisetulemit läbi tõhusama ennetustöö ja ravi ning laiema tervishoiuteenuste võimaluste olemasoluga (Esmatasandi teenuste arendamine).

Tööga rahulolu (ingl *job satisfaction*) on positiivne tunne või suhtumine erinevate tööga seotud aspektide osas (Liu jt 2015). Kõrge tööga rahulolu loob tervishoiuasutuses meeldiva keskkonna, millega võib ennetada töötajate väsimust ja pingeid kolleegide vahel ning mis edendab kvaliteetset patsiendihooldust (Khavayet jt 2018). Tööga seotud autonoomia tähendab võimalust iseseisvalt otsuseid vastu võtta ning enda tööprotsesse planeerida. On leitud, et ämmaemandate suur tööga seotud autonoomia mõjutab positiivselt tööga rahulolu, töö produktiivsust ning töötaja üldist heaolu. (Clemons jt 2021.) Samuti on selgunud, et võimalus rakendada laialdaselt oma erialaseid pädevusi on otseses seoses ämmaemandate erialasele tööle jäämisega (Bloxsome jt 2019). Lisaks suurenenud rahulolule soodustab autonoomiatunne ka tööga seotud pingete taluvust (Sabzevari ja Rad 2019). Samas mõjutavad selgete piiride puudumine, rollikonflikt ning tunne, et sinu tööst on vähe kasu, ämmaemandate tööga rahulolu negatiivselt (Hansson jt 2022).

Ämmaemandate kutsealast autonoomiat toetab nende järjepidev suhtlus naiste ja peredega. Samas ei ole ämmaemandate kutsealane autonoomia otseselt seotud üksinda töötamisega ning on leitud, et ka suhted töökollektiivis võivad mõjuda autonoomiatundele nii positiivselt kui negatiivselt. Autonoomiat mõjutab positiivselt usk oma teadmistesse ja oskustesse, võimalus pakkuda patsiendikeskset teenust ja vastu võtta otsuseid ning vajadusel teiste tervishoiutöötajatega

vastutust jagada. (Clemons jt 2021.) On leitud, et ämmaemandaks olemine on osa ämmaemandate identiteedist (Bloxsome jt 2020) ning oma kutsealases töös mõtestatuse nägemine on samuti seotud tööga rahuloluga (Hansson jt 2022).

Eestis 2005. aastal tehtud uuringus töid ämmaemandad välja rahulolematuse sellega, et nad saavad erialaspetsialistina vähe tunnustust (Lazarus jt 2005). Kruusi (2010) uuringus osalenud Eesti haiglates ja erakliinikutes töötavad ämmaemandad leidsid, et ämmaemanda amet ei ole ühiskonnas väärtustatud. Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuuringu keskus RAKE 2015. aasta uuringus „Tervishoiutöötajate lahkumise põhjused“ osalejad leidsid, et ämmaemanda amet on prestiižne, kuid samas toodi välja, et ämmaemandaid nähakse endiselt arsti assistendina, kuigi nad töötavad iseseisvalt (Themas jt 2015). Esmatasandil töötades on ämmaemandatel suurem erialane iseseisvus kui haiglates keskkonnas töötamisel (Sepp jt 2015).

Ämmaemanda ülesanne on vaadelda naist kui tervikut (Sepp jt 2015). Austraalia ämmaemandad, kes pakuvad järjepidevat emadushooldust naistele ja nende peredele raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgsel ajal, on suurema tööheaoluga ning neil esineb vähem ärevust, depressiooni ning läbipõlemist (Fenwick jt 2018). Tööheaolu on seotud kõigi tööelu aspektidega alates töökeskkonna kvaliteedist ja ohutusest kuni selleni, mida töötajad ise arvavad oma tööst, tööil valitsevast füüsilisest ja sotsiaalsest keskkonnast ning töökorraldusest (Workplace well-being 2023). Lisaks on järjepidevat emadushooldust pakkuvad ämmaemandad hinnanud oma autonoomiat ja professionaalset identiteeti kõrgemalt kui mittejärjepidevat mudelit pakkuvad ämmaemandad, samuti on neil suurem võimalus rakendada laiapõhiselt oma erialaseid pädevusi. Järjepidev emadushooldus on teenus, mida pakub sama ämmaemand naisele ja tema perele kogu raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgsel perioodil. (Fenwick jt 2018.)

Suurbritannias on kogukonna ämmaemandatel, kes saavad rakendada laialdaselt oma erialaseid pädevusi, töötades ühe kogukonnaga raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi, leitud suuremat autonoomiatunnet ning tööga rahulolu kui haiglas töötavatel ämmaemandatel (Yoshida ja Sandall 2013). Samas on kogukonna ämmaemandad toonud välja tunnet, et neid alahinnatakse ning nende tööd väärtustatakse vähem kui haiglas töötavate tervishoiutöötajate tööd (Cull jt 2020). Hollandis esmatasandil järjepidevalt naistega raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodil töötavad ämmaemandad hindasid oma töös oluliseks kutsealast autonoomiat ja iseseisvust (Warmelink jt 2015a, Cronie jt 2019). Šotimaal ja Uus-Meremaal maapiirkondades töötavad ämmaemandad nimetasid rahulolu võimalusega tegeleda iseseisvalt ühe kogukonna peredega, kasutades oma kutsealaseid pädevusi emadushoolduses. Ühel ämmaemandal on vähem patsiente

ja see võimaldab peredel ja ämmaemandal üksteist paremini tundma õppida. Samas kirjeldasid maapiirkondade ämmaemandad üksinda töötamisega seonduvat üksindustunnet ja toetuse puudumist. (Crowther jt 2019.)

2.2. Ämmaemandusteenuse töökorraldus

Ämmaemandusteenuse olemasolu esmatasandi tervisekeskuses aitab parandada reproduktiivtervise alaste teenuste ja günekoloogilise eriarstiabi kättesaadavust (Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020). Varasemalt ei ole ämmaemandusteenus olnud üleriigiliselt kaetud nagu perearstide ja -õdede teenused (Esmatasandi tervishoiu arengukava ...) ning alates 2017. aastast sisaldab perearsti tegevusfond ämmaemandusteenuse osutamist. Sealjuures eelistab Tervisekassa, et ämmaemand on tervisekeskuse palgatöötaja, mitte eraldi teenuseosutaja, kellelt tervisekeskus teenust ostab. (Esmatasandi teenuste arendamine.)

Eestis on 2021. aasta seisuga kokku 496 ämmaemandat (THT002: Tervishoiutöötajad soo, vanuse ... 2022). Tervisekeskuseid on 2022. aasta seisuga kokku 60, millest ligikaudu pool ostab ämmaemandusteenust teisest asutusest (Perearsti nimistute ülevaade 2021). Seoses tervisekeskuste loomisega oleks 2030. aastaks esmatasandil vaja 140 ämmaemanda töökohta. Samal ajal on teada, et tervishoiutöötajate puuduse kontekstis ei ole kõigis maakondades piisavalt vastava väljaõppega töötajaid. (Sepp jt 2015.) Seoses hajaasustusega ei ole kõigis piirkondades perearstide koondumine tervisekeskustesse mõistlik, sest see vähendaks oluliselt esmatasandi tervishoiuteenuse kättesaadavust (Esmatasandi tervishoiu arengukava ...), kuid võimalik on luua esmatasandi tervisekeskuse filiaal, kus osutatakse teenust kuni kahele nimistule ning filiaalis võib pakkuda ämmaemanda ja muid tervisekeskuse teenuseid lisaks perearstiabile, kui tervisekeskuses on need teenused olemas (Esmatasandi tervisekeskused).

On leitud, et töövaldkonnast olenemata on ämmaemandatele esmaselt oluline olla koos naistega ja pakkuda patsiendikeskset ämmaemandusabi ning see mõjutab oluliselt nende tööga rahulolu (Oliver ja Geraghty 2021). Ämmaemandad on hinnanud kirge oma töö suhtes isegi olulisemaks töötasu suurusel (Bloxsome jt 2020). Samas on tervishoiusüsteemi, sh ämmaemandustöö korraldus siiski oluline mõjutaja ämmaemandate tööga rahulolu osas (Evans jt 2020). Töö- ja puhkeaja tasakaal on ämmaemandatele oluline, et oleks võimalik end töövälisel ajal välja puhata. Graafiku järgi töötavad ämmaemandad on välja toonud, et töögraafiku sobivus mõjutab nii emotsionaalset kui ka füüsilist heaolu. Lisaks on täiendav stressiallikas tööandjate surve vajadusel teha ületunde enda vaba aja arvelt. (Cull jt 2020.) Maapiirkondade ämmaemandad Šotimaal ja

Uus-Meremaal on kirjeldanud, et nende jaoks pakub ühe kogukonnaga töötamine rahuldust, kuid samas tunnevad nad teinekord, et neil on keeruline vabal ajal ämmaemanda rollist välja tulla (Crowther jt 2019).

Ämmaemandad on kirjeldanud mitmeid stressi soodustavaid faktoreid töökohtades, näiteks liigset töökoormust, töötajate nappust, puuduvat võimalust teha puhkepause, aeganõudvat dokumentatsiooni täitmist ning tööpäeva pikkuse venimist üle ettenähtud aja. Lisaks eeldavad tööandjad ämmaemandate sõnul, et mõningaid töökohustusi, näiteks veebikoolitustel osalemine, täidetakse oma vaba aja arvelt. (Hunter ja Warren 2014.) Ämmaemandate tööga rahulolu mõjutab oluliselt ka läbipõlemine (Hansson jt 2022). Eestis on leitud uurimistöodes läbi aastate ämmaemandate rahulolematust palgatasemega (Lazarus jt 2005, Kruus 2010, Themis jt 2015), samuti on neis välja toodud, et raske on leida erialast tööd ning tihti ei ole võimalik valida endale sobivat töövaldkonda (Themis jt 2015).

Suurbritannias on leitud, et kogukonna ämmaemandatel on kõrgem tööga seotud rahulolu, kuid on andmeid, et kogukonna ämmaemandatel on kõrgem stressitase seoses suure töökoormusega (Yoshida ja Sandall 2013). Hollandis 2015. aastal tehtud uuringust selgus, et esmatasandil töötavad ämmaemandad on oma tööga rahul, kuid tuleks vähendada töökoormust ja mittekliinilise töö osakaalu (dokumentatsiooni täitmine, suhtlus kolleegidega ja teiste erialade esindajatega, sh koosolekud). Ämmaemandad soovisid töötada väiksema hulga klientidega, et pakkuda nendele rohkem aega ja tähelepanu ning seeläbi ka kvaliteetsemat teenust. Lisaks toodi välja probleeme töö- ja puhkeaja tasakaaluga. (Warmelink jt 2015a.) 2019. aastal võrreldi Hollandi esmatasandi ämmaemandaid haiglas töötavate ämmaemandatega ning nende rahulolu tasemete osas olulist erinevust ei leitud (Cronie jt 2019).

Kvaliteetse tervishoiuteenuse pakkumiseks on ämmaemandatele oluline, et oleks olemas vajalikud töövahendid ja piisav personaliressurss (Harvie jt 2019). Leidub ka riike, kus on loodud tervishoiutöötajate asendussüsteemid. Näiteks Hollandis on esmatasandi ämmaemandatel võimalik enda haigestumise, puhkuse või lapsehoolduspuhkuse perioodiks palgata asendav ämmaemand. Asendavad ämmaemandad on Hollandis iseenesele tööandjaks. (Kool jt 2019.) Et töötajate heaolu toetada, tuleks kaaluda tunnustamissüsteemide loomist, lisaks pakkuda hüvesid, mida töötaja saab kasutada vabal ajal, näiteks sportimisvõimalused (Khavayet jt 2018).

2.3. Meeskonnatöö ämmaemanduses

Eestis on haiglakeskkonnas ja erakliinikutes töötavaid ämmaemandaid uurides leitud, et ämmaemandate suhted kolleegidega on pigem head, kuid puudub juhtkonna toetus (Kruus 2010). 2015. aasta uuringu järgi võib Eesti tervisekeskuste mudeli nõrkusteks olla, et osa ämmaemandatest ei ole valmis töötama väljaspool eriarsti meeskonda ning perearstidel on ebahühtlased pädevused ämmaemandate ja muude tervishoiuspetsialistide töö koordineerimiseks. (Sepp jt 2015.) Esmatasandi tervisekeskuses töötav ämmaemand teeb peamiselt koostööd perearstide ja tervisekeskuse teiste tervishoiutöötajate ja -spetsialistidega ning vajadusel suunab patsiendi günekoloogi vastuvõtule (Rakendusjuhised ämmaemandusabi teenusele ...). Lisaks vastuvõtule suunamisele on esmatasandi tervishoius eriarstidega konsulteerimiseks võimalik vormistada e-konsultatsioon, kus perearst konsulteerib läbi Tervise infosüsteemi eriarstiga, kes annab edasisi nõuandeid patsiendi käsitlemiseks või kutsub patsiendi vastuvõtule (E-konsultatsiooni teenuse osutamise ... 2020).

Hollandis 2015. aastal tehtud uuringust selgus, et esmatasandil töötavad ämmaemandad on oma tööga rahul. Toodi välja rahulolu oma koostööga naiste ja peredega, samuti pakkus rahuldust koostöö otsuste kolleegidega ning nende toetus. Samas kirjeldati, et tuleks edendada koostööd ja kollegiaalsust teiste erialade tervishoiutöötajate ja tervishoiuasutustega. (Warmelink jt 2015a.) Uurides esmatasandi ämmaemandate rahulolu koostööga haigla ämmaemandatega, leiti, et väiksemates kohtades töötavad ämmaemandad olid koostööga haiglas töötavate ämmaemandatega rohkem rahul. Ilmselt on põhjuseks see, et väiksemates piirkondades on vähem teenusepakkujaid ning sellega seoses tuntakse ja usaldatakse üksteist rohkem, seega on koostöö lihtsam. Lisaks hindasid ämmaemandad oma koostööd teiste ämmaemandatega paremaks kui koostööd perearstide, günekoloogide või lastearstidega. Vanemad ämmaemandad, kelle kutsealane karjäär oli pikem, hindasid oma koostööd perearstidega paremaks kui nooremad ning seda seostati kutsealase karjääriga kogunenud suurema enesekindlusega. Samas leiti, et koostöö perearstidega võiks olla oluliselt tõhusam. (Warmelink jt 2017.)

Maapiirkondade ämmaemandad Šotimaal ja Uus-Meremaal, kellel ei pruugi alati olla samas piirkonnas tööl ka teisi ämmaemandaid, tõid samuti välja, et peavad oma töös oluliseks koostööd teiste tervishoiutöötajate ja tervishoiuasutustega. Head suhted piirkonna teiste tervishoiutöötajatega on nende jaoks võimalus saada tuge, oma juhtumeid arutada ning vajadusel jagada omavahel ka ressursse. (Crowther jt 2019.) Hea ja toetav suhe oma kolleegidega, eriti vahetute kolleegidega, on ämmaemandatele tähtis, mõjutades nende tööga rahulolu (Warmelink jt

2015a) ning mängides olulist rolli nende kutsealasel tööl püsimises (Bloxsome jt 2019). On leitud, et vanemaealised ämmaemandad hindavad oma suhteid kolleegidega positiivseks suurema tõenäosusega kui nende nooremad kolleegid. Ämmaemandad on kirjeldanud ka pingeid omavahelistes suhetes ja töökiusu. (Catling ja Rossiter 2020.)

Ämmaemandad on kirjeldanud oma kutsealase töö vähest väärtustamist tööandjate poolt. Eraldi on välja toodud, et tööandjad ei hooli piisavalt ning on liiga kriitilised. Vähese väärtustamisega seostub ka rahuolematuse sellega, et tervishoiuasutuste juhid liigitavad ämmaemandad õendustöötajateks. (Harvie jt 2019.) Ämmaemandate tööga rahulolu parandamiseks peaksid juhid leidma viise, kuidas oma töötajaid tunnustada ning tagada, et nendele oleks pakutud vajalik toetus ja abi. Lisaks tuleks kaaluda mentorlusprogrammide või supervisioonide süsteemi loomist, et muuta töökeskkond meeldivamaks ning tõsta nii patsiendiohutust. (Matthews jt 2022.)

Arvestades tervishoiutöötajate puudust, peaks ämmaemandate tööga rahulolu tagamine olema oluline suund (Oliver ja Geraghty 2021). Ilma nähtava ja tõhusa juhtimiseta ei pruugi ämmaemandad leida kedagi, kelle poole pöörduda võimalike probleemide ja murede ning ideedega, kuidas töökeskkonda edendada (Catling ja Rossiter 2020). Juhtidel on oluline roll ämmaemandate töörahulolu säilitamisel ja selle järjepideval kaardistamisel. Ämmaemandate tööd peaks tunnustama ning pakkuma nendele vastavalt vajadusele piisavalt tuge. (Nedvědová jt 2017.)

2.4. Kutsealased arenguvõimalused

Eestis tehtud uuringus on leitud, et ämmaemandatel on keeruline teha ametialast karjääri (Kruus 2010). Esmatasandil töötamiseks võib olla ämmaemandate jaoks motiveeriv tänapäevane töökeskkond, tervisekeskuse asukoht hea ühenduskohaga asulates ning suurem erialane iseseisvus kui haiglateskkonnas töötamisel (Sepp jt 2015). Haiglas töötavaid ämmaemandaid uuriti 2013. aastal viies Euroopa riigis – Tšehhi, Itaalia, Poola, Portugal ja Slovakkia – ning Aasia riikidest Singapuris ja Lõuna-Koreas. Uuringust ilmnis, et kõigis neis riikides oli probleeme ämmaemandate tööga rahuloluga ning sageli kaalusid nad erialaselt töölt lahkumist. Ämmaemandatel esines rahulolematust tunnustamise vähesusega, karjäärivõimaluste ning töö- ja puhkeaja tasakaaluga. (Jarsova jt 2016.) Töötaja tööga rahulolu on otseses seoses tervishoiutöötaja otsusega töölt lahkuda (Homburg jt 2013, Jarsova jt 2016). Hollandis on leitud, et 30–45-aastased esmatasandil töötavad ämmaemandad kaaluvad 2,7 korda suurema tõenäosusega töölt lahkumist kui ämmaemandad teistes vanusegruppides, kuid enamik uuringus osalenud ämmaemandatest siiski plaanisid jätkata tööd samal ametikohal (Warmelink jt 2015b).

On leitud, et arenguvõimalused on ämmaemandate tööga rahulolus kaalukas faktor, mis tähendab, et ämmaemandate arenguvõimaluste soodustamine peaks olema oluline arengusuund (Cronie jt 2019). Soovituslik oleks ämmaemandate tööga rahulolu regulaarselt hinnata ja arendada nende karjäärivõimalusi ning mentorlusprogramme, et ämmaemandaid nende isiklikus ja professionaalses arengus võimestada (Jarsova jt 2016). Samuti on oluline kutsealasel tööl alustavate ämmaemandate toetamine, et ennetada erialaselt töölt lahkumist (Sheehy jt 2021).

Ämmaemandad soovivad jagada alustavatele ämmaemandatele oma teadmisi ja oskusi, kuna tahavad pensioniea saabudes minna töölt ära kindlustundega, et naised ja pered on uute ämmaemandate poolt hoitud (Bloxsome jt 2020). Eestis lõpetab praegu aastas tervishoiu kõrgkoolides ligikaudu 30 ämmaemandat, kuid tegelikult peaks neid olema rohkem, arvestades tervisekeskuste loomisega seonduvat esmatasandil töötavate ämmaemandate arvu suurenemist, ämmaemandate tööülesannete lisandumist ning pensionile minevate ämmaemandate hulka (Bartels jt 2019).

Eesti Naistearstide Selts peab oluliseks, et naistele oleks raseduse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil kättesaadav ja nende elukohale lähedal kvaliteetne emadushooldus (ENS seisukoht sünnitusabi ... 2018). Kvaliteetse ambulatoorse teenuse kättesaadavuseks on vaja kasutada rohkem ämmaemandate kutsealaseid pädevusi pereplaneerimise ja kontratseptsiooni nõustamisel, haiguste ennetamisel ning naiste ja perede jälgimisel raseduse ajal ning sünnitusjärgsel perioodil (Ehrenberg jt 2012). Ämmaemandatel on võimalik kutsealase karjääri jooksul oma professionaalset arengut toetada koolitustel osalemisega. Lisaks kaasajastatakse ämmaemandate kutsestandardit Eestis regulaarselt, mis annab ämmaemandatele võimaluse oma kutsealast arengut analüüsida ning enda pädevust tõendada. Tööandjale pakub tõendatud pädevustega töötaja kindlustunnet, et asutuse töötajad on kvalifitseeritud ja huvitatud oma kutsealasest arengust. (Bartels jt 2019.) Kedus (2019) leidis oma magistritöös, et pool uuringus osalenud ämmaemandatest pidas pädevuse tõendamist ämmaemandate pideva kutsealase arengu jaoks sobivaks viisiks.

3. METOODIKA

3.1. Metodoloogilised lähtekohad

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada Eesti esmatasandi tervisekeskuste ämmaemandate tööga rahulolu. Püstitatud uurimiseesmärgi tõttu lähtub uurimistöö fenomenoloogilisest filosoofilisest suunast. Fenomenoloogilise uurimuse eesmärk on inimeste kogemuste uurimine ning analüüsimine (Gray jt 2017). Lähtuvalt uurimistöö eesmärgist on uurimistöö empiiriline, kvalitatiivne ja kirjeldav. Empiiriline uurimistöö õendusteaduses keskendub õenduse jaoks oluliste nähtuste kirjeldamisele (Gray jt 2017) ning käesolevas uurimistöös on uuritavaks nähtuseks Eesti esmatasandi tervisekeskuste ämmaemandate tööga rahulolu. Kvalitatiivne uurimistöö uurib inimeste kogemusi ja arusaamu (Crabtree ja Miller 2022) ning on seega sobilik uurimaks ämmaemandate kogemusi. Kirjeldava uurimistöö eesmärk on koguda uut informatsiooni nähtuse kohta, millest teatakse vähe (Gray jt 2017). Eesti esmatasandi tervisekeskuste ämmaemandate tööga rahulolu ei ole varasemalt uuritud ning Eesti tervisekeskuste süsteem on maailmas unikaalne.

3.2. Uurimiskeskond ja uuritavad

Tervisekeskused asuvad tõmbekeskustes ning nende funktsioon on anda inimestele kiiret ja kvaliteetset interdistsiplinaarset meditsiinilist abi oma kodu lähedal. Tervisekeskuste meeskonnas töötavad tervishoiutöötajad ja -spetsialistid on oma teeninduspiirkonna patsientidele esmane kontakt nende terviseküsimuste osas. (Esmatasandi tervishoiu arengukava) Uuringu sihtgrupiks olid esmatasandi tervisekeskustes töötavad ämmaemandad. 2022. aasta seisuga on Eestis kokku 60 tervisekeskust (Perearsti nimistute ülevaade 2021) ning igas keskkuses peab olema tööl vähemalt üks ämmaemand, kes osutab ämmaemandusabiteenust. Esmatasandi tervisekeskuse patsientideks on minimaalselt kolme perearsti nimistu patsiendid (Esmatasandi tervisekeskused). Esmatasandi tervisekeskuses töötav ämmaemand pakub naistele tervisenõustamist läbi elukaare, jälgib normaalse kuluga rasedust ja pakub sünnitusjärgset tuge ja abi nii naisele kui ka vastsündinule (Rakendusjuhised ämmaemandusabi teenusele ...). Uuringus osalemise kriteeriumiteks oli töötamine ämmaemandana esmatasandi tervisekeskuses, suhtlustasandil eesti keele oskus ning nõusolek uuringus osalemiseks.

3.3. Uuritavate värbamine

Prooviintervjuud viidi läbi pärast Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastuse nr 361/T-1 (lisa 1) saamist aprillis 2022. aastal. Prooviintervjuudel osalenud esmatasandi tervisekeskuste ämmaemandate poole pöördus autor läbi isiklike tutvuste. Uuringu sihtgrupi poole pöördumiseks kontakteerus autor mais 2022 Eesti Ämmaemandate Ühinguga, et saata ühingu liikmetele e-posti teel üleskutse uuringus osalemiseks. Kuna kõik töötavad ämmaemandad ei kuulu erialaühingusse, siis kontakteerus autor lisaks ka Eesti Perearstide Seltsiga. Perearstide Selts levitas uuringu kutset tervisekeskustes läbi oma meililisti. Uuringu kutsel (lisa 2) oli esitatud uurimistöö pealkiri ja eesmärk, samuti oli kirjeldatud uuringu läbiviimise protsessi ning seda, kuidas võtta uurijaga kontakti uuringus osalemiseks või täiendava informatsiooni saamiseks.

Autoriga võttis uuringus osalemise sooviga ühendust 16 ämmaemandat, kellest ühega suhtlemise käigus tuli välja, et ta ei kuulu sihtgruppi ning seega lepiti intervjuud kokku 15 ämmaemandaga. Uuringus osalejatega vormistas autor informeerimise ja teadliku nõusoleku vormi (lisa 3), mille digiallkirjastasid autor ja uuritav. Digiallkirjastatud nõusoleku vorm jäi nii uuritavale kui ka uurijale.

3.4. Andmete kogumine

Andmeid koguti perioodil aprill–november 2022. Uuritavatega viidi läbi individuaalsed poolstruktureeritud intervjuud. Poolstruktureeritud intervjuu on kvalitatiivse uurimuse korral sobilik ning levinud andmete kogumise meetod (Kallio jt 2016). Poolstruktureeritud intervjuude ettevalmistusel toetus autor Kallio jt (2016) viiele etapile: uuritava nähtuse väljaselgitamine, varasemate uuringutega tutvumine, esialgse intervjuu kava koostamine, intervjuu küsimuste kasutamine prooviuuringul ning seejärel lõpliku poolstruktureeritud intervjuu kava esitamine. Intervjuu küsimuste (lisa 4) koostamisel võeti aluseks ämmaemandatega seotud uuringud, kust selgusid faktorid, mis mõjutavad tööga rahulolu. Lisaks küsiti uuritavatelt järgnevaid taustaandmeid: vanus, haridus, kas tervisekeskus asub linnas või maal, tööstaaž käesolevas tervisekeskuses, tööstaaž erialasel tööl ning hetkel töötamine erialasel tööl ka mõnes teises asutuses. Taustaandmete väljaselgitamise eesmärk oli uuritavate kirjeldamine ning need on esitatud üldistatult. Uuritavad said valida, kas intervjuu viiakse läbi uuritava jaoks sobivas füüsilises kohas või Tartu Ülikooli serveris olevas videokõne keskkonnas BigBlueButton.

2022. aasta aprillis viidi läbi kaks prooviintervjuud. Prooviintervjuude tegemise eesmärk oli saada tagasisidet, kas intervjuu küsimused on uuritavale arusaadavad ning annavad informatsiooni uuritava nähtuse kohta. Üks prooviintervjuu tehti kontaktintervjuuna, teine veebiintervjuuna, et saada intervjuu tegemise kogemus mõlemas keskkonnas. Prooviintervjuudel osalenud ämmaemandatega allkirjastati informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm, neid teavitati, et tegemist on prooviintervjuudega ning selgitati, millistel tingimustel prooviintervjuud andmete analüüsi ei kaasata. Pärast prooviintervjuude läbiviimist intervjuu kavas olulisi muudatusi ei tehtud ning prooviintervjuud kaasati andmete analüüsi.

On teada, et poolstruktureeritud intervjuud kestavad tavaliselt 30 minutit kuni mitu tundi (DiCocco-Bloom ja Crabtree 2006), lähtuvalt sellest planeeriti käesolevas uurimistöös intervjuu kestuseks 1–1,5 tundi, millest teavitati ka uuritavaid. Kõige lühem intervjuu kestis 15 minutit ning kõige pikem 1 tund ja 11 minutit. Kontaktintervjuud salvestati kahe diktofoni abil ning veebiintervjuudel kasutati salvestamiseks BigBlueButtoni salvestamise funktsiooni ja lisaks diktofoni. Paralleelselt kahe salvestusviisi kasutamise eesmärk oli vältida olukorda, kus intervjuu helisalvestus muutub tehnilise rikke tõttu kasutuskõlbmatuks või hävineb. Helisalvestusi hoiustati kuni helisalvestuste kustutamiseni Tartu Ülikooli serveris parooliga kaitstud kaustas. Helisalvestus transkribeeriti nädala jooksul pärast intervjuu toimumist.

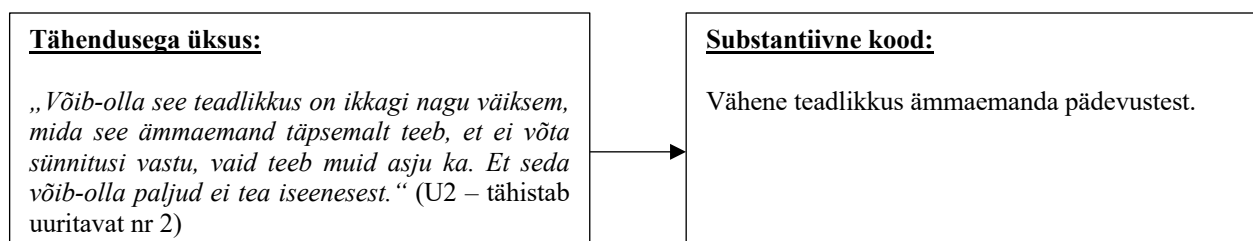
Kvalitatiivsetes uurimistöodes on tavaliselt 5–50 intervjuueeritavat (Dworkin 2012). Kokku viidi intervjuud läbi 15 ämmaemandaga. Ühe intervjuu käigus selgus, et uuritav ei kuulu sihtgruppi ning antud intervjuud analüüsi ei kaasatud. Lõpliku andmebaasi moodustasid 14 intervjuud. Andmed küllastusid 12. intervjuuga ning seejärel tehti veel kaks intervjuud, et veenduda andmete küllastumises. Andmete küllastus on situatsioon, kus andmete kogumisel uut informatsiooni enam ei lisandu (Gray jt 2017).

Uuritavad olid vanuses 25–57 ja töötasid nii linnas kui ka väiksemates asulates erinevates Eesti piirkondades. Uuritavate tööstaaž erialasel tööl varieerus 1–30 aastani, tööstaaž tervisekeskuses poolest aastast kuni kaheksa aastani. Enamik uuritavaid töötas vaid tervisekeskuses, kuid oli ka paralleelselt haiglas ning erakliinikus tööl käivaid ämmaemandaid. Mõni uuritav töötas tervisekeskuses lisaks pereõena. Esines ka uuritavaid, kes töötasid tervisekeskuses teise tervishoiuteenuse osutaja alt.

3.5. Andmete analüüs

Intervjuud transkribeeriti sõna-sõnalt Wordi tekstifailideks nädala jooksul pärast intervjuu toimumist. Transkribeerimiseks kasutati Tallinna Tehnikaülikooli veebipõhist kõnetuvastust, mis on täisautomaatne, kuid võimalike vigade analüüsimiseks võidakse sisu osaliselt kasutada uurimisosstarbel (Olev ja Alumäe 2022). Transkribeerimisel eemaldati intervjuudest isiku- ja kohanimed, tervishoiuasutuse nimed ning isikute tuvastamist võimaldavad andmed. Pärast transkribeerimist andmeid enam tagasi kodeerida ei olnud võimalik. Transkribeeritud intervjuud nummerdati juhuslikkuse alusel. Transkribeerimise järgselt kustutati helisalvestused nädala jooksul pärast intervjuu toimumist. Transkribeeringuid oli kokku 143 lehekülge – teksti font Times New Roman, teksti suurus 12, reavahe 1,5. Helisalvestusi ja intervjuude transkribeeringuid hoiustati Tartu Ülikooli serveris parooliga kaitstud kaustas, millele on ligipääs töö autoril ja vastutaval uurijal. Pärast uurimistöö lõppu säilitatakse transkribeeritud andmeid kuni 31.12.2027 vastutava uurija poolt Tartu Ülikooli serveris uurimistulemustest teadusartikli publitseerimise eesmärgil ning seejärel andmed hävitatakse.

Intervjuude käigus kogutud andmeid analüüsiti, kasutades temaatilist analüüsi ning toetudes Brauni ja Clarke'i (2006) juhistele. Temaatiline analüüs on sobilik kvalitatiivsete andmete analüüsimiseks ning võimaldab üksikasjalikku ning kompleksset andmete analüüsi (Braun ja Clarke 2006). Temaatiline analüüs koosneb kuuest järjestikusest etapist. Esimese etapina transkribeeritakse andmed, seejärel loetakse kogutud andmeid korduvalt, et nendesse põhjalikult süveneda ning samal ajal võib ka üles märkida esmased mõtted kodeerimise kohta. Teise etapina kodeeritakse kogutud andmetes tähendusega üksused substantiivseteks koodideks. (Braun ja Clarke 2006.) Näide substantiivse koodi moodustamisest on toodud joonisel 1.



Joonis 1. Substantiivse koodi moodustamine

Kolmas etapp hõlmab endas substantiivsete koodide temade moodustamist, kus omavahel seotud andmed koondatakse konkreetsete temade alla. Neljanda etapina vaadatakse üle temade vastavus substantiivsetele koodidele ning moodustatakse koostatud temadest temakaart. Viies

etapp sisaldab teemade organiseerimist ja teemade sõnastuse korrigeerimist. Kuuendas etapis kirjeldatakse tulemusi ja valitakse välja teemasid illustreerivad tsitaadid. (Braun ja Clarke 2006.)

Andmete analüüsimiseks kasutati MAXQDA Plus 2022 programmi. MAXQDA Plus 2022 programmis märgiti tähendusega üksused ning substantiivsed koodid. Seejärel organiseeriti substantiivsed koodid alakategooriateks ja peakategooriateks. MAXQDA programmi kasutamise eesmärk oli muuta andmete analüüsi protsessi uurija jaoks lihtsamaks ja mugavamaks.

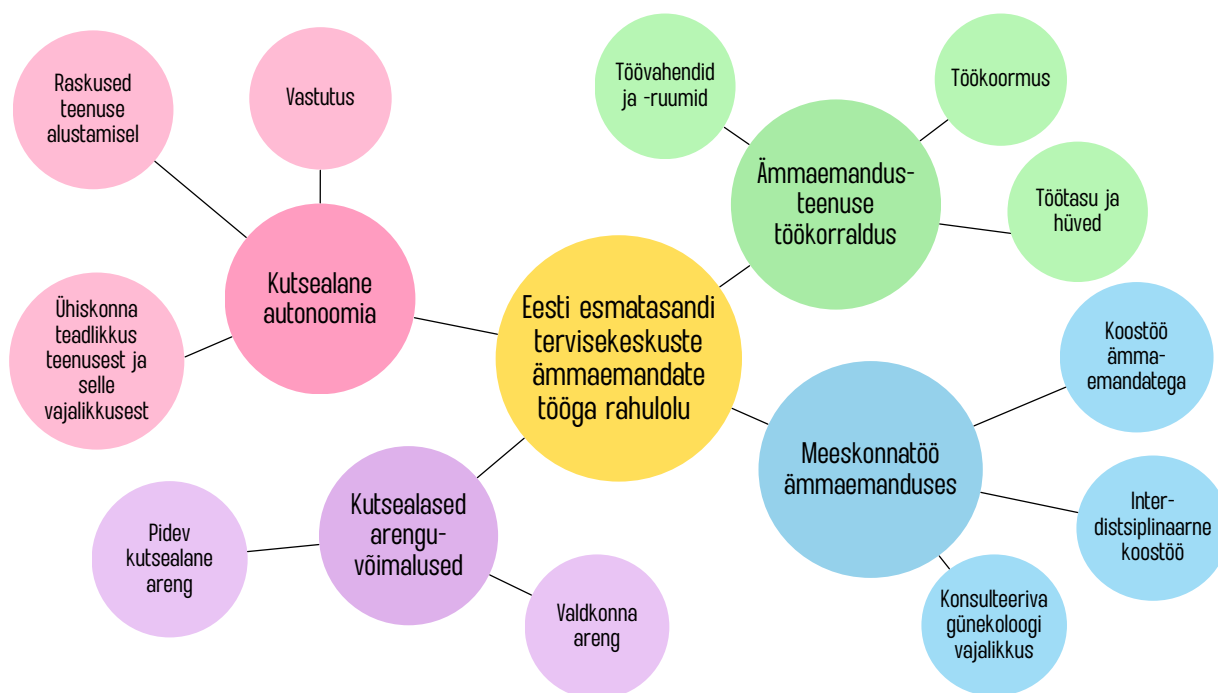
3.6. Uurimistöö usaldusväarsus

Kvalitatiivses uurimistöös on usaldusväarsuse tagamiseks vajalik, et uurimistööks oleks valitud sobilik meetodika ning kirjeldatud täpselt uuringus osalejate leidmist ja valikut, andmete kogumise protsessi ja analüüsi (Graneheim ja Lundman 2004). Andmete kogumise ja analüüsi protsess on uurimistöös põhjalikult kirjeldatud ning on toodud ka näiteid. Usaldusväarsuse tagamiseks lähtus autor poolstruktureeritud intervjuu kava koostamisel Kallio jt (2016) juhistest. Intervjuude küsimuste adekvaatsust hinnati prooviintervjuude käigus ning pärast prooviintervjuusid olulisi muudatusi intervjuu kavas ei tehtud. Kuna ämmaemandate kogukond on väike, oli intervjuudel, sh prooviintervjuudel osalejate seas ka uurijale eelnevalt tuttavaid inimesi. Kõik uuritavad osalesid vabatahtlikult ning andsid uuringus osalemiseks oma nõusoleku. Uurija selgitas enne intervjuu toimumist uuritavale, et hetkel on autor uurija rollis ega tea uuritava kogemusi ja arusaamu.

Andmete analüüsimisel toetuti Brauni ja Clarke'i (2006) juhistele. Läbipaistvuse saavutamiseks ning usaldusväarsuse suurendamiseks on töös esitatud uuringus osalejate tsitaate, et näidata lugejale andmete kategooriate kujunemise protsessi. Lisaks on jälgitud, et kogutud andmetest koostatud kategooriad kataksid adekvaatselt uuritavatelt kogutud informatsiooni. Usaldusväarsuse tõstmiseks kaasati analüüsi protsessi ka magistratöö juhendajad. Graneheim ja Lundman (2004) soovivad samuti andmete analüüsiks kaasata protsessi kaasuurijad. Töös kasutatakse tõenduspõhiseid allikaid, millele viidatakse nõuetekohaselt. Uurimistöö on koostatud Tartu Ülikooli õendusteaduse õppetooli kirjalike tööde vormistamise juhendist lähtudes.

4. TULEMUSED

Andmete analüüsimise tulemusel moodustus loodud substantiivsetest koodidest neli peakategoriat ning 11 alakategoriat. Loodud teemakaart, kus on välja toodud peakategoriad ja alakategoriad, on visualiseeritud joonisel 2.



Joonis 2. Teemakaart – peakategoriad ja alakategoriad

4.1. Kutsealane autonoomia

Kutsealase autonoomia peakategoriat moodustasid kolm alakategoriat, milleks olid: 1) ühiskonna teadlikkus teenusest ja selle vajalikkusest, 2) raskused teenuse alustamisel, 3) vastutus. Substantiivsete koodide alakategoriatesse jagunemine on välja toodud tabelis 1.

Tabel 1. Kutsealane autonoomia – alakategoriad ja substantiivsed koodid

Alakategooria	Substantiivsed koodid
Ühiskonna teadlikkus teenusest ja selle vajalikkusest	Vähene teadlikkus ämmaemanda pädevustest Patsientide teadlikkus teenuse olemasolust Teenuse reklaamimine Patsiendid on teenuse osas positiivselt meelestatud Teenuse kättesaadavus

(järgneb)

Raskused teenuse alustamisel	Kabineti komplekteerimine Abi puudumine teenuse alustamisel Vajadus tõestada teenuse vajalikkust kolleegidele ja tööandjale Hirm teenuse alustamisel
Vastutus	Võimalus olla iseenda peremees Võimalus rakendada oma erialaseid pädevusi Pakutav ämmaemandusteenus on seotud vaid kindlate valdkondadega Võimalus pakkuda järjepidevat teenust elukaare jooksul Soov saada kindlustunnet ja tagasisidet Töö on rahuldust pakkuv Üksindustunne Vastutus on suur Kindlustunne varasema töökogemuse tõttu haiglas

4.1.1. Ühiskonna teadlikkus teenusest ja selle vajalikkusest

Uuritavad leidsid, et teadlikkus ämmaemanda pädevustest on vähene nii patsientide kui ka tervishoiutöötajate seas. Toodi välja levinud teadmine, et ämmaemand töötab haiglakeskkonnas rasedate ja sünnitajatega, aga teiste erialaste pädevuste osas on teadlikkus vähene. Kirjeldati, et inimestel puudub arusaam, mille poolest erineb ämmaemand näiteks günekoloogist või mammoloogist ning sellega seoses satub vastuvõtule ka ämmaemanda pädevustest välja jäävaid patsiente. Lisaks esineb vähene teadlikkus ämmaemanda pädevustest ka ämmaemandaga koos töötavate tervishoiutöötajate seas.

„Mul on tunne, et praegu nagu otseselt esmatasandi ämmaemanda kuvandit ühiskonnas ei ole. On ambulatoorsed vastuvõttud, mis on haiglate juures, /.../ on olemas sünnitustoas ämmaemand. Aga et tervisekeskuses /.../ on olemas ämmaemand, /.../ vähemalt minul on hetkel tunne, et seda arusaama inimestel ei ole. Need, kes jõuavad minuni /.../ on väga-väga positiivselt üllatunud siinamaani, et oi, et meil on ämmaemand olemas, et mis siis, et sildid on igal pool üleval juba aastaid.“ (U7)

„Tihti ei tea inimesed, mis on ämmaemanda pädevused, eeldades, et nad tulevad günekoloogile /.../ või tulevad mammoloogile /.../ ja tegelikult on seal ainult ees ämmaemand. Tihti isegi tegelikult perearstid ja pereõed ei tea, mis on ämmaemanda pädevus, keda ämmaemandale üldse suunata.“ (U10)

„Võib-olla tulevad ka sellise asjaga, mida ma saan aru, et ma tegelikult ei saa ise siin lahendada, aga siis ma tean, kuhu nad edasi saata.“ (U8)

Samas kirjeldati, et ämmaemanda pädevuste ning tema tervisekeskuses töötamise alane teadlikkus on ajaga tõusnud ning mitmed patsiendid juba tulevad teadlikult tervisekeskuse ämmaemanda vastuvõtule. Teadlikkuse tõstmiseks tegid ämmaemandad kolleegidele ettekandeid, reklaamisid teenust kohalikus ajalehes, tervisekeskuse kodulehel ning tervisekeskuse ruumide seintel. Lisaks

kirjeldasid ämmaemandad, et on ise patsientidele tutvustanud võimalust ämmaemanda vastuvõtule pöörduda ning info teenuse olemasolust on levinud ka patsientide seas suusõnaliselt.

„Kui ma läksin tervisekeskusesse, siis ma tegin neile Powerpointi ja rääkisin, millised on ämmaemanda pädevused. /.../ Üks arst /.../ ise nagu käis selle välja, et ma teeksin.“ (U11)

„See võttis küll ma ütleks 2–3 aastat aega, enne kui nii-öelda käima läks see ämmaemanda töökoht. Eks seda reklaami on seal tehtud ja kohalikus lehes on juba nagu kirjas, et inimesed teavad.“ (U2)

„Kogu info on olemas ka tervisekeskuse kodulehekülje peal, igal pool stendidel meie majas.“ (U4)

„Tänu sellele, et sõeluuringut on rohkem, /.../ ja kui nad saavad positiivse kogemuse /.../ loodan, et see info lihtsalt liigub suust suhu.“ (U7)

„Praegu on läinud suust-suhu info, et need koduvisiitid, mida ma tegin, ma arvan, et ma olen ise ennast hästi reklaaminud. Et needsamad naised täna väga mitmed on arvele tulnud.“ (U11)

Ämmaemandad kirjeldasid, et patsiendid on teenuse osas positiivselt meelestatud ning hindavad kodulähedust ning teenuse kättesaadavust. Väga hinnati neid samu aspekte ka väiksemates kohtades, kus sarnaste teenuste kättesaadavust kas pole või on see kehvem kui suuremates piirkondades. Ämmaemandad hindasid sellega seoses võimalust olla inimestele lähemal, neid ja nende perekondi paremini tundma õppida ning neid jälgida erinevate eluetappide ajal kogu elukaare jooksul.

„Patsiendid ütlevad, et kodulähedus on just väga suur pluss /.../. Et sul on üks kindel inimene, et on siin olemas, ta on sul kodu lähedal.“ (U5)

„Väga palju minnakse kabinetist välja, öeldakse, et oi kui tore, et olemas olete. Ma ei peagi minema suurde linna ja seal on parkimisprobleemid ja ootejärjekorrad, ma sain juba lahenduse. Seda tagasisidet on väga palju.“ (U11)

„Kui sa töötad tervisekeskuses, siis patsiendid justkui juba saavad nii tuttavaks /.../ ja ta on nagu kogu aeg seal järjepidevalt silma all oma erinevate probleemidega ja rõõmude-muredega /.../ ja ma nagu näen seda, et ma olen inimestele lähemal.“ (U4)

4.1.2. Raskused teenuse alustamisel

Ämmaemandad tõid välja, et nende jaoks oli ämmaemandusteenuse alustamine tervisekeskuses keeruline. Ämmaemandad kirjeldasid, et komplekteerisid iseseisvalt ämmaemaemanda kabinetti vajaliku mööbli ja tehnika. Ämmaemandad tundsid, et neil puudus tugi teenuse alustamisel, kui oli vaja sisustada kabinet, paika panna töökorraldus ning uurida koostöövõimalusi piirkonnas olevate haiglatega. Esines ka hirmu teenuse alustamisel. Lisaks kirjeldasid ämmaemandad

situatsioone, kus tööle asudes oli vaja ämmaemanda ametikoha põhjendatust tööandjale või kolleegidele tõestada.

„Kui ma sinna tervisekeskuse tööle läksin, siis ma kõik alates vajaminevast inventaritehnikast kuni nagu selleni, kuhu ma üldse kedagi saadan. Et kõik ma pidin ise uurima, täiesti üksi, mitte keegi mind selles ei aidanud. /.../ Kui inimene läheb täiesti võõrasse kohta tööle, et kes siis nagu aitab või üldse? Sest et ega tervisekeskuse juhataja, kes minu ju tööle võtab, tema ei tea ka, tema tahab, et ma hakkaksin tööle kohe, et tema ei tea ka, mida mul vaja on.“ (U2)

„Mul oli tühi kabinet lihtsalt ja siis sa oledki kuidagi pea laiali otsas. /.../ sul ei ole mitte midagi, et sa pead nagu ise kasvatama kõik need asjad sinna.“ (U13)

„Enne kui ma tööle asusin seal ämmaemandana, siis ma ise uurisin, komplekteerisin toa, /.../ näiteks äsja lõpetanud ämmaemandal väga keeruline minna lihtsalt uude kohta niimoodi tööle /.../. Aga kuna mul on töökogemus olemas, siis lihtsam.“ (U14)

„Alguses oli hästi suur hirm ikkagist üksinda hakata tegema.“ (U9)

„Ma nüüd siin majas vähemalt juba tunnen, et me oleme nagu nende (perearstide) usalduse võitnud, et nad tõesti alguses olid natuke skeptilised, et kas ämmaemand ikka on pädev kodus seda last jälgima.“ (U6)

„Ma kogu aeg tõendasin seda, et see (teenus) on vajalik, /.../ ma pidin üsna palju ressursi selle peale kulutama, /.../ kogu aeg käis jutt juurde, sellel pole mingit mõtet.“ (U8)

4.1.3. Vastutus

Ämmaemandad kirjeldasid, et hindavad võimalust vastutada oma töö eest ning kujundada ise oma tööprotsesse. Samas esines ka soovi saada kindlustunnet. Esines ka üksindustunnet ning tunnet, et tööga seotud vastutus on liiga suur.

„Minule tegelikult meeldib, kui mul on nagu vabad käed, et ma saan ise teha, ise otsustada, ise planeerida, /.../. Haiglas oled ikkagi kuidagi hästi nagu tööline, et võib-olla tervisekeskuses natuke rohkem nagu oled iseenda peremees.“ (U2)

„Mul oli väga palju iseseisvust, ma sain palju ise mõelda, mida ma tahaks sinna, et mulle anti nagu lihtsalt maa ette, öeldi, et mis sul vaja on selleks, et sa saaksid neid patsiente teenindada.“ (U13)

„Aga lihtsalt vahel tahaks sellist kindlustunnet, et ma teen õigesti, ma käitun õigesti, et justkui tahaks, et keegi kogu aeg kontrolliks.“ (U10)

„Sa oledki kuskil niimoodi üksinda, /.../ sellist muretsemist on mul selle tõttu rohkem, kuna mul ei ole kedagi, kellega neid asju arutada, kui mul on vaja. /.../ Vastutus on hästi-hästi suur, ma tunnen.“ (U2)

„Ma arvan, et alguses, kui ma läksin tööle sinna, siis ma tundsin, siis ma tundsin meeletult üksi seal /.../ et kelle käest küsida või toetust saada /.../. Ja siis ma mõtlesin, et appi, tegelikult polegi kedagi.“ (U11)

„Sul on väga palju iseseisvust, aga seal on ka väga palju vastutust selle koha peal.“ (U13)

„Kui ma poleks neid haiglas enne läbi käinud täpselt neid valdkondi, siis ma tunneksin ennast ilmselt veel ebalevamalt.“ (U8)

Ämmaemandad kirjeldasid rahulolu võimalusega rakendada laialdaselt kõiki oma ambulatoorse tööga seotud erialaseid pädevusi, kuna neil on võimalik töötada tervisekeskuse patsientidega kogu elukaare jooksul. Esines ka ämmaemandaid, kes pakuvad tervisekeskuses vaid kindlat teenust ning sellega seoses kõiki oma ambulatoorseid erialaseid pädevusi rakendada ei saa. Uuritavad tõid välja, et tervisekeskuses töötamine on nende jaoks rahuldust pakkuv ning meeldiv.

„Tervisekeskus on üks kõige parem viis kõige laialdasemalt oma pädevusi rakendada.“ (U14)

„Esmatasand mulle nagu õudsalt meeldib, /.../ et saab nagu seinast seina asju teha.“ (U3)

„Põhimõtteliselt kõik vanusegrupid ongi esindatud imikutest kuni siis raugaeani.“ (U4)

„Minu põhitöök on rasedate vastuvõtt ja raseduse jälgimine. Ja teiseks ülesandeks on koduvisiitid.“ (U1)

„Mina tegelen siin tervisekeskuses peamiselt ämmaemanda sünnitusjärgsete koduvisiitide teostamisega.“ (U6)

„See töö pakub mulle rahuldust, mulle see töö meeldib, sellepärast ma ka selle töö seal vastu võtsin.“ (U1)

„Kui ma võrdlen haigla tööga, siis mulle meeldib see töö palju rohkem.“ (U2)

4.2. Ämmaemandusteenuse töökorraldus

Ämmaemandusteenuse töökorralduse peakategooria moodustasid kolm alakategooriat, milleks olid: 1) töövahendid ja -ruumid, 2) töökoormus, 3) töötasu ja hüved. Substantiivsete koodide alakategooriatesse jagunemine on välja toodud tabelis 2.

Tabel 2. Ämmaemandusteenuse töökorraldus – alakategooriad ja substantiivsed koodid

Alakategooria	Substantiivsed koodid
Töövahendid ja -ruumid	Rahulolu kabineti ja tervisekeskuse ruumidega Võimalus sisustada kabinet oma soovide kohaselt Kabinet võiks olla mugavam Rahulolu töövahendite ja nende kättesaadavusega Ultraheli ja kardiotokeograafia aparadi puudumine Töövahendid võiksid olla kaasaegsemad Tarkvara ei ole kohandatud ämmaemandusteenuse eripäradele vastavaks
Töökoormus	Alguses oli patsiente vähe Vastuvõtt ei ole täitunud Rasedaid on arvel vähe Võimalus tegeleda patsientidega süvenenumalt Vastuvõtt on täis Soov suurendada ämmaemanda lepingulist koormust Töökoormus varieerub Paindlikkus tööaja planeerimisel Töö on graafiku alusel Töökoormus on piisav Töö on väsitav Ämmaemanda läbipõlemine Töötamine tööajavälisel ajal ning puhkuse perioodil Puudub asendaja haigestumisel või puhkuse perioodiks
Töötasu ja hüved	Rahulolu töötasu suurusega Töötasu suurus ei ole kooskõlas inflatsiooniga Töötasu suurus ei ole motiveeriv Töötasu suurus sõltub tehtud töö hulgast Soov saada tulemustasu Vajadus töötada mitmel töökohal, et peret üleval pidada Esineb preemiaid Tööandja kompenseerib erialaühingusse kuulumise Tööandja korraldab ühisüritusi Kaugelt tööle tulles oli sõidukompensatsioon Rahulolematust hüvede vähesusega või nende puudumisega

4.2.1. Töövahendid ja -ruumid

Ämmaemandad kirjeldasid rahulolu ämmaemanda kabineti ja tervisekeskuse ruumidega. Oldi rahul sellega, et tervisekeskuse ruumid on uued ning on saadud ka ise kabinet oma soovide kohaselt kujundada. Samas esines rahulolematust kabineti suuruse või kabinetis olevate töövahendite asetusega.

„Töötingimused on väga head. Kuna tegemist on uue majaga, siis ämmaemanda kabinet on sisustatud nii, nagu ta peab olema sisustatud.“ (U11)

„Üritasime seda kujundada nagu selle järgi, /.../ et kui mina oleks patsient, ma sinna satun, ma tunneks ennast hästi. Ja samamoodi ikkagi anti palju vabadust, et teha nii, nagu me ise tahame.“ (U13)

„Oleks vaja veidike rohkem ruumi, et ma saaksin mugavamalt oma vastuvõttu läbi viia. Mul on olemas naistetool, mida saab siis ka teisedada siis lamavaks kušetiks, aga ideaalis oleks eraldi

imetamispurk ja /.../ selline günekoloogiline purk. Et siis see annaks sellise hubasema keskkonna patsientidele ka.“ (U14)

Ämmaemandad tõid välja rahulolu olemasolevate töövahendite mugavusega ning nende hea kättesaadavusega. Esines rahulolu selle üle, et on olemas ultraheli ja kardiotoograafia aparaat.

„Väga suur pluss on ultraheli, milleta ma oma elu ette ei kujuta.“ (U11)

„Kui ma läksin sinna, siis esimene asi, mis ma tegelikult soovisin ja ma sain selle, nii et saab rasedatele kardiotoogrammi teha, sest tegelikult juhendi järgi on osadele naistele kohustuslik.“ (U1)

„Haiglas on tegelikult sterilisatsioon nende peeglite osas, et perearstikeskuses ma kasutan ühekordseid, mis on tegelikult isegi palju mugavam.“ (U10)

„Tarvikute tellimisega on nii, et kui ma midagi näen, et on tarvis, annan kohe teada ja on need olemas. Ja on väga head ja et siin ei ole nagu millestki niimoodi puudust olnud.“ (U6)

Samas esines uuritavate seas ka rahulolematust ultraheli ja kardiotoograafia aparaadi puudumisega, mis takistab pakkumast patsientidele terviklikku teenust tervisekeskuses raseduse jälgimise ajal. Lisaks esines uuritavaid, kelle kõik töövahendid ei olnud kaasaegsed ning nad oleksid soovinud need välja vahetada, kuid puudus tööandja tugi.

„Mulle väga meeldiks, kui mul oleksid vahendid raseduse tuvastamiseks, kardiogrammi tegemiseks ja siis ma tunnen, et ma saan pakkuda sellist kompaktsemat teenust naisele.“ (U10)

„Kui ma seda lauda (günekoloogilist tooli) küsisin või lihtsalt nagu selgitasin, et tegelikult võiks olla reguleeritav, sest mul võivad käia vanemad prouad, siis lihtsalt öeldi, et need on liiga kallid.“ (U10)

Ämmaemandad kirjeldasid rahulolematust tervisekeskuses kasutusel olevate tarkvaradega, mis ei sisalda ämmaemandusteenusele sobivaid mooduleid ning muudavad töö tegemise keerulisemaks.

„Infosüsteemid võiksid olla selles mõttes paremad, et me kasutame seda Perearst2 süsteemi /.../, et meil on vaja elektroonilist rasedakaarti. Ja siis näiteks selle puudus on ka see, et kõik sissekanded jooksevad segamini. Et kui ma saan haigla situatsioonis luua oma haigusjuhu ja sellega jätkata ja seda ükskord ka lõpetada, näiteks siis me täna niiviisi, et meil on kõik üks segapudru. Et kui tahad lugu lõpetama hakata, siis tegelikult kõikide sissekanded jooksevad sinna sisse näiteks. Et see infosüsteem võiks nagu olla parem.“ (U8)

4.2.2. Töökoormus

Ämmaemandate kirjeldatud töökoormus tervisekeskustes oli erinev. Esines ämmaemandaid, kelle hinnangul oli nende töökoormus väike ning on probleeme vastuvõtude täitumisega. Oli ka ämmaemandaid, kelle töökoormus nädalate lõikes varieerus. Lisaks oli ämmaemandaid, kelle vastuvõttud on täis ning kes peavad vajalikuks ämmaemanda lepingulise töökoormuse tõstmist. Eraldi toodi välja, et rasedusega on arvel vähe naisi. Samas hinnati, et kuna vastuvõttud ei ole täielikult täis, siis on töötempo rahulikum ning saab põhjalikumalt süveneda patsientide muredesse ning vajadusel teha nendega pikemaid vastuvõtte.

„Vastuvõttu on pandud 5 tundi nädalas ja on hea, kui see sellest 2 tundi täitub. Kui on need nädalad, kus tuleb mõni koduvisiit juurde /.../ siis võib-olla isegi viis tundi nagu tuleb täis, aga on ka nädalaid, näiteks eile oli mul kaks sõeluuringu patsienti, kelle peale läheb kokku pool tundi ja, ja nii ongi.“ (U7)

„Kuna see asula on väike, siis ma arvan, et seal ei ole lihtsalt kunagi nii palju rasedaid korruga, et mul oleks palju tööd rasedatega. Praegu momendil mul on 3 tükki näiteks arvel ja see on isegi hästi. Vahepeal ei ole kedagi.“ (U2)

„Minul on näiteks tunduvalt rohkem aega naistega, ka rasedatega tegeleda /.../. Haiglas nad saavadki vastuvõtule suts enne skriiningut võib-olla, aga see eelnev aeg, nad muretsevad ennast hulluks /.../. Et ma näen enda potentsiaali seal, et tegelikult mul on seda aega nendega tegeleda.“ (U7)

„Vastuvõttud on alati täis.“ (U14)

„Mina näeks küll, et ämmaemand töötab tervisekeskuses täiskoormusel.“ (U13)

„Minu töö puhul ongi see /.../ äärmiselt positiivne ja just mõnus see rahulik töötempo ja see mõnus kulgemine selles omas tempos, et sul ei ole seda meeletut tampi ja rassimist nagu kogu aeg.“ (U4)

Ämmaemandate seas esines ka tunnet, et töökoormus on suurem kui haiglas töötades, töö on väsitav ning tuleb ette läbipõlemist.

„Minul kulub praegu selle ühe patsiendi peale palju rohkem nii-öelda võhma kui kuskil haiglas töötades, sest ma olen töötanud haiglas ka ämmaemandana ja need ei ole võrreldavad. /.../ ma ei ütle, et ma oleks läbi põlenud, aga mul on olnud selliseid hetki, kus ma tunnen, et seda on liiga palju.“ (U2)

„Ma ei saa rahulikult oma tööd teha nii, nagu ma sooviksin ja see nagu võib mõjutada süvenemist ja tegelikult see kulutab mind. Põletab mind läbi. Algus oli raskem, praegu on lihtsam, aga jah, et vahel on väga kurnav.“ (U14)

Ämmaemandad kirjeldasid, et esineb vajadust teha tööd töövälisel ajal ning puhkuse perioodil. Kirjeldati, et on jagatud oma isiklikku telefoninumbrit, et patsiendid saaksid vajadusel konsulteerida. Ämmaemandad tõid välja ka vajadust anda patsientidele tagasisidet töövälisel ajal, sest kui vastuvõtt on üks kord nädalas, siis jääks tagasiside saamise aeg perele liiga pikaks. Lisaks kirjeldati, et puudub asendaja võimalus haigestumisel või puhkuste perioodiks ning selle tõttu peab planeerima puhkust rasedate plaaniliste visiitide järgi. Vajadusel on tulnud tööle ka puhkuse ajal. Toodi ka välja, et perearstid ei ole vähese kogemuse tõttu valmis ämmaemandat rasedate jälgimisel vajadusel asendada.

„Ma vastan telefonidele, et kui nad mulle helistavad, sest väikses kohas on ikka /.../ nad teavad mu numbrit.“ (U1)

„Ma teen ikkagi vabast ajast ka tööd ja see lähtubki sellest, et on üks vastuvõtt nädalas, aga näiteks kui võttagi analüüse, on vaja tagasisidet anda peredele, siis see tuleb ikkagi /.../ vabal ajal ette võtta.“ (U14)

„Kui on vaja asendada, et kes siis sind asendab, sest ma võin öelda praegu, et ma olen asendamatu.“ (U4)

„Ma võin suvepuhkuse näitel öelda, et ma vaatan üle oma rasedad ja sünnituse tähtajad. /.../ Ma eelmine kord, kuna ma teadsin, et ma ära ei sõida /.../ ma jätsin neile võimaluse telefonikonsultatsiooniks, andsin neile oma numbri ja nad kasutasid seda võimalust /.../. Ja ühega tulin, ma tegin isegi saatekirja induksiooniks, käisin puhkuse ajast. /.../ Perearstid, nad on väga vastutustundlikud ja hästi abivalmid, aga nad ei tunne ennast mugavalt selle mõttega, et ämmaemand läheb puhkusele, et ma annan selle raseda nüüd sulle üle.“ (U11)

4.2.3. Töötasu ja hüved

Esines ämmaemandaid, kes olid oma töötasu suurusega väga rahul ning toodi ka välja, et tervisekeskuse töötasu on võrreldes teiste asutustega suurem. Samuti esines rahulolematust töötasu suurusega ning kirjeldati, et töötasu suurus ei ole kooskõlas inflatsiooniga ega ole motiveeriv või esineb vajadus ebapiisava töötasu tõttu töötada mitmel töökohal. Kirjeldati ka soovi saada tulemustasu patsientide arvu pealt.

„Töötasuga ma olen väga rahul, muidugi alati võib olla rohkem, aga ma olen väga rahul. Ilmselt see on üks minu motivaatoritest seal jätkama.“ (U10)

„Ma arvan, et selles suhtes ma olen rahul, et kuna tegelikult minu tunnitasu on suurem kui haiglas.“ (U2)

„Tööleping ei ole mul kõige parem, ütleme niimoodi /.../, sest mina saan palka vastavalt sellele, kui palju ma koduvisiite teen. /.../ tunnipõhise palgaga ei ole minu tööandja nõus.“ (U1)

„Kui see töötasu oleks kõrgem, siis, siis ma võib-olla ei kurdakski selle töökoormuse üle nii väga.“ (U14)

„Ma olen kuulnud, et osades tervisekeskustes ämmaemandal saavad ka tulemustasu patsientide arvu pealt. Aga minul seda ei ole /.../. Ehk siis kui ma teen rohkem, kui ma teen intensiivsemalt, ma justkui panustan rohkem, siis tegelikult ma ei saa sellest suuremat palka. Ma tunnen nagu justkui oleks väär, kuna ma teen seda tööd tõesti hästi südamega, ma hästi palju ennast täiendan sellel alal.“ (U2)

Ämmaemandad kirjeldasid rahulolu sellega, et esineb preemiaid ja tööandja poolt korraldatud ühisüritusi. Toodi välja, et tööandja tasus kaugelt tööle tulles sõidukompensatsiooni ning kompenseeriti ka erialaühingusse kuulumine. Samas tõdeti, et hüvesid ei ole või need pole motiveerivad.

„Hüvedest – tegelikult ma olen rahul. On lisatasusid, mida näiteks võrreldes haiglaga ei ole. /.../ Näiteks on selliseid ühisistumisi tunduvalt rohkem, sellist vähemalt suurt püüdlust hoida kollektiivi ühtsena /.../. Ja ei pea maksma osalustasu selle eest.“ (U10)

„Ega meil vist ei ole (hüvesid). Kunagi ma ülemuse käest seda sportID-d küsisin, aga see jäi kuidagi soiku, /.../ midagi muud küll ei ole.“ (U2)

4.3. Meeskonnatöö ämmaemanduses

Peakategooria „Meeskonnatöö ämmaemanduses“ moodustasid kolm alakategooriat, milleks olid: 1) koostöö ämmaemandatega, 2) interdistsiplinaarne koostöö, 3) konsulteeriva günekoloogi vajalikkus. Substantiivsete koodide jagunemine alakategooriatesse on välja toodud tabelis 3.

Tabel 3. Meeskonnatöö ämmaemanduses – alakategooriad ja substantiivsed koodid

Alakategooria	Substantiivsed koodid
Koostöö ämmaemandatega	Teised tervisekeskuste ämmaemandad on toetavad Puudub info teiste tervisekeskuste ämmaemandate kohta Erialaühingu poolne toetus Erialaühinguga koostööks ei ole olnud vajadust Ei kuulu erialaühingusse Ei näe erialaühingusse kuulumise kasutegurit

(järgneb)

Interdistsiplinaarne koostöö	Ühtne kollektiiv tervisekeskuses Järjepidev ja tõhus koostöö kolleegidega Esineb nimistuid, kes ei soovi ämmaemandaga koostööd teha Tööandja on koostöövalmis ja usaldav Tööandja poolne vähene toetus ja väärtustamine Haiglatega koostöös ei ole probleeme olnud Esineb konkurents tervishoiuteenuste osutajate vahel Vajadus koostöö tõhustamiseks haiglaga Günekoloogile suunatud patsiendid on saanud negatiivse kogemuse Konsulteerimine tuttavate tervishoiutöötajatega haiglast Konsulteerimine haigla valvearstiga Helistamine günekoloogi kabinetti konsulteerimiseks Koostöö laboriteenust pakkuva asutusega on hea E-konsultatsiooni kättesaadavus ämmaemandatele Perearstide poolne piiramine analüüside tellimisel E-konsultatsiooni puuduseks on vastusele kuluv aeg
Konsulteeriva günekoloogi vajalikkus	Soov, et tervisekeskuses töötaks günekoloog Vajadus konsulteerida günekoloogiga Vajadus ämmaemandatele e-konsultatsiooni tegemise õiguse järele

4.3.1. Koostöö ämmaemandatega

Toodi välja, et teiste tervisekeskuste ämmaemandatega suhtlemine on võimalus saada tuge. Samas kirjeldati, et puudub info rohkematest tervisekeskuste ämmaemandatest ning oleks huvi nendega suhelda.

„Tegelikult meil oleks hästi huvitav kuulata, aga kuidas teistel, kes töötavad samamoodi esmatasandil. Ega me ju ei tea, palju meid Eestis niimoodi on ja millistes tingimustes teised töötavad ja milliste probleemidega nad tegelevad igapäevaselt, tegelikult ei tea ju. /.../ See ämmaemandate see grupp, kus me suhtleme. See ka toetab, see on väga hea.“ (U11)

Erialaühingusse kuulumise osas olid ämmaemandate seisukohad erinevad. Kirjeldati, et vajadusel saab ühingu poole pöörduda, kui esineb probleeme. Samas kirjeldati, et ei tunnetata, nagu oleks erialaühingusse kuulumisest esmatasandil töötades toetust või ei kuuluta erialaühingusse.

„Ämmaemandate ühendus, ma arvan, et see on see, kuhu infot ja muresid saab edastatud, kui on vaja.“ (U11)

„Ma ühingutesse nagu kuulun, aga konkreetselt ma siin olles ei saa aru, et sellest on kuidagi teistmoodi kasu.“ (U8)

4.3.2. Interdistsiplinaarne koostöö

Ämmaemandad tunnevad, et nende kollektiiv tervisekeskuses on ühtne ning neil esineb järjepidev ja tõhus koostöö. Hinnati võimalust alati oma kolleegide poole pöörduda konsulteerimiseks. Kirjeldati ka tööandja poolset koostöövalmidust ja usaldamist. Toodi välja head koostööd laboriteenuseid pakkuva asutusega.

„Ma tunnen, et minu kolleegid väärtustavad mind, et me oleme ühel lainel, meil ei ole mingisuguseid eriarvamusi. Ma tunnen nagu alati, et ma võin kolleegide poole pöörduda, mul ei ole mingisuguseid hirme, /.../ et seljatagune on kindel, et seda ma küll tunnen.“ (U5)

„Meil on küll niimoodi, et ülemus on ikkagi hästi usaldav.“ (U2)

„Alati saame nõu küsida, alati saame muredest ja rõõmudest rääkida. Ja tegelikult mina nagu selle aja jooksul pole üldse tundnud, et sa kuidagi pusid ise.“ (U3)

Samas kirjeldati, et esineb ka perearsti nimistuid, mille patsiendid ei ole kordagi ämmaemanda vastuvõtul käinud või kus perearst või -õde ei teavita ämmaemandat uutest vastsündinutest, et ämmaemand saaks minna koduvisiidile. Esines ka tööandja poolt vähest pakutavat toetust ja väärtustamist.

„Seal on mõned perearstid, kes kasutavad päris asjalikult mind ja on perearstid või nimistud, kes ei ole kordagi kasutanud, olenemata sellest, et nad teavad, et ma olemas olen.“ (U7)

„Tööandja kui isiku poolt mul ei ole mingit toetust.“ (U4)

Ämmaemandad kirjeldasid erinevaid kogemusi koostöös haiglatega. Esines ämmaemandaid, kellel haiglatega koostöös probleeme ei ole, ning ka neid, kelle hinnangul vajab koostöö haiglatega tõhustamist. Eraldi toodi välja, et info haigla töökorralduse muudatustest ei jõua esmatasandi ämmaemandateni. Samuti mainiti, et oleks vaja haigla kontaktisikut, kelle poole vajadusel informatsiooni saamiseks pöörduda. Kirjeldati ka konkurentsi tervishoiuteenuste osutajate vahel ning soovi, et haiglad ei näeks tervisekeskusi konkurentidena. Ämmaemandad kirjeldasid probleeme haiglasse aegade registreerimisel patsientidele vastuvõtuks või uuringuks ning patsientide kogetud kehva kohtlemist haigla töötajate poolt.

„Kuna esmatasand peab tegema ka koostööd mõne sellise suurema asutusega, haiglaga, et siis tegelikult võiks olla ka haiglas keegi kontaktisik, /.../ kellelt abi küsida vajadusel või juhiseid lihtsalt.“ (U14)

„Kui ma helistan, kas ma saan oma naise sinna kuskile kiiremini vastuvõtule, siis öeldaksegi, et see ei ole nende patsient, see ei ole nagu nende mure.“ (U2)

„Kui patsient läks sinna, siis ta tuli tagasi sealt kehvade emotsioonidega, sest arst lihtsalt torises ta peale, kes sa oled, kust sa tuled, mis sa siin üldse oled, et miks sinu enda ämmaemand sind ei jälgi.“ (U7)

Haiglatega konsulteerimise võimalustena kirjeldasid ämmaemandad erinevaid viise. Esines konsulteerimist isiklike tuttavatega, kes töötavad haiglas. Lisaks kirjeldati, et on helistatud günekoloogi kabinetti konsulteerimiseks või valvearstile. Kirjeldati, et perearstid ei kasuta e-konsultatsiooni sünnitusabi ja günekoloogia valdkonda jäävates küsimustes või ei ole ämmaemand pidanud nende tegemist vajalikuks, sest vastuse saabumine võib võtta aega.

„Mul on endal nii-öelda kodustatud paar ämmaemandat haiglas ja siis sealne günekoloog, ma olen ka seal kunagi töötanud, et iga kell helistada, küsida mugav, hea nagu kindlustunne /.../, et mul on nagu võimalus ükskõik küsimustes kohe pöörduda.“ (U9)

„Olen mingite muredega nagu helistanud ja rääkinud /.../ ja olen saanud oma küsimusele vastuse, kuigi siis ma lihtsalt panen oma sõnadega kirja, et ma selle günekoloogiga rääkisin ja tema otsustas, mida tegema peab.“ (U2)

„Ma ei tea palju perearstid seda kasutavad (e-konsultatsiooni), meil ilmselt väga vähe, /.../ günekoloogia vallas kindlasti seda ei tehta. Ma olen enam kui kindel.“ (U4)

„Aga e-konsultatsioonidega on ka see, et need võtavad aega, et see vastus ei tule mul kohe täna, kui mul ongi võib-olla see naine seal kohapeal ja ma pean mingi otsuse langetama, et mis ma temaga teen.“ (U2)

Toodi ka välja, et esineb perearstide poolset piiramist analüüside tellimisel patsientidele seoses analüüside hinnaga.

„Ma tunnen, et ma ei ole päris vaba oma analüüside määramisel ei sugulisel teel levivate infektsioonide analüüside osas ega ka ütleme rasedale, kui on vahepeal midagi tarvis.“ (U7)

4.3.3. Konsulteeriva günekoloogi vajalikkus

Esines uuritavaid, kes soovisid tervisekeskusesse ämmaemanda kõrvale tööle ka günekoloogi, et saada günekoloogi poolt kindlustunnet.

„Kui tervisekeskuses peab töötama ämmaemand, /.../ siis seal võiks töötada paralleelselt ka günekoloog. /.../ ta ei pea töötama sinuga ühel ajal, aga ta võiks seal majas olemas olla, /.../ et sul on ikkagi mingisugune seljatagune kogu aeg.“ (U4)

Lisaks kirjeldati, et tervisekeskustel võiks olla kontakt günekoloogiga, kellega saaks jooksvalt konsulteerida tekkinud küsimuste osas. Mainiti küll võimalust konsulteerida tekkivate probleemide osas perearstidega, kuid siiski esineb ka situatsioone, kus on vajadus konsulteerida otse erialaspetsialistiga.

„Ja minu arust kõige raskem asi minu töö juures ongi see et mul ei ole günekoloogi, kes olekski nii-öelda minu koostöö partner, /.../ et kui mul on vaja sellist kiiremat abi, mingeid nõuandeid, lihtsalt arutada, kellegagi vastutust jagada, siis see on mul väga keeruline.“ (U2)

„Minu hinnangul ta (günekoloog) ei pea olema ilmtingimata esmatasandil. Aga oleks hea, kui oleks keegi kuskil, üks kindel, kelle poole saaks nagu pöörduda küsimustes. /.../ Võib-olla see annaks kindlustunnet rohkem, et sul on keegi spetsialist, kelle poole sa saad nagu oma küsimustes pöörduda.“ (U5)

„Võib-olla isegi kõige olulisem oleks see, et meil olekski, kelle poole alati pöörduda, kelle käest nõu küsida. Mingisugune günekoloog justkui võiks olla kuskil kasvõi kaheksast neljani mingisugune nõuandekoht või et saaks lihtsalt kirjutada /.../. Perearstiga ma võin arutada, aga tema on ka tegelikult hoopis teise valdkonna inimene ja ma ei ütle ka, et valvegünekoloog kuskil haiglas peaks nagu olema kogu aeg valmis mingit esmatasandit nõustama ja samamoodi ka kuskil haiglas ambulatoorset vastuvõttu tegev günekoloog. Või noh või siis võiks olla selleks eraldatud mingi kindel aeg. /.../ lihtsalt see, et kellegagi mõtteid vahetada.“ (U10)

Uuritavad kirjeldasid soovi saada e-konsultatsiooni tegemise õigus, et ämmaemandal oleks võimalik günekoloogiga konsulteerida tekkinud küsimuste osas.

„E-konsultatsioon günekoloogiga hoiaks naise aega kokku, hoiaks minu aega kokku, hoiaks perearsti aega kokku, sellepärast, et nad on täna vahendajad. /.../. Meie, kes me oleme naise tervise spetsialistid, /.../ günekoloog on meie kõige lähem partner tegelikult.“ (U11)

„E-konsultatsioon on hea võimalus nagu esitada konkreetne küsimus, saada suhteliselt kiiresti vastus. Praegu kindlasti seda saab teha läbi perearsti, aga kas siis on vaja seda vahelüli, /.../ kuna ämmaemand on ju ka iseseisev spetsialist.“ (U5)

4.4. Kutsealased arenguvõimalused

Kutsealaste arenguvõimaluste peakategooria moodustasid kaks alakategooriat, milleks olid: 1) pidev kutsealane areng, 2) valdkonna areng. Substantiivsete koodide jagunemine alakategooriatesse on välja toodud tabelis 4.

Tabel 4. Kutsealased arenguvõimalused – alakategoriad ja substantiivsed koodid

Alakategooria	Substantiivsed koodid
Pidev kutsealane areng	Soov jätkata töötamist esmatasandil Soov hakata tegema koduvisiite Karjäärivõimaluste puudumine Ei ole kindel, kas soovib edaspidi esmatasandil töötada Olemasolevad koolitused on huvitavad ja vajalikud Koolitustele minekul takistusi ei ole Koolitustest tuleb info liiga hilja Koolituste teemade valik võiks olla mitmekülgsem Tööandja ei ole suunanud koolitustele Koolitusel osalemist võib takistada koolituse hind ja asukoht Koolitustele minekut võivad takistada koolitusel viibivad kolleegid Registreerimise kiirus võib saada takistuseks koolitusele minekul Ei vajanud tööle asudes täiendavaid koolitusi Erialaste täiendkoolituste valdkondade vajadus esmatasandil töötades
Valdkonna areng	Hoiab end kursis erialaühingu infoga Soov luua esmatasandi ämmaemandate võrgustik Vajadus mentorlussüsteemi loomiseks alustavatele ämmaemandatele Soov luua tervisekeskustesse rasedate ja emade vestlusringid Soov pidada koolinoortele loenguid Soov olla FIE ja pakkuda järjepidevat ämmaemandusabi teenust Vajadus kaasaegsete juhendmaterjalide järele Soov pakkuda teenust kõigile soovijatele

4.4.1. Pidev kutsealane areng

Pideva kutsealase arengu valdkonnas kirjeldasid ämmaemandad soovi jätkata töötamist samal ametikohal. Toodi ka välja soovi hakata tegema koduvisiite, mida hetkel veel tervisekeskuses teinud ei ole. Samas kirjeldati ka karjäärivõimaluste puudumist kutsealasel tööl. Esines ka uuritavaid, kes ei olnud mõelnud, kus nad soovivad edaspidi töötada.

„Esmatasandi tervisekeskuses töötamine kindlasti väga hea variant. Ja kes teab, võib-olla ma ei jää alati siia elama, et liigume kuskile maakohta, kus näiteks ongi selle tervisekeskusega alustamine ja minul nagu oma kogemus juba olemas, millega seal panustada. See võib küll selline tulevikumuusika olla, sest mu juured ei ole tegelikult siin, vaid on ikkagi maal.“ (U6)

„Ma nagu tunnen, et kuna ma ikkagi juba praegu teen kõike, mida ma nii-öelda tegema pean, /.../ siis kuskile nagu edasi areneda ma tegelikult ei näe. Et alati aastatega tuleb kogemust /.../, aga mina tunnen küll, et juba natuke töötan sellises mugavustsoonis.“ (U2)

Koolitusvõimaluste osas kirjeldati, et olemasolevad koolitused on huvitavad ja vajalikud, kuid mainiti ka rahulolematust koolituste teemade ühekülgusega. Uuritavad kirjeldasid, et koolitustele minekul takistusi ei ole ning vajadusel tõstetakse vastuvõtte ümber, et oleks võimalik koolitusest

osa võtta. Samas takistasid koolitustele minekut koolituse hind ja asukoht, samal päeval koolitusele minevad kolleegid, koolitusinfo, mis saabub liiga hilja või on koolitusele registreerimiseks liiga lühike aeg. Esines ka ämmaemandaid, keda tööandja koolitustele suunanud ei ole.

„Mulle ei ole pakutud ja ma ei ole ka küsinud koolitusi.“ (U1)

„Meil on väga palju ikkagi koolitusi, /.../ lihtsalt pead ise olema ka natukene uudishimulik, jälgima, pilku peal hoidma.“ (U13)

„Ma olen maapiirkonnas, et siis minul ei ole võib-olla nii lihtne osaleda mõnel koolitusel kui võib-olla linnaäärsetel tervisekeskustel. Aga üldjuhul /.../ kui ikkagi huvi on, siis koolitusi leiab.“ (U14)

Kirjeldati, et tervisekeskuses töötades on vaja saada järjepidevalt kaasaegseid koolitusi ning toodi välja valdkondi, mille täiendkoolitusi oma töös vajalikuks peetakse. Nimetati vajadust lisateadmiste järele ravimite alal ning kontratseptsioonimeetodite osas, sünnitusjärgse perioodi ja imetamise osas, üleminekueas naiste osas, ultraheli teostamisel, laste tervise osas, günekoloogias ning vaimse tervise valdkonnas. Sooviti ka esmatasandi tervisekeskuste ämmaemanduse spetsiifilisi koolitusi.

„Kontratseptsiooni osas ma arvan, et oleks hea kui oleks nüüd mingi veel uuem koolitus, sest on üksikuid uusi preparaate veel juurde tulnud.“ (U8)

„Meil ei ole praegu seda sünnitusjärgsete koduvisiitide osa, /.../ aga kui see peaks nüüd päriselt tulema, siis ma tahaks küll mingisugust eelnevat uut ettevalmistust.“ (U8)

„Põhiline puudujääk ongi just see keskeas naised – menopausiga kaasnevad kaebused ja nõustamine nende korral.“ (U14)

„Väga mulle meeldiks läbida /.../ selline ultraheli baaskursus, et ka lihtsalt vaadata normaalseid naisi, et lihtsalt tuvastada kas emakas, menstruatsioon, munasarjad on normid või mitte, ma ei eelda, et ma peaks patoloogiat sealt hakkama eristama, lihtsalt, et kõik on normis, selle ma tuvastaks ära ja kui ei ole, siis ma saan edasi suunata teda nagu edasi.“ (U10)

„Ma tegelikult olen tahtnud just seda spetsiifikat, mis jäävad siis sellest ämmaemanda varasemast valdkonnast välja, et ka günekoloogilised valdkonnad, et selles osas nagu ennast täiendada.“ (U8)

„Ma olen tänu sellele, et mulle on sattunud väga palju selliseid psühholoogilisi probleeme, ma olen palju käinud just psühholoogia alastel konverentsidel ja koolitustel ja tunnen, et ma olen selles mõttes ise ka juba nii palju nagu edasi arenenud.“ (U4)

„Tegelikult võiks olla küll koolitusi just ka väga esmatasandi teemadel. Kasvõi konkreetsed situatsioonid, /.../ kuidas üks ämmaemand ainult oma peaga oma selles kohas limiteeritud ressurssidega peaks mingeid erinevaid situatsioone näiteks kas lahendama või siis mis ta saaks teha ära ette järgmisele tasandile.“ (U10)

4.4.2. Valdkonna areng

Ämmaemandad kirjeldasid, et hoiavad end kursis erialaühingu päevakajalise infoga. Toodi välja soov asutada esmatasandi tervisekeskuste ämmaemandate võrgustik, kus oleks võimalik teistes tervisekeskustes töötavate ämmaemandatega suhelda, üksteisele tuge pakkuda ning luua esmatasandil alustavate ämmaemandate abistamiseks mentorlussüsteem. Kirjeldati soovi, et töölt lahkumise eel võiks ämmaemanda kõrval tööle asuda kolleeg, kes võtaks töö jooksvalt üle, nii et järjepidevus teenuse pakkumisel ei katkeks. Kirjeldati ka muret, et esineb aegunud juhendmaterjale.

„Hoian ikka kursis ennast nagu ämmaemandate ühingu toimetamisega, viimaste seisukohtadega, juhenditega.“ (U5)

„Võikski olla siis näiteks esmatasandi ämmaemandate mingisugune võrgustik /.../ selline grupp ämmaemandaid, kes siis toimetavad esmatasandil, teavad neid muresid, teavad tööülesandeid ja suudavad üksteisele toeks olla. Ja ühtlasi ka sisse juhatada /.../ esmatasandil alustavad ämmaemandad.“ (U14)

„Esmatasandi tervisekeskuste ämmaemandatel võiks olla selline oma nagu väike kogukond või oma mingi väike selline, et me saame aeg-ajalt näiteks kasvõi kokku ja me räägime probleemidest.“ (U11)

„Mul võiks olla keegi veel noortest oma kolleegidest, kes õpiks ja tuleks siis jätkaks seda tööd. See oleks küll hea. See järjepidevus peab olemas olema, et ei tohi lõpetada ja selle pärast ma näengi, et kui keegi võtaks selle töö üle, et sealt kõik jätkuks, mitte ei katkeks.“ (U1)

„Mina olen isiklikult puudust tundnud, et meil ei ole ravimite väljakirjutamise juhendit, meil on see maas juba üle viie aasta.“ (U11)

Tervisekeskuste arendamiseks toodi ka välja mõtteid luua tervisekeskustesse rasedate ja emade vestlusringid, hakata pidama kohalikes koolides tervisehariduslikke loenguid, pakkuda ämmaemanda teenust tervisekeskustes kõigile soovijatele ja mitte piiritleda teenust vaid perearsti nimistusesse kuulujatega. Lisaks toodi ideena välja võimalus, et tervisekeskuste ämmaemandad pakuvad järjepidevat ämmaemandusteenust, kus ämmaemand jälgib rasedusi, võtab vastu sünnitusi ning jälgib sama peret ka sünnitusjärgselt.

„Miks ka mitte tekitada sinna perearstikeskustesse sellised rasedate ja väikeste vastsündinute emade kommuunid ja miks mitte mingi perekoolid ja loengud /.../. See oleks üks niisugune koht, kus on aega, kus on ruumi, kus on nagu inimesi ja kus ka sellel töötajal on enamasti aega seda pakkuda.“ (U10)

„Siin on Haigekassa poolsed piirangud, mis panevad natukene nagu piirangud peale, et seda (teenust) ei saa osutada kõigile, kes vastavasse keskusesse tulevad. See ilmselt on ka selle tervisekeskuse kontseptsiooniga seoses, aga ma usun, et maakondade ämmaemandad ei näe seda niimoodi nagu mina näen.“ (U7)

„Kui ma mõtlen mujal maailmas, /.../ et me võime ju tegelikult ollagi need nii-öelda need FIE-d, iseseisvad töötajad, kes soovi korral võivad ka kodus sünnitusi vastu võtta või /.../ käid nagu sünnitamas ka haiglates, /.../ et ämmaemand ongi nagu selle naise kõrval algusest lõpuni, et nii ambulatoorselt kui sünnitusmajas kui sünnitusjärgselt.“ (U11)

5. ARUTELU

5.1. Uurimistöö tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimistulemustega

Uuringus osalenud tervisekeskustes töötavad ämmaemandad kirjeldasid elanikkonna ja tervishoiutöötajate vähest teadlikkust ämmaemanda kutsealastest pädevustest ja ämmaemandusteenuse olemasolust tervisekeskustes. Vähest teadlikkust ämmaemanda pädevustest toovad välja ka Eestis eelnevalt haiglates ja erakliinikutes töötavate ämmaemandatega tehtud uuringutes Kruus (2010) ning Themas jt (2015). Ämmaemanda iseseisev vastuvõtt tekkis Eestis 2010. aastal (Sepp jt 2015) ning seega võib ämmaemanda kutsealase pädevuse alane vähene teadlikkus ühiskonnas olla seotud ämmaemanda pädevuste olulise laienemisega aastate jooksul, mille ajal on saanud ämmaemandast iseseisev tervishoiutöötaja, kes tegeleb naiste ja peredega kogu elukaare vältel. Sellest võib järeldada, et ämmaemandatel on vajalik oma kuvandit ühiskonnas nähtavamaks teha, et patsiendid ja ka tervishoiutöötajad oleksid teadlikumad, kuidas ja milliste küsimustega on võimalik ämmaemanda poole pöörduda. Ämmaemandusteenuse olemasolu esmatasandi tervisekeskuses aitab parandada reproduktiivtervise alaste teenuste ja günekoloogilise eriarstiabi kättesaadavust (Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020), kuid see eeldab patsientide ja tervishoiutöötajate vastava teadlikkuse tõstmist.

Tervisekeskuste kontekstis võib patsientide vähese teadlikkuse taga olla süsteemi suhteline uudsus, sest tervisekeskuste süsteemi arendatakse alates 2016. aastast ning tervisekeskuseid luuakse pidevalt juurde. See tähendab, et on asutusi, kus ämmaemandusteenust on osutatud juba mitmeid aastaid, ning vastloodud asutusi, kus ka teenus on üsna uus. Uuringus osalejate vastuvõttude täituvus oli varieeruv ning ei olnud alati seotud ämmaemanda tööstaažiga tervisekeskuses. Ämmaemanda vastuvõttude täituvust võib ilmselt mõjutada tervisekeskuse muu personali teadlikkus, huvi ja valmidus ämmaemandusteenust tervisekeskuses toetada ja oma patsientidele teenusele pöördumist soovitada. Sellega seonduvad ka tervisekeskuse kollektiivi omavahelised suhted. Arvestades, et tervisekeskused asuvad erinevates piirkondades nii suuremates kui ka väiksemates asulates, mõjutab ämmaemanda vastuvõttude täituvust ilmselt ka tervisekeskuse kaugus teistest tervisekeskuse ämmaemandusteenusega sarnaseid teenuseid pakkuvatest asutustest – näiteks noortekabinet, haigla või erakliinik – ning võimalike patsientide harjumus käia oma muredega vastuvõtul haiglas või erakliinikus.

Uuringus esines ka ämmaemandaid, kelle tervisekeskuses on perearste, kes pole ämmaemandaga kordagi koostööd teinud ega suunanud oma nimistu patsiente ämmaemanda vastuvõtule. Lisaks

toodi välja tarvidust tõestada teenuse vajalikkust kolleegidele ja tööandjale ning tööandja poolset vähest tuge. Ka Clemons jt (2021) on leidnud, et suhted töökollektiivis võivad mõjuda ämmaemandate autonoomiatundele nii positiivselt kui ka negatiivselt. Vähest ämmaemandate väärtustamist tööandjate poolt on välja toonud ka Kruus (2010). Selle taga võib tervisekeskuste kontekstis olla näiteks teadmatus ämmaemanda kutsealastest pädevustest või usaldamatus. Ilmselt on perearstid ja pereõed harjunud patsienti ise abistama ka mitmetes sellistes küsimustes, mis pigem jäävad ämmaemanda pädevusse. Ämmaemandad tõid välja ka jälgimisel olevate rasedate vähesuse. Tervisekeskustes arvel olevate rasedate vähesus võib olla seoses näiteks elanikkonna teadmatusega teenuse olemasolust, harjumusega käia rasedusega arvel suuremas keskusel või sooviga, et kogu raseduse jälgimine oleks korraldatud ühes kohas, sest rasedusaegseid skriininguuringuid viiakse läbi vaid konkreetsetes asutustes. Siinkohal tekib oht, et kui ämmaemandal ei ole võimalik oma kutsealaseid pädevusi töökohal rakendada, võib see viia ämmaemanda töölt lahkumiseni, mida kinnitab ka Bloxsome jt (2019).

Käesolevast uuringust selgus, et ämmaemandad hindasid tervisekeskuses töötades oma autonoomiat ja võimalust ise enda tööprotsesse kujundada. Lisaks oldi rahul võimalusega oma erialaseid pädevusi laialdaselt rakendada, töötades antud teeninduspiirkonna patsientidega järjepidevalt elukaare jooksul. Ämmaemandate rahulolu ühe kogukonnaga iseseisvalt ja järjepidevalt töötamisega on leidnud ka Crowther jt (2019). Ämmaemandad kirjeldasid ka rahulolu paindlikkusega tööaja planeerimisel ning võimalusega sisustada vastavalt oma soovidele ämmaemanda vastuvõtu kabinet. Enne tervisekeskuste loomist leidsid Sepp jt (2015) tervisekeskuste mudelit analüüsid, et süsteemi võimalik nõrkus võib olla asjaolu, et osa ämmaemandatest ei ole valmis töötama väljaspool eriarsti meeskonda. Antud uuringu tulemused kinnitavad vastupidiselt, et ämmaemandad hindavad kõrgelt oma erialast iseseisvust tervisekeskuste meeskonnas ning võimalust töötada järjepidevalt ühe kogukonnaga, mis võivad olla ühed soodustavad faktorid erialasele tööle jäämisel.

Ämmaemandatel esines tervisekeskuses töötades rahulolematust töö- ja puhkeaja tasakaaluga ja läbipõlemist. Sarnaselt on leidnud ämmaemandate rahulolematust töö- ja puhkeaja tasakaaluga Warmelink jt (2015a) ja Jarsova jt (2016). Lisaks on kogukonna ämmaemandatel leitud suuremat stressitaset seoses suure töökoormusega (Yoshida ja Sandall 2013). Käesolevas uuringus osalenud ämmaemandad kirjeldasid vajadust teha tööd töövälisel ajal, sealhulgas puhkuse perioodil, ning toodi välja asendaja puudumine töölt eemal viimise ajal. Esines ämmaemandaid, kes suure töökoormuse tõttu pidid tööd tegema ka töövälisel ajal, sest kogu töö tööaja sisse ei mahtunud. Kirjeldati ka probleeme töölt eemale jäämisel seoses haigestumise või plaanilise puhkusega, kui

tervisekeskuse ämmaemandatel ei ole asendajat. Kõige probleemsem oli antud teema rasedate patsientidega, kes vajavad vastavalt raseduse jälgimise juhendile plaanilisi visiite teatud rasedusnädalatel, mille aega võis jääda ämmaemanda töölt eemal viibimine. Ka perearstidel on võimalus rasedusi jälgida, kuid uuritavad kirjeldasid perearstide huvi puudumist ämmaemandate asendamise vastu seoses enese suure töökoormuse või vähese kogemuse ja julgusega rasedaid jälgida.

Uuringus osalenud ämmaemandate töökoormus oli varieeruv, kuid suur töökoormus võib olla tingitud ämmaemanda vastuvõtuaegade vähesusest konkreetsetes tervisekeskustes. Ämmaemanda vastuvõtt tervisekeskuses peaks olema nädalas vähemalt viis tundi (Rakendusjuhised ämmaemandusabi teenusele ... 2022), kuid võib olla ka üle selle. Hetkel kättesaadavate allikate põhjal ei ole teada, kas ja kui palju on tervisekeskusi, kus töötab üle ühe ämmaemanda ning uuringus osalenud ämmaemandate vastustest selgus, et ämmaemandate lepinguline töökoormus tervisekeskustes on erinev. Suur töökoormus ja läbipõlemine võib viia ämmaemandate esmatasandilt või erialaselt töölt lahkumiseni ning seega peaks ämmaemandate töökoormus olema esmatasandi tervisekeskuste juhatajate jaoks oluline. Selles küsimuses võiks olla üheks võimalikuks leevendavaks teguriks esmatasandil töötavate ämmaemandate jaoks toimiv asendussüsteem, mille kaudu esmatasandi tervisekeskuste ämmaemandad saaksid üksteist asendada, samamoodi võib asendajaks olla peamiselt haiglas või erakliinikus töötav ämmaemand. Ämmaemandate asendussüsteem on sisse viidud näiteks Hollandis (Kool jt 201). Samas ei pruugi antud süsteem Eesti tervishoiutöötajate puudust arvestades olla probleemi täielikuks lahendamiseks piisava mõjuga. Kui tervisekeskusesse võtta tööle ühe ämmaemanda asemel kaks või rohkem ämmaemandat, siis saaksid nad üksteist asendada ning seda ei peaks tegema perearst. Lisaks annaks see ämmaemandale võimaluse oma töökoormust jagada.

Ämmaemandatel esines üksindustunnet ja tunnet, et tööga seotud vastutus on liiga suur. Samuti on kirjeldanud ämmaemandate üksindustunnet Crowther jt (2019), kes uurisid maapiirkondade ämmaemandaid Šotimaal ja Uus-Meremaal. Tervisekeskusi luuakse üle Eesti erinevatesse piirkondadesse ning selle tõttu on tervisekeskuseid nii suuremates linnades kui ka väiksemates asulates, kus varasemalt ämmaemandusabi kättesaadav ei olnud. Üksindustunnet võib soodustada väike lepinguline töökoormus, mille tõttu võib töökollektiivi ja tööprotsessidega kohanemine võtta kauem aega. Lisaks võib põhjustada üksindust ja tunnet, et tööga seotud vastutus on liiga suur, soov mõne tervishoiutöötajaga oma juhtumeid vahel arutada ja saada tuge. Sarnast on leidnud ka Crowther jt (2019), kus maapiirkondade ämmaemandad hindasid vajadust oma piirkonna teiste tervishoiutöötajatega suhelda ja saada neilt tuge. Üksindustunne ja tunne, et tööga seotud vastutus

on liiga suur, on olulised riskifaktorid tervisekeskuste ämmaemandate tööga rahulolule ning seetõttu on tervisekeskuste ämmaemandatele vaja pakkuda tuge tervisekeskuste töötajate poolt, samuti tõhustada koostööd teiste tervisekeskuste ämmaemandatega ning haiglatega. Siinkohal on vajalik ka järjepidevate täiendkoolituste kättesaadavus.

Tervisekeskustes töötavad ämmaemandad töid välja oma tervisekeskuse meeskonna ühtsust ning rahulolu järjepideva ja tõhusa koostööga. Varasemast on teada, et positiivsed suhted oma kolleegidega on oluline komponent ämmaemandate tööga rahulolus (Warmelink jt 2015a). Kuid samal ajal, kui hinnati enda kutsealast autonoomiat ja võimalust olla iseseisev tervishoiuteenuse pakkuja, kirjeldasid uuritavad ka vajadust konsulteeriva günekoloogi järele. Ämmaemandad küll tunnustasid tervisekeskuses töötavate perearstide toetust ja abi, kuid soovisid vastavalt vajadusele võimalust konsulteerida günekoloogiga küsimustes, mis ületavad perearsti pädevust. Ämmaemandate vajadused konsulteeriva günekoloogi töövormi järele olid erinevad – sooviti, et tervisekeskuse meeskonnas töötaks günekoloog, oleks võimalus mõne günekoloogiga jooksvalt konsulteerida tekkinud küsimuste osas või oleks ämmaemandal võimalus iseseisvalt ilma perearsti vahenduseta koostada e-konsultatsioon günekoloogiga. Teiste erialade spetsialistidega konsulteerimise võimaluse kättesaadavus on ämmaemandatele oluline ning tagab ka patsientide sujuvama liikumise tervishoiusüsteemis.

Hetkel on ämmaemandatel günekoloogile suunamiseks võimalik saata naine günekoloogi ambulatoorsele vastuvõtule või statsionaarsesse osakonda või koostada läbi perearsti e-konsultatsioon. Günekoloogiga konsulteerimise võimalused vajaksid antud uuringu põhjal tõhustamist ning ämmaemandatele ja ühtlasi ka patsientidele mugavaks ja lihtsamaks muutmist. Günekoloogi vastuvõtule või haigla statsionaarsesse osakonda suunamine on patsiendi jaoks ajakulukas ega pruugi olla kõigil juhtudel otstarbekas. E-konsultatsiooni vastus võib võtta aega kuni neli tööpäeva (E-konsultatsiooni teenuse ... 2020) ning siiani ämmaemand iseseisvalt ilma perearsti kaasamata e-konsultatsiooni teha ei saa. Samal ajal on teada, et perearstide e-konsultatsioonide määr on varieeruv ning selle tõttu võib ka tervisekeskuses töötav ämmaemand jääda ebavõrdsesse seisu. Arvestades, et ämmaemand on iseseisev tervishoiuspetsialist ja saab ise otsustada, et vajalik on konsulteerida tekkinud küsimuse osas günekoloogiga, on perearsti kui vahendaja kasutamine ebavajalik. Samas on e-konsultatsiooni eeliseks selle läbiviimise kindel struktuur ja dokumenteeritus Tervise infosüsteemis, mis on nähtav nii patsiendile kui ka tervishoiutöötajatele.

Probleeme interdistsiplinaarse koostööga kirjeldasid ämmaemandad veelgi seoses koostöös haiglatega. Koostöö probleeme haiglatega on esmatasandil töötavate ämmaemandate osas välja toonud ka Warmelink jt (2015a) ning Crowther jt (2019), kes rõhutasid vajadust tõhustada koostööd ja kollegiaalsust. Uuringus osalenud tervisekeskuste ämmaemandad kirjeldasid, et haiglad näevad tervisekeskuste ämmaemandaid pigem konkurendina, info haiglate töökorralduse muudatustest ei jõua tervisekeskuste ämmaemandateni ning esineb probleeme patsientidele uuringuteks aja registreerimisel. Arvestades, et Eestis on võetud suund tervishoiuteenuste patsientidele kättesaadavamaks ja kodulähedasemaks muutmisele, on vaja esmatasandi ämmaemandate ja haiglate koostööd tõhustada. Keeruline koostöö haiglatega mõjutab oluliselt esmatasandi ämmaemandate tööga rahulolu ning võib viia nende töölt lahkumiseni. Samuti mõjutab see patsientide rahulolu esmatasandi ämmaemandusteenusega ning patsient võib otsustada pöörduda teise tervishoiuasutusse. Esmatasandi ja haiglate koostöö tõhustamiseks võiks tervishoiutöötajatele avada võimalused patsientide uuringutele ja vastuvõttudele registreerimiseks digiregistratuuris, et ämmaemand hoiaks aega kokku selle asemel, et helistada erinevatesse asutustesse. Samuti võiksid haiglad informeerida töökorralduse muudatustest tervisekeskuste ämmaemandaid, et muuta patsientide liikumine erinevate etappide vahel sujuvamaks.

Ämmaemandad tõid välja, et tervisekeskustes kasutusel olev tarkvara ei vasta ämmaemandusteenuse eripäradele. Ämmaemandate rahulolematust dokumentatsioonile kuluva ajaga on kirjeldanud ka Hunter ja Warren (2014) ning Cronie jt (2019). Tervisekeskused ostavad tarkvarasid erinevatelt teenuspakkujatelt ning Eestis puudub ühtne esmatasandile suunatud tarkvara. Arvestades ämmaemandate rahulolematust kasutusel olevate tarkvaradega ning esmatasandi arengusuunda tervisekeskustele üleminekul, tuleks tarkvarasüsteemide arendajatel alustada varasemalt vaid perearstiabile suunatud programmide kohandamist tervisekeskuste laienuks meeskonnale.

Ämmaemandad kirjeldasid oma kutsealases töös karjäärivõimaluste puudumist. Ämmaemandate rahulolematust karjäärivõimalustega on kirjeldanud ka Kruus (2010) ja Jarsova jt (2016). Karjäärivõimaluste puudumise põhjuseks võib olla ämmaemandusjuhi ametipositsioonide vähesus Eestis. Samas on lisaks karjääriredelil tõusmisele võimalik täiendada end erinevates töövaldkondades ning ka uuritavad tõid välja täiendkoolituste vajadusi esmatasandil töötades. Kirjeldati soovi saada täiendavaid teadmisi ravimite osas, sünnitusjärgse perioodi ja imetamise valdkonnas, naiste üleminekuea perioodi osas, ultraheli täiendava pädevuse osas, laste tervise ja vaimse tervise valdkonnas ning günekoloogiast. Lisaks toodi välja, et esmatasandil töötades on järjepidev enesetäiendus vajalik. Samas esines tööandjaid, kes ei ole suunanud enda

tervisekeskuses töötavat ämmaemandat koolitustele. Ämmaemanda koolitustele mittesuunamise põhjus võib olla näiteks ämmaemanda väike lepinguline töökoormus ning peamine töökoht mõnes teises asutuses, kes ämmaemandat koolitustele suunab. Siinkohal on muidugi ka oluline ämmaemanda enda vastutus. Samas on ka tervisekeskusel roll, et ämmaemandal oleks võimalik täiendkoolitusele minekuks töölt puududa.

Uuringus osalenud ämmaemandad soovisid osaleda oma kutseala edendamisel. Ämmaemandad kirjeldasid, et neil puudub info teistes tervisekeskustes töötavate ämmaemandate kohta ning nad tahaksid, et loodaks tervisekeskuste ämmaemandatest koosnev võrgustik, kellega suhelda ning olla üksteisele toeks. Ämmaemandad kirjeldasid, et nad oleksid soovinud tervisekeskuses tööd alustades tuge töökorralduse paikapanekul ning kabineti sisustamisel. Toodi välja soov, et tervisekeskustes tööd alustavatel ämmaemandel oleks mentorlussüsteem, kus juba mõnes tervisekeskuses töötav ämmaemand pakuks enda abi ja tuge teenuse alustamisel. Hetkel on Eestis sarnane süsteem perearstidel. Sarnaselt soovivad ka Matthews jt (2022) ämmaemandate tööga rahulolu parendamiseks mentorlussüsteemi või supervisioonide süsteemi rakendamist tervishoiuasutuses. Mentorlussüsteemi kasutamist pakuvad ka Jarsova jt (2016), et ämmaemandaid nende isiklikus ja professionaalses arengus võimestada. Esmatasandi ämmaemandate võrgustiku ja mentorlussüsteemi rakendamine võiks leevenda eelnevalt nimetatud ämmaemandate raskuseid teenuse alustamisel ja üksindustunnet.

5.2. Eetiliste aspektide kirjeldus

Vastavalt „Hea teadustava“ (2017) dokumendile austas autor uuringus osalejaid, tagas nende autonoomia, väärikuse ja privaatsuse. Uurimistöös osalemine oli vabatahtlik. Uuringu kutset jagati Eesti Ämmaemandate Ühingu ning Eesti Perearstide Seltsi meililistides ning ämmaemandad, kes soovisid uuringus osaleda, võtsid ise uurijaga ühendust. Uurija tutvustas ühendust võtnud ämmaemandle uuringut ja selles osalemise protsessi ning uuritav ja uurija digiallkirjastasid kahepoolselt informeeritud ja teadliku nõusoleku vormi.

Võimalik eetiline probleem tulenes sellest, et töö autor töötab ise samuti ämmaemandana tervisekeskuses. Lisaks on ämmaemandate kogukond väike ja paljud tunnevad teineteist. Uurija teadvustas seda võimalikku probleemi ning tagas kõigile osalejatele võrdse kohtlemise ning püsis uurimistöös protsessis neutraalne ega lasknud end mõjutada isiklikest kogemustest. Uurimistöös osalejad olid teadlikud, et nendele on tagatud konfidentsiaalsus ning uurimistöo tulemused on esitatud üldistatud kujul.

Uuringus osalemisest oli võimalik loobuda enne intervjuu toimumist, intervjuu toimumise ajal ning kuni kolm tööpäeva pärast intervjuud. Hilisem loobumine ei olnud võimalik, sest intervjuud transkribeeriti ja kodeeriti tagasikodeerimist mittevõimaldaval. Intervjuude transkribeeringsid, kust on eemaldatud intervjuus osaleja andmed, hoiustatakse Tartu Ülikooli serveri kaustas, millele on ligipääs vaid uuringu läbiviijal ja vastutaval uurijal. Transkribeeritud andmeid säilitatakse kuni 31.12.2027 vastutava uurija poolt Tartu Ülikooli serveris uurimistulemustest teadusartikli publitseerimise eesmärgil ning seejärel andmed hävitatakse.

Kasu uuritavale uuringus osalemisest on nii otsene kui kaudne. Kui esmatasandi tervisekeskustes töötavatel ämmaemandatel esineb probleeme tööga rahulolus, siis võib ämmaemandal endal olla kasulik rääkida oma tekkinud probleemidest teise inimesega. Kui uuringust selguvad kitsaskohad, mis esmatasandi tervisekeskuste ämmaemandusteenuse osutamisel esinevad, siis on võimalik tulemuste avalikustamisel nendele probleemidele tähelepanu juhtida. Uuringus osalemisega kaasnevad riskid ja koormus on uuringu tulemustega tasakaalus.

5.3. Uurimistöö kitsaskohad

Uurimistöö üheks kitsaskohaks on uurija vähene kogemus uurimistöö läbiviimisel ja intervjuerimisel. Antud riski vähendas intervjuu kava, mis oli koostatud kirjanduse põhjal. Lisaks harjutas uurija eelnevalt intervjuude läbiviimist, et püsida intervjuu teostamise ajal neutraalne ning küsida vastavalt vajadusele täpsustavaid küsimusi. Kvalitatiivsel tööl võib olla kitsaskohaks ka andmete analüüsimise subjektiivsus, kuid riskide vähendamiseks kasutati andmete analüüsimisel kirjandusele tuginevat mudelit ning kaasati andmete analüüsimise protsessi juhendajad.

Samuti võib intervjuudel põhinev uuring olla nii kitsaskoht kui ka eelis. Intervjuul osalemine on uuritava jaoks ajakulukas ning võib-olla ka ebamugavust tekitav seoses intervjuudel osalemise kogemuse puudumisega. Samas annab intervjuude läbiviimine võimaluse koguda ämmaemandate kogemusi süvendatumalt ning saada rohkem informatsiooni kui küsitlusuuringutega. Uuringus osalemiseks anti võimalus osaleda kas kontaktintervjuul või veebiintervjuul ning uurija arvestas intervjuu aja kokku leppimisel uuritava soovidega, mis andis uuritavatele võimaluse osaleda uuringus endale sobival ajal ja kohas.

Uurimistöö kitsaskohaks võis olla ka Eestis töötavate ämmaemandate vähesus, mis tingib olukorra, et enamik ämmaemandaid tunnevad üksteist. Ka uurija ise töötab ämmaemandana

tervisekeskuses, mis võis olla nii eelis kui ka puudus. Eelis võis see olla selles osas, et uuritavad usaldasid uurijat selle tõttu rohkem ning rääkisid oma kogemustest avatumalt. Samas võis see olla ka puudus, kui võib-olla selle tõttu ei avaldatud kõiki oma tööga rahulolu mõjutavaid aspekte.

Uuringu kutse võis mitte jõuda kõigi esmatasandi tervisekeskustes töötavate ämmaemandateni, kuigi kutset jagati nii Eesti Ämmaemandate Ühingu kui ka Eesti Perearstide Seltsi meililistis. Uuringu kitsaskohaks on ka valimi erinevused, kus tervisekeskustes töötavad ämmaemandad töötasid kas ainult tervisekeskuses või lisaks tervisekeskusele haiglas või erakliinikus. Arvestades kogu populatsiooni suurust, ei ole samas otstarbekas uuringust välja jätta ämmaemandaid, kes töötavad lisaks tervisekeskusele veel mõnes asutuses, sest valim jääks suure tõenäosusega liiga väikeseks. Valimi eeliseks on, et osalenud ämmaemandad töötasid üle Eesti erinevates piirkondades ning kaasatud olid nii suuremad asulad kui ka maapiirkonnad.

5.4. Uurimistöö praktiline väärtus ja uued uurimisprobleemid

Uurimistöö tulemused annavad ülevaate Eestis 2016. aastal loodud tervisekeskuste süsteemis töötavate ämmaemandate tööga rahulolust. Varasemalt ei ole tehtud uurimusi, mis käsitleks tervisekeskustes töötavate ämmaemandate tööga rahulolu. Uurimistöö tulemusena selgus hulk faktoreid, mis on ämmaemandate tööga rahulolu tervisekeskustes töötades mõjutanud. Mitmed faktorid nendest olid positiivsed, näiteks rahulolu oma autonoomiaga, võimalusega oma kutsealaseid pädevusi laiapõhjaliselt kasutada ühe kogukonnaga töötades ning tõhus koostöö tervisekeskuse töötajatega.

Uuringu tulemusena selgus ka mitmeid kitsaskohti, mis ämmaemandate tööga rahulolu tervisekeskustes töötades mõjutavad. Uurimistöös joonistus välja ühiskonnas esinev vähene teadlikkus ämmaemandate kutsealast, see aga annab ämmaemandatele teadmise, et vastavat teadlikkust on vaja ühiskonnas tõsta. Uurimistöö tulemustele toetudes saavad Eesti Ämmaemandate Ühing ja tervisekeskuste juhatajad pakkuda esmatasandi tervisekeskustes töötavatele ämmaemandatele vajalikku tuge. Samuti saab alustada tervisekeskuste ämmaemandate võrgustiku ja mentorlussüsteemi loomist, mida esmatasandil töötavad ämmaemandad pidasid vajalikuks. Nende meetmetega oleks võimalik ka leevendada üksindustunnet ja raskuseid teenuse alustamisel. Ämmaemandate töö- ja puhkeaja tasakaalu probleemid ning läbipõlemine on oluline probleem ning antud kitsaskoha teadvustamine aitab tervisekeskuste juhatajatel rohkem tähelepanu suunata ämmaemandate töökoormuse optimeerimisele. Lisaks on võimalik tõhustada koostööd haiglate ja günekoloogidega ning luua ämmaemandatele e-konsultatsiooni õigus.

Ämmaemandate enesetäienduse alaseid soove on võimalik arvestada tervishoiu kõrgkoolide õppekavades ning ämmaemandate täiendkoolitusi luues.

Edaspidi vajaks esmatasandi tervisekeskuste ämmaemandate tööga rahulolu uurimist kvantitatiivselt, kaasates uuringusse suurema valimi. See annaks ka võimaluse võrrelda tervisekeskuste ämmaemandate tööga rahulolu teistes valdkondades töötavate ämmaemandatega. Veel tuleks uurida esmatasandi tervisekeskuste patsientide rahulolu ämmaemandusteenuse olemasoluga esmatasandil. Lisaks leidsid Sepp jt (2015) enne tervisekeskuste loomist, et perearstidel on ebaühtlased pädevused ämmaemandate ja muude tervishoiuspetsialistide töö koordineerimiseks, kuid hetkel ei ole teada tervisekeskuste juhatajate, kes on perearstid, rahulolu täiendavate erialade, sh ämmaemandusteenuse liitmisega tervisekeskuste meeskonnaga. Uurimistöö tulemusena selgus veel, et esineb probleeme koostöös haiglatega. Haiglas töötavate günekoloogide arvamused ja kogemused antud teema kohta samas puuduvad ning seega oleks vajalik uurida ka günekoloogide arvamusi ja kogemusi seoses ämmaemandusteenuse laienemisega esmatasandile.

6. JÄRELDUSED

Ämmaemandate kutsealane autonoomia on nende tööga rahulolu oluline mõjutaja. Tervisekeskustes töötavad ämmaemandad hindavad võimalust töötada iseseisva spetsialistina tervisekeskuse meeskonnas ning kasutada laiapõhjaliselt oma erialaseid pädevusi, töötades ühe kogukonnaga kogu elukaare jooksul. Ühiskonnas esineb vähene teadlikkus ämmaemanda pädevustest ning teenuse olemasolust esmatasandil. Ämmaemandad kirjeldasid oma rahulolu võimalusega enda tööprotsesse ja -keskkonda ise kujundada, kuid toodi esile raskuseid teenuse alustamisel ja hirmu. Ämmaemandate seas esines üksindustunnet ja tunnet, et tööga seotud vastutus on liiga suur.

Ämmaemandad kirjeldasid rahulolu tervisekeskuste ruumide ja töövahenditega. Tervisekeskustes töötavate ämmaemandate töökoormus on varieeruv ning esineb probleeme töö- ja puhkeaja tasakaaluga. Lisaks kirjeldati läbipõlemist, mis oli tingitud suurest töökoormusest ja toetuse puudumisest. Probleeme töökoormusega on leitud ka varasemates ämmaemandatega tehtud uurimistöodes ning see on oluline kitsaskoht. Ämmaemandate töökoormusele tervisekeskustes on vajalik pöörata tähelepanu ning luua võimalused ämmaemandate asendussüsteemi loomiseks.

Ämmaemandate jaoks on kolleegide toetus oluline. Tervisekeskuste ämmaemandad hindasid head koostööd tervisekeskustes töötavate tervishoiutöötajate ja -spetsialistidega. Samas kirjeldati, et esineb perearste, kes ei soovi oma nimistuga töötades ämmaemandaga koostööd teha. Lisaks esineb vajadus muuta günekoloogiga konsulteerimine kättesaadavamaks. Tervisekeskuste ämmaemandate ja haiglate vahelist kollegiaalsust ja koostööd on vaja tõhustada, lihtsustada patsientide uuringutele registreerimise võimalusi ning muuta ämmaemandatele kättesaadavaks e-konsultatsiooni tegemine günekoloogidega.

Ämmaemandaid on oluline võimendada nende pidevas kutsealases arengus. Tervisekeskustes töötavad ämmaemandad soovivad oma kutsevaldkonna arengus osaleda ja pakkuda üksteisele tuge. Ämmaemandad kirjeldasid vajadust tervisekeskustes töötavate ämmaemandate võrgustiku ning tervisekeskustes alustavate ämmaemandate mentorlussüsteemi loomise järele. Toodi välja vajadust end erinevates töövaldkondades täiendada, kuid samas kirjeldati karjäärivõimaluste puudumist. Tervisekeskuste ämmaemandaid on vaja kaasata nende valdkonna arendamisse ning võrgustik ja mentorlussüsteem annavad võimaluse ämmaemandate toetamiseks ja kutseala tugevdamiseks.

KASUTATUD KIRJANDUS

Bartels, I., Mahla, M., Teesalu, P. (2019). Ämmaemanduse arengukava 2019–2024. Eesti Ämmaemandate Ühing. https://ammaemand.org/wp-content/uploads/2021/12/Ämmaemanduse-arengukava_2019-2024.pdf (25.03.2023).

Bloxsome, D., Bayes, S., Ireson, D. (2020). "I love being a midwife; it's who I am": A Glaserian Grounded Theory Study of why midwives stay in midwifery. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 208–220.

Bloxsome, D., Ireson, D., Doleman, G., Bayes, S. (2019). Factors associated with midwives' job satisfaction and intention to stay in the profession: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 386–399.

Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2): 77–101.

Catling, C., Rossiter, C. (2020). Midwifery workplace culture in Australia: A national survey of midwives. *Women and Birth*, 33, 464–472.

Clemons, J. H., Gilkison, A., Mharapara, T. L., Dixon, L., McAra-Couper, J. (2021). Midwifery Job Autonomy in New Zealand: I do it all the time. *Women and Birth*, 34, 30–37.

Crabtree, B. F., Miller, W. L. (2022). *Doing Qualitative Research*. SAGE Publications, Los Angeles.

Cronie, D., Perdok, H., Verhoeven, C., Jans, S., Hermus, M., De Vries, R., Rijnders, M. (2019). Are midwives in the Netherlands satisfied with their jobs? A systematic examination of satisfaction levels among hospital and primary-care midwives in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 19(832): 1–10.

Crowther, S., Deery, R., Daellenbach, R., Davies, L., Gilkison, A., Kensington, M., Rankin, J. (2019). Joys and challenges of relationships in Scotland and New Zealand rural midwifery: A multicentre study. *Women and Birth*, 32, 39–49.

Cull, J., Hunter, B., Henley, J., Fenwick, J., Sidebotham, M. (2020). “Overwhelmed and out of my depth”: Responses from early career midwives in the United Kingdom to the Work, Health and Emotional Lives of Midwives study. *Women and Birth*, 33, e549–e557.

DiCocco-Bloom, B., Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40, 314–321.

Dworkin, S. L. (2012). Sample Size Policy for Qualitative Studies Using In-Depth Interviews. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 1319–1320.

Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/tervishoiu_arengusuunad_2020.pdf (08.10.2022).

Ehrenberg, E., Karro, H., Saarma, I., Veerus, P., Tammemäe, L., Laanpere, M., Zupping, E.-K., Vahula, K.-L., Hermlin, T., Täär, K., Frolova, K., Haavel, V., Parve, M., Szirko, F., Lindström, R. (2012). Sünnitusabi ja günekoloogia eriala arengukava aastani 2020. Eesti Naistearstide Selts. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiustuseteem/Arstide_erialade_arengukavad/sc14nitusabi_gc14nekoloogia_arengukava.pdf (20.03.2023).

ENS seisukoht sünnitusabi korraldusest Eestis. (2018). Eesti Naistearstide Selts. <https://www.ens.ee/ens-seisukohad> (20.03.2023).

Esmatasandi teenuste arendamine. Eesti Haigekassa. <https://www.haigekassa.ee/haigekassa/strategiad-ja-arengusuunad-0/esmatasandi-teenuste-arendamine> (09.10.2022).

Esmatasandi tervisekeskused. Eesti Haigekassa. <https://www.haigekassa.ee/partnerile/raviasutusele/perearstile/esmatasandi-tervisekeskused> (09.10.2022).

Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009–2015. https://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/85141/Sotsiaalministeerium2009_2.pdf?sequence=2&isAllowed=y (08.10.2022).

Evans, J., Taylor, J., Browne, J., Ferguson, S., Atchan, M., Maher, P., Homer, C. S., Davis, D. (2020). The future in their hands: Graduating student midwives' plans, job satisfaction and the desire to work in midwifery continuity of care. *Women and Birth*, 33, e59–e66.

E-konsultatsiooni teenuse osutamise juhend perearstidele ja eriarstiabi osutajatele (versioon 1.6). (2020). Eesti Haigekassa. <https://www.tervisekassa.ee/partnerile/raviasutusele/perearstile/e-konsultatsioon#tab-e-konsultatsiooni-teenus> (15.04.2023)

Fenwick, J., Sidebotham, M., Gamble, J., Creedy, D. K. (2018). The emotional and professional wellbeing of Australian midwives: A comparison between those providing continuity of midwifery care and those not providing continuity. *Women and Birth*, 31, 38–43.

Graneheim, U. H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112.

Gray, J. R., Grove, S. K., Sutherland, S. (2017). Burns and Grove's The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence, Eighth Edition. Elsevier, St. Louis, Missouri.

Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., O'Connor, D. B. (2016). Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review Eligibility Criteria for Selecting Studies. *PLoS ONE*, 11(7): e0159015. doi:10.1371/journal.pone.0159015

Hansson, M., Lundgren, I., Hensing, G., Dencker, A., Eriksson, M., Carlsson, I. M. (2021). Professional courage to create a pathway within midwives' fields of work: a grounded theory study. *BMC Health Services Research*, 21(312). doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06311-9>.

Harvie, K., Sidebotham, M., Fenwick, J. (2019). Australian midwives' intentions to leave the profession and the reasons why. *Women and Birth*, 32, e584–e593.

Hea teadustava. (2017). Tartu Ülikooli eetikakeskus. Tartu. <https://www.etag.ee/wp-content/uploads/2017/02/HEA-TEADUSTAVA.pdf> (13.11.2022).

Homburg, V., van der Heijden, B., Valkenburg, L. (2013). Why do nurses change jobs? An empirical study on determinants of specific nurses' post-exit destinations. *Journal of Nursing Management*, 21, 817–826.

Hunter, B., Warren, L. (2014). Midwives' experiences of workplace resilience. *Midwifery*, 30, 926–934.

Jarsova, D., Gurkova, E., Palese, A., Godeas, G., Ziakova, K., Song, M. S., Lee, J., Cordeiro, R., Chan, S. W. C., Babiarczyk, B., Frasn, M., Nedvedova, D. (2016). Job satisfaction and leaving intentions of midwives: Analysis of a multinational cross-sectional survey. *Journal of Nursing Management*, 24, 70–79.

Kallio, H., Pietilä, A.-M., Johnson, M., Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12): 2954–2965.

Kedus, J. (2019). Emadushooldust osutavate ämmaemandate professionaalne areng Eestis – kvantitatiivne uurimus. Magistritöö. Tartu Ülikool. Tartu.

Khavayet, F., Tahery, N., Alizadeh Ahvazi, M., Tabnak, A. (2018). A Survey of Job Satisfaction among Midwives Working in Hospitals. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 6(1): 1168–1192.

Kool, L., Feijen-de Jong, E. I., Schellevis, F. G., Jaarsma, D.A.D.C. (2019). Perceived job demands and resources of newly qualified midwives working in primary care settings in The Netherlands. *Midwifery*, 69, 52–58.

Kruus, A. (2010). Eesti ämmaemandate tööga rahulolu ja ametikasvu võimalused. Magistritöö. Tallinna Ülikool. Tallinn.

Lazarus, J. V., Rasch, V., Liljestränd, J. (2005). Midwifery at the crossroads in Estonia: attitudes of midwives and other key stakeholders. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84, 339–348.

Liu, Y., Aunguroch, Y., Yunibhand, J. (2016). Job satisfaction in nursing: A concept analysis study. *International Nursing Review*, 63, 84–91.

Matthews, R., Hyde, R., Llewelyn, F., Shafiei, T., Newton, M., Forster, D. A. (2022). Factors associated with midwives' job satisfaction and experience of work: a cross-sectional survey of midwives in a tertiary maternity hospital in Melbourne, Australia. *Women and Birth*, 35, e153–e162.

Nedvědová, D., Dušová, B., Jarošová, D. (2017). Job Satisfaction of Midwives: a Literature Review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 8(2): 650–656.

Olev, A., Alumäe, T. (2022). Estonian Speech Recognition and Transcription Editing Service. *Baltic Journal of Modern Computing*, 10(3): 409–421.

Oliver, K., Geraghty, S. (2021). A mixed-methods pilot study exploring midwives' job satisfaction: Is being of service to women the key? *European Journal of Midwifery*, 6(25). doi: <https://doi.org/10.18332/ejm/146087>

Perearsti nimistute ülevaade. (2021). Eesti Haigekassa. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMTliZGFkNjMtZTUwYi00MDhiLWEzMWYtNTgwZmQ1MDJkMDMzIiwidCI6IjJiMWJmNzQ4LWZmMGMtNGU5ZC1hZDMzLTBiMzkwMzEzYWlXMyIsImMiOjh9&pageName=ReportSection0996adac74e51bb96ba0> (06.10.2022).

Rakendusjuhis ämmaemandusabi teenustele esmatasandil. (2022). Eesti Ämmaemandate Ühing. https://ammaemand.org/wp-content/uploads/2022/12/Rakendusjuhend_ammaemandusabi_teenusele.pdf (28.03.2023).

Sabzevari, M. T., Rad, M. (2019). Resilience strategies against working pressures in midwives: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 8(33). doi: 10.4103/jehp.jehp_241_18.

Sepp, V., Humal, K., Saar, P., Kivi, L., Puolokainen, T., Theamas, E., Espenberg, K., Rätsep, A., Ingerainen, D., Kalda, R., Loodla, K., Aksen, M., Lees, K., Vahaste-Pruul, S., Ristmäe, M., Varblane, U. (2015). Uuring esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse vajaduse

hindamine ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korralduse mudeli loomine. Tartu Ülikool, Tartu.

Sheehy, A., Smith, R., Gray, J., Homer, C. (2021). Understanding workforce experiences in the early career period of Australian midwives: insights into factors which strengthen job satisfaction. *Midwifery*, 93. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102880>

Siimson, M., Sooväli, M. (2015). Eesti ämmaemandate rahulolu koolituse ja erialase tööga. Lõputöö. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. Tallinn.

Themas, A., Aksen, M., Vahaste-Pruul, S., Themass, E., Varblane, U. (2015). Tervishoiutöötajate töölt lahkumise põhjused. Tartu Ülikool, Tartu.

THT002: Tervishoiutöötajad soo, vanuse ja ameti järgi. (2022). Tervise Arengu Instituut. https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_04THressursid_05Tootajad/THT002.px/table/tableViewLayout2/ (26.03.2023).

Warmelink, J. C., Hoijtink, K., Noppers, M., Wiegers, T. A., de Cock, T. P., Klomp, T., Hutton, E. K. (2015a). An explorative study of factors contributing to the job satisfaction of primary care midwives. *Midwifery*, 31, 482–488.

Warmelink, J. C., Wiegers, T. A., Paul De Cock, T., Spelten, E. R., Hutton, E. K. (2015b). Career plans of primary care midwives in the Netherlands and their intentions to leave the current job. *Human Resources for Health*, 13(29): 1–10.

Warmelink, J. C., Wiegers, T. A., de Cock, T. P., Klomp, T., Hutton, E. K. (2017). Collaboration of midwives in primary care midwifery practices with other maternity care providers. *Midwifery*, 55, 45–52.

Workplace well-being. (2023). International Labour Organization. https://www.ilo.org/safework/areasofwork/workplace-health-promotion-and-well-being/WCMS_118396/lang--en/index.htm (09.04.2023).

Ämmaemand, tase 6. (2018). Sihtasutus Kutsekoda. Tallinn. <https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/exportPdf/10684513%20/> (09.10.2022).

Ühised sammud terviseni. Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2021–2030. Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate ühing, Eesti Õendusjuhtide Ühing. Tallinn.

Yoshida, Y., Sandall, J. (2013). Occupational burnout and work factors in community and hospital midwives: A survey analysis. *Midwifery*, 29, 921–926.

Lisa 1. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokoll number: 361/T-1

koosolek: 21.03.2022

Komitee koosseis:

Esimees

Aime Keis Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, meditsiineetika nooremlektor

Aseesimees

Kristi Lõuk Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, projektijuht / doktorant

Liikmed

Diva Eensoo	Tervise Arengu Instituut, teadur
Margit Jäätna	Riigikohus, tsiviilkolleegiumi nõunik
Katrin Kaarna	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliiniliste teadusuuringute üksuse tegevjuht
Malle Kuum	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur
Kalle Kisand	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, laborimeditsiini professor
Piret Koosa	Eesti Rahva Muuseum, teadur
Martin Mooses	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, treeningu füsioloogia lektor
Marje Oona	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini kaasprofessor / kliinilise meditsiini instituudi täienduskeskuse juhataja
Maire Peters	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika kaasprofessor
Atko-Sulhan Rimmel	Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, religiooniuuringute kaasprofessor
Anna-Liisa Tamm	Tartu Tervishoiu Kõrgkool, füsioteraapia ja tervisekaitse osakonna juhataja

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö

Uurimistöö nimetus: Eesti esmatasandi tervisekeskuste ämmaemandate tööga rahulolu – kvalitatiiivne uurimus

Vastutav uurijad (asutus):

Janne Kommusaar (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Ravila 1a, 50406, Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt, 31.03.2022
2. Uuringu kutse, 31.03.2022
3. Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm, 31.03.2022
4. Intervjuu küsimused, 31.03.2022
5. Uurimistöö läbiviijate CVd (J. Kommusaar, K. Vahtel, L. Karuse)

Uurimistöö lõpp: 30.06.2023

Komitee esimees: Aime Keis /allkirjastatud digitaalselt/

Komitee sekretär: Kaire Kallak /allkirjastatud digitaalselt/

Väljastatud: /viimase digitaalallkirja kuupäev/

Tartu Ülikool
grandikeskus
Raekoja plats 9
51004 Tartu

tel 737 6215
e-post eetikakomitee@ut.ee
www.ut.ee/teadus/eetikakomitee

Lisa 2. Uuringu kutse

Hea ämmaemand!

Kutsun Teid osalema uurimistöös „Eesti esmatasandi tervisekeskuste ämmaemandate tööga rahulolu – kvalitatiivne uurimus“. Uurimistöö eesmärk on kirjeldada tervisekeskustes töötavate ämmaemandate rahulolu oma tööga. Esmatasandi tervishoius töötavaid ämmaemandaid ei ole Eestis veel uuritud. Olete oodatud uuringus osalema, sest kaardistades ämmaemandate töörahulolu esmatasandi tervisekeskustes, aitate kaasa tervisekeskuste arendamisele ja sealsete töötingimuste parandamisele.

Uuringus osalemise kriteeriumiteks on töötamine ämmaemandana esmatasandi tervisekeskuses, suhtlustasandil eesti keele oskus ning nõusolek uuringus osalemiseks. Intervjuu kestab 1–1,5 tundi. Uuritavatele on tagatud konfidentsiaalsus ja uurimistulemused avaldatakse üldistatud kujul. Uuringus osalemisest on võimalik loobuda enne intervjuu toimumist, intervjuu toimumise ajal ning kuni kolm tööpäeva pärast intervjuud. Uurimistöö on olemas Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee kooskõlastus (nr 361/T-1). Uurimistöö tulemuste põhjal valmib magistritöö, mille kaitsmine on planeeritud juunis 2023. Magistritöö tulemustega on võimalik tutvuda Tartu Ülikooli veebikeskkonnas DSpace pärast magistritöö kaitsmist.

Uurimuse läbiviimise aeg: aprill–november 2022. Uuringus osalemine on vabatahtlik. Individuaalsed intervjuud viiakse läbi uuringus osalejale sobival ajal ja sobivas kohas ning võimalik on ka intervjuul osaleda veebiintervjuu formaadis. Intervjuu toimumise koht peab olema privaatne ning intervjuud ei tohiks kuulda kõrvalised isikud. Veebiintervjuul on vajalik, et uuritava oleks piisava kiirusega internetiühendus ning töötav mikrofon ja kaamera.

Kui soovite uuringus osaleda või küsida selle kohta lisainformatsiooni, siis palun Teil võtta uurijaga ühendust, kas e-posti või telefoni teel.

Uurija andmed: Leiki Karuse, õendusteaduse magistrant, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Tartu Ülikool. E-post leiki.karuse@ut.ee, telefoninumber +372 xxxxxxxx.

Vastutav uurija: Janne Kommusaar, õendusteaduse assistent, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Tartu Ülikool.

Lisa 3. Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm

Lugupeetud ämmaemand!

Kutsun Teid osalema uurimistöös „Eesti esmatasandi tervisekeskuste ämmaemandate tööga rahulolu – kvalitatiivne uurimus“. Uurimistöö eesmärk on kirjeldada tervisekeskustes töötavate ämmaemandate rahulolu oma tööga.

Uurimistöö on olemas Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee kooskõlastus (nr 361/T-1). Uuringus osalemine on vabatahtlik. Individuaalsed intervjuud viiakse läbi uuringus osalejale sobival ajal ja sobivas kohas. Intervjuudes saadud informatsiooni kasutatakse ainult antud uurimistöös. Uuritavale on tagatud konfidentsiaalsus ning kogutud andmed avaldatakse üldistatud kujul. Intervjuude helisalvestused transkribeeritakse tekstifailideks esimesel võimalusel nädala jooksul pärast intervjuud ning seejärel helisalvestused hävitatakse. Intervjuude transkribeerimiseid, kust on eemaldatud intervjuus osaleja andmed, hoiustatakse Tartu Ülikooli serveri kaustas, millele on ligipääs vaid uuringu läbiviijal ja vastutaval uurijal. Transkribeeritud andmed säilitatakse kuni 31.12.2027 vastutava uurija poolt Tartu Ülikooli serveris uurimistulemustest teadusartikli publitseerimise eesmärgil ning seejärel andmed hävitatakse. Uuringus osalemisest on võimalik loobuda enne intervjuu toimumist, intervjuu toimumise ajal ning kuni kolm tööpäeva pärast intervjuud. Hiljem uuringus osalemisest loobumine ei ole võimalik, sest andmed kaasatakse kolme tööpäevas möödudes pärast intervjuu toimumist analüüsi.

Kui olete tutvunud eelnevalt kirjeldatud uuringus osalemise informatsiooniga ja soovite uuringus osaleda, siis palun täitke nõusoleku vorm.

Kui soovite lisainformatsiooni, siis saate seda uuringu läbiviijalt:

Leiki Karuse, õendusteaduse magistrant, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Tartu Ülikool

E-post leiki.karuse@ut.ee

Telefoninumber +372 xxxxxxxx

Vastutav uurija: Janne Kommusaar, õendusteaduse assistent, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Tartu Ülikool

(järgneb)

Mina,, nõustun osalema uuringus „Eesti esmatasandi tervisekeskuste ämmaemandate tööga rahulolu – kvalitatiivne uurimus“. Olen tutvunud uuringu informeerimise ja nõusoleku vormiga. Annan nõusoleku intervjuu käigus kogutud andmete kasutamiseks uurimistöös. Olen teadlik, et uuringus osalemisest on võimalik loobuda enne intervjuu toimumist, intervjuu toimumise ajal ning kuni kolm tööpäeva pärast intervjuud.

Uuritava nimi:

Uuritava allkiri:

Kuupäev:

Intervjuu läbiviija Leiki Karuse

Allkiri:

Kuupäev:

Lisa 4. Intervjuu kava

1. Sissejuhatus

Intervjueerija esitleb ennast ja tutvustab intervjuu struktuuri ning seda, kui kaua intervjuu ligikaudu aega võtab. Uuritavale antakse võimalus küsida küsimusi uuringu korralduse kohta ning teda teavitatakse, et uuringus osalemisest on võimalik loobuda intervjuu toimumise ajal ning kuni kolm tööpäeva pärast intervjuud.

2. Taustandmed

- Vanus
- Haridus
- Kas tervisekeskus asub linnas või maal?
- Tööstaaž aastates ja vastutusala selles tervisekeskuses ning tööstaaž aastates erialasel tööl
- Töötamine hetkel erialasel tööl ka mõnes teises asutuses

3. Intervjuu teemad

Teemavaldkond	Küsimused
Autonoomia	1. Kirjeldage, kuidas ja millisel määral saate esmatasandi tervisekeskuses töötades rakendada oma erialaseid pädevusi. 2. Kirjeldage palun enda nägemust esmatasandi tervisekeskuse ämmaemanda vajalikkusest ja kuvandist ühiskonnas.
Töökorraldus	1. Kirjeldage palun teie tervisekeskuse töökorraldust. 2. Kirjeldage palun oma töötingimusi ja töökoormust. 3. Kirjeldage palun oma rahulolu töötasu ja tööandja poolt pakutavate hüvedega.
Meeskonnatöö	1. Kirjeldage palun enda koostööd teiste teiega koos töötavate tervisekeskuse töötajatega. 2. Kirjeldage palun oma koostööd ämmaemandate ja teiste erialaspetsialistidega teistest asutustest ning erialaühendustega.
Arenguvõimalused	1. Kirjeldage palun erialaste koolituste võimalusi oma töövaldkonnas ning kas olete saanud neid alati kasutada. Kui ei, siis mis on teid takistanud? 2. Milliseid täiendkoolitusi vajate oma tööks esmatasandi tervisekeskuse ämmaemandana? 3. Millisena näete oma tulevikku ja arenguvõimalusi selles töövaldkonnas?
	1. Kas teil on veel midagi, mida sooviksite lisada seoses oma tööga rahuloluga töötades ämmaemandana esmatasandi tervisekeskuses?

4. Intervjuu lõpetamine

Uuriija tänab uuringus osalejat.

(järgneb)

5. Prooviintervjuu tagasiside küsimused

- Millised küsimused olid raskesti mõistetavad?
- Kas mõni küsimus oli puudu?
- Kas mõni küsimus oli üleliigne või sobimatu?
- Kas soovite veel midagi lisada intervjuu küsimuste kohta?