

TARTU ÜLIKOOL
Sotsiaalteaduskond
Sotsioloogia ja sotsiaalpoliitika osakond
Sotsiaalpoliitika õppetool

Taisi Oesso

SÜNNITUSJÄRGNE DEPRESSIOON KUI SOTSIAALPROBLEEM

Magistritöö

Juhendaja: Karmel Saveljev, MA

Tartu 2006

SISUKORD

SUMMARY	4
SISSEJUHATUS	7
I KIRJANDUSE ÜLEVAADE	9
1.1 Mõisted	9
1.2 Tervishoiu sotsiaaltöö	10
1.2.1 Sotsiaaltöö roll tervishoius	10
1.2.2 Sotsiaaltöötaja ravimeeskonna liikmena	12
1.2.3 Sotsiaaltöötaja tegevused sünnitusmajas	14
1.3 Ülevaade sünnitusjärgsest depressioonist	17
1.3.1 Sünnitusjärgse depressiooni olemus ja selle tekkimine	17
1.3.2 Sünnitusjärgse depressiooni ennustajad	21
1.3.3 Probleemid raseduse ajal	23
1.3.4 Lapse sünd kui stressor	24
1.3.5 Sünnitusjärgsed meeleolumuutused	27
1.3.6 Sünnitusjärgse depressiooni mõju emale, lapsele ja abikaasale	28
1.3.7 Sotsiaalne võrgustik	32
1.4 Probleemi seade	34
II UURIMUSE METOODIKA	36
2.1 Uurimuse eesmärk ja ülesanded	36
2.2 Meetod	36
2.3 Valimi kirjeldus	37
2.4 Andmete kogumine	39
2.5 Empiirilise materjali analüüsi meetod	41
2.6 Kodeerimine ja analüüs	42
III UURIMISTULEMUSTE ANALÜÜS	44
3.1 Koostöö personaliga sünnitusmajas	44
3.2 Lähisuhete muutumine	49
3.3 Sünnitusjärgne depressioon ja selle avaldumine	54
3.4 Sotsiaalse võrgustiku olemasolu	63
3.5 Informatsioon alates sünnitusmajast	66
3.6 Ekspertintervjuude analüüs	71
IV ARUTELU	77
4.1 Koostöö kujunemise olulisus sünnitusmaja personaliga	79
4.2 Emade teadlikkus sünnitusjärgsest depressioonist	80
4.3 Informatsiooni vajadus	81
4.4 Sotsiaalse võrgustiku vajadus	83

KOKKUVÕTE	85
KASUTATUD KIRJANDUS	88
Lisa 1 Intervjuu küsimused ekspertidele	96
Lisa 2 Intervjuu küsimused emadele	97

SUMMARY

“Postpartum depression as a social problem”

The existing norms in our society are hindering the expression of postpartum depression as the common notion about becoming a mother involves only very positive feelings and imaginations. Postpartum depression is a topic matter that is mostly avoided or women secretly suffer from it with a feeling of guilt and shame. Media reveal the growing numbers of children being abused and mistreated, the current social problems comprise violated children and wives. The divorce rate is quite high and suicides committed by mothers occur very often. The situation is especially critical due to lack of skilled people taking care of mothers after delivery. When mother is depressed while adjusting to baby’s needs there might be difficult to maintain normal relations between mother and child.

Starting of open discussion in sublimating postpartum depression is clearly needed. The current paper aims to introduce postpartum depression in wider extent.

The empirical research with the aim of outlining mother’s psychosocial problems in coping with and identifying the crucial role of social worker in case of postpartum depression has been carried out.

12 half-structured qualitative and 2 half-structured qualitative expert interviews were conducted during the research. 12 mother’s suffering from postpartum depression, 1 psychologist and a social worker were participants. The aim of expert interviews was getting a short overview on current issue according to specialised practitioners.

Theoretical part is based on principles of grounded theory .The reason for choosing particular method lies in undertreatment of current topic, lack of previous experience as well desire to explore the existing social problem in order to cope with.

In general the following conclusions can be drawn:

- When the possible depressive symptoms are observed during the pregnancy, it is easier to identify and recognise postpartum depression. Certain strategies to avoid postpartum depression can be worked out.
- The results of the research revealed the fact mothers are not aware of postpartum depression. So, consequently the problem has to be discussed before delivery. A lot of women are afraid or even ashamed of seeking professional help.
- The main problematic areas in psycho-social adjustment are: deteriorated close relationships, lack of information and emotional support. The current need for spreading different information sources is high (training sessions, group work, creating contacts).
- Personnel at hospital have to realise the possible vulnerability of mothers and obtain skills to treat them. The current need for training which deals with different aspects of postpartum depression is very acute.
- There is a link between mother's mood disorders and child's development that can lead to direct child's depressive symptoms, communication problems and discord.
- There is a remarkable link between mother's depression and marital relationships, partner's depression level and child's cognitive, emotional and social development.
- The lack of awareness about delivery, especially possible pre-term birth that may cause emotional crisis, which demands quick solution. According to results of the survey the cooperation between medicine and social work can be implemented, social workers providing mothers with adequate information and counselling when needed.

- When a child with special needs is born, cooperation between medicine and social work becomes crucial already at hospital. Essential is providing parents with the information about support schemes and subsidy, as well organise the relevant services.
- Respondents can see the necessity of social worker among the hospital personnel. Social worker's duties may vary according to an individual.

The most positive element the author emphasises is mothers' readiness to talk about this complicated and controversial problem.

The results of current survey could be used as basis for developing social work in this particular area, guaranteeing better social adjustment of mothers.

SISSEJUHATUS

Enamus naistest, kes on põdenud sünnitusjärgset depressiooni, ei ole ainult isoleeritud oma elus, vaid salgavad maha ja ajavad ära mõtted, et selline depressioon üldse eksisteerib.

Ühiskonna hoiaku järgi peaksid emad olema uues emarollis õnnelikud inimesed, kuna emaks olemist võetakse üldjoontes rõõmurohke elamusena. Seega nad peaksid olema oma lastest ja lapsed nendest vaimustuses. Kuigi naised tänapäeval võivad tunduda supernaistena, superemadena ja superpartneritena, keegi ei sunni neid kodus olema või töötama, on siiski olemas ka sellel asjal teine pool.

Statistilised arvud laste väärkohtlemise (ja teated sellest ajakirjanduses) kohta aina kasvavad. Vägivald laste vastu, vägivald abielus kuuluvad pakiliste sotsiaalsete probleemide hulka. Meedia andmetel on abielulahutuste arv suur, eriti lastega peredes. Emade enesetapud on vastavalt ajakirjandusele hirmuäratavalt sagenenud, kuid sellest ei räägita. Sünnitusjärgne depressioon ei arvesta isikuga ega tema seisusega. Seda põevad mitte ainult vaesed, diskrimineeritud, sotsiaalselt või emotsionaalselt rikutud inimesed, vaid ka heal elujärjel olevad inimesed. Isegi siis, kui peale esimest või teist sünnitust ei ole probleeme olnud, võivad need tekkida pärast kolmandat. Võib-olla selle probleemi kõige negatiivsemaks aspektiks on see, et ämmaemandad, psühhiaatrid, lastearstid, perearstid, tervisetalituse- ja sotsiaaltöötajad tihti peale väga vähe teavad või üldse ei tea midagi sellest depressiooni seisundist. Tegelikuses mõjub sünnitusjärgne depressioon laastavalt naise enda elule, tema perekonna heaolule ja tema laste tulevikule. Naised kardavad tunnustada seda tunnet, nad kas salgavad selle maha või kannatavad vaikides, häbi- ja süütundega.

Situatsioon teravneb veel sellepärast, et ei ole spetsialiste, kes hoolitseksid naiste eest peale sünnitust. Lastekliinik hoolitseb vastsündinu heaolu eest, ämmaemandate ülesanne on täidetud, kui laps on tulnud ilmale. Kui ei ole just raskeid psüühilisi vaevusi, ei otsi ema tõenäoliselt endale abi. Naised on vastandatud oma probleemiga üksinda, ei ole kedagi, kelle poole saaks pöörduda.

Kui ema on lapsega kohanemise faasis ise sügavas depressioonis, siis tekib raskusi ematunde väljaarenemisega. Siinkohal on kõige tähtsam saavutada koostöö emaga. Oluline on, et lisaks arstidele, õdedele ja psühholoogidele kuuluksid meeskonda ka sotsiaaltöötajad ja hingehoidjad.

Enamasti on Eesti lastehaiglates ja sünnitusmajades vanemaid informeerivad, neile moraalseks toeks olnud, kriise lahendanud, edaspidiseid eluplaane teinud ja muul viisil toeks olnud arstid ja meditsiiniõed, ka psühholoogid. Meditsiinitöötaja ei jõua teha hästi oma tööd ja sama hästi tööd, mida ta ei ole kunagi õppinud (Venesaar & Levin 2001).

Eelneva põhjal tuleb välja koostöö olulisus sotsiaaltöö ja meditsiini vahel. Tähtsal kohal on sotsiaal- ja meditsiinitöötajate omavahelise kontakti saavutamine juba alates sünnitusmajast.

Magistritöö eesmärgiks on anda ülevaade sünnitusjärgse depressiooni olemusest ning välja selgitada emade psühhosotsiaalse toimetuleku probleemid ja vajadused.

Magistritöö koosneb sissejuhatusest ja neljast peatükis. Esimeses peatükis on ära toodud mõisted, antud ülevaade tervishoiu sotsiaaltööst ja sünnitusjärgsest depressioonist koos seda valdkonda puudutavate alateemadega. Teises peatükis on toodud ülevaade uurimuse metoodika kohta, milles on kirjeldatud valimit, empiirilise materjali kogumis- ja analüüsimeetodit. Kolmandas peatükis on toodud uurimistulemuste analüüs. Magistritöö lõpeb arutelu ja kokkuvõttega.

Tahaksin tänada oma töö juhendajat, Karmel Saveljevit, kes oli oma nõuannetega abiks. Erilised tänusõnad emadele, kes olid valmis oma kogemustest ja arvamustest rääkima.

I KIRJANDUSE ÜLEVAADE

1.1 Mõisted

Tervishoiu sotsiaaltöö – protsess, mille käigus hinnatakse patsiendi/ kliendi psühhosotsiaalseid vajadusi ja ressursse; pakutakse psühhosotsiaalseid nõustamist ja rehabilitatsiooni patsiendile ja tema perekonnale; informeeritakse patsienti ja teisi juhtumiga seotud osapooli sotsiaalteenustest/ toetustest ja ühiskonna ressursidest; koordineeritakse olemasolevaid ning otsitakse lisaressursse; pakutakse kriisiabi; juhtumi iseärasustest lähtuvalt konsulteeritakse erinevate spetsialistidega; korraldatakse teenuste kättesaadavust ja teostatakse oma töö hindamist, viiakse läbi uurimusi (Eesti Tervishoiu Sotsiaaltöötajate Assotsiatsioon 11.03.2006).

Tervishoiu sotsiaaltöötaja – akadeemilise erialase haridusega spetsialist, kes teab tervisest ja haigusest, orienteerub tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonnas; tunneb haigestumise sotsiaalseid tagajärgi; on asjatundja sotsiaalhoolekandes, pensioni-, ravikindlustuse ja teenustevõrgustiku võimalustes; on asjatundja sotsiaalsete suhete ja elu üle kontrolli saavutamise võimaluste osas; on abistaja, nõustaja, informeerija, vestluskaaslane ja uurija (ETSA 11.03.2006).

Toimetulek – isiku või perekonna füüsiline või psühhosotsiaalne võime igapäevaelus toimida (RT I 2001, 85, 509).

Sünnitusjärgne depressioon – kliiniline depressioon, mis võib järgneda sünnitusele järgnevatel kuudel. See on kõige levinum sünnituse psühholoogiline komplikatsioon, mis võib tekkida igal ajal pärast lapse sündi just esimesel aastal. See seisund kaldub arenema järkjärgult ja võib kesta mõned kuud. Kui seda mitte ravida, võib see viia kroonilise depressiooni tekkeni ja korduda ka järgnevatel sünnitustel (Miller 2000).

1.2 Tervishoiu sotsiaaltöö

1.2.1 Sotsiaaltöö roll tervishoius

Viimaste aastate jooksul on sotsiaaltöö teinud läbi suuri muutusi. Juhitud hoolitsus ja tervisekaitse „korporatsiooniks muutmine” on mõjutanud haiglate, hooldusasutuste ja koduhoolduse agentuuride tööd. Haiglates on haigete arv vähenenud, kuna sealviibimise kestus on kahanenud ja surve koduhoolduse kulude tõstmiseks on suurenenud. Sotsiaaltöötajatel on palju õppida uurimisasutustelt, mis on saavutanud märkimisväärseid tulemusi koostööst haiglatega. Sotsiaaltöö roll tervishoius peaks pakkuma suuremaid võimalusi esmahoolduses, ennetustöös, terviseedenduses ja sünnituse innovaatilistes süsteemides (Rizzo & Abrams 2000).

Aktiivraviasutuse sotsiaaltöötajate funktsioone ja tegevusi uurinud Narusson (2002) on oma uurimistöös toonud ära kolm tervishoiu sotsiaaltöö tekkimise põhjust. Esimene tervishoiu sotsiaaltöö valdkonna teket mõjutanud tegur oli see, et abivajajad saaksid vajaliku ravi. Teise tegurina oli välja toodud vajadus pöörata meditsiinilise ravi kõrval tähelepanu klientide psühhosotsiaalsetele ja sotsiaalmajanduslikele probleemidele ja vajadustele, mille välja selgitamiseks kasutati tihti kodukülastust. Kolmanda tegurina oli välja toodud vajadus muuta tervishoiuasutus kliendisõbralikumaks.

Sotsiaal- ja tervishoiutöötajate professionaalne pädevus hõlmab esmalt just abivajaja olukorra mõistmist ja tõlgendamist. Sotsiaaltöötaja tegeleb haiglas kliendi nende probleemidega, mis väljuvad haigla piiridest. Sotsiaaltöötaja on kui vahendaja töös abivajaja, tema lähedaste ja meedikutega. Haigla kontekstis sotsiaaltöötaja aitab kaasa kliendi toimetulekule, aitab parandada tema elukvaliteeti. Sotsiaaltöö tervishoius seisneb eelkõige koostöös, milles sotsiaaltöötaja rolliks on vajalike teenuste pakkumine, lähtudes kliendi vaatenurgast (Viiralt 2000).

Sotsiaaltöö on meeskonnatöö ja sisaldab endas patsiendi informeerimist edaspidistest võimalustest, õigustest ja soodustustest, nõustamist, sealhulgas ka tulevikuperspektiivide arutamist tema perekonnaga ning kontakteerumist patsiendi kodukoha sotsiaaltöötajaga (Venesaar 2004). Seega sotsiaalset toimetulekut toetavate teenuste koordineerijaks ja

teostajaks on tervishoiu sotsiaaltöötaja, kelle tööülesannete hulka kuulub teiste tegevuste hulgas ka klientide informeerimine.

Erinevad autorid (MacDonald 1991; Auslander 2000; Narusson & Kiis 2001) on välja toonud asjaolu, et kuna meditsiinis pööratakse järjest enam tähelepanu tervist mõjutavatele psühhosotsiaalsetele ja sotsiaalmajanduslikele teguritele, siis efektiivne ravi või rehabilitatsioon ei piirdu ainult meditsiinilise sekkumisega. Üha enam eeldab see ka kliendi elukeskkonna ja elukvaliteedi mõjutamist. Nii kliendi heaolu kui ka tervishoiuasutuse toimimise seisukohast on tervishoiu sotsiaaltööl väga oluline eesmärk. See on seotud üksikinimeste, perede ja kogukondade tervise, haiguse või meditsiiniabiga seotud psühhosotsiaalsete probleemide lahendamisega. Lisaks rõhutab sotsiaaltöötaja tegevus tervishoiuorganisatsioonis teistele tervishoiuspetsialistidele, et inimese haigus ei ole ainult meditsiinilisest aspektist vaadeldav, vaid on mõjutatud nii mineviku kui ka tuleviku sotsiaalsetest teguritest.

Raamat'u (2002) sõnul on tervishoiuasutuste sotsiaaltöö loomulik raviprotsessi lülitatud osa. Tegelemine patsiendi sotsiaalmajanduslike kitsaskohtade ning psühhosotsiaalsete probleemidega alandab haigestumise tõttu tekkinud stressi, parandab ravi tulemuslikkust ning haigestunud inimese ja tema lähedaste elukvaliteeti. Samal ajal hoitakse kokku otseseid ravikulutusi. Rizzo ja Abrams (2000) rõhutavad, et üks tervishoiu sotsiaaltöö eesmärke ja ülesandeina neist tähtsaim on inimeste toetamine selleks, et nad oleksid võimelised orienteeruma oma uues, haigestumise tõttu muutunud olukorras, säilitama kontrolli oma elu üle ja usku sellesse, et ka kõige raskemate haigustega on võimalik elada kvaliteetselt elu.

Raamat (2002) rõhutab, et tervishoiu sotsiaaltöötaja puutub klienditöös kokku hindamatu, otseallikast saadud teadmise, mille abil on võimalik luua mitmemõõteline pilt ühiskonnast, milles elatakse ja mille erinevad tahud jäävad paljude teiste professionide jaoks varjatuks. Tervishoiu sotsiaaltöös on see eriti tuntav, sest nende klientide hulgas on inimesi ühiskonna kõigist sotsiaalsetest gruppidest.

Ka sotsiaaltööl on võimalik kitsamalt spetsialiseeruda – tervishoiu sotsiaaltöö tegeleb inimese ja keskkonna koostoime tingimustes, kus selle koostoime mõjutajaks on tervisehäire või

haigus. See tähendab, et tervishoiu sotsiaaltöö klientideks on inimesed, kelle igapäevase elu osaks on lühemat või pikemat aega tõsisem või kergem, akuutne või krooniline tervisehäire/haigus. Haigus mõjutab nii haigestunud inimese kui ka tema omaste ja sõprade elu. Võib juhtuda, et tervishoiu sotsiaaltöö kliendiks on lisaks ka haige kliendi sotsiaalse võrgustiku liikmed (Raamat 2002).

Narusson'i (2002) sõnul eristatakse maailmas tervishoiu sotsiaaltööd tervishoiu põhivaldkondade, sihtgrupi probleemvaldkondade ja ka sotsiaaltöötajate koolituse alusel. Tervishoiu põhivaldkondade järgi on tervishoiu sotsiaaltöö klienditöö erinevates riikides nii esmatasandi ambulatoorse ravi keskustes, teise ja kolmanda etapi aktiivraviasutustes ehk haiglates, erinevates rehabilitatsiooniteenuseid osutavates asutustes, pika- ning hooldusraviasutustes ja rahvatervishoius.

1.2.2 Sotsiaaltöötaja ravimeeskonna liikmena

Ükski tänane patsient ei toeta ja tema toimetulekust huvitatud raviasutus ei saa läbi sotsiaaltöötajata. Sageli on vaja inimest ette valmistada eluks uues olukorras, selgitada sellega kaasnevaid riske ja võimalusi, aidata leida ning kasutusele võtta ressursid, mis võimaldavad saavutada olukorrale vastava parima võimaliku elukvaliteedi.

Raamat (2002) viitab asjaolule, et praktikas tähendab eelnev kontaktide loomist kohalike omavalitsuste juures töötavate kolleegide, perearsti, sugulaste, eneseabirühma või mis tahes teiste kliendiga seotud oluliste institutsioonide ja inimestega. Tuleb selgitada kliendi spetsiifilised vajadused, kaitsta tema huve ja valmistada ette võimalikult valutuks ümberasumiseks haigla keskkonnast endisesse või siis uude keskkonda. Haigla sotsiaaltöötajal võib jätkuda koostöö nii kliendi, raviarsti kui ka tema sotsiaalse tugivõrgustikuga.

Sanchez (2003) mõtiskleb sotsiaaltöötaja rollist tervishoius:

„Sotsiaaltöö missioon on „hoolitseda igäihe eest, kes astub meie uksest sisse“. See on üllas, kuid kulukas missioon. Patsiendid peavad olema meie tegevuse keskmeks. Me peame õpetama välja arste inimeste eest hoolitsemisel, keskendudes nende haigustele. Inimesed ei saa aru sotsiaaltööst. Nad peavad meid professionaalideks, kes töötavad

vaeste ja abivajajatega, mida me ka teeme, kuid nad ei mõtle meist kui professionaalidest, kes moodustavad suure organisatsiooni, võrgustiku. See on „imidži“ probleem. Kui kombineerida sotsiaaltöö väljaõpe teadmistega finantsüsteemist ja poliitikast, võid jõuda kaugemale. Sotsiaaltöötaja roll on muutunud kuna on muutunud ka tervishoiu tegevusala. Sotsiaaltöötajatel on suur roll patsientide haiglas või kiirabi osakonnas viibimise, kojusaatmise või jälgimise all olemise aja lühendamisel. Kunagi osutasid sotsiaaltöötajad konkreetsemat teenust, tänapäeval on nad ravimeeskonna integraaliosaks. Sotsiaaltöötajatel on olemas teadmised inimdünaamikast, see teeb nad paremateks juhtumilahendajateks kui muud professionaalid. Sotsiaaltöötaja sekkumine patsiendi eest hoolitsemisse kindlustab võimalikkuse, et järgnevat ravi pole vaja või patsiendi seisund ei halvene. Kui nad kindlustavad patsientide lahkumise haiglast õigeaegselt, aitab see ka haiglat finantsiliselt“.

Haiglates sotsiaaltöö probleemidega tegelevate arstide ja õdede töökoormuse ja kompetentsuse puudumise tõttu jääb see töö pealiskaudseks. Selleks, et ravikvaliteet oleks täiuslik, peab suutma tagada ka ravijärgse vajaliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse taastumise. Sotsiaaltöö ja tervishoiu maksimaalne lähendamine üksteisele vähendab ka meditsiinipersonali koormust, mis omakorda mõjuks ravikvaliteedile ja kõige tähtsam – patsient võidaks endale kõige peamise väärtuse – tervise (Venesaar 2004).

Mizrahi ja Rizzo (2003) kirjeldavad sotsiaaltöötaja rolli kui peamiselt toetavat, juhendavat ja siduvat ehk kokkuviiivat – andes inimesele seda mida ta vajab ja viies kokku teenusega mida vajab. Sotsiaaltöötaja roll on otsustav miljonil erineval viisil, peamiselt tervishoiu toetajana kuid ka otsese nõustajana, konkreetse teenuse osutajana. Sotsiaaltöötaja vahendab patsienti ja meditsiinilist poolt.

Narussoni ja Kiisi (2001) poolt on toodud välja *sotsiaaltöötaja roll ja funktsioonid tervishoiuasutuses:*

- kliendi sotsiaalsete erivajaduste ning sotsiaalsete ohutegurite märkaja
- kliendi ja/ või tema pere psühhosotsiaalsete vajaduste ning kliendi ressursside ja sotsiaalse keskkonna hindaja
- sotsiaalnõustaja
- koordineerija (statsionaarse ravi lõppemisel)
- kliendi ja/ või tema pere ettevalmistamine haiglast lahkumiseks ja töö kliendi sotsiaalvõrgustikuga

- vahendaja patsiendi, tema pere ja erinevate professionaalide vahel.

Sotsiaaltöötajad on pühendunud kvaliteetse teenuse andmisele, mis respekteeib indiviidi väärtust ja tema väärikust. Sotsiaaltöötajate eesmärgiks on hoolitseda indiviidi tervise ja heaolu eest, kui ka hoolitseda kogu ühiskonna tervise ja heaolu eest (Zagor & Addabbo 2003).

1.2.3 Sotsiaaltöötaja tegevused sünnitusmajas

Tervishoiusüsteemi sattumine suurendab riski ka psühhosotsiaalsete probleemide tekkeks. Näiteks ka lapse sünni võib mõjutada pere psühholoogilist tasakaalu, lapse hooldusega seoses võib tekkida ärevus hakkamasaamise suhtes ja hoolduskuludega kaasneva majanduslike toimetulekuraskused. Pere kohanemine uue sotsiaalse rolliga ja selle tagajärjel tekkinud stressiperioodid võivad suuresti mõjutada vanemate ja lapse edasist suhet ja lapse arengut tulevikus. Kui vanemad ise toime ei tule, võib tekkida vajadus professionaalse abi järele. Lapse areng ja elu on mõjutatud paljudest teguritest (ema toimetulek, psühhosotsiaalsed faktorid jt), millest tähtsaim on ema-lapse suhe, mis sõltub ema psühhosotsiaalsest toimetulekust. Ema psühhosotsiaalset toimetulekut on võimalik sotsiaaltöötaja tegevuse kaudu toetada. Samuti on vajalik meditsiinitöötajate ja sotsiaaltöötajate vaheline koostöö juba alates sünnitusmajast. Sotsiaaltöötaja tegevuseks oleks kriisiabi andmine, teavitamine, psühhosotsiaalne nõustamine ja võrgustikutöö (Venesaar & Levin 2001).

Tervishoiuasutuse ülesandeks peaks olema pakkuda tuge ja informatsiooni vanematele juba alates sünnitusmajas viibimisest. Emade informeerimine toetustest ja teenustest on väga oluline sotsiaaltöötaja tegevus. Informatsioon toetustest on vajalik selleks, et soodustada emade sotsiaalset ja majanduslikku toimetulekut (McKinney, Ashwill, Murray, James, Corrie & Droske 2000; Levin & Kagan 2000; Narusson et al 2001). Sellisel informatsiooni jagamisel võib olla ennetav osa edaspidiste keeruliste probleemide tekkimisel.

Kui perre sünnib erivajadustega laps, siis vanemate valmisolek ja toimetulek lapse erivajadustega kohanemisel sõltub kõige enam perekonna psühhosotsiaalsest olukorrast. Erivajadustega lapse olukord peres on mõjutatud ka tihedalt ühiskondlikust suhtumisest, riigi või omavalitsuse poolt pakutavatest toetustest ja teenustest erivajadustega lastele, vastavatest

ravi-, rehabilitatsiooni või päevakeskustest, toetusgruppide ja lastevanemate ühenduste olemasolust (Viiralt 1996).

Taperson (1998) rõhutab, et lapse puue võib paratamatult rikkuda peresiseste suhete tasakaalu, mõjutades pereliikmete omavahelisi suhteid, vanemate eneseteostamise võimalusi, tuues kaasa lisakulutusi jms. Erivajadustega lapse tulevik on otseses sõltuvuses vanemate teadlikkusest ja ettevalmistusest, sest toimetulekuks lapse erivajadustega on vajalik sobivate arengutingimuste loomine.

Chan (1997) toob välja, et meeskonnatöös erinevate spetsialistidega hinnatakse kliendi füüsilisi, psühholoogilisi, sotsiaalseid, kultuurilisi ja keskkonna faktoreid, järgnevalt koostatakse vajadusel sotsiaaltöötaja poolt sekkumisplaan ja lahendusviisid psühhosotsiaalseks toimetulekuks. Sotsiaaltöötajapoolne informatsioon kliendile, tema perele on eelkõige teave sotsiaalteenuste, -toetuste ja ühiskonna ressursside kohta.

Eelnevast ilmneb sotsiaaltöötaja meeskonda kuulumise olulisus lisaks arstidele ja psühholoogidele. Arstid oma suure kliinilise koormuse ja vastutuse juures ei jõua tegeleda sotsiaalprobleemidega nii nagu vaja. Auslander (2000) juhib tähelepanu sellele, et sotsiaaltöötaja tegevus ravimeeskonna liikmena tõstab muu hulgas ka teiste ravimeeskonna liikmete oskust näha patsienti ja tema probleeme terviklikult. Seega tõstab sotsiaaltöötaja tegevus sünnitusmajas meeskonnatöö kvaliteeti.

Auslander ja BenShacer (1998) leiavad, et lastehaigla ja sünnitusmaja sotsiaaltöötaja eesmärk on nagu teiste haiglate sotsiaaltöötajatel, lähtuda tervishoiukliendi heaolust inimeste, perede ja kogukondade tervise, haiguse või meditsiiniabi kättesaadavusega seotud psühhosotsiaalsete probleemide lahendamisel.

Merenstein ja Gardner (1990) lisavad näitena, et on loodud ka lühiajalisi toetusgrupe, kuhu kuuluvad sotsiaaltöötaja ja arst. Sellise grupi eesmärgiks pole niivõrd spetsiifilise meditsiinilise informatsiooni andmine kui just võimaldada emadel verbaliseerida oma tundeid seoses lapsega ja saada emotsionaalset tuge. Olulise elumuutusega toimetulekus saab grupitöö läbiviimisel sotsiaaltöötaja anda edasi klientidele psühholoogilist toetust, informatsiooni jms.

Toetusgrupil on tervishoiuasutuses oluline roll, kuna selle kaudu kohtuvad emad, kellel on tekkinud samasugused probleemid. Lisaks toetusele sotsiaaltöötaja ja arsti poolt saavad nad tuge ja mõistmist ka üksteiselt. Kogemuste ja murede jagamine annab emale usku ja julgust toimetulemiseks. Ideaalne oleks, kui emadele jagatakse enne sünnitusmajast lahkumist informatsiooni, mis tagaks neile kindlustunde ka koduses keskkonnas toimetulemiseks.

Sotsiaaltöötaja erilise tähelepanu objektiks peaksid olema järgmiste faktorite esinemine:

- teismeliste rasedus
- üksikvanem
- alkoholi – või narkootikumiprobleemid
- psühhiaatrilised ilmingud vanemakohustuse täitmisel
- hülgamise ja hooletusse jätmise kogemused vanematel, teistel lastel perekonnas
- koduvägivalla all kannatavad naised
- vaimne mahajäämus, piiratud intelligents, nähtavad füüsilised puuded
- eelmise raseduse katkemine, abordid, enneaegsus, lapse surm
- rasedusaegsed psühholoogilised tõrked, raseduse eitamine
- raseduse kulg koos äärmise ärevustunde, depressiooni ja suitsiidimõtetega
- kodune olukord abieluprobleemidega
- kodusolevate laste eest hoolitsuse probleemid, majanduslikud probleemid
- vaimsete või füüsiliste puuetega teised lapsed perekonnas (Merenstein et al 1990).

Eelnevalt äratoodud faktorite põhjal võib öelda, et kõige enam on lapsevanematele vaja nõustamist. Sotsiaalnõustamine on otsene sotsiaaltöö kliendiga, mille eesmärgiks on vajaliku teabe andmine sotsiaalsetest õigustest ja seaduslike huvide kaitsmise võimalustest ning edaspidiseks toimetuleku soodustamiseks psühhosotsiaalsete probleemide lahendamisel. Sotsiaalnõustamise üks meetod on psühhosotsiaalne nõustamine, mis eeldab kliendi taustsüsteemi tundmaõppimist ja seega toimub sügavam sekkumine (Narusson 2002).

Kriisisekkumine toimub ootamatute juhtumite puhul, mis hõlmab aktiivset tööd kliendiga (hindamine, nõustamine, ressursside otsimine). Knudsen, Hogsted ja Berliner (1997) toovad näitena, et eriti oluline on anda kriisiabi lapsevanemale, kellel on sündinud enneaegne laps, paljude riskiteguritega või juhul, kui selgub lapse erivajadus, millest võib hiljem tekkida

puue. Kriisiabi andmine on vajalik, sest paljud emad tunnevad end süüdi lapse erivajaduse tekkimisel. Selliste olukordade puhul on vajalik toetus perele kohanemiseks uues elusituatsioonis.

Laste ja pere abistamisel on lastekaitse seisukohalt kõige tulemuslikumaks peetud võrgustikutööd (Korp 2002). Võrgustikutöö tuleneb inglise keelsest sõnast *network*, mis tähendab võrgustikku. Võrgustikku võib liigitada kaheks, esimene neist koosneb inimest ümbritsevatest sotsiaalsetest suhetest ja teine on sotsiaalhoolekande ametnikevõrgustik. Võrgustikutöö ülesandeks on toetada last ja tema peret, püüdes leida koostöös eri ametkondadega perele ressursse probleemist väljatulemiseks (Korp 2002).

Meditatsioonil-psühholoogiline töö emadega ja psühhosotsiaalne toetamine peab olema diferentseeritud, arvestades rühmade iseärasusi. Igal üksikul juhul tuleb arvestada individuaalseid muutusi. Töötades emaga, kelle peres on sündinud esimene laps, tuleb arvestada, et temas alles formeerub lapsega suhtlemise oskus, selle suhte alused. Töö tulemus sõltub ema kui isiksuse omadustest, ema psühhoterautilisest mõjutamisest ja järgmisel etapil oleks vaja tööle rakendada ka sotsiaaltöötaja, kelle abiga saame parandada sünnitusjärgselts peres tekkinud psühhosotsiaalseid probleeme (Siigur, Listopad & Nörka 1996).

1.3 Ülevaade sünnitusjärgsest depressioonist

1.3.1 Sünnitusjärgse depressiooni olemus ja selle tekkimine

Laps toob perre palju rõõmu, kuid vanemate kohanemine on väljakutset esitav protsess, mis võtab aega. Uuringud on näidanud, et vastsed emad saavad vähe abi ja juhendamist. Uute ja mitmesuguste vajaduste, limiteeritud abi ja kontrollikaotuse tunne paljude eluvaldkonna aspektide üle võibki olla emade puhul depressiooniallikaks (Stover & Marnejon 1995).

Dix (1998) toob oma raamatus välja, et esimese sünnitusjärgse depressiooni juhtumi kirjeldus pärineb neljandast sajandist e.m.a.; see on Hüpokratese „*Kolmandas epideemiade raamatus*”. Hüpokrates kirjeldab ühe naise juhtumit, kes sünnitas kaksikud; kuuendal päeval tekkis raske

unetus ja rahutus, 11. päeval läks ta hulluks ja seejärel vajus koomasse; ta suri 17. sünnitusjärgsel päeval.

19. sajandil elavnes huvi sünnitusjärgsete häirete vastu. Prantsuse arst Esquirot avalikustas 1838. aastal oma kaheköitelise teose „*Des maladies mentales*”, kus ta pühendas naise seisundile pärast sünnitust 43 lehekülge. Tema arutlused põhinesid 92 juhtumil, mida ta ise jälginud oli. Ta märkas, et sünnitusjärgsetel haigustel on palju sündroome ning põhjusteks võivad olla erinevad faktorid: pärilikkus, „eriline tundlikkus”, eelnevad haigused (ajuvapustused) pärast sünnitust, emotsionaalne ebastabiilsus ja traumaatilised sündmused (Dix 1998).

Oikirainen (2002) on välja toonud, et sünnitusjärgset depressiooni eraldi mõistena kui masenduse üht vormi, on hakatud kasutama Soomes 90-ndate aastate alguses, meil mõned aastad hiljem.

Mudahar, Brown, Huber, Muse, Newsome ja Ware (2001) rõhutavad, et emade poolt sooritatud suitsiidide ja oma laste mõrvamiste juhtumid on teeninud ära meedia tähelepanu. Lisaks riski all olevatele emadele ja nende lastele, mõjub sünnitusjärgne depressioon halvasti ka perekonnale, laiemale kogukonnale ja ka ühiskonnale.

Heido (2004) toob välja, et sünnitus on naise elus üheks suuremaks füüsiliseks, füsioloogiliseks ja sotsiaalseks stressiks. Keset uusi kohustusi on naised sageli närvilisemad ja kõikuvamate tujudega. Ärevus tekib teadmatusel, abitusel ja murest lapse pärast. Mõõdukas koguses seda segadust ja muutusi emaks saamisega käib kaasas ja see ei ole veel sünnitusjärgne depressioon. Sünnitusjärgne depressioon ei erine oma kliinilise kulu ega sümptomatoloogia poolest tavalisest depressioonist. Selle tekkimine on vastuseks stressile. See ilmneb peale lapse sündi 2-3 kuu möödudes ja võib kesta ravita jäämise korral isegi paar aastat. Sünnitusjärgne depressioon ei taba mitte kõiki sünnitanuid. Rohkem on ohustatud need, kes ka teistes stressiolukordades reageerivad tundlikumalt. Beck (2001) ning Clay ja Seehusen (2004) toovad välja, et sünnitusjärgset depressiooni põeb 10-20 % naistest, tihti jääb haigus üldse diagnoosimata.

Dalton (1989) ütleb, et sünnitusjärgne depressioon on haigus, mis esineb peale sünnitust ja seda võib vaadelda kui spektrimit, millel on ähmaselt näha sünnitusjärgne meeleolumuutus. Edasi meeleolumuutuse kasvamine sünnitusjärgseks kurnatuseks, seejärel depressiooniks ja läbi selle kasvamine ka kõige raskema vormini - hullumiseni, kus juba naise elu on tõeliselt ohus.

Depressiooniga seostub halvem sotsiaalne toimimine. Probleemiks võib olla nii objektiivne igapäevavõime hakkamasaamine kui ka vähene subjektiivne rahulolu. Depressiooni teket ja püsivust soodustavate mitmekesiste tegurite hulgas on kõrvuti bioloogiliste mehhanismidega oluline osa psühhosotsiaalsetel teguritel. Juba vallandunud depressioon häirib inimese funktsioneerimist sotsiaalses ümbruses, tekitades tavapäraste sotsiaalsete rollide täitmisel probleeme. Seostamaks depressiooni motivatsiooniliste nähtuste ja igapäevaelus toimetulekuga, on kasutusel mitmeid omavahel kattuvaid mõisteid nagu elukvaliteet, heaolu, sotsiaalne toimimine, sotsiaalne kohanemine ja sotsiaalne toimetulek. Depressiooni puhul on oluliseks sotsiaalse toimimise aspektiks sotsiaalne toetus – nii lähisuhete hulk kui ka kvaliteet. Vähene sotsiaalne toetus suurendab depressiooniriski ja võib samas olla depressiooni tagajärjeks (Aluoja, Slik & Vasar 2004). Sünnitusjärgse depressiooni võtmesõnaks on tühimik, mis eksisteerib sotsiaalse toetuse puudumise ja ema eest mittehoolitsemise näol perioodil enne ja pärast sünnitust (Goldbort 2002). Seega depressioonis inimesed vajavad kindlat sotsiaalset tuge (Lausvee 2002), millel on nii subjektiivne mõõde st kogemus elukeskkonnast kui objektiivne mõõde, mille all mõeldakse toimivate sotsiaalsete suhete võrku.

Seguin, Potvin ja Loïselle (1999) viisid läbi uurimuse, mille eesmärgiks oli analüüsida suhet stressitekitavate elutingimuste ja sünnitusjärgse depressiooni vahel naistel, kes pole majanduslikult kuigi kindlustatud. Uuringust selgus, et kroonilised stressifaktorid (ema tervis, raskused lapsega, rahapuudus baasvajaduste jaoks, sagedased konfliktid ümbritsevaga) ja kehv sotsiaalne toetus (nii informatiivne kui ka emotsionaalne) olid kaasnevateks faktoriteks sünnitusjärgse depressiooni tekkes. Kokkuvõtteks võib öelda, et kõrge stressi sümptomid esinevad tihti madala ühiskondlik-majandusliku staatusega naiste seas. Kroonilised stressitekitajad, mis said loetletud ja ebapiisav sotsiaalabi on selle probleemi võtmesõnadeks.

Sünnitusjärgse depressiooni sümptomeid ja kliinilist pilti peetakse sarnaseks tavalisele depressioonile. Vaimsete häirete diagnostika ja statistiline manuaal (Ameerika Psühhiaatriline Assotsiatsioon 1994) esitab kriteeriumid depressioonile: vähemalt 2-nädalane masendus ja huvipuudus kõige suhtes ning vähemalt 4 sümptomit järgnevatest: kaalumuutused, unisus, psühhomotoorne tegevus, süü- ja väärtusetusetunne, häired keskendumisel, otsuste tegemisel, vähenenud energia, sagedased surmamõtted, ka suitsiidimõtted- ja katsed, ärajooksmise mõtted. Sünnitusjärgset depressiooni iseloomustavad veel ennastsüüdistavad mõtted, ärevus ja paanikatunne, pisarate valamine, masendustunne, jõuetus, ärrituvus ja mõnikord unehäired. Emad on murelikud, kardavad ja kõik ümberringi tundub koormav, neil võib hirm olla üksi. Sünnitusjärgses depressioonis emad võivad tõmbuda tagasi sotsiaalsetest kontaktidest ja esineb lootusetus tuleviku suhtes. Paljud emad varjavad oma tundeid, tundes süüd (Hiltunen 2003; Dalton 1989; Miller 2000).

Naistel, kellel on diagnoositud sünnitusjärgne depressioon, on lisafaktoritena leitud riskitegureid nagu halb sünnitusele eelnev hooldus, halb toitumus, rasedus- või sünnituskomplikatsioonid (raseduse katkemise oht, enneaegne sünnitus), varasemad enesetapukatsed või sõltuvusainete tarvitamine (Lepola 2004; O'Hara 1995). Naine, kellel esineb mõni eelpool nimetatud riskiteguritest, vajab kindlasti professionaalset nõustamist (Jellinek, Catlin, Todres & Cassem 1992; Auslander, Netzer & Arad 2003), sest peale sünnitust peaks algama ema ja lapse kohanemise periood. Lisanduvate riskifaktoritena on Miller'i (2000) poolt välja toodud psühholoogiliste probleemide esinemine perekonnas, üksikvanemaks olemine, isikliku depressiooni ajalugu, stressitekitavate elusündmuste kuhjumine ja negatiivne vaade elule üldiselt.

Dalton (1989) rõhutab depressiooni ajalugu nii isiklikus kui ka perekondlikus plaanis, mis on peamiseks riskifaktoriks depressiooni tekkes. Ka partneri depressioon võib olla riskifaktoriks sünnitusjärgse depressiooni tekkimisel. On täheldatud ka depressiooni seost madala haridustasemega ja kehvapoolse elujärgega. Selle kohta on Sheppard (1997) läbi viinud uurimuse, mis on suunatud sotsiaalsetele ja demograafilistele faktoritele seoses sünnitusjärgse depressiooniga naistel. Uurimuse tulemusena leiti sünnitusjärgse depressiooni seos madala haridustasemega, kehvapoolse elujärgega. Samuti täheldati depressiooni tekke seost tööpuuduse või tööprobleemidega, perekonna suurusega, mittetäieliku peremudeliga

(lahutatud või üksikemad). Stressitekitajateks olid ka lapsega seonduvad probleemid: raskused lapse hooldamisel, kõrgenenud abivajadus jms. Nende suhete mudel kataks kolme võtmemõistet: sotsiaalne ja majanduslik mittetoimetulek, perekonna suurus ja perekonna purunemise ajalugu. Selline mudel näitab, et faktide taga võib olla ka lihtsalt kehv elujärg, hariduse puudumine. Uurimus näitab selgelt elujärje tingimuste seost depressiooniga ja selle tekkega.

Dalton (1989) on sünnitusjärgse depressiooni psühhopatoloogiliste/ demograafiliste põhjustena välja toonud perekonnas esinenud vaimsed häired (eriti esimese astme sugulastel), rasedusaegse depressiooni seose sünnitusjärgsega, sünnitusjärgse psühholoogilise häire ja eelneva alkoholismi. Nimetatud on ka need naised, kellel on olnud eelnev depressioon, sotsiaalne puue või puudujääk. Kokkuvõtvalt võib öelda, et depressiooni baasi moodustavad füüsiliste, psühholoogiliste ja sotsiaalsete faktorite kombinatsioonid.

Cohen, Schei, Ansara, Gallop, Stuckless ja Stewart (2002) viisid läbi uurimuse, millega püüti välja selgitada, kas eksisteerib side ka ahistamise (füüsilise, seksuaalse või emotsionaalse) ja sünnitusjärgse depressiooni vahel. Uuringus osalenud naiste käest küsiti füüsilise, emotsionaalse ja seksuaalse ahistamise kohta nende elus. Uurimuse tulemusena leiti, et emotsionaalne ahistamine (mitte seksuaalne või füüsiline) on seoses sünnitusjärgse depressiooniga. Sellise suhte seletusena toodi, et ahistav situatsioon muudab inimese depressioonile riskialtimaks. Antud uurimusest selgus tõik, et depressioon oli seotud ka hetkesuhetes esineva vägivallaga.

1.3.2 Sünnitusjärgse depressiooni ennustajad

Sünnitusjärgne periood esitab nõudmised depressiooni preventatsioonile ja ravile. Emade kõrgem haridustase on väidetavalt kaitsefaktoriks, noorem vanus aga depressiooni riskifaktoriks (Hiltunen 2003).

Dalton (1989) ja Hiltunen (2003) toovad välja, et sünnitusjärgse depressiooni ennetamiseks on olulisel kohal nii enne sünnitust kui ka sünnitusjärgselt psühhosotsiaalne nõustamine mõlemale vanemale. Selle tõttu tuleb ühiskonnal mõelda sobitumisele perekonna uute

muudritega, tuleks struktureerida uued vaimse tervise teenused, et viia läbi preventatsiooniprogramme ja teraapilisi strateegiaid vanemate jaoks, kellel esineb sünnitusjärgseid tujumuutusi ja häireid.

Et sünnitusjärgset depressiooni ennetada, tuleks juba raseduse ajal tähelepanu pöörata naistele, kes on enam ohustatud sünnitusjärgsest depressioonist. Kuidas aga leida skaalat, millega seda seisundit hinnata? Richards (2000) on oma kommentaarid sellele probleemile publitseerinud artiklis - „*Hinnang naiste heaolule ja tema sotsiaalsetele ning emotsionaalsetele vajadustele raseduse ajal ja sünnitusjärgsel*”. Autor toob välja rea demograafilisi ja sotsiaalseid faktoreid, millega iseloomustab enamikke sünnitusjärgse depressiooni all kannatajaid, sealhulgas on mainitud vanus alla 20 aasta ja abielustaatus puudumine. Samas toob Edinburgh'i skaala välja tähtsa faktori – depressiooni juba raseduse ajal. Ei tohiks välja jätta ka füüsilisi sümptomeid nagu väsimus, samuti on naise jaoks oluline sotsiaalne toetus ja abi. Autori sõnul vajab väljatöötamist lihtne ja üheselt mõistetav hindamiskaala naise emotsionaalse ja sotsiaalse seisundi mõõtmiseks. Skaala või küsimused peavad olema universaalsed, katma vajaminevaid kriteeriume hindamaks objektiivselt olukorda ja emotsionaalset seisundit delikaatselt.

Uurimused on näidanud, et vanemate suhtumine lapsesse võib olla tingitud paljudest sünniga otseselt mitteseotud faktoritest nagu näiteks lapse sugu, vanemate sotsiaalne taust, ootused, sündmused raseduse ajal ja peale seda ning perekonna kui terviku funktsioneerimise tase. On tõestatud, et pere funktsioneerimisest ja kohanemisest ema sünnitusjärgse depressiooniga sõltub suuresti vanemate ja lapse edasine suhe ja lapse areng tulevikus (Merenstein et al 1990).

On tehtud uurimusi ennustavate faktorite kohta. Beck'i (2001) uurimuse eesmärk oli kõrvutada varajasemate sünnitusjärgset depressiooni ennustavate uuringute (uuringud, mis viidud läbi 1980-ndatel) tulemusi uuematega. Resultaadina toodi välja 13 märkimisväärselt olulist sünnitusjärgse depressiooni ennustavat faktorit. Kümnel faktoril oli mõõdukas mõjusuurus, kolmel faktoril väiksem mõju. Riskifaktorid olid järgmised: sünnituseelne depressioon, enesehinnang, lapseootuse stress, sünnituseelne ärevus, elustress, sotsiaalne toetus, abielusuhted, eelneva depressiooni ajalugu, lapse temperament, sünnitusjärgsed

meeleolu kõikumised, abielustaatus, sotsiaalmajanduslik staatus, mitteplaneeritud, mittesoovitud rasedus. Uuring kinnitas varasemate uurimuste tulemusi ja lisaks tõi välja neli uut riskifaktorit sünnitusjärgse depressiooni tekkeks – enesehinnang, abielustaatus, sotsiaalmajanduslik staatus ja mitteplaneeritud, mittesoovitud rasedus.

Kindlasti tuleb eraldi grupina pöörata tähelepanu teismelistele emadele, kuna liiga varajane emakssaamine võib tuua kaasa mitmeid probleeme, mis võivad lapse heaolu seisukohast mängida omaette rolli.

Uurimused, mis käsitlevad sünnitusjärgset depressiooni põdenud alaealiste emade probleeme, on näidanud, et sellised emad kalduvad sagedamini kasutama alkoholi ja narkootilisi aineid ning neil on suurem oht oma last väärkohelda. Barnet, Wilson ja Joffe (1995) on teinud uurimuse, mis püüab määrata kuivõrd valdav on alkoholi ja droogide kasutamine teismeliste emade poolt sünnitusjärgselt ja kas sellega seonduvad psühhosotsiaalsed elemendid. Noored emad osalesid programmis raseduse kolmandas trimestris ja neli kuud sünnitusjärgselt. Alkoholi tarbimist sünnitusjärgselt määrati eneseanalüüsi järgi, droogide kuritarvitust mõõdeti anonüümsete uriiniuuringutega kahe ja nelja kuu möödudes sünnitusjärgselt. Depressioonisümpptomeid, stressi ja sotsiaalse toetuse määra hinnati samuti kahe ja nelja kuu möödudes sünnitusest. Erinevusi demograafilises seisundis, eakaaslaste mõjutust ja psühhosotsiaalseid erinevusi hinnati nii ainete tarbijate kui ka mittekasutajate lõikes. Uuring näitas, et alkohol ja droogide kasutamine sünnitusjärgselt on väga levinud teismeliste emade seas ja depressioon, stress, vajadus toetuse järele ja eakaaslaste tarbimine on kaasnevad faktorid. Kuigi uurimuse tulemuste põhjal ei saa väita, et depressioon ja stress on ainete tarbimise resultaadiks on need olulised riskifaktorid teismeliste emade puhul.

1.3.3 Probleemid raseduse ajal

Depressioon, mis pärast sünnitust esile tuleb, võib alguse saada juba raseduse ajal. Esimesel raseduse kolmandikul toimuvad teatavasti kõige suuremad kehalised ümberkorraldused, iiveldus, väsimus, masendus ja kerged depressiivsed nähud. Raseda naise meeleolu mõjutavad ka rasedusaegsed terviseprobleemid. Võib juhtuda, et aeg raseduseks ei sobi või on valesti valitud. Ehk võib rasedus liiga kiiresti kätte tulla ja üks armumise faas jääb läbi elamata või katkeda või naine jääb rasedaks liiga kiiresti ja arvab, et ei olnud piisavalt aega nende

muudatustega harjuda. Rasedusdepressioone on vähe uuritud ja sellest on vähe räägitud, sünnitusabiandjad on naiste tujukusega juba harjunud. Kui ühed naised keskmistel kuudel naudivad oma rasedust ja on eufoorilises meeleolus, tunnevad teised naised ennast halvasti, nendel on peavalud ja halb enesetunne (Dix 1998).

Miller (2000) ütleb, et ei ole ühest psühholoogilist vastust miks rasedus ja individuaalsed erinevused annavad erinevaid komplikatsioone ja somaatilisi või ebamugavusnäitajaid hilisemas raseduseas. On ilmne, et rasedus ei kaitse naisi depressiooni eest (O'Hara, Zekoski & Philipps 1990; Bolton, Huges & Turtin 1998), samas on selliseid depressiivseid sümptome nagu väsimus, emotsionaalne tundlikkus, unehäired ja isumuutused raske eristada normaalsetest muutustest raseduse ajal.

Dix'i (1998) kohaselt lähtutakse tänapäeval Inglismaal sellest, et rasedusdepressiooni uurimine muudab lihtsamaks sünnitusjärgse depressiooni avastamise ja ravimise võimaldades välja töötada strateegiaid sünnitusjärgse depressiooni vältimiseks. Ta tõstatab küsimuse, kas hirmuseisundid raseduse ajal põhjustavad hiljem sünnitusjärgset depressiooni? Üldiseid tulemusi ei ole ja teadlased on eriarvamustel. Dix (1998) viitab arstidele, kes Psühhiaatria Instituudis Londonis on teinud uuringud naiste psüühilistest häiretest raseduse ajal. Küsitleti naisi, kes ootasid oma esimest last ja jälgiti neid esimesel sünnitusjärgsel aastal. Sellest uurimusest selgus, et nii esimesel kolmel raseduskuul kui ka pärast sünnitust olid depressiooni nähud ühes või teises vormis. Hea märk oli selle uurimuse puhul see, et naised põdesid kas rasedusdepressiooni või sünnitusjärgset depressiooni, mitte mõlemat.

Igasugune komplikatsioon raseduse ja sünnituse ajal võib põhjustada ema emotsionaalse tõe lapse või loote suhtes. On ka emasid, kes suhtuvad lastesse kui täiesti võõrastesse olenditesse, kellel pole mingit tegemist nendega. Emad ei tunne, et lapsed on tõesti nende omad, see teeb vastsündinute äratõukamise lihtsamaks (Merenstein et al 1990).

1.3.4 Lapse sünni kui stressor

Komfordiga harjunud naine ei suuda end uues olukorras alati täielikult allutada lapse vajadustele, naise ego sunnib teda rohkem mõtlema iseendale. Komfordiga harjunud naises

teatud mõttes blokeeruvad paljud tähtsad emaduse kujunemise mehhanismid. Emaduse väljakujunemine on üks osa naise sotsiaalsest adapteerumisest ühiskonda (Tiko et al 1999).

Mitmed uurimused on andnud tõendusmaterjali selle kohta, et lapse loomus võib suuresti muuta vanemaks olemise kogemust. Albright (1993) viitab Whiffen'i (1988) uurimusele, mis tõi välja fakti, et liiga optimistlikud ja ebareaalised ootused lapse käitumise suhtes muudavad ema järgnevalt haavatavaks ebaadekvaatsuse tunde suhtes.

Cutrona ja Troutman (1986) on läbi viinud uurimuse, milles testiti sünnitusjärgse depressiooni mudelit, milles lapse raske iseloom (temperament) oli stressoriks. Abistajad ehk siis interpersonaalsed suhted olid eeldatud kui stressi kaitseallikas. Hüpooteesina väideti, et raske iseloomuga laps ja sotsiaalse toetuse aste mõlemad mõjutavad sünnitusjärgset depressiooni läbi kognitiivse meditatsiooni, mis baseerub vanemarolliga hakkamasaamisel. Abielus olevate naiste testimise järel selgus, et lapse iseloomu raskusaste oli tugevalt seotud ema sünnitusjärgse depressioonistmega, hakkamasaamisega vanemarollis. Sotsiaalne abi oli kaitsefaktoriks depressiooni vastu just läbi meditatiivse külje – kas saan hakkama vanemarolliga. Mõlemad faktorid on abiks mõistmaks sünnitusjärgse depressiooni tekkemehhanisme. Psühholoogilise momendi järgi toob Albright (1993) välja, et naised kellel on sünnitusjärgselt raske kohaneda, võivad tunnetada last kui omaenda abituse tekitajat.

Dix (1998) kirjeldab, kuidas naised ilma lasteta elavad väga aktiivset elu. Oma abielus on neil aega partneri jaoks, abielu kujuneb kahe täiskasvanud inimese päevaplaani järgi ja nende tööpäeva järgi. Varem loobusid naised kõigest, kui nad said emadeks, aga see traditsioon hakkab lõppema. Naised avaldavad oma ebameeldivust vabadusekaotuse üle, mida nad tunnevad emaduse puhul, oma võimetuse üle sisse elada emaroll, mida nad endale on ette kujutanud. Konflikt ettekujutuste ja sellest küllaltki palju erineva reaalsuse vahel on psüühiline koormus, mis süvenedes põhjustab sünnitusjärgset depressiooni: raskused olla lapsevanem. Dix (1998) võrdleb: nagu loomad puuris, kes enne elasid ja liikusid vabalt metsas, peavad nüüd uues vanema rollis õppima, kuidas liikuda piiratud ruumis. Uues rollis peavad nad arendama valmidust, kogu oma olemust teise olendiga siduma ja see ei ole kerge.

Raamatud edastavad ideaalset pilti erakordselt tervetest, küpsetest, teadlikest partneritest, kes täiendavad teineteist oma soovides ja kes oma abieluvajadusi, isiklikke, sotsiaalseid ja seksuaalseid vajadusi uute koormustega ja nõudmistega harmooniliselt kokku sobitavad. Tegelikuses rabelevad sageli mõlemad partnerid välja probleemide rägastikust, mis ähvardab neid alla neelata. Selles võitluses, mida paljud selles faasis peavad läbi elama, on jutt eneseusalduse ületamisest, identiteedist, uuest elumotivatsioonist (Dix 1998).

Kui perekonda sünnib laps liiga vara, siis võib tulla pettumus armumise kaotuses ja erandlikkuses suhete varajases perioodis. Sellele peab järgnema veel üks eneseületamine, suhetes uue vormi loomine – harjuda elama kolmekesi. Arenguraskused, üleminek üksikisikult, laps-täiskasvanult ilma vastutuseta lapsevanema-leeri kindlate kohustuste, piirangute ja ambivalentsete tunnetustega, on täiskasvanuks saamise oluline osa. Sügavad identiteedi, eneseväärtuse ja sõltumatuse kaotuse tunded on arvatavasti väga lähedalt seotud uue enesepildiga olles ema. Naine asub nagu psühhoanalüütikud väidavad, konfliktis emarolliga. Nagu teistegi stressivormide ja psüühiliste koormuste puhul võivad biokeemilised häired tugevneda, kui naine lisaks emarolliga toimetulekule peab hakkama saama segadusega oma enesepildis, oma naiselikkusega, kutseidentiteediga ja emaduse pildiga (Dix 1998).

Dix (1998) viitab autoritele Klaus ja Kenell, kes kasutasid oma raamatus „*Ema-lapse-seotus*” mõistet „paisu(ta)mine” (*expansion*), et kirjeldada protsessi, kus lapse pilt muutub naise sees ebanormaalselt suureks, võimsaks, muutub hiigelsuureks ja jätab naise enda jaoks ainult ühe kriipsukese ruumi. Autorid ise arvavad, et see olevat väga oluline seotusprotsessi koostisosa.

Suure kaotusetundena toob Dix (1998) välja kurbuse lapse üle naises endas, väike tüdruk, kes ta ükskord oli ja kellest sai äkki teada, et ta ei tule enam kunagi tagasi. Ei ole kerge nii järsku ja pöördumatult täiskasvanuks saada. Dix (1998) toob oma raamatus välja ühe naise pihtimuse emotsionaalse tundlikkuse faasis:

„Ma mäletan, et enne lapse sündi jalutasin ma koeraga. Tagasivaates tundub mulle, et sellel hetkel oleks nagu alanud minu depressioon. Ma läksin mööda tänavat, oma maja juurde, tundsin ennast küpse viljana, aga ma olin veel sõltumatu inimene, muredeta ja üheksandat kuud rase. Mäletan, et mõtlesin, võib-olla on see viimast korda, kui lähen üksi majast välja ja naudin õhtust jalutuskäiku muretult, ilma et peaks kellegagi arvestama. Ma tean veel, et üritasin seda hetke teadlikult nautida. Kui ma sellele

vabadushetkele tagasi mõtlen, tulevad pisarad silma. Kui on laps, siis on nooruse vabadus läbi”.

Kuna ühiskonna kiire muutumisega kaasneb psühhosotsiaalsete probleemide rohkus ja süvenemistendents, on väga oluline, et ema suudaks ja oskaks olla lapsevanem, et ta mõistaks nii ennast kui ka oma last aidata. Üle jõu käivate probleemide korral on tähtsal kohal leida pädev asjatundja, et nii lapse kui ka kogu pere huvides tegutseks professionaalse abi võrgustik (Tiko et al 1999).

1.3.5 Sünnitusjärgsed meeleolumuutused

Dix (1998) on oma raamatus välja toonud, et sünnitusjärgne depressioon on naise keha hormonaalne ja biokeemiline reaktsioon sünnituse kõike ümber pööravale protsessile. Uurimused, uurimistulemused, teaduslik kirjandus, käsitlemismeetodid, teraapia ettepanekud on juba olemas. See teadmine on aga nii laiali paisatud, et naised kalduvad üha enam selle poole, et ise vastutada oma seisundi eest. „Ta on nõrk, abitu, võimetu toime tulema välimiste ja sisemiste muutustega: ta vihkab oma ema, ta vihkab oma lapsi, ta on tõenäoliselt üks depressiivne olend või varjatud skisofreen” – sellist laadi argumentidega seletatakse tavaliselt emade käitumist, mis ei vasta ühiskonna normidele.

Dix (1998) kirjeldab, et sünnitusjärgne depressioon, mida naine võib-olla üksilduses oma nelja seina vahel läbi põeb, võib olla iseloomustatud kui üldine halva tuju tunne, nürimeelsus, letargia, energia ja elurõõmu vajadus, tujud, mis on ootamatult naist vallutanud peale lapse sündi. Naise biokeemiline struktuur on peale lapse sündi allutatud massiivsetele muutustele ja koormustele. Kui juurde tulevad täiendavalt koormavad faktorid – ükskõik, kas jutt on psüühilisest stressist või välistest raskustest, mis on seotud elustiili muutustega (suhete probleemid, ootused, mida naine endale emana ette kujutab) – võib see viia ajutise aju biokeemiliste protsesside muutusteni, mis muidu vastutavad naise emotsionaalse tasakaalu eest. Isegi kui naisel enne ei olnud kogemusi tugevate tujumuutustega või depressioonidega, võib ta peale sünnitust nende alla sattuda. Peale sünnitust on kolmepäevane peiteperiood, kus tavaliselt ei esine mingeid psüühilisi häireid. Kolmanda kuni 15. päeva vahel võivad tekkida järgmised häired: „Baby-Blues”, suhteliselt ohutu, lühiajaline sündroom või lapsevoodi-
psühhoos, mis on tõsine. Mõlemaid iseloomustavad hirmud ja erutusseisundid. „Baby-Blues”

on ajutine halva meeleolu seisund, mis väljendub rahutusena, unetus ja mõnikord segaduses oleku kaudu. Seda esineb 24-50 % kõikidel naistest ja lõpeb tihti mõne tunni pärast, kõige kauem kestab mõne päeva. Seda nähakse kui loomulikku sünnituse tagajärge. Lapsevoodi- psühhoos esineb samas ajavahemikus ja osaliselt ka samade sümptomitega. Lisaks eelnevale avaldub hallutsinatsioonide pettekujutluste, tugeva erutuse, sagedaste tujukõikumiste vormis ja kas raskes depressioonis, maaniates või vaheldumisi mõlemas. Raskete sümptomite puhul esimese nädala jooksul pärast sünnitust võib olla vajalik haiglaravi.

Clay et al (2004) kirjeldab sünnitusjärgset depressiooni iseloomustavaid sümptomeid järgmiselt: depressiivne meeleolu, võimetus rõõmu tunda, unehäired, kaalumuutused, energia kadumine, suurenenud keskendumishäired ja võimetus otsustada, ärevus või loidus, väärtusetuse- ja süütunded, mõtted enesetapust või surmast. Võivad esineda ka lapsega seotud hallutsinatsioonid, ema ei taha ja ei suuda enam oma lapsega tegeleda. Oluliseks depressiooni näitajaks on huvi kadumine lapse, iseenda ja ümbritsevate vastu. Sellisel naisel on raske emarolliga kohaneda.

Clay et al (2004) viitavad asjaolule, et kõik meeleolumuutused ei ole alati veel sünnitusjärgne depressioon. Sünnitusjärgsed meeleolumuutused võib jagada kolmeks – sünnitusjärgne kurvameelsus, sünnitusjärgne depressioon ja sünnitusjärgne psühhoos. Sünnitusjärgset kurvameelsust põeb enamik naistest (50-85%), selle puhul on iseloomulikud õrnad depressiivsed sümptomid, ärevus, pidevad meeleolumuutused, kõrgenenud tundlikkus ja väsimus. Sünnitusjärgne kurvameelsus tekib enamasti neljandal või viiendal päeval peale sünnitust ja lõpeb kümnendal päeval. Need sümptomid mööduvad üldjuhul iseenesest. Sünnitusjärgset psühhoosi esineb umbes 0,2% sünnitanud naistest ja peamiselt nelja nädala jooksul peale sünnitust. Sünnitusjärgset depressiooni põevad erinevatel andmetel 10-25 % kõigist sünnitanud naistest.

1.3.6 Sünnitusjärgse depressiooni mõju emale, lapsele ja abikaasale

Cox (2001) on oma raamatus rõhutanud, et sünnitusjärgse depressiooni tagajärjel on muutunud perekondlikud struktuurid, halvenenud ema ja lapse suhted. Laps on otseselt sõltuv oma vanematest ning seega ka nende toimetulekust.

Sotsialiseerumisprotsessis kantakse ühiskonnas tunnustatud kasvatusstandardid üle ühelt põlvkonnalt teisele. Nende normide omaksvõtt on lapsepõlve peamine ülesanne. Seega lapsevanema suhe lapsesse jääb lapse jaoks vääramatult kõige tähtsamaks suhteks, mille häirumine on üks sagedasematest probleemide esilekutsuvatest teguritest (Tulva 2004).

Nagu professor Brockington ütleb, tuleb reageerida nõudmistele, et sünnitusjärgse depressiooniga kaasnevat probleemi käsitletak tavaliselt sellega, et uuritakse nende mõju perekonnaelule ja laste arengule (Dix 1998). Richards (2000) on rõhutanud, et sünnitusjärgse depressiooniga on selgelt seotud naise emotsionaalne ja sotsiaalne seisund.

Sünnitusjärgne depressioon on traumaatiline sündmus, millel on pikaajaline mõju lapse arengule. Lapse kognitiivsed oskused, keeleline areng, tähelepanuvõime ja mõned sotsiaalsed oskused on mõjutatud ema depressioonist. Lapsel kujuneb sellises olukorras sagedamini välja käitumis- ja tähelepanuhäireid ning nende sotsiaalne ja kognitiivne areng võib olla pidurdunud kuni neljanda eluaastani või ka kauem (Clay et al 2004; Hiltunen 2003). Seega ema depressioon sünnitusjärgselt on tõsine tervisehäire, mis võib anda oma negatiivse panuse lapse emotsionaalsele ja kognitiivsele arengule, ohustades ka ema enese tervist ja tema võimet olla ema oma lapsele.

Ema ja lapse füüsilisel ning emotsionaalsel kontaktil ja ema osalemisel igapäevases hoolduses on tähtis osa lapse arengus. Lapsele on kontakt väga tähtis juba esimestel eluminutitel ja – tundidel. Kontakt emaga loob kindlus- ja mugavustunde. Vanema-lapse side on seda tugevam, mida varem see algab. Ema ja vastsündinu vahelise esimese kontakti pikkus avaldab mõju ka emarolliga kohanemise kiirusele. 19 uuringu depressiooni mõjust ema-lapse suhetele metaanalüüs näitas, et sünnitusjärgne depressioon omab keskmist kuni suurt mõju ema-lapse suhetele esimese aasta vältel (Beck 1995).

Lapse areng ja arendamine ei tähenda pelgalt seda, mida laps oskab, oluline on ka see, kuidas laps ja ema-isa omavahel suhtlevad, mida annab laps vanemale ja milline on vanema tagasiside. Et laps normaalselt kasvaks, läheb tarvis head tervist, piisavalt toitu ja armastust. Kui üks neist teguritest puudub, võib kasv häiruda (Uriko, Raukas, Mets & Liik 2002).

Kui rääkida ema-lapse suhtest, siis Miller (2000) rõhutab kui tähtis on, et emad vastaksid lapse kommunikatsioonile ja annaksid edasi nii füüsilise kui emotsionaalse hoole, kui ka kognitiivse ja sotsiaalse stimulatsiooni. On olemas tõendusmaterjali, mille kohaselt depressioonis emad võivad kogeda mittemeeldimise, ükskõiksuse ja isegi negatiivseid tundeid oma lapse suhtes (Robson & Kumar 1980), tunnetades lapsi ka kui temperamendilt raskemaid võrreldes mitte depressiivsete emadega. Lapse vajadused peavad olema viidud tasakaalu ema vajadustega ja ka partneri omadega. See ei ole lihtsalt staatiline protsess, ka ei ole see lihtsalt saavutatav ema depressiooni korral ja/või probleemsete abielusuhete olemasolul. Lapse sotsiaalsele ja intellektuaalsele arengule pannakse alus vanemate poolt pakutud emotsionaalse kliima ja lapse varajaste kogemuste kaudu. Sotsiaalne isolatsioon ja teiste hooldajate poolne tegematajätmine, mis sageli kaasneb liiga varajase emakssaamisega ühiskonnas, võib suurendada ema emotsionaalse panuse mõju lapse arengule tervikuna.

Emade depressiooni puhul peavad professionaalid tegelema nii emaga kui ka ema-lapse suhtega. Mitmed uuringud on näidanud depressioonis ema negatiivset mõju nii emale endale kui ka lapsele. Briti uuringu tulemusena, mille viisid läbi Murray ja Lopez (1996) leiti, et depressioonis emad olid laste vastu vähem tundelised, vähem jaatavad ja negatiivsemalt meelestatud vanemaksolemise suhtes.

Milgrom, Westley ja McCloud (1995) leidsid kolmekuulise uuringu tulemusena, et depressiivsete emade lapsed nutsid märgatavalt rohkem kui mitte depressioonis emade lapsed.

Eelneva põhjal võib öelda, et kui naine kannatab depressiooni all, võib ta olla mittevõimeline vastama oma lapse vajadustele. Füüsiline ja emotsionaalne areng võib hilineda. Albright (1993) toob oma artiklis välja, et depressiivsete emade lapsed kalduvad „peegeldama“ oma emade käitumist enda suhtlemisel. Clay ja tema kaastöölised (2004) rõhutavad, et sünnitusjärgse depressiooni õigeaegne avastamine ja ravi on oluline, kuna ema võib käituda ennast ja last kahjustavalt. Samuti võib ema sünnitusjärgne depressioon mõjutada abikaasadevahelisi suhteid, mis on sünnitusjärgse depressiooni tagajärjel tugevalt häirunud.

Partnerluse seisukohalt lähtudes on esimesel sünnitusjärgsel aastal väga palju kaalul. Sünnitusjärgne depressioon võib suurendada abielu konflikti ohtu ja isegi viia lahusolekuni

või lahutuseeni. Isadel on suur kalduvus depressioonile kui partner on masenduses. Elu koos depressioonis partneriga, kes ei soovi sotsiaalseid kontakte ja kellel puudub energia, võib mõjutada mehe heaolu. Samuti on ohustatud teiste laste heaolu peres. Emotsionaalne kliima, mida laps kogeb sünnijärgselt ei ole ainult määratletud ema meeleoluga, vaid ka vanematevahelise suhtega, mida võib mõjutada depressioon, kas siis ühel või mõlemal (Miller 2000). Mõned uurimused on välja toonud ema ja isa depressiivsed sümptomid kui riskitegurid lapse hilisemateks kohanemiskusteks (Carro, Grant & Gotlib 1993).

Erinevate uurimuste andmetel esineb sünnitusjärgset depressiooni põdevate naiste partneritel enam depressiooni. Zaslov, Pedersen ja Cain (1984) on toonud oma uurimuses välja, et peredes, kus emal oli täheldatud sünnitusjärgset depressiooni, oli ka isadel jälgitavad teatud meeleolumuutused – lapsega suhtlemisel esines vähe puudutamist, rääkimist ja üldist hoolitsust. Harvey ja Mc Grath'i (1988) on oma uurimuses uurinud mehi, kelle naistel esines sünnitusjärgne depressioon võrrelduna meestega, kelle naistel sünnitusjärgset psühhopatoloogiat ei olnud. Tulemusena leiti neil sagedasemad ärevustunded ja depressiivsed häired.

Miller (2000) toob välja, kuidas naised on väljendanud oma muresid seoses sünnitusjärgse depressiooni mõjuga:

- Tahe olla „hea” ema – olemas on kõrged ootused olemaks esmaklassiline ema ja samas vastanduvad neile olemasolevad vanemakohustused ja suhteprobleemid, mis välistavad selle.
- Tunne, et puudub ettevalmistus vanemarolliks – meedia ja tervishoiu spetsialistidelt saadud info limiteeritus ja ebarealistlikkus, saadud informatsiooni seotus peamiselt füsioloogiliste faktoritega, sünnitusjärgsete probleemide mittekäsitlus.
- Vanemaks olemise kartus või häbenemine – probleemidest vaikimine.
- Info puudumine sünnitusjärgse depressiooni olemuse kohta, ebaadekvaatne arusaam psühholoogilistest muutustest, mis kaasnevad raseduse ja vanemaksolemise, enese süüdistamine, segadustunne depressiooni äratundmisel, suutmatus leida abi.
- Vastava ravivõimaluse puudumine – kas siis elukoha, sissetuleku, partnerisuhte või tervisekindlustuse puudumise tõttu.

Seega siit võib järeldada, et tuvastamata depressiooni tagajärgedeks võivad olla suitsiidikatsed, meditsiinilised lisakulud, sotsiaalsest isolatsioonist tingitud lisakulud ja pikaajalised probleemid, perekonnaliikmete võõrandumine, lahendamata perekonfliktid, pere kui terviku funktsioneerimise rikutus ja ka karjäärivõimaluste kahanemine.

1.3.7 Sotsiaalne võrgustik

Logsdon (2000) ja Dalton (1989) defineerivad sotsiaalset toetust rasedale kui vastastikust suhet raseda ja tugiisiku vahel, millega kaasneb infovahetus, hooldus, empaatia, instrumentaalne abi (majapidamistööd) ja kõrge kompetentsus. Sugulased, naabrid ja sõbrad moodustavad lapsega perele toetust pakkuda võiva lähiümbruse.

Logsdon (2000) klassifitseerib sotsiaalse toetuse 4 kategooriasse:

1. Materiaalne ehk instrumentaalne toetus (söögikorrad, abistamine kodutöodes, et ema saaks olla rohkem koos lapsega).
2. Emotsionaalne toetus läbi julgustuse, kaastunde, eneseteadvuse tõusu.
3. Informatiivne toetus, mis põhineb info jagamisel, uute infoallikate avastamisel ja efektiivsel kommunikatsioonil.
4. Võrdlev toetus, mis on sisuliselt abi kelleltki, kes on olnud samalaadses situatsioonis.

Naise kojumine koos lapsega, keskkonna mõjutused ja sotsiaalse toe olemasolu on olnud arvukate uurimuste teemadeks. Albright (1993) viitab Stemp'i, Turner'i ja Noh'i (1986) uurimusele, mis mõõtis sotsiaalset toetust läbi kognitiivse kogemuse, abielu lähedusastme ja sotsiaalsete kontaktide. Selle alusel saab väita, et sotsiaalsete kontaktide sagedus tundub olevat vähemtähtis kui selle kontaktide kognitiivne kogemus.

Võrdselt tähtis sotsiaalse abi saamise faktil on ka see, et naine saaks seda abi soovitud kujul ja koguses. Teisisõnu, mis on mõnele sobiv, ei pruugi olla seda igäihele – seetõttu sotsiaalse abi kohandamine vastavalt individuaalsetele vajadustele on esmatähtis (Goldbort 2002; Logsdon 2000; Dalton 1989).

Armstrong ja Edwards (2004) on viinud läbi uurimuse, mis püüdis tuvastada harjutuste ja sotsiaalse toe mõju sünnitusjärgselt depressiivsetele naistele. Üks grupp naisi osales nn

lapsekäru projektis (laps ja ema), teine grupp naisi osales tugigrupi töös (mängugrupp). Uuringu eesmärk oli esimese grupi puhul vähendada depressiooni sümptomeid ja parandada füüsilisi näitajaid vankri lükkamise ja jalutamise teel. Teise grupi eesmärgiks oli parandada sotsiaalse toetuse taset ja näha naiste suhtumist pärast vastavat kooskäimist. Hüpoteesina nähti, et vankrigrupil vähenevad depressiivsed sümptomid ja paraneb füüsiline tase; samuti, et mõlema grupi osalejate hinnangul on sotsiaalse toetuse tase piisav. Vankrigrupi naistel paranesid füüsilised näitajad ja vähenesid depressiivsed sümptomid. Teisel grupil erilisi muutusi ei täheldatud.

Cutrona (1984) leidis oma uurimuses sotsiaalse toetuse osas teatud puudujääke, kaasaarvatud usaldusväärne kooselu, juhiste jagamine, sotsiaalne integratsioon ja ka ebakindlus enda suhtes. Need on suurenenud depressiivsuse näitajad.

Cutrona ja Troutman (1986) leidsid oma uurimuses, et sotsiaalse toetuse kõrge aste prenataalsel perioodil oli korrelatsioonis enesekindluse kõrgema taseme ja vähema depressiooniastmega kolme kuu möödudes sünnitusest. Naistel oli ka enesehinnang kõrge, mis võib olla depressiooni ärahoidjaks.

O'Hara (1985) tõi oma uurimuses välja, et abikaasa toetuses oli vajakajäämisi nii kvaliteedis kui ka kvantiteedis ja pettumus abielusuhetes oli olemas ka raseduse ajal ja enne depressiooni tekkimist. Kokkuvõttes oli mitterahuldav abielusuhe märkimisväärselt seotud sünnitusjärgse depressiooniga.

Oluline on nõustaja poolt tuvastada sotsiaalsete tugisüsteemide kättesaadavus ja võimalikkus emade jaoks. Isolatsiooni ärahoidmiseks on sobivaimad tugigrupid ja teiste vanematega suhtlemine. Perenõustamine on vajalik, kui ema depressioon toob välja ka varasemaid lahendamata probleeme. Sellisel juhul võivad abi vajada ka teised lapsed, keda võivad perekonna dünaamika muutused häirida (Albright 1993). Dix (1998) rõhutab, et kui tahetakse märgata ka kodeeritud vihjeid spetsiifilistele depressiooniseisunditele, peab kaasama sotsiaaltöö, et osutada praktilist abi ja sotsiaalset toetust.

Individuaalne nõustamine hõlmab kuulamist ja vestlust, mis ei ole tehtud hukkamõistu või hinnanguandmise baasil. Selline nõustamine peaks aitama inimesel endal leida lahendusi. Individuaalse psühhoteeraapia eesmärk on probleemide lahendamine läbi keskendumise nendele faktoritele, mis suurendavad inimese haavatavust probleemide suhtes. Perenõustamine või teraapia võib olla kasulik mõlemale partnerile töötamaks koos ja kohanemaks muutustega seoses lapse sünniga. Samuti on üheks võimaluseks grupiteraapia, kus on võimalikud nii eneseabi, tugi- kui ka ravigrupid. Eneseabigrupid oleksid mõeldud inimestele, kes on kogenud sarnaseid probleeme. Tugigruppe juhendavad tavaliselt kas sotsiaaltöötaja või vastava ala terapeut (Miller 2000).

1.4 Probleemi seade

Sünnitusele järgnev depressioon on reaalne ja tõsine, samas levinud seisund. Siiski häbenevad palju naised oma emotsioonipuhanguid koguni nii palju, et varjavad neid oma elukaaslasegi eest. Lisaks tavalistele igapäevapingetele teeb vastsete emade hormonaalne tasakaal pärast lapse sündi läbi muutuse. Paljud emad pole vintsutatud mitte üksnes kurnatusest, ärevusest ja lootusetusetundest. Nad võivad oma lapse vastu liiga vähe huvi tunda või teda koguni vihkama hakata, sest laps on röövinud neilt nende väärtusliku sõltumatuse. See aga tekitab omakorda süütunde. Leidub naisi, kelle jaoks emotsionaalne surve on nii tugev, et nad mõtlevad koguni enesetapule, seega naine võib ohustada nii iseend kui imikut. Raskes olukorras on kindlasti üksikemad ja need, kes pole ise varases lapsepõlves saanud vanemlikku soojust ja hoolitsust ning kellel puudub ettekujutus ja kogemus, kuidas nüüd ise ema rollis käituma peaks.

Sünnitusjärgne depressioon on pälvinud vähe tähelepanu. Viimasel ajal on küll veidi rohkem seda teemat käsitletud nii akadeemilises kirjanduses kui tavakirjanduses, kuid vaatamata sellele jääb see depressiooni seisund sageli diagnoosimata, vaatamata potentsiaalselt ohtlikele tagajärgedele.

Käesoleva uurimistöö teema valik tuleneb vajadusest teadvustada sünnitusjärgset depressiooni põdevate emade probleeme, mis vajavad lahendamiseks ka sotsiaaltöötaja sekkumist. Tuleb teadvustada sünnitusjärge depressiooni olemasolu ja tõsidust Eesti ühiskonnale, et oleks

võimalik ennetada sünnitusjärgse depressiooni teket emadel. Sünnitusjärgse depressiooniga võib kaasuda selliseid sotsiaalseid aspekte, mis vajavad lahendamist sotsiaaltöötaja tegevuse kaudu.

II UURIMUSE METOODIKA

2.1 Uurimuse eesmärk ja ülesanded

Käesoleva magistr töö eesmärgiks on anda ülevaade sünnitusjärgse depressiooni olemusest ning välja selgitada emade psühhosotsiaalse toimetuleku probleemid ja vajadused.

Uurimuse eesmärgist lähtudes püstitati järgnevad uurimisküsimused:

1. Milliste protsesside kaudu kujuneb sünnitusjärgne depressioon?
2. Millisena näevad emad sünnitusjärgse depressiooni olemust?
3. Missugused on sünnitusjärgse depressiooni korral emade psühhosotsiaalse toimetuleku probleemid ja vajadused?

2.2 Meetod

Sünnitusjärgne depressioon on valdkond, mida on veel vähe uuritud, seega antud uurimuse läbiviimiseks on sobilik kvalitatiivne uurimismeetod, mis võimaldab uuritavat nähtust liigendada ja paremini kirjeldada (Creswell 2003).

Creswell'i (2003) järgi on kvalitatiivne uurimus teadmiste hankimise protsess, mis baseerub erinevatele metodoloogilistele traditsioonidele ja seletab sotsiaalseid ehk inimestega seotud probleeme. Schvandt'i (2001) järgi kirjeldavad kvalitatiivsed andmed uuritava nähtuse olemust sõnalises vormis.

Kvalitatiivse lähenemisega seotud strateegiatest pidasin sobivaimaks lähtuda põhistatud teooriast. Põhistatud teooria puhul on uurimuse aluseks üksikjuhtum, analüüsitakse üksikjuhtumite kogumit, millel on oma arengulugu ja loogika (Patton 2002). See tähendab, et uurimustöö teostaja võtab erinevaid juhtumeid kui tervikuid, mille puhul mitmekesisus on seotud ühtsusena, et saada teatud tulemusi. Analüüsimise käigus tulemused rekonstrueeritakse teatud teoreetilise eesmärgiga.

Põhistatud teooria omapäraks on see, et sotsiaalset nähtust vaadeldes ei kontrollita eelnevalt püstitatud teooria kehtivust, vaid süstemaatilise andmete kogumise ja analüüsisiga luuakse teoreetiline mudel nähtuse selgitamiseks (Ezzy 2002; Creswell 2003). Seega teooria põhineb kogutud andmetel ja tähelepanekutel ning sobib hästi nähtuste uurimiseks, mille kohta on vähe teoreetilist materjali.

Osaliselt on põhistatud teooria juhtumile orienteeritus ka võrdlev orienteeritus. Sarnaseid juhtumeid oma mitmekesisuses ja erinevate tulemitena võrreldakse. Avatud kodeerimise kaudu, mis on analüüsi osa, identifitseeritakse, nimetatakse, kategoriseeritakse ja kirjeldatakse tekstis leitud nähtused (Patton 2002).

Põhistatud teooria, milles püütakse leida üldist, kokku võtta protsessi teooriaid, tegevust või interaktsiooni põhineb uuringus osalenute vaadatel. See protsess hõlmab endas andmekogumise erinevaid staadiume ja informatsiooni kategooriate täiustamist ja nende vahelisi seoseid. Põhistatud teooria uurimuse eripära seisnebki selles, et see algab andmete kogumisega ning nende põhjal luuakse teooria (Creswell 2003; Charmaz 2002).

Käesolevas uurimuses kasutati andmete kogumiseks poolstruktureeritud intervjuud. Creswell'i (2003) järgi seda tüüpi intervjuu puhul on küsimuste ja väidete sõnastus, struktuur ja esitamise järjekord fikseeritud, kuid uurijal on võimalus neid küsitluse käigus muuta ning vajadusel lisada selgitusi ja täpsustusi.

Kvalitatiivse uuringu puhul saab kasutada avatud küsimusi, et osaleja saaks väljendada oma vaateid. Kvalitatiivne uurimus leiab aset loomulikus ümbruskonnas. Uurija läheb asukohta osaleja juurde, et juhtida küsitlust (Creswell 2003).

2.3 Valimi kirjeldus

Kvalitatiivse poolstruktureeritud intervjuu valimi moodustasid 12 sünnitusjärgset depressiooni põdenud ema. Lisaks kuulusid valimisse kaks praktiseerivat spetsialisti. Ekspertintervjuud viidi läbi ühe praktiseeriva psühholoogiga ja ühe praktiseeriva sotsiaaltöötajaga. (Tabel 1)

Tabel 1. Ekspertintervjuu respondendid

	Eriala	Tööstaaž
Rs	Praktiseeriv sotsialtöötaja	4 aastat
Rp	Praktiseeriv psühholoog	3 aastat

Praktiseerivad spetsialistid valiti seetõttu, et töö autor pidas oluliseks saada ülevaade sünnitusjärgse depressiooni valdkonnast ka eksperdi pilgu läbi. Ekspertintervjuudega püüti anda lühike ülevaade, kuidas näevad spetsialistid sünnitusjärgse depressiooni olemust.

Põhirõhk on asetatud töö autori poolt emadega läbiviidud intervjuudele. Respondendid olid pärit enamjaolt Tallinnast, kus 2004. aastal moodustati kolme ema eestvedamisel depressioonis emade jaoks tugirühm. (Tabel 2)

Tabel 2. Individuaalintervjuu respondendid

	Respondendi vanus lapse sünni hetkel	Möödunud aeg sünnitusest	Laste arv peres	Kasvatab last
R1	27	3,5 aastat	1	Koos lapse isaga
R2	20	2 aastat	1	Koos lapse isaga
R3	31	3 aastat	1	Koos lapse isaga
R4	24	3 aastat	1	Koos lapse isaga
R5	22, 26	5 aastat esimesest	2	Koos lapse isaga
R6	28	2,5 aastat	1	Koos lapse isaga
R7	24, 26	4 aastat esimesest	2	Koos lapse isaga
R8	25	2,5 aastat	1	Koos lapse isaga
R9	26	2 aastat	1	Koos lapse isaga
R10	27	4 aastat	1	Koos lapse isaga
R11	22, 23, 26, 35	12 aastat esimesest	4	Koos lapse isaga
R12	19, 20	4,5 aastat esimesest	2	Koos lapse isaga

2.4 Andmete kogumine

Andmete kogumisel kasutati mõlema valimi (emad ja eksperdid) puhul kvalitatiivset poolstruktureeritud intervjuud. Töö autori poolt koostati intervjuuküsimused, mis aitasid leida vastust püstitatud uurimisküsimustele.

Kvalitatiivne intervjuu keskendub respondentide kogemuste sisule või iseloomulikele joontele, eesmärgiks on leida need iseloomulikud jooned ja nende sotsiaalne organiseeritus (Charmaz 2002).

Oluline on, et intervjuu aitaks leida vastuseid püstitatud intervjuu küsimustele, see tähendab, et ettevalmistatud teemad saaksid käsitletud, kuid intervjuu käigus on võimalik arendada ka respondentide poolt algatatud asjakohaseid teemasid (Fontana & Frey 1998). Intervjuude käigus püüti välja selgitada respondentide arvamusi, vaateid ja ootusi.

Ekspertintervjuu eripäraks on, et huvi pole mitte isikul, vaid isiku võimel olla ekspert mingis valdkonnas või tegevuses (Flick 1998).

Intervjuud viidi läbi töö autori poolt koostatud poolstruktureeritud intervjuu küsimustiku järgi. Töö autori poolt koostati andmete kogumiseks 27 poolstruktureeritud intervjuu küsimust (Vt lisa 1) ja seitse poolstruktureeritud ekspertintervjuu küsimust (Vt lisa 2).

Esimeste küsimuste bloki kaudu uuriti vastajate taustinformatsiooni. Teine küsimuste blokk sisaldab põhiküsimusi, mis puudutab respondendi kogemusi, suhteid, hoiakuid, arvamusi ja esilekerkinud probleeme. Lisaks arvestati ka intervjuu käigus esilekerkinud teemadega.

Intervjuud emadega viidi läbi 2005. aasta detsembris ja 2006. aasta jaanuaris, kokkulepitud päevadel ja kellaajal. Intervjuud viidi läbi respondentile sobilikus kohas. Ühe intervjuu kestus oli keskmiselt 60 minutit. Intervjuu eesmärk ja läbiviimise kord oli tutvustatud eelnevalt esimese kontakti käigus.

Respondendi nõusolekul kasutati diktofoni kuhu salvestati tekst, mis koosnes intervjuueeritavatele esitatud küsimustest ja intervjuueeritava vastustest. Salvestus transkribeeriti protokollidena kirjalikuks tekstiks, mida kasutati hiljem analüüsimiseks ja interpreteerimiseks. Intervjuu käigus küsimused aeg-ajalt muutusid, tekkis uusi lisaküsimusi, mõnel juhul muutus ka küsimuste järjekord ja mõnel juhul andis intervjuueeritav üheaegselt vastuse mitmele küsimusele. Peale esimest intervjuud korrigeeriti intervjuu küsimusi, et viimased oleksid paremini mõistetavad järgnevate intervjuude läbiviimisel. Lähtuvalt põhjustatud teooriast on selliselt lisanduvate küsimuste kasutamine võimalik.

Intervjuude läbiviimisel peeti oluliseks avatud ja sooja õhkkonna loomist, et respondent saaks rääkida sellest, mis on tema jaoks tähtis. Respondendid olid koostöövalmid ja koostöösuhete saavutati kergesti. Selle põhjuseks võib olla tahe antud teemal kellegagi rääkida. Emad olid intervjuu andmise suhtes positiivselt meelestatud ning rääkisid põhjalikult ja avatult oma muredest, probleemidest ning intervjuu läbiviimisel probleeme ei tekkinud. Ka eksperdid olid intervjuus osalemise suhtes positiivselt meelestatud.

Intervjuu lõpus küsiti respondentide arvamust intervjuu suhtes. Kuna käesolevat teemat on vähe uuritud ja emad ise olid huvitatud selle valdkonna uurimisse kaasa aitama, siis oli heameel tõdeda, et kõigil juhtudel peeti seda positiivseks. Käesolevas uurimuses osalevatel emadel oli kõigil olulisel kohal saada uurimistulemustest tagasiside, tagasisidest olid huvitatud ka eksperdid. Ka eetilises mõttes on vajalik tutvustada uurimistulemusi respondentidele ja ekspertidele. Tagasiside uurija poolt näitab üles usaldust.

Igale intervjuueeritavale tuli läheneda individuaalselt, kõikidele respondentidele ei saanud küsimusi samas järjekorras esitada. Oli momente, mil tõin mõne näite oma elust, kuna olen ise enneaegse lapse ema. Rääkisin intervjuueeritavatele oma tundeid ja kogemusi. Selline omapoolsete kogemuste väljatoomine oli oluline seetõttu, kuna see lõi emade jaoks usaldusväärsema õhkkonna.

2.5 Empiirilise materjali analüüsi meetod

Andmete analüüs toimus lähtuvalt põhistatud teoriast, selle meetodi järgi koosneb andmete analüüsimise protsess mitmest faasist. Põhistatud teooria põhiideeks on lugeda kogutud materjali andmebaasi ja „avastada“ erinevusi (kategooriaid, kontseptsioone ja omadusi) ja nende omavahelisi seoseid. Võime tajuda erinevusi ja suhteid on määratletud ära terminiga „teoreetiline sensitiivsus“ ja seda mõjutavad mitmed asjaolud, sealhulgas kirjanduse lugemus ja sensitiivsuse rõhutamise jaoks vajaliku tehnika kasutamine (Patton 2002).

Avatud kodeerimine on analüüsi osa, mis tegeleb tekstis leitud nähtuste identifitseerimise, nimetamise, kategoriseerimise ja kirjeldamisega. Avatud kodeerimise puhul on iseloomulik avatus, see on väiksema ulatusega ja see ongi kodeerimise eripära. Analüütilise protsessi osaks on identifitseerida üldisemaid kategooriaid kui seda on nimetatud sõnade taga olevad institutsioonid, sotsiaalsed suhted ja sotsiaalsed tulemid. Pidev võrdlemine on protsessi sisuks. Tuleb identifitseerida kategooriad (laias laastus pakutud ekvivalent teemade või erinevuste kohta) ja nende omadused (alamkategooriate mõju) (Patton 2002). Seega esmane määratlemine ehk avatud kodeerimine on avastuslik, andmeid otsiv. See on teksti interpreteerimise esimene samm. Selle puhul genereeritakse kategooriate ja nende omaduste olulist kompleksi. Luuakse mõisteid, mis ilmnevad andmetest ja uurija teadmiste kontekstist.

Analüüsiprotsessi ehk telgkodeerimise etapis tuuakse välja suhete ja erinevuste näited eesmärgiga tuua välja kõige ekstreemsemad erinevused dimensioonide tasemel. Moodustatakse andmetest uuel moel paradigmad, mille hulgast leitakse telg ehk keskne fenomen, selgitatakse välja põhjuslikud tingimused, määratakse kindlaks strateegiad, määratletakse kontekst ja kontekstivälised tingimused ning lõpuks kirjeldatakse fenomeni tagajärgi (Patton 2002).

Avatud kodeerimisel saadud kategooriate vaheliste suhete selektiivse kodeerimise käigus toimub olulisemate kategooriate eristamine. Kinnitatakse põhilised teemad ja jäetakse välja väheolulised kategooriad. Uurija defineerib keskse süžee, mis ühendab telgkodeerimisel saadud kategooriaid (Patton 2002).

2.6 Kodeerimine ja analüüs

Charmaz'i (2002) järgi kodeeriti intervjuude käigus kogutud materjal algul võtmesõnade alusel, edasi kodeeriti koondvalt, kasutades kõige sagedamini esinevaid esmaseid koode. Andmed kodeeriti mõistesse, andmetest eraldati oluline ja grupeeriti teatud mõistesse. Identifitseeriti kategooriad ja alamkategooriad. Püüti luua arusaama, mis uurib sarnasusi ja erinevusi paljude erinevate juhtumite vahel.

Materjali läbitöötamisel tekkisid emadega läbiviidud intervjuude puhul alateemad koos koodidega:

I Koostöö kujunemine personaliga sünnitusmajas

- *hinnangud* – ootused personali suhtes;
- *ootused* – koostöö olulisus alates sünnitusmajast;

II Lähisuhete muutumine

- *tähendus* – erinevad arusaamad, mis tekkisid raseduse ajal ja sünnitusjärgselt;
- *mõjutegurid* – raseduse ajal ja sünnitusjärgselt elu mõjutanud tegurid;
- *muutused elukorralduses* – pere argipäevas toimunud muutused nii raseduse ajal kui sünnitusejärgselt;

III Sünnitusjärgne depressioon ja selle avaldumine

- *teadlikkus* – erinevad arusaamad sünnitusjärgsest depressioonist;
- *süüitunne* – negatiivsed tunded, mis tekivad;
- *sündmused* – sündmused, mis mõjutavad depressiooni teket;

IV Sotsiaalse võrgustiku olemasolu

- *sotsiaalse võrgustiku liikmed* – inimesed, kes kuuluvad toetajate hulka;
- *rollid* – sotsiaalse võrgustiku olemus;
- *vajadus* – sotsiaalse võrgustiku vajadus raseduse ajal ja sünnitusjärgselt;

V Informatsioon sünnitusjärgse depressiooni puhul

- *vajadus* – informatsiooni vajadus, mida ema vajaks sünnitusmajas peale lapse sünni;
- *positiivsed tegurid* – ema ettekujutusena muutused süsteemis, et lapse sünnitamine oleks positiivsem kogemus;
- *sotsiaalteenused* – võimalikud sotsiaalteenused vastsündinute osakonnas;
- *psühholoogiline nõustamine* – haiglaperioodil psühholoogilise nõustamise vajalikkus.

Materjali läbitöötamisel tekkisid ekspertidega läbiviidud intervjuude puhul alateemad:

I Lähisuhete muutumine

II Sünnitusjärgse depressiooni tekkepõhjused

III Mõju lapse arengule

IV Sotsiaalse võrgustiku olemasolu

V Sotsiaaltöötaja vajalikkus

III UURIMISTULEMUSTE ANALÜÜS

Intervjuudest näidetena toodud tsitaadid on kursiivkirjas. Tsitaatide ees respondenti tähistav kood (R) ja number. Kui tsitaadist on välja jäetud lauseid, siis on see tähistatud märkega /.../. Tsitaatidest on välja jäetud lauseid, et edasiantav mõte oleks paremini mõistetav. Emadega läbiviidud intervjuude käigus kogutud andmed on jagatud viieks alateemaks: koostöö personaliga sünnitusmajas; lähisuhete muutumine ja kujunemine sünnitusjärgselt; sünnitusjärgne depressioon ja selle avaldumine; tugivõrgustiku olemasolu; informatsioon sünnitusjärgse depressiooni puhul.

Ekspertidega läbiviidud intervjuude käigus kogutud andmed on jagatud viieks alateemaks: lähisuhete muutumine; sünnitusjärgse depressiooni tekkepõhjused; mõju lapse arengule; sotsiaalse võrgustiku olemasolu; sotsiaaltöötaja vajalikkus.

3.1 Koostöö personaliga sünnitusmajas

Hinnangud

Enamuse uuringus osalenud respondentide seas oli hinnang sünnitusmaja personaliga koostööle negatiivne. Respondentide hulgas oli neid, kes ei osanud oodata personali poolt nii negatiivset suhtumist, mille osaliseks nad tegelikult said. Negatiivsena märgiti ära juhendamise puudulikkust. Tulemused näitasid, et oluline on omandada teadmised, oskused ja enesekindlus, et toime tulla.

R 5

/.../ haiglapersonal jättis küll soovida. Sellest hetkest, kui me sünnitama läksime (mehega koos), ei kohanud mina ühtegi normaalse, sõbraliku suhtumisega arsti-õde. /.../ Nende jaoks oli see rutiin ja suhtumine oli selline nagu ma peaks kõike juba teadma ja nagu ma käiks iga päev sünnitamas.../.../

R 9

/.../ negatiivseid kogemusi oli päris palju. /.../ Valudega lasti mul vanni minna ja kui ma seal välja tulin, küsis mul mees, et kas hiljem võib veel minna, mille peale meile nähvati, et vesi on kallid. /.../ pärast kui valud olid juba päris suured küsisime, kas mingit valuvaigistit ei saaks, selle peale öeldi, et peabki valus olema ja marsiti uksest välja. /.../ kui beebi juba käes oli hakkasid järgmised prohmakad tulema. /.../ kui laps toodi minu juurde peale sünnitust ja pidin talle rinda andma, ei õpetatud mind kuidas

õigesti teha, vaid nähvati, et laps ei saa ju rinda nii kätte ja oligi kõik, kogu minu imetamisnõustamine. /.../

Heitlike oludega ning sisemise ebakindlusega püüti küll hakkama saada, aga emade poolt oli oodatud emotsionaalne toetus, mida peeti ülioluliseks.

R 7

/.../ Haiglas oli ka ebaviisakaid õdesid, kes ilmselgelt ise polnud seda kõike läbi elanud, mida meie elasime. Olid väga kurjad ja järsud, ei arvestanud meie emade haavatavusega tol hetkel. /.../

R 9

/.../ Ühesõnaga kõik, kes meil seal palati uksest sisse astusid sisestasid rohkem ja rohkem mulle, et ma olen mingi saamatu ema, see oli see mida mina tundsin.../.../

R 1

/.../ kahetised tunded, kuna sünnitus ei läinud nii nagu plaanitud. Mind võeti kui objekti, kellel oleks vaja asi kiiresti ära ajada. /.../ sain noomida, et ma karjun...samas ma ei karjunud tahtlikult, see karje tuli minu seest. Kuna suhtumine ei olnud soe, siis tuli minu sisse hirm.../.../ personali pilgud olid etteheitvad, arst oli närvis.../.../ oleksin vajanud tuge, seda ma aga ei saanud. Arst ütles mulle, et ise olen süüdi, et sõin oma lapse nii suureks (raseduse ajal olin juurde võtnud 22 kg). /.../...kui järgmisel päeval sünnitas keegi lapse ilma karjeteta, siis tabas mind häbitunne...Häbi oli nii lapse ees, personali ees, kui üldse inimeste ees. Häbi ja masendus.../.../ kuna laps oli väga rahutu, siis oli mul lapse ees väga häbi ja see viis omakorda masenduseni. /.../

Respondendid olid pettunud, et ei olnud võimalik haiglapersonalile toetuda, neilt abi ja tuge saada. Üldise mõttena respondentide poolt võib välja tuua, et arstid peavad olema tunnetega inimesed, kes sünnitusi vastu võtavad.

R 4

/.../ Rahulolu paraku ei olnud.../.../ kuna mu neiupõlvenimi oli vene kõlaga, siis eeldati, et ma olen venelane ja ämmaemand hakkas mulle kohe vene keeles rääkima.../.../ osad dokumendid olid veel neiupõlvenime peal ja siis oli see suhtumine just vanemate prouade poolt halvem /.../

R 7

/.../ Sünnitust vastuvõttev arst oli meesterahvas, väga ülbe, närvis minu sünnituse ajal suure suuga nätsu, see vastik vaatepilt on mul siiani silme ees.../.../ ja siis mõnitas mind, et kuidas ma küll oma esimese lapse sünnitatud sain kui ma nii hädapätakas olen. /.../

Üks respondentidest väljendas enda sattumist täiesti ootamatu suhtumise osaliseks, mis tekitas masendust lisaks murele oma enneaegselt sündinud lapse pärast.

R 4

/.../...ja kuna mu laps oli enneaegne ning küsisin ämmaemandalt enneaegsete laste kohta, siis mulle öeldi, et kõik enneaegsed lapsed on äbarikud nuhtluseks iseendale ja oma vanematele.../.../

Respondendi jutu kohaselt soodustas enneaegse lapse sünd emotsionaalse pinge süvenemist. Kuna see kutsus esile niigi tugeva psühhotrauma, siis suhtlemisel personaliga tekkis emal raskusi just vajaliku informatsiooni saamisel ja omandamisel. Sellises olukorras olid närvid pingul ja ei saanud koheselt aru informatsioonist, mis edastati. Palju sõltus sellest, kuidas meditsiinitöötajad selgitusi tol hetkel jagasid.

R 4

/.../...räägiti meditsiiniliste terminitega kõik pikk jutt ära, ma ei saanud peaaegu mitte midagi aru. Sain aru, et laps on torude all ja talle oli tehtud vereülekanne ja üsna hirmutav oli.../.../

Oli ka positiivseid muljeid ja rahulolu respondentide poolt, mis selgus nende emade poolt, kes on sünnitanud erakliinikus.

R 8

/.../ Personal oli lahke ja vastutulelik. /.../ valves oleva ämmaemandaga me kontakti küll saavutada ei suutnud, me lihtsalt ei klappinud omavahel. Midagi valesti ta ei teinud, kuid oma suure agarusega sundis kõike peale. /.../

R 10

/.../ see oli kõik väga super. Ma jäin väga rahule, ma käisin erahaiglas sünnitamas, ma just tahtsin seda, et vähe rahvast.../.../ mõnus olme ja sealt ma sain rahulolu.../.../

Paljud respondendid avaldasid arvamust, et sünnitusmajas võiks olla küll psühholoog, kes kuuluks meeskonda, kui kellelgi on vaja rääkida oma hirmudest ja muljetest.

R 5

/.../ ...ja ma arvan, et kõigil naistel oleks vaja, et keegi neile seljale patsutaks kasvõi ütleks kui tublid nad on ja tulevikus saavad olema. /.../

R 11

/.../ Mina arvan, et paljud naised sooviksid kasvõi lihtsalt rääkida, et oma süsteemist välja saada.../.../

R 7

/.../ Oleks vajanud kedagi, kes oleks kuulunud ära mured, hirmud.../.../

R 10

/.../ Haiglas võiks keegi öelda juba, et kui sa nagu tunned, et midagi on valesti, siis tule mu juurde. See oleks mind küll aidanud ja seda haiglas ei olnud. Seal erahaiglas on olemas küll psühholoog ja psühhiaater, sünnitajaid on seal vähe ja neil ei ole ju raske ära kuulatagi, see oleks aidanud küll jah. /.../

Mõnede respondentide poolt märgiti ära, et nad ei osanud midagi tahta, kuid nüüd tagantjärele rõhutati just puudulikku koostööd. Abitust ja hirmu aitaksid vähendada antud juhised ja informatsioon. Informatsioonilist ja emotsionaalset toetust peeti oluliseks.

R 2

/.../ Ma arvan, et võiks anda rohkem emale ülevaadet sünnituse käigu kohta ning arvestada pisut rohkem ema soovidega. /.../

R 9

/.../ Keiserlõiget võidaks teha ema soovil.../.../

R 2

/.../ Lapsele tehti ilma minu küsimata vaktsiinist. /.../

R 5

/.../ Vaenulik suhtumine oli kui ma ei tahtnud last imetada. /.../

Intervjuudest selgus, et enamus respondente on jõudnud arusaamisele kui vajalik oleks olnud tõhus koostöö meditsiinipersonali ja ema vahel. Respondentide jutu kohaselt kui koostöö tol hetkel oleks sujunud efektiivselt ja tõrgeteta, oluks see suureks abiks emadele. Respondentide seas kujunes valdavaks seisukoht, et sünnitusmaja personal peaks omama palju enam vajalikke strateegiaid ja oskusi, kuidas sünnitama tulnud naisega käituda. Saavutama peaks selle, et sünnitama tulnud naine tunneks end turvaliselt ja peaks vankumatult kõigele vastu.

Intervjuude põhjal tekkis tunne, et naised, kes tänapäeval sünnitavad, kuuluvad uue põlvkonna juurde, mis seab endale suuremaid ootusi oma eluks ja ennast väga vähe

traditsiooniliste emaduse müütidega identifitseerib. Nende naiste sotsiaalsed rollid ei piirdu ainult abikaasa ja ema rolliga, vaid nad lähenevad iga oma elu aspektile kriitiliselt. Kui nad satuvad segadusse sellest, et mõned nende emadusepildi üksikasjad ei sobi kokku, siis otsivad nad energiliselt uusi vastuseid.

Ootused

Käesoleva uurimispunkti kohta oli respondentidel väga sarnane arusaam. Koostöö sünnitusmajas haiglapersonaliga peaks algama juba haiglasse saabumise hetkest. Oluline on lähtuda kliendi olukorrast ja temale vajaliku toetuste ning hoolduse pakkumise korraldamisest. Toimiva koostöö abil saab tagada rahulolu emale ja probleemid leiavad lahenduse omavahelises meeskonnatöös. Toodi välja, et ei saa piirduda ainult sellega, kui laps on ilmale tulnud, siis on ülesanne personali poolt täidetud. Oleks hea kui hoolitsetaks ka naise eest peale sünnitust, tuntakse huvi tema vastu.

R 2

/.../ Ma arvan, et personal võiks anda rohkem emale ülevaadet sünnituse käigu kohta ning arvestada pisut rohkem ema soovide ning vajadustega. /.../

R 1

/.../ sünnitusosakonnas võiks töötada inimesed, kes teevad oma tööd südamega, mitte ei koheldaks sind kui tüütut karjuvat patsienti, kellega oleks hea asi ruttu joonde ajada. /.../

R 6

/.../ Keegi võiks tulla ja küsida särasilmselt kuidas läheb, mida tunned, millest puudust tunned, mida teada tahaksid jne. /.../ Minus tärkas paanika juba haiglas, et miks keegi ei tunne mu lapse ja minu vastu üldse huvi. /.../

R 10

/.../ Jah, paljudel hakkavad probleemid pihta juba seoses personaliga. /.../

R 5

/.../ Mina pean oluliseks, et arstid oleksid isiklikumad, see tähendab, et oleks tunda, et nad on sinu jaoks seal. /.../

Respondendid pidasid oluliseks, et probleeme ei teki nii palju ja olemasolevad probleemid leiavad lahenduse kui sünnitusmaja personal on huvitatud kliendi käekäigust ja on huvitatud tegema koostööd, et saavutada rahulolu kliendi seisukohast. Kliendi vajaduste rahuldamise seisukohast on oluline ka efektiivne koostöö erinevate spetsialistide vahel. Rahulolu tekib

emade arvates kui ta saab teavet ja tema vastu tuntakse huvi. Oluline on, et emad ei tunneks ennast sünnitusmajast lahkudes võimetuna nii enda kui ka lapse eest hoolitsemises. Abi vajavad eelkõige emad, kellel on sündinud terviseprobleemidega laps, kuid respondendid pidasid oluliseks toe ja informatsiooni pakkumise ka tervete laste vanematele juba alates sünnitusmajas viibimisest. Eelkõige esimese lapse sünd on palju muutusi kaasatav sündmus, siis ollakse abitud ja hirmunud, kuna puuduvad igasugused varasemad kogemused lapse eest hoolitsemises.

3.2 Lähisuhete muutumine

Tähendus

Sünnitusjärgselt kirjeldati läbikukkumise ja mittehakkamasaamise tunnet. Raseduse ajal toodi välja ärevus ja paanika. Mõne jaoks asendus see kartusega olla maha jäetud, samas oli vähenenud soov füüsiliseks kontaktiks partneriga.

R 7

/.../...ei saanud minust eriti aru, meeste ja naiste mõttemaailm võib olla väga erinev. /.../

R 5

/.../ Mehega eriti kerge ei olnud, kuna ma olin raseduse ajal juba nii emotsionaalne, et iga asi ajas nutma ja ma vist olin päris võimatu, kuigi see hetk tundus mulle, et minule tehakse ülekohut. Tunded olid nii seinast seina, et üks hetk ma tundsin, et nüüd on viimane piir, pakin asjad kokku ja lähen. /.../

R 12

/.../ Esimese raseduse ajal oli pisut pingelisem, kuna olukord oli nii mulle kui mehele uus ja tundmatu. Minul tekkis väga suur tõrge igasuguse läheduse vastu. Nii füüsilise kui vaimse.../.../

R 4

/.../ Vanematega läksid asjad halvaks pärast seda kui ma enesetapukatsega sattusin psühhiaatriakliinikusse. Nemad süüdistavad mind oma elu ärarikkumises minu draamategemisega. /.../

R 9

/.../ Mehega muutusid suhted juba raseduse ajal ja ei olnud just mitte kõige paremad. Ta võttis nagu sellise hoiaku, et ma võtaks ennast kokku, kõik ju saavad lapsi ja kõik saavad hakkama, on roosad ja rõõmsad edasi. Ise ta aga tuge ei pakkunud, ta on alati olnud selline tõsine ja kinnine, et sealt polnudki midagi oodata. /.../

R 10

/.../ Probleem on mehega omavahelistes suhetes, ta on muutunud masendunuks. Tema arvas ja ootas, et kõik läheb nagu sama rada pidi edasi, et ma olen selline ilus ja hoolitsetud, tuba läigib ja ma olen nagu superema. /.../

Intervjuude käigus tuli respondentide jutust välja, et partner tõlgendas depressioonisümptomeid kui äratõuget, aga sisemuses naised andsid signaali, et nad vajavad tegelikult abi.

R 8

/.../ Lähisuhted olid keerulised raseduse ajal ja peale sünnitust muutusid veel keerulisemaks. Ma ootasin abi, aga ei osanud seda küsida. Kuna toetus puudus, muutusin kaasinimeste vastu kurjaks ning see muutis suhted veelgi halvemaks. /.../

R 1

/.../ Lihtsalt sain aru, et ma ei suuda enam üldse mehele keskenduda.../.../

Respondendid ei osanud perekriisi ette näha. Kui tekivad konfliktid, siis partnerid kannatavad väga reaalse suure vastutuskoorma all ja füüsilise koormuse all. Respondentide jutu põhjal tekkis tunne, et nad justkui olid loonud endale uued ettekujutused sellest, mis tähendab olla naissoost ja meessoost. Lähtuvalt olukorrast ei saanud naised mehest aru ja mehed ei saanud naisest aru.

Mõjutegurid

Ühe respondendi puhul esines kartus, et partner võib tervisehäire tõttu surra.

R 4

/.../ Vahepeal tekitas suurt muret, et mehel oli südame probleem, ma kartsin, et temaga juhtub midagi ja lisaks kõik muu ning lõpuks kasvas kõik ülepea. /.../

Tuli välja, et ka isadel on kalduvus depressioonile, kui partner on masenduses. Selle põhjal võib väita, et depressioon isade seas sünnitusjärgselt näitab kuivõrd haavatavad on pered.

R 3

/.../ Mees sai ise suurekujulise depressiooni peale lapse sünni ja see ei ole tal siiamaani üle läinud. Kogu tema elu olevat pea peale keeratud ja...Jah mul on selline tunne, et väga palju selle depressiooni puhul annab kaasa see, et milline mees sul kõrval on ja kuidas tema sellega hakkama saab. /.../

R 9

/.../ Abikaasa on muutunud ka masendunuks ja oma perega ma ei tunne ennast hästi, sest nad hakkavad tüütama igapäevaste telefonikõnedega ja selliste nõuannetega, millest üldse kasu pole. /.../

Respondentide poolt olid rõhutatud erinevad arusaamad ja mõistmine, mis sai alguse juba raseduse ajal.

R 9

/.../ Eelkõige ootasin tuge ja mõistmist mehelt, mida ma ei saanud.../.../

R 6

/.../ Ma ikka karjusin mehe peale päris tihti kui ta lõpuks koju tuli. Emotsioonid olid täiesti laes.../.../

Samal ajal kui ühed respondentidest nautisid oma rasedust ja olid eufoorilises meeleolus, siis oli neid, kes ennast väga halvasti tundsid. Seega omaette probleemina toodi välja rasedusaegsed tervisehädad.

R 6

/.../ Esimesed kolm kuud lamasin – raseduse katkemise oht oli väga suur, jäin raseduse esimesel trimestril kõrgesse palavikku ja põletiku näitaja oli kõrge.../.../

Raseduse ajal alguse saanud erinevused abikaasade vahel jätkusid ka peale lapse sündi. Mõned respondendid olid veendumusel, et paljud paarid väikeste lastega lähevad lahku, sellepärast, et ei saa enam hakkama suurte muutustega oma elus. Toodi välja intiimsuse kadumine abielust, huvi kaotus üksteise vastu, sest lihtsalt kogu energia on suunatud lastele ja tekibki olukord, kus ei pöörata enam tähelepanu oma suhtele.

R 1

/.../ Aasta pärast lapse sündi, kui me suhted läksid järjest halvemaks, tekkis mehel uus naine. Ka süvendas depressiooni. Tööleminek aitas olukorraga toime tulla. /.../

Igapäevapinged ja emotsionaalne surve võivad muutuda nii tugevaks, et mõned emad mõtlevad koguni enesetapule. Uuringus osalejatest jõudis sellise piirini välja üks respondentidest.

R 4

/.../ Pinged olid kasvanud nii suureks, esimene aasta oli töö ja töö, lapsega arsti vahet kogu aeg, kuna laps oli enneaegselt sündinud. Kurbus oli peal, vahepeal oli tunne, et ei taha enam elada, aga ei saanud sinna midagi parata ja lihtsalt öelda, et ma ei tunne enam nii.../.../

Muutused elukorralduses

Tulemuste põhjal võib öelda, et muudatused abikaasade vahelistes suhetes tekkisid mõnel juhul juba raseduse ajal, kuna toimusid ka emotsionaalsed muudatused. Paljudel juhtudel tuli intervjuudest välja häirunud abielusuhted. Sünnitusjärgne depressioon mõjutas suhteid kõigis kooselu aspektides.

R 9

/.../ Aega mehega on vähem, asjad lapsekindlalt, see tähendab ebamugavalt paigutatud, päevakava on teine. Suhted on pingelisemad. /.../

Respondendid väljendasid oma pettumust, et raamatutes on tihti palju vähem toodud ära koormust, mis tekib lapse saamisega. Soovitatakse kannatust, teineteise mõistmist ja sallivust probleemides, mida üks partneritest peab läbi elama. Respondendid väljendasid justkui soovi need aegunud ja valed müüdid ümber lükata. Kuid tegelikult ei suudeta abieluvajadusi, sotsiaalseid ja seksuaalseid vajadusi uute koormustega ja nõudmistega kokku viia.

R 10

/.../ Suhted mehega olid raseduse ajal küll head, aga peale sünnitust võiksid paremad olla. Jah...mina ei uskunud, et lapse saamine elu nii palju muudab, ajakirjandus just rõhutab, et laps sulandub su ellu ja kõik, olete superemad edasi ja midagi ei muutu, muutub küll ja hästi palju, mina ei olnud selleks valmis, üldse ei olnud valmis.../.../

R 1

/.../ Suhted mehega muutusid halvemaks, kuna magamatus tegi oma töö. Mees muutus mulle vastumeelseks, me ei seksinud pea aasta peale lapse sündi. /.../

R 5

/.../ Ei oskagi öelda, mis meil muutunud on...kõik on nii radikaalselt muutunud ja mitte paremuse suunas. /.../

Enne lapse sündi oli abielusuhetes respondentidel aega teineteise jaoks, abielu kujunes kahe täiskasvanud inimese päevaplaani järgi, nende tööpäeva järgi. Stress ja emaks saamise ümberkorraldused osutusid nii kõrgeks, et nad ei saanud enam hakkama.

R 8

/.../ Peale lapse sündi puudub aeg minu ja mehe jaoks. Ehk meil ei ole enam võimalik midagi kahekesi olla, isegi hetki mil rahulikult rääkida saame on väga vähe. Alati arvasin, et laps toob naise ellu täiuslikkuse tunde. Tegelikult on lapse sünd toonud minu ellu kaasa rohkem üksindust, stressi ja muresid. Mees tõmbus endasse ja elas omas maailmas, väites, et teeb tööd. Tegelikult istus jututubades, mängis mängu jne. /.../

R 3

/.../ Pinged on mul ainult suhtest ja selles, et ma ei osanud seda nii väga oodata. Mees tunneb, et kogu maailm on nüüd tema vastu, ta on suur kibestumus ise. Meeletu pinge ja rohkem turtsu, nagu teine inimene oleks kõrval. /.../

Mõnel juhul sai heameelega tõdeda, et peresuhted olid raseduse ajal ja peale sünnitust normaalsed või muutunud lähedasemaks, aga majanduslik olukord tekitas pingeid.

R 12

/.../ Peresuhted on muutunud lähedasemaks. Majanduslik olukord sedavõrd pingelisemaks, et ei saa lubada selliseid suvalisi väljaminekuid. Täidame iga kuu eelarvet, et ei tekiks sellist olukorda, kus nädal enne palga saamist poleks raha, et süüa osta. /.../

R 2

/.../ tekib pidevalt tunne, et nüüd ma oleni lapsega eluks ajaks koju aheldatud ning mul puudub igasugune võimalus normaalseks karjääriks. /.../

R 1

/.../ Ma läksin tööle, kui laps oli 1,3 aastane. Pidin minema majandusliku olukorra tõttu – emapalk kadus ära. Suve saime hakkama, elasime ämma juures maal. /.../

R 6

/.../ Lapse sünd muutis kogu meie pereelu. Täielikult muutus elukorraldus. Lapsega kodus olles oli majanduslikult väga raske, sest mina ei saanud emapalka. Oma korter, mehe sissetulekust elamine. Kui mina tööle läksin siis olukord paranes tunduvalt. /.../

R 11

/.../ Muud suhted on meil nagu hästi, me oleme võib-olla sellised rääkijad tüübid, aga peale lapse sündi sellised korralduslikud asjad tuli ümber mõelda. Mida teha, mida kui palju teha ja mida on kindlasti vaja teha. /.../

R 8

/.../ alguses olid rahaasjad väga keerulised. Mehe äri veel sisse ei toonud, aga emapalka me veel siis ei saanud. Siiani ei saa aru, millest me siis elasime. /.../

R 4

/.../ Eks on kõik selliseks kaootilisemaks läinud, vastutusrikkamaks on läinud, segasemaks on läinud ja muidugi raha on vähem ikka ka.../.../

Kuna ema uues rollis ja keset uusi kohustusi on naised närvilisemad ja kõikuvamate tujudega, siis kaasneb sellega emotsionaalne laostatus. Respondendid avaldasid oma ebameeldivust vabadusekaotuse üle, mida nad tundsid emaduse puhul. Samas tunnetasid nad võimetust sisse elada emarolli, mida nad olid endale ette kujutanud. Konflikt ettekujutuste ja sellest küllaltki palju erineva reaalsuse vahel osutus psüühiliseks koormuseks, mis tekitas depressiooni ja raskuse olla vanem.

R 5

/.../ Mul oli selline tunne, et ma olen kuskil augus ja sealt välja enam ei saa. Lihtsalt ma ei suutnud tulevikus näha mitte ainsatki päikesekiirt. Kõik tundus nii tume ja see iga hetkega järjest süvenes ja süvenes. /.../

R 2

/.../ Muudatused on pigem emotsionaalsel tasemel. Vähem aga teineteise jaoks partneriga. See on minu arvates kõige suurem ja probleemsem teema. /.../ Arvan, et oma osa oli ka sellel, et vahetasin töökohta. Mulle meeldis uus töö, nautisin seda. Tegin pikad päevad ja siis järsku koju. Koju jäämine oli üsna šokeeriv.../.../

Depressioon ise, sünge meeleolu, millest ei saadud lahti ega osatud seletada, küsimused oma eluolu ja tuleviku kohta, see kõik osutus piinavaks. Respondentide nägemuse järgi on lapse sünd üks erakorraline kriisifaktor elus, kui silmas pidada, missuguste vajadustega, unistustega ja ootustega nende lapsesoovalgusest oli seotud. Kuna oluliseks sotsiaalse toimimise aspektiks on lähisuhete olemasolu ja nendega rahulolu, siis intervjuude põhjal võib väita, et sünnitusjärgne depressioon mõjub laostavalt nii emale endale, lapsele ja abikaasale, seega kogu perele tervikuna.

3.3 Sünnitusjärgne depressioon ja selle avaldumine

Teadlikkus

Emad ei olnud eriti teadlikud sünnitusjärgsest depressiooni vormist. Nad kinnitasid kõik, et seda probleemi on vaja aktsepteerida kui reaalselt probleemi. Kuna tegelikkuses esineb sünnitusjärgset depressiooni, siis peaks see olema mõistetav laiaades ringkondades.

R 2

/.../ Otseselt polnud eriti midagi kuulnud. Niipalju kui ühes perekooli loengus räägiti, et võivad olla meeleolukõikumised ja soovitati abikaasadel olla kannatlik. /.../

R 10

/.../ Kui aus olla, siis midagi polnud kuulnud. Arvasin, et see on depressiooni vorm, aga pidasin seda kurvameelsuseks. Minu sünnitusjärgne depressioon väljendus eelkõige kurjuses ning negatiivsuses vaheldumisi täieliku apaatsusega, mil soovisin vaid voodis magada. /.../

R 1

/.../ arvasin, et sünnitusjärgne depressioon on selline, et ei taha lapsega üldse tegeleda. Selline nagu tavaliselt filmides näidatud. Samas minul oli nii, et lapsega tegelesin palju. /.../

R 6

/.../ Ei olnud midagi kuulnud ega osanud sest ka miskit arvata.../.../

R 11

/.../ Esimese lapse sünni ajal ei olnud üldse kuulnud, aga peale seda kuna mul peale esimese lapse sünni kohe sünnitusjärgne depressioon väga tugevalt tekkiski, siis ma läksin kui ta oli poole aastane psühholoogi juurde. Kui teine laps sündis, siis ma juba teadsin seda. /.../

R 5

/.../ Raseduse ajal õdedega sain rääkida küll, aga ei osanud arvatagi, et midagi sellist nagu see depressioon, üldse võimalik on ja sellises mastaabis.../.../

R 12

/.../ Tundsin, et mind ei mõisteta. Peaks ju iga ema olema õnnelik oma laste üle ja kui veel kõik muu ka näiliselt korras on, siis ongi raske mõista. Pealegi on sünnitusjärgne depressioon paljudele võõras teema. /.../

R 10

/.../ Mehed ei tea ammugi sellest sünnitusjärgsest depressioonist midagi ja nad ei tahagi teada. /.../

Ühe respondendi puhul tuli välja, et ta ei armasta lapsi ja ta oli kindel, et paljud naised ei ole hea meelega emad.

R 9

/.../ Olin kuulnud, et selline asi on olemas. Ja kuna kaldun niikuinii depressioonile, siis arvasin, et võib mul ka tulla, seda enam, et ei armasta lapsi. /.../

Autori poolt on siinkohal ära toodud juhtum, mida üks respondentidest oli kuulnud sünnitusjärgse depressiooni kohta:

R 5

/.../ Ainuke asi, mida ma sünnitusjärgsest depressioonist kuulnud olin, oli see, et Ameerikas (me elasime sel ajal Ameerikas) üks ema oma viis last ära uputas vanni ja seda aeti sünnitusjärgse depressiooni kraesse, et ta ei kontrollinud enam enda käitumist. Peale seda ma mõtlesin küll, et kuidas see võimalik on, see on lihtsalt mingi ettekääne, et kergemat karistust saada. Mina ei uskunud, et selline asi võimalik on, et inimesel nii sügav depressioon on, et sellise asjaga hakkama võib saada. Kirusin, et mis elajas see küll võib olla, kes oma viis last ära tapab. Ja kui siis peale sünnitust minul selline depressioon peale tuli, siis oli mul häbi tunnistada, et ma sain sellest naisest aru.../.../ See on tõesti jube tunne, mis täiesti halvab kainelt mõtlemise. /.../...see oli ainuke kokkupuude sünnitusjärgse depressiooniga, rohkem ma sellest kuulnud ei olnud. /.../

Paljud respondendid tõid välja selle, et sellest probleemist võiks rääkida juba enne sünnitust, et teaks mis võib ees oodata. Seda probleemi esineb, aga sellest ei räägita. Respondendid väljendasid oma tundeid, suurt hirmu ja muret, sügavat kurbust oma suure vastutuse üle. Selle üle, mis toimus ja millega pidi harjuma.

R 8

/.../ Samuti võiks sellest probleemist rääkida juba enne sünnitust günekoloog, et naine ei tunneks, et ta ainukesena selliste tunnete käes kannatab ja oskaks abi otsida. /.../ Reeglina naised arvavad, et nad lihtsalt on maailma halvimald emad, nad ei tule selle peale, et tegelikult kiusab neid depressioon. /.../

R 5

/.../ Ma ei uskunud, et selline asi üldse võimalik on, nii sügav depressioon. Ja kuidas seda ära hoida ma ei oskagi öelda. Võib-olla kui ma oleksin teadnud sellisest asjast, oleksin ma ennast suutnud sellest hoida. /.../ Teist last oodates ma juba teadsin, mis see sünnitusjärgne depressioon on. /.../

R 10

/.../ Kaldusin juba eelnevalt depressioonile, oleks võinud olla midagi sellest sünnitusjärgsest depressioonist räägitud.../.../

R 11

/.../ Nojah, võib-olla kui oleks teadnud enne sünnitust, mis asi see sünnitusjärgne depressioon on, et siis oleks võinud see lihtsamalt minna. Kui sa ei tea probleemist, siis ei oska ka sellega midagi peale hakata. /.../ Põhimõtteliselt võiks olla mingeid

infovoldikuidki emadele jagamiseks juba eelnevalt, kui nad raseduse ajal jälgimise all on. /.../

R 6

/.../ Seda probleemi peab teadvustama, sellest peab rasedate perekoolis valjult ja palju rääkima. Oleks ma sellest varem teadnud, oleksin osanud ennast paremini ette valmistada. /.../

R 3

/.../ Üleüldse võiks olla ette räägitud, et see ei ole nii kerge – see võiks raudselt olla. Enamusel on, et oh ma sain lapse ja...aga tegelikult ei tea üldse, mis see endast kujutama hakkab. Vähemalt nendel toredatel koolitustel sellest üldse ei räägita. Rääkida on vaja.../.../

Respondendid tunnistasid, et emaks olemine ei ole alati nii rõõmurohke, läbinisti innustav elamus, mida nad olid endale ette kujutanud. Nad tunnistasid, et sünnitusjärgne depressioon on rikkunud ära ka nende laste elu.

R 12

/.../ Minu tütar on nüüd 1-aastane ning saan alles nüüd aru, kui paljud temaga seonduvad tervisemured on seotud minu kõige stressirohkemate aegadega.../.../

R 8

/.../ Miks ma peale sünnitust hulluks läksin ei tea ma siiani. Tahaks teada küll. Miks ma lõplikult paraneda ei suuda ma ka ei tea. Kuid sünnitusjärgne depressioon on piin! See rikub mitte ainult naise vaid ka tema lapse/laste elu.../.../

R 11

/.../ Ma nii-öelda lapin oma esimest last kokku, kindlasti on ta kannatanud minu depressiooni tõttu.../.../

R 4

/.../ Ma kardan, et lapsele võib see kuidagi mõjuda tõesti isiksuse arengule või lihtsalt hiljem. Ma lugesin kuskilt, et just esimestel aastatel on see ema depressiivsus väga halb lapsele ja ma olen mures, et kuidas laps saab.../.../

Mõned respondendid väljendasid pettumust, kuna kõik kirjutavad lapse sünnist ilustatult, aga tegelikkuses see alati nii ei ole.

R 5

/.../ Ma ei teadnud isegi seda, et see normaalne on, et naised peale sünnitust tundlikud on, mina kujutasin ikka ette, et tuleb laps ja kõik on ilus...pidin mina alles selles pettuma.../.../

R 2

/.../ Samuti ei usu ma enam ühegi perekooli ega professionaali abisse, sest nii palju kui ma enda arust ka appikarjeid ei saanud...sain ma tagasisideks kas mitte midagi või sarkastilise ja kurja pilgu, et ise oled süüdi...oma laps- kasvata siis teda. Peast käib läbi tihti mõte, et miks ma ei võinud lapsega veel oodata. Ta on imearmas, aga lihtsalt kogu see pinge tundub kohati talumatu. Arvasin, et olen tugev isiksus.../.../

R 9

/.../ Ei saanud mina aru, et mis siin rõõmustada, kui laps sünnib.../.../

R 3

/.../ Mõtted, et ma pole hea ema ning et mu laps ei armasta mind jne. Samas mulle tundub, et see, mis välja paistab on hoopis midagi muud, kui see, mis olukord tegelikult on. Siinkohal mõtlen sotsiaalset survet, kirjandus ja kõik muu.../.../

Püüti ka eitada sünnitusjärgse depressiooni esinemist.

R 10

/.../ Ma küll püüdsin sellest kogu aeg üle olla ja ma ei tunnistanud hetkekski, et see nüüd ongi see, kuigi tagantjärele nüüd ma saan aru, et ju ikka oli.../.../

R 11

/.../ Inimene ei seosta seda endaga, et see käib nüüd minu kohta ka, nagu umbes, et kellelgi kuskil on kuigi sa nagu kõrvalt näed, et tal on sama probleem. Lõpuks kui ma hakkasin seda infot sünnitusjärgsest depressioonist vastu võtma, siis ma lõpuks võtsingi selle omaks. Ma sain aru, et ma ise olen samasugune. /.../

R 6

/.../ Ma ei ole peale oma mehe ja parima sõbranna kellelegi julgenud rääkida.../.../

Respondentide jutu põhjal mõistis töö autor kui sügavad identiteedi, eneseväärtuse ja sõltumatuse kaotuse tunded on haaranud neid, olles seotud uue enesepildiga ema rollis. Konfliktid selle vahel, mida emad arvasid, et tegema peavad ja mis tegelikult uues emarollis toimus, võib põhjustada depressiooni.

Süütunne

Süütunne oli enamusel respondentidest just lapse ees. Respondendid väljendasid oma hirmu seoses lapse emotsionaalse arenguga, missuguse jälje nende depressiivsus jätab.

R 4

/.../ Süütunne on lapse ees, minu depressioon kindlasti mõjub talle. Olen praegugi väga mures sellepärast, et vahepeal kipub hääl üles krivima, kui ta ikka väga pahandust teeb ja häbi on mul küll. Jube süütunne on, et ma ei ole piisavalt hea ema.../.../

R 8

/.../...jah väga tunnen ennast süüdi, oma depressiooni tõttu olen ma nässu keeranud oma poja lapseõlve. /.../

R 12

/.../ Tundsin, et olen emana läbikukkunud. Tundsin, et olen saamatu ning hädaldan ilma põhjuseta.../.../

R 9

/.../ Ei arva, et inimene on haiguses süüdi. Samas lapsest on natuke kahju küll. Ja enda peale veidi pahane, et ma sellest omal käel jagu ei saa.../.../

R 1

/.../ ...halvasti tundsin. Lapse ees oli süütunne, et tal selline halb ema on. /.../ tundsin, et ma tegin talle halvasti, et ei suutnud sünnitada (keiser). Laps oli närviline, ta magas vähe.../.../ Seega peale lapse süüdi hakkasid tulema negatiivsed tunded – häbi, mittehakkamasaamine, magamatus, sõprade puudus. See süvenes ja üsna ruttu tekkis depressioon. /.../

R 2

/.../ Ma üritasin olla esimese aasta superema – kõik lapse vajadused rahuldati...nii kui vähegi võimalik. Süütunne tekkis sellest, et ma pidevalt põdesin, et kas ma ikka arendan teda piisavalt. Tundsin, et ta polnud kusagil õnnelik.../.../

R 11

/.../ Kui laps oli 5-kuune, siis oli mul depressioon ikka nii tugev, et ma kõndisin kodust minema ja seda ma olen nagu pärast põdenud, et kuidas see beebile andis oma paugu jälle.../.../

R 6

/.../ Lapse ees tunnen siiaani, aga mitte selliselt nagu varem. Nüüd teadvustan endale, et see oli üks etapp minu elus, millest oli palju õppida. /.../

Mehe ees süütunne, teiste ees. Respondendid olid ise arusaamisel, et partner võib tõlgendada depressioonisümptomeid kui äratõuget mitte kui signaali, et naine vajab abi. Nad teadvustavad endale depressiooni hukatuslikku mõju abielusuhtele ja mõnel juhul tekkis ka isadel depressioon.

R 3

/.../ Minu ainuke süüitunne on see, et minu mees on selline, et ta ütleb – ma ju rääkisin, ma ju hoiatasin lapse suhtes.../.../

R 5

/.../ Süüitunne oli alguses suur, ei julgenud kellelegi rääkida, et selline asi minuga juhtus. Ei saanud aru, miks minuga nii kurvalt läks. Osadele lähedastele ei ole ma siiaamaani sellest rääkinud. Mul on ennast hästi raske teistele avada. /.../

R 10

/.../ süüitunne on mehe ees ja mitte lapse ees. Ma olen kindel, et ma olen hea ema. Ma tunnistan, et mul on mees natukene hooletusse jäetud. Just mehega on see praegu halvasti. /.../

Süüitunne annab järgi kui naised tunnetavad, et teistel emadel on sarnased probleemid ja sihtpunktiks on tervekssaamine.

Sündmused

Töö autori poolt on ära toodud mõned sündmused, mis annavad väikese ülevaate depressiooni teket mõjutavatest faktoritest.

R 12

/.../ ...kolm päeva peale lapse sünni tuli mu mehele töö juurest teade, et ta saab ametikõrgendust. Kõik ju rõõmustav, aga sellega kaasnes aastane eemalolek kodust. Tundsin, kuidas kogu mu õnnetunne, mis kaasnes beebi sünniga, oleks nagu veega alla lastud. Kogu maailm mu ümber varises kokku. Mitte üks saavutus ei ole väärt seda kaotust, mille osaliseks meie pere on saanud.../.../

R 6

/.../ Olen depressiooni põdenud, kui samasugused tunded avalduma hakkasid, leidsin, et nüüd on taas probleem kohal. /.../ Olin nii väsinud ja nii läbi, et mõtteid, mida ma siis mõtlesin, ei julge enam tunnistadagi. Mees töötab teises linnas, abilisi ei olnud. Ema ja õde kaugel, mehepere ei hoolinud abi andmisest. /.../ Alles nüüd, varsti kolm aastat hiljem võin öelda, et imiku nutt ei tekita minus vastikust. /.../

R 2

/.../ ...kõige rohkem tekitasid arstid ise erinevate uuringutega paanikat. Nimelt näitas mingi test mingisuguseid asju üle normi. Seega pidin ootama kaks nädalat ultraheli, et veenduda, et lapsel pole väärarengut. See oli küll kohutav šokk, see ootamine ajas hulluks.../.../

R 1

/.../...arvasin, et kerge sünnitusel (keiser), raske lapsega edaspidi. Tundsin, et ma ise olen selles süüdi, et mul nii raske on. Mees ei pakkunud ka eriti abi, ilmselt vinguva imikuga ei osanud ta midagi teha. /.../ Kuna tundsin ennast halva emana (keiser), siis jalutades pargis ja teisi emasid nähes, oli mul nende ees piinlik, arvasin, et nemad on kõik sünnitanud ja mina mitte. Tugev alaväärsustunne oli. Samas ma ei suutnud oma last nautida. /.../

R 9

/.../ Raseduse ajal esines foobia laste suhtes.../.../

R 8

/.../...arst tekitas paanika, et sünnitus jääb seisma jne mind hakati stimuleerima. Tagantjärgi tundub, et mu laps andis mulle enne suurt pingutust lihtsalt puhkust ning ma poleks tohtinud lasta endale neid tablette sisse süüta. Kuna ma soovisin nii väga loomulikku sünnitust, siis tagantjärgi on mul küll halb maitse suus.

Intervjuudest tuli välja, et mõnel juhul oli respondent depressioonile kalduv eelnevalt ja sünnitusjärgses faasis sai see täiendavaks koormaks ja väljakutseks. Mõnede respondentide puhul depressioon, mis pärast sünnitust esile tuli, sai alguse raseduse ajal.

R 8

/.../ Paanikahoogude all kannatasin juba paar aastat enne rasedust, rasedana need jätkusid.../.../

R 10

/.../ Selline paanitseja olen ma olen ma terve elu olnud, siis ma ka raseduse ajal kartsin kõike, et mis võib lapsel kehvasti olla tervisega ja mis mu endaga võib juhtuda ja ma kogu aeg kartsin, kartsin kõike. /.../

R 7

/.../ ...suur mure, kas mu poeg on elus ja terve, kuna oli enneaegne laps. /.../

R 4

/.../ Kuskil viiendal, kuuendal nädalal oli veritsus, ma tõstsin raamatuid ja siis hakkas pihta, käisin arsti juures, kõik oli korras, aga tekkis hirm.../.../...suhteliselt väga palju sellest, et kuna ma ise olen puudega sündinud, siis ma jubedalt kartsin seda, et tuleb ka puudega. /.../

Tulemused näitasid, et paljud emad pole vintsutatud mitte üksnes kurnatusest, ärevusest ja lootusetuse tundeist. Nad võivad oma lapse vastu ka liiga vähe huvi tunda või teda koguni vihkama hakata, sest nad on nüüd oma lapsest sõltuvad. See isiksus kellena respondentid

ennast varem tundsid oli üleöö kadunud. Nende respondentide puhul, kellel enne ei olnud kogemusi tugevate tujumuutustega või depressioonidega, võivad need peale sünnitust tekkida.

R 10

/.../ Ma olen alati selline aktiivne ja saja asjaga tegelen kogu aeg ja siis ma järsku enam ei suutnud, sealt nagu hakkaski see kogunema. Ma esimesed paar nädalat, mis me lapsega kodus olime, ma ainult nutsin, et ma olen nüüd aheldatud voodi külge ja ma tundsin, et on nagu pikk lehmakett lapsevoodi ja minu jala vahel.../.../

R 3

/.../...ma olen ise närviline inimene. Elu on juba ära rikkunud, et mida rohkem sa oled elus saavutanud seda nõudlikumaks sa muutud ja see ohver, selleks ma ei olnud auvalt öeldes valmis. Minu elu nüüd enam ei olegi... /.../

Üks respondent tõi välja, et on väga raske otsustada aborti kasuks ja on väga raske olla ema. Mõlemad otsused olid tema jaoks seotud tugevate ja keeruliste tunnetega.

R 5

/.../ Raseduse ajal olidki hirmud ja paanikahood, mis peal käisid. Pidime tegelikult aborti tegema, kuna arvasime mehega, et ei ole veel valmis vanemateks saama. Mõtlesime ümber ja seoses sellega mul hakkasid ka need tunded tulema, et nüüd see laps vihkab mind, et ma temast lahti tahtsin saada.../.../

Toodi välja ka kaugemas minevikku ulatuvaid aspekte. Raskemas olukorras olid need respondendid, kes pole ise varases lapsepõlves saanud vanemlikku soojust ja hoolitsust ning kellel puudub ettekujutus ja kogemus, kuidas nüüd ise oma uues rollis käituma peaks.

R 2

/.../...meeleolud vahelduvad kiiresti. Kergelt vihastan ja kergelt unustan. Depressiooni peamiseks tekkepõhjuseks endal pean ma madalat enesehinnangut, mille kujundasid välja põhikoolis ja gümnaasiumis käidud aastad.../.../

R 1

/.../ ...kui on olnud sama lapsepõlv. Mulle ei öeldud kunagi, et mind armastatakse (vanemad), vastupidi, mid halvustati, öeldi, et ma olen saamatu jne, mu venda eelistati minule.../.../

Seega kui on olnud eelnevalt negatiivseid kogemusi, siis see võib ka sünnitusjärgsele depressioonile kaasa aidata, sest enesepilt on rikutud.

Ühiskonna suhtumine oli üks aspekt, mis tuli intervjuude käigus esile.

R 2

/.../ Oleksin oodanud ka võib-olla tolerantsemat suhtumist ühiskonnalt. Ühest küljest on moraalne kohustus nutvat imikut igati rahustada, nunnutada, kussutada ning kui sa siis kusagil seltskonnas juhtusid mainima, et titega pole mitte alati kõik nii roosiline, siis saime tihti suhteliselt mürgiste pilkude osaliseks. /.../

R 9

/.../... olen pettunud naistenõuandla psühholoogis (ja üldse ühiskondlikus suhtumises), kes soovitas mul laps teha, kuigi ma ei salli lapsi.../.../

3.4 Sotsiaalse võrgustiku olemasolu

Sotsiaalse võrgustiku liikmed

Väga oluline on teadmine, et on kellelegi toetuda ning vajadusel abi saada. Oluliseks peeti respondentide poolt, et juba raseduse ajal oleks välja kujunenud oma sotsiaalne võrgustik, kellega oleks võimalik oma tundeid jagada. Uurimuses osalenud respondentidest pidas enamused abikaasa kui kõige lähedasema inimese toetust väga tähtsaks. Kahjuks oli pettumus mõnel respondentil juba raseduse ajal.

R 1

/.../ Raseduse alguses olid suhted mehega head. Kui vahepeal olin paar kuud vanematekodus, siis tagasi tulles selgus, et mees oli mind petnud.../.../

R 10

/.../ Oleksin oodanud just mehe poolt suuremat toetust raseduse ajal, aga seda ma ei saanud. /.../

R 8

/.../...mehega tekkisid pinged, tundsin suurt üksindust. Kõigepealt hirm, et meie kauaoodatud laps ikkagi ei pea rasedust vastu. /.../ Peale sünnitust ma palusin abi oma mehelt – tema ei suutnud aru saada, mis mul viga on ja tõmbus veelgi endasse. /.../

Intervjuudest tuli välja, et paljud respondendid leidsid raseduse ajal tuge just sõbrannadelt.

R 3

/.../ ...meil oli kolm sõbrannat ja siia maani nagu tugivõrgustik. /.../

R 10

/.../ Sõbrannad toetasid, aga ma ise olen selline ärev. /.../

R 11

/.../ ...nii sõbrannad kui abikaasa...või noh ma ei tea.../.../

R 7

/.../ Kahjuks ei olnud, üritasin ise kõigega hakkama saada. /.../

R 8

/.../ Tugivõrgustik puudus. Vanematega läksid suhted raseduse ajal väga halvaks. Sõbrad kadusid, kuna olin enamuse raseduse ajast voodirežiimil, minu eks-sõbrad vabad aktiivsed naised, kes lihtsalt ei saanud enam minu maailmast aru ega mina nende omast. /.../

R 6

/.../ Raseduse ajal olin üksinda. Tuttavatest keegi rase ei olnud, õdedel-vendadel lapse suured. /.../

R 4

/.../ Suhted vanematega on jahenenud, paraku oleme tülis.../.../

Siit tuleb välja sotsiaalse võrgustiku olulisus juba raseduse ajal, millest tegelikkuses puudust tuntakse. Respondendid olid ühisel arusaamal, et emotsionaalne toetus läbi julgustuse oleks aidanud neil tõsta enesekindlust ka hilisemal hakkamasaamisel.

Rollid

Uuringus osalejad pidasid sotsiaalse võrgustiku olemasolu nii raseduse ajal kui ka sünnitusjärgselt ülioluliseks. Kõik respondendid tõid välja koheselt informatiivse toetuse ja emotsionaalse toetuse olulisuse. Emotsionaalse toetuse osas rõhutati kuulamist ja vestlust, mis ei ole toimunud hukkamõistu või hinnanguandmise baasil. Ülioluliseks peeti informatiivset toetust, mis põhineb info jagamisel ja efektiivsel kommunikatsioonil. Mõned respondendid nimetasid oluliseks enda jaoks võrdlevat toetust, mis on oodatud inimeste poolt, kes on samalaadses situatsioonis. Respondentide jutust selgus ka kui oluline on nõustaja poolt tuvastada sotsiaalsete tugisüsteemide kättesaadavusi ja võimalikkus emade jaoks. Toetavast võrgustikust on abi nii raseduse ajal kui ka sünnitusjärgselt.

R 12

/.../ Kõige raskem oli leida inimene, kelle poole pöörduda ning kes oskaks professionaalset abi pakkuda. Kui see inimene oli leitud, siis hakkas asi juba liikuma. /.../

R 1

/.../ ...vanemate abi, sõprade abi, rohkem mehe tuge.../.../

Esimest korda lapsevanemaks saanud pidasid väga vajalikuks lisaks partneripoolsele toetusele ka vanavanemate ja sõprade toetust, et paremini kohaneda muutunud olukorraga. Nad pidasid oluliseks teadmist, et nad saavad vajaduse korral abi küsimiseks kellegi poole pöörduda. Erivajadustega lapse sünni puhul toodi välja ka tervishoiuasutusest saadava abi ja toetuse vajalikkus.

Vajadus

Intervjuudest selgus, et tol hetkel kui abi oleks olnud vaja, respondendid ei julgenud ja ei osanud seda paluda.

R 4

/.../ Ma sattusin Psühhiaatriakliinikusse.../.../ Asi oli nii, et ma võtsin liialt palju tablette ja sattusin enesetapukatsega Psühhiaatriakliinikusse. Mulle öeldi, et olen läbipõlenud ja on sünnitusjärgne depressioon. /.../

R2

/.../ keegi ei mõistnud ega pakkunud abi. Suhtumine oli – saa ise hakkama. Mõttetu. Oleksin pidanud aega säästma ja üldse mitte vaeva nägema abi otsimisega. /.../ aegamisi hakkas võimust võtma depressioon ja jõuetus, kuna mitte kusagilt ei olnud abi saada. Kõigi ainus vastus oli, et see möödub. Aga millal? Seda ei osanud keegi öelda. /.../

R 11

/.../...minul on näiteks tugi olemas, aga kui ma oleksin üksikema, siis oleks tohutult palju raskem kasvõi neid paberiasju ajada. /.../

R 3

/.../ Tuge saingi, ema oli mulle toeks nii raseduse ajal ja peale lapse sünni käis ta mul abiks poolteist kuud. /.../

R 12

/.../ Kindlasti oleksin pidanud otsima rohkem abi.../.../

R 8

/.../ Peale lapse sünni käib ema titaga iga kuu perearsti juures. Lisaks tavapärasele küsimustele võiks ka ema olemisele ja meeleolu vastu huvi tunda. /.../

R 1

/.../ Mul ei olnud kellelki abi paluda. Mul ei ole toetavaid lähedasi. /.../

R 6

/.../ Ma oleks tahtnud peale sünnitust koju tulles saada need esimese kolme emotsionaalselt kohutavalt tapva kuu jooksul kellelegi helistada – spetsialistile, psühholoogile, kes tegeleks just selle probleemiga. Rasedad ja väikeste laste emad on ülitundlikud ja neid hingepõhjani solvuma panna ei olegi nii raske. /.../

R 10

/.../ Oleks pidanud otsima abi küll, siis oleks äkki nagu teisiti olnud. Mulle oleks piisanud, kui oleks öeldud, et kõik on OK, või teeme nüüd nii või, et ma saan sinust aru, aga ma ei tea kust nagu keegi oleks pidanud seda abi pakkuma... Olen olnud terve elu paanitseja tüüp. /.../

Eelneva põhjal võib välja tuua sotsiaalse võrgustiku olemasolu olulisuse raseduse ajal. Tegelikult tuntakse sellest puudust ja siit võivad alguse saada probleemid, mis jätkuvad peale sünnitust.

3.5 Informatsioon alates sünnitusmajast

Vajadus

Kõik respondendid on rõhutanud infopuudust alates sünnitusmajast. Mõnel respondendil olid õiged oletused oma sünnitusjärgse depressiooni kohta, aga nad ei olnud infopuuduse pärast kusagilt kinnitust leidnud.

R 8

/.../ Oleks võinud olla kasvõi mingi infobuklett erinevate võimalike probleemide kohta ja selle sümptomitest. Et ei tekiks tunnet, et ma olen halb ema... Palatis võiksid olla infomaterjalid. /.../

R 9

/.../... mingit infot eneseabi kohta või ennetamise kohta. Kõik sealne info on lapsele suunatud, et lapsele vaja seda ja teist ja kolmandat, just nagu oleks unustatud, et lapse ema on ka vajaduste ja soovide ja harjumustega inimene täiesti uues situatsioonis. /.../

R 1

/.../ Haiglas oleks võinud olla voldik keisriemadele (emadele, kes olid sünnitanud lapse keisrilõike abil, T.O.), kus siis oleks kirjas see, et kui sünnitus läks nii nagu sa ei olnud

plaaninud, näiteks keisrilõikega, et sind võib tabada läbikukkumistunne, mis võib viia depressioonini jne, et selle vältimiseks otsi abi kas perekonna või sõprade seast, või et sa ei ole halvem ema kui sa sünnitasid lapse keisrilõikega vms. /.../

R 2

/.../ Oleksin kindlasti tahtnud rohkem informatsiooni saada enda ja lapse seisundi kohta. Ämmaemandad olid suhteliselt napisõnalised kommentaaride jagamisega. Samuti ei läinud sünnituse käik nagu oleksin soovinud.../.../

R 12

/.../ Võiks olla infot, kuhu kriisi korral pöörduda. /.../

R 6

/.../ Mis võib mind ees oodata, kuidas sellega toime tulla? Millega arvestada, kelle poole pöörduda abi saamiseks. Jutt, et küsige oma lähedastelt abi alati ei aita. /.../

Peeti oluliseks ka oma emotsionaalse tasakaalu säilitamist.

R 2

/.../ ...seda, kuidas rahutu lapsega hakkama saada, ilma ennast täielikult emotsionaalselt laostamata./.../

Tuli välja ka infopuudus erivajadustega laste sünni puhul.

R 4

/.../...ärkasin, siis teistele toodi lapsed kohe kätte ja minule ei toodud.../.../ Ta viidi kohe ära lastehaiglasse ja siis kui ma tahtsin lapse kohta teada, räägiti ainult meditsiiniliste terminitega ja ma ei saanud suurt midagi aru.../.../

R 10

/.../ Kõikvõimalik informatsioon enneaegsete laste kohta oleks vajalik, siis puudega laste kohta, nendega hakkamasaamise kohta. Eriti esmassünnitajatel on need probleemid kõige rohkem. /.../

R 11

/.../ Kindlasti neile, kellel on sündinud enneaegne laps, tuleks rääkida nende edasisest käekäigust ja millele tuleks edaspidi tähelepanu pöörata. /.../

Ekspertide poolt pakutavat toetust peeti turvatunde tekkimiseks väga vajalikuks. Toodi välja informatsiooni vajalikkus võimalikest esimese lapse sünniga kaasnevatest muutustest, mis oleksid abiks uue emarolliga kohanemisel. Respondentide arvates aitaks see mõningaid ebasoovitavaid pingeid perekondlikes suhetes vältida.

Positiivsed tegurid

Intervjuu lõpupoole sai töö autori poolt küsitud, mida võiks muuta süsteemis, et see kogemus (lapse sünnitamine) oleks emade jaoks positiivsem kogemus.

R 6

/.../ Esmassünnitaja on palju tundlikum kui teised. Nüüd kui ma peaks teist last ootama jääma, tean mida oodata ja tahan. Tunnen ennast juba piisavalt hästi, oskan ennast vaimselt ja füüsiliselt ette valmistada. Kuigi jah, praegu ei taha veel imikut käte vahel hoida.../.../

R 1

/.../ Oleks võinud arst vastuvõtul rääkida, et kui sa palud keisrit, et kas me teeme sulle seda või mitte ja miks on keiser hea ja miks halb, nii mulle kui lapsele. /.../

R 9

/.../ Rohkem võiks levida infot sünnitamise kohta, et mis seal ikkagi toimub ja kuidas need erinevad asendid on ja mis ise saaks ära teha ja kuidas ette valmistada. /.../

R 8

/.../ Minu jaoks on lahendus kodusünnitus. See annab võimaluse omada suuremat kontrolli oma sünnituse üle. /.../

R 4

/.../ Ma läheksin erakliinikusse, seal peab jälle muidugi maksma, aga saad normaalselt tunda, seal ei ole, vabandust väljenduse eest, nii kurje ja õelaid inimesi. Ämmaemandad jätsid vägagi soovida ja halba emotsiooni oli palju.../.../

Sotsiaalteenused

Respondentide poolt peeti oluliseks sotsiaaltöötaja kaasamist sünnitusmaja personali meeskonda. Leiti, et igasugune tugi ja informatsioon vanematele on juba alates sünnitusmajast väga kasulik. Respondentide poolt toodi välja informatsiooni vajadus erinevatest toetustest. Rõhutati ka teadmiste puudumist selle kohta, millist abi on neil võimalik saada. Toodi välja sotsiaaltöötaja vajalikkus, kui näiteks ema on alaealine või üksikema, sel juhul vajaks ta erilist tähelepanu oma ebaküpsuse või sotsiaalmajandusliku olukorra tõttu.

Kuigi uurimuses osalenud respondentide seas üksikemasid ei olnud, tõid nad siiski välja üksikemade keerulisema olukorra, milles oleks vaja teavet emale eelkõige sotsiaalteenuste, -toetuste ja ühiskonna ressursside kohta. Sotsiaaltöötaja teadmised ja sekkumisoskused võimaldavad vaadelda laiemas ulatuses probleeme, mis on tegelikkuses omavahel põimunud nii tervise-, sotsiaalmajanduslike ja psühholoogiliste probleemide osas.

R 4

/.../... saada infot kõigi nende toetuste kohta ja kust nad võiksid abi saada, mõned on ju mitte heade tugivõrgustikega peredest. /.../

R 1

/.../...võib-olla on vaja turvakodu või mida iganes. /.../

R 10

/.../ Sotsiaaltöötaja võiks olla küll sünnitusmaja juures. /.../ Ma arvan, et inimesed ei ole selleks valmis, nad ei oska seda oodata, nad arvavad, et nad teavad kõike. Tegelikult on info puudus, minu sõbrannad, kes nüüd saavad lapsi, nemad on mõlemad käinud ja otsinud infot just nagu rahalise poole pealt ja neid seadusi, neid on nii palju.../.../

R 3

/.../ Noh, mida suurem sünnitusmaja seda rohkem, noh kasvõi see, et saad selle lapse kätte, suures haiglas oled kaks päeva vähemalt sees, see on sõltuv kuna keegi koju läheb, mina ausalt öeldes ei tahtnudki kohe minna.../.../

R 7

/.../ Kindlasti mitte ainult psühholoogid, vaid seoses enneaegse lapse ga oleks ka minu muresid keegi kuulnud ja aidata püüdnud.../.../

R 4

/.../...ma usun kindlasti, et mõnelgi oleks seda vaja ja võiks olla küll. /.../ ...saada infot kõigi nende toetuste kohta.../.../

R 11

/.../...peaks olema küll ja kui on siis ei tegeleta igaiühega, vaid siis kui mingis kriisis on saadetakse kohale, aga miks ei võiks rääkida igaiühega, võiks ju küll kui ta juba olemas on. /.../

Respondendid olid ühel meelel, et sotsiaalset toimetulekut toetavate teenuste koordineerijaks ja teostajaks oleks tervishoiu sotsiaaltöötaja, kes informeerib emasid toetustest ja teenustest. Rõhutati just, et enneaegse või mõne terviseprobleemiga lapse sünni korral on informatsiooni abil võimalus oma hirme koheselt leevendada. Emad pidasid väga oluliseks toetust ja abi, mida nad saavad nii arstidelt, õdedelt, sotsiaaltöötajatelt. Peeti oluliseks ennetada kriiside

tekkimist. Respondentide arvamuse kohaselt selline varajane informeerimine võiks hoida ära edaspidiste keeruliste probleemide tekkimise. Toodi välja info vajadus näiteks väikelaste vanematele mõeldud hüvitiste ja toetuste kohta, riigi ja kohaliku omavalitsuse sotsiaalteenused. Töö autori jaoks oli üllatav see, kui teadlikult respondendid oskasid anda edasi sellist informatsiooni vajalikkust just ennetava eesmärgi osas, et ennetada perekonna toimetulematust pärast lapse sündi.

Psühholoogiline nõustamine

Psühholoogilist nõustamist peeti respondentide poolt vajalikuks ja sellest oleks neile olnud abi enesekindluse saavutamise seisukohast.

R 6

/.../ Nõustamine oleks olnud vajalik. Olin küll tasulises perepalatis oma mehe ja lapsega, aga ega meid keegi haiglapersonalist ei külastanud küll. Ainult ämmaemand käis korra päevas.../.../

R 10

/.../ ...ikka see, et teisel haiglasoleku päeval võiks tulla psühholoog ja räägiks, et praegu sa oled rahulik, aga kui sa lähed koju j näiteks sured oma piimapaisu käes ja üldse on nagu väga kohutav olla.../.../

R 9

/.../ ...peaks olema võimalus neile, kes seda soovivad. /.../

R 8

/.../ arvan, et juba haiglaperioodil võiks saada, kellel vaja nõustamist või kriisiabi. /.../ Oma peres ma vaikin asjast. Kuid muidu räägin julgelt ja avalikult – ehk siis oskab ka mõni teine ema abi otsida juba varem.../.../

R 4

/.../ kindlasti palju on neid emasid, kes ma arvan seda vajaksid. Näiteks emade nõustamine, just naistehaiglas võiks olla see informatsiooni jagamine, informatsioon enneaegsete laste kohta.../.../ minu puhul oli tohutu hirm, last ei olnud juures, viidi lastehaiglasse. /.../

Respondentide arvamuse kohaselt enneaegne sünnitus ja sellega seonduv teadmatus suurendavad depressiooni. Konkreetselt eelneva respondendi kogemuse põhjal võib öelda, et koheselt peale lapse sündi ei osanud ta teadvustada tegelikku olukorda, siis kuulates enneaegsusest ja olles eemal lapsest, tundis end abituna. Peale esmast infot tekkis paanika ja

ta oleks vajanud kriisiabi. Siit saab järeldada, et sellel perioodil on vajalik ema toetada, osutada psühhosotsiaalse nõustamise teenust või kriisisekkumine.

3.6 Ekspertintervjuude analüüs

Ekspertintervjuude eesmärgiks oli saada lühike ülevaade sünnitusjärgse depressiooni probleemist praktiseerivate spetsialistide pilgu läbi. Ekspertintervjuud on töö autori poolt viidud läbi ühe sotsiaalala spetsialistiga (R s) ja ühe psühholoogiga (R p). Ekspertid rääkisid ja avaldasid arvamust nendest valdkondadest, mis on seotud nende tööga. Nad keskendusid rohkem spetsialisti rollile aitamise seisukohast, emad väljendasid seisukohti oma positsioonilt.

Lähisuhete muutumine

Praktiseeriv psühholoog oli lähisuhete probleemiga otsesemale kokku puutunud ja olukorraga kursis. Sotsiaalala spetsialist andis teada, et lähisuhete probleemidega ta nii palju kokku ei puutu. Arvamused olid mõlema spetsialisti poolt sarnased. Ekspertintervjuude alusel võib öelda, et lähisuhetest sõltub väga palju. Juba raseduse ajal tekivad lähisuhetes paratamatult huvide kokkupõrked, lahkarvamused ja võimuvõitlus. Negatiivsed lähisuhted nii raseduse ajal kui peale sünnitust võivad anda tõuke sünnitusjärgse depressiooni tekkeks. Kui naine raseduse ajal mehe poolt toetust ei saa ja näiteks tegu on lisaks veel probleemse rasedusega, siis on naisel olemas risk hilisema depressiooni tekkeks. Positiivsed emotsioonid ning vastastikune toetus juba raseduse ajal sisendab naisele kindlustunnet ja rahulolu. Ekspertide arvamuse kohaselt on emad sünnitusega tasakaalust väljas ja ei suuda mehele enam nii palju tähelepanu pöörata, laps on abitu ja nõuab palju hoolitsust ning tähelepanu. Selleks, et säilitada pereelus tasakaal peaksid siiski mõlemad vanemad pingutama selle nimel, et perena koos püsida. Ekspertid rõhutasid, et lähisuhetest sõltub pereelu kvaliteet ja oma tunnetest peaksid mõlemad osapooled rääkima, et vältida hilisemaid tõsiseid probleeme.

R p

/.../ Mõistva ja abivalmis abikaasaga on raskustega palju lihtsam hakkama saada. Lapsevanema roll on aga punkt mõlema jaoks. Mehed kohanevad sellega palju pikema aja jooksul. Naised on protsessi sees, tunnevad kuidas laps liigub-reageerib enne sündi.../.../

R s

/.../ Minu arust väga suur tähtsus on omavahelistel suhetel. Lapsevanemarolli kaasamine lisab küll ühelt poolt hirmu ja vastutustunnet lapse ees, kuid samas võiks tasakaalustada ema tundeid, kuna lapsega tegelemine nõuab suure osa ajast ning enese probleemidega tegelemiseks jääb vähem aega. Samas võib ema tunda kohustuste koorma suurenemist, oma võimetust lapsega toime tulla ja depressioon süveneb. /.../

Ekspertide arvamuse kohaselt on probleemid lähisuhetes üheks tõsiselt ohtlikuks faktoriks, mis võib viia sünnitusjärgse depressiooni tekkimiseni. Partneri emotsionaalne toetus ja positiivne mõtlemine vähendaksid depressiooni juhtumite sagedust.

Sünnitusjärgse depressiooni tekkepõhjused

Mõlemad eksperdid rõhutasid stressi rohkust igapäevaelus ja pidasid loogiliseks jätkuks, et peale sünnitust või raseduse ajal võimendub kõik negatiivne mitmekordselt vallandades depressiooni. Meditsiinilised põhjused ja kõrvalekaldeid mitte arvestades saab kõik alguse sotsiaalsest võrgustikust: perekond, töö, lähedased, sõbrad. Ühe sagedasema tekkepõhjusena nägid eksperdid probleeme paarisuhetes, mis on raseduse ajal alguse saanud.

R s

/.../ Alustades perekonnast, siis on kindlasti stressi ja depressiooni vallandavaks faktoriks ebastabiilne suhe tulevase lapse isaga – liigagi paljud naised jäävad üksikemadeks, kuna isadepoolne vastutus puudub paljudel juhtudel täielikult, ilma liigsete emotsioonideta jäetakse rase naine üksi. /.../

R p

/.../ Oma kliente üle vaadates ütleks, et tihti probleemid paarisuhetes olid masenduse tekkimise põhjuseks. Samas muidugi polnud see alati ainus põhjus.../.../

Ekspertide kohaselt tabab sagedamini depressioon neid, keda abikaasa ei toeta ega abista. Toodi välja ka teise poole tööpuudust, alkoholismi või mehe liiga suur töökoormus, kodus vähene viibimine ja liigne hõivatus ühiskondlike tegevustega. Naine võib jääda liiga pikaks ajaks üksinda ning seegi tekitab temas negatiivseid tundeid, mis rasedusega veelgi võimenduvad.

R s

/.../ Riskitegureid on palju ja neist olulisematena tooks välja veel planeerimata raseduse, sotsiaalse ebakindluse, konfliktid vanematega või lapse isaga, varasem negatiivne kogemus. /.../

R p

/.../...kui sünnitus polnud selline nagu ema ootas või tekkisid komplikatsioonid ja ema süüdistab iseennast. /.../

Siinkohal toob töö autor paralleeli eelnevalt emadega läbiviidud intervjuude analüüsile, millest tuli selgelt välja mitmed negatiivsed kogemused seoses sünnitusega, mis ei vastanud ema ootustele.

R s

/.../ Ka töö tekitab suurel hulgal stressi, töökoormus suur, puhkamisvõimalust vähe või pole üldse. Samas jääb tööandja alati jõupositsioonile ning muude alternatiivide puudumisel (raseda jaoks) tuleb lihtsalt edasi töötada, jättes oma seadusest tulenevad õigused kasutamata. /.../

R p

/.../ Füüsiline väsimus, kurnatus ja võib olla ka tegemist eelnevalt diagnoositud paanikahäirega. /.../

Raske sotsiaalprobleemina rõhutas sotsiaalala spetsialist viimastel aastatel lapsehülgamise juhtumite sagenemise. Ta tõi välja, et järjest rohkem on narkomaane, kes ei hooli endast ega oma lapsest, töötutel pole turvatunnet ega riigitoetust.

R s

/.../ Lapsest loobuvad väga noored naised või need, kel juba mitu last ning kelle majanduslik olukord on kehv. /.../

Eksperdid avaldasid arvamust, et nähakse rohkem hirmutavat poolt – kas ma saan ikka lapsega hakkama.

Mõju lapse arengule

Mõlemad eksperdid peatusid sellel teemal ja väljendasid muret seoses sünnitusjärgse depressiooni mõjuga lapsele. Nende arvamused olid sarnased ja lisaks rõhutasid mõlemad, et sünnitusjärgse depressiooni seisund mõjub hävitavalt kogu perele.

Mõjust lapse arengule olid ekspertide arvamused sarnased. Nad tõid välja, et ema psüühiline seisund mõjutab tugevalt tema käitumist lapsevanemana. Kestev depressioon emal ja ka varasema depressiooni jääknähud mõjutavad vastsündinu käitumise kõiki külgi. Mõlemad eksperdid rõhutasid lapse emotsionaalse arengu takistamist, kui ema ei suhtle lapsega piisavalt ega jaksu teda süles hoida. Käitumismustrina kandub see siiski edasi.

R p

/.../ Siin on reegel, et mida tervem ema seda tervem laps. Tervise all mõtlen nii psüühilist kui ka füüsilist seisundit. Ema rolliks on mitte ainult rahuldada lapse füüsilisi vajadusi vaid ka olla koos temaga psüühiliselt ehk olla tähelepanelik, luua omavaheline suhtlemine, selleks on vaja keskenduda. /.../

R s

/.../ ...mõjutab kindlasti, kui ema pidevalt rahutu, närviline või vastupidiselt pooltardunud olekus ja apaatne, laps jääb piisava tähelepanuta või saab pidevalt riielda kuna ema ei tule enese emotsioonidega toime. /.../

Ekspertide kohaselt peaksid vanemad teadma, et varajased negatiivsed kogemused on kriitilised lapse hilisema intellektuaalse ja emotsionaalse potentsiaali väljakujunemisel. Emamiku suhtele orienteeritud nõustamist peeti lapse arengule positiivse, kaitsva mõjuga.

Sotsiaalse võrgustiku olemasolu

Sotsiaalse võrgustiku olulisus tuli välja juba emadega läbiviidud intervjuudest. Ekspertintervjuude põhjal saab kindlalt sama väita, kuna mõlemad eksperdid olid selles valdkonnas ühisel arvamusel. Ekspertid tõid esile, et naine peaks ise oskama ja julgema abi paluda. Veel tõid nad näitena perekoolide ettevalmistavad loengud – läbi selle saaks naine ennast kuidagi moraalselt ette valmistada eesootavaks. Ekspertid rõhutasid eeskätt lähemat võrgustikku kuna naisele on vaja pidevalt sisendada, et ta saab hakkama ja ta ei ole midagi valessti teinud.

R s

/.../ Loomulikult võiks keegi ka igapäevastes toimingutes abiks olla, et naine ei jääks nende üha kuhjuvate probleemidega üksi ning seega tunnetaks oma võimetust lapse kõrvalt muude asjadega toime tulla. Paljudel kahjuks puudub see igapäevane lähem võrgustik, kuna isad, vanavanemad ju ka tööl ja kellelgi pole aega. Toetav ja julgustav sõna lähedaste poolt on kindlasti vajalik. /.../

R p

/.../ ...sotsiaalne võrgustik on oluline. Hea kui on inimesed, kellega saab oma kogemusi jagada. Hästi kui näed, et sa pole üks, et on keegi sama huvide ja probleemidega nagu sinul. Võrgustik on väga oluline nii raseduse ajal kui ka sünnitusjärgselt ja just toetuse mõttes.../.../

R s

/.../ See aeg on naise jaoks kriitiline ja peavad olema inimesed kõrval, kellega saab rääkida, arutada.../.../

Tugivõrgustik peab olema, et saaks vajadusel kontakti võtta ja arutada või lihtsalt rääkida. Ekspertide kohaselt sotsiaalne tugivõrgustik aitab naisel paremini toime tulla nii raseduse ajal ja sünnitusjärgselt. Naine vajab palju rohkem sel perioodil tuge ja tähelepanu teda ümbritsevatelt inimestelt.

Sotsiaaltöötaja vajalikkus

Ekspertid olid nõus töö autori seisukohaga, et on vajalik meditsiini ja sotsiaaltöö vaheline koostöö alates sünnitusmajast. Psühholoogiaala ekspert rõhutas, et ema-lapse suhe sõltub eelkõige ema psühhosotsiaalsest toimetulekust.

Oma rolli emade toetamisel ja aitamisel nägi sotsiaaltööala spetsialist eelkõige soovitajana, info jagajana, mis tulenes tema töövaldkonnast. Ta rõhutas teenuste pakkumise vajalikkust just neile emadele, kes pikemalt (nädal) sünnitusmajas viibivad.

R s

/.../ Eeskätt pakuks nõustamise teenust. Koduviisidid on lisateenus, mida projektide raames pakutakse ja milles vajadusel osaletakse. Teenustena veel vastavalt vajadusele dokumentide vormistamine (sünnijärgsete), perearsti leidmine, riideabi imikule, turvakodusse paigutamine, vajadusel naise koju viimine.../.../

R p

/.../ sotsiaaltöötaja vajalikkusena selles valdkonnas näen informeerimist erinevatest võimalustest, oluliseks funktsiooniks võiks olla kliendi suunamine mure lahendamise eesmärgiga. /.../

R s

/.../ Sünnitusmajas tuleb ette juhtumeid, kus sotsiaaltöötaja roll on nõustamine. Minu ülesanne on siis lihtsalt inimesega rääkida, teda julgustada, vajadusel ka kohaliku omavalitsuse lastekaitset teavitada. /.../

Mõlemad eksperdid olid ühisel arusaamisel, et arstid ei jõua tegeleda sotsiaalprobleemidega. Praktiseeriv psühholoog tõi välja, et mõned arstid ei pea tähtsaks ema emotsionaalse seisundi kontrollimist ning ei pooldagi sotsiaalseid programme selles suunas. Praktiseeriva psühholoogi poolt tuli ettepanek, et psühholoogid võiksid teha spetsiifilised grupid ja sotsiaaltöötajad moodustavad eneseabi rühmad.

R p

/.../ Tavaliselt eneseabi rühmad korraldavad kannatanud ise, kuid depressioonis inimesel on nii vähe energiat, et tema üksi ei saa organiseerimisega hakkama. Sellepärast sotsiaaltöötaja hõivamine protsessi on väga loogiline samm. /.../

IV ARUTELU

Iga naise/ ema sünnitusjärgse depressiooni kogemus on unikaalne. Siiski andis läbiviidud uurimus võimaluse leida sarnasusi emade kogemuses läbi põhistatud teooria uurimuse. Uurimistulemuste põhjal sai töö autor vastused püstitatud uurimisküsimustele. Selgusid sünnitusjärgse depressiooni korral emade psühhosotsiaalse toimetuleku probleemid ja vajadused. Samas selgusid protsessid, mille kaudu kujuneb sünnitusjärgne depressioon ja emade nägemus sünnitusjärgse depressiooni olemusest. Uurides sünnitusjärgset depressiooni põdenud emade probleeme ja tutvudes nende olukorraga, leidis töö autor nii ootuspäraseid kui ka üllatavaid asjaolusid. Respondentide arusaamades oli nii sarnasust kui ka palju erinevust.

Eksperte intervjuerides oli töö autori sooviks panna ka spetsialiste sünnitusjärgse depressiooni probleemi peale rohkem mõtlema. Ekspertintervjuudega anti lühidalt ülevaade praktiseeriva spetsialisti pilgu läbi, nende hoiakutest ja arvamustest. Ekspertidega intervjuude läbiviimine pani loodetavasti neid rohkem selle probleemi tõsiduse peale mõtlema ja näitas kui olulisel kohal on nende kaasamine sellesse valdkonda.

Töö autori poolt on üllatav tõdeda, kui tervitatav oli emade poolt, et keegi sellise keerulise ja vastuolulise teemaga tegeleb, mis peegeldab tänapäeva ühiskonna kitsaskohti ja valupunkte. Vaatamata vähesele tähelepanule on sünnitusjärgse depressiooni tekkimine üllatavalt tavaline. Paljud ei julge seda endale ega lähedastele tunnistada, rääkimata abi otsimisest.

Sünnitusjärgne depressioon on valdkond, mis vajab uurimist ja avalikkuse tähelepanu, kuna see aitaks tulevastele emadele sisendada kindlustunnet ja erinevate meetmete kasutuselevõttu, et ära hoida võimalikku depressiooni teket peale lapse sündi. Väga oluline on seda probleemi teadvustada ühiskonnale.

Töö autori arvates on aeg selleks, et sünnitusjärgne depressioon tuleb päevavalgele. Arstid peaksid võtma seda probleemi tõsiselt selle asemel, et seda kui tüüpilist naisteneuroosi kõrvale tõugata. Tuleb silmas pidada, et üleminek täiskasvanu rollilt ema rolli on keeruline, kriisiderohke ja potentsiaalselt ohtlik, et sellega seotud kriisid on sama rasked kui kõik teisedki, mida näiteks alates puberteedieast läbi peab tegema. Kuna ei ole võimalik üleöö

vabastada depressioonist, siis töö autori arvates ongi tähtsal kohal esile tuua psühholoogilise stressi faktorid, mis on oluline osa sünnitusjärgsest depressioonist ja mis mõjuvad tegelikkuses hävitavalt.

Seega oli magistritöö eesmärgiks anda ülevaade sünnitusjärgse depressiooni olemusest ning välja selgitada emade psühhosotsiaalse toimetuleku probleemid ja vajadused.

Tahaks rõhutada, et sünnitusjärgselt tekkinud tunnete ja kogemuste jagamine on oodatud ja aktsepteeritav. Uuringu käigus selgus, et tihti on oma tunnetest palju lihtsam rääkida võõramate inimeste seas. Tuli välja, et nii mõnigi ema on piinlikkust tundes hoidnud endale sobimatute mõtete heietamise. Vale on arusaam, et emaks saamine peaks muutma naised läbinisti pühadeks ja erinevad tunded on neile edaspidi keelatud. Palju kasu on sellest, kui on olemas teadmine, et ema ei ole üks ja on olemas paljud teised sarnaste probleemidega. Sellest on abi süütunde leevenemisel ja depressiooniga toimetulekul. Oluline on julgus rääkida ja mitte häbeneda oma tundeid.

Intervjuude põhjal tekkis töö autoril seisukoht, et tuleks viia kokku omavahel rasedate naiste jälgimine ja sünnitusjärgne hooldus. Intervjuude analüüsimise käigus tekkis tunne, et enamus arste ei märka kodeeritud vihjeid spetsiifilistele depressiooniseisunditele. Ekspertintervjuus tuli välja arvamus, et mõned arstid ei pea oluliseks ema emotsionaalse seisundi kontrollimist. Kindlasti rõhutaks siinkohal, kui tähtis on pöörata tähelepanu ema meeleolule ja käitumisele juba raseduse ajal mil ta käib arsti juures jälgimisel. Tuleb leida aega naise ärakuulamiseks. Seega tuleks juba raseduse ajal pöörata tähelepanu naistele, kellel on kalduvus depressiooniks. Töö autor jõudis arusaamisele, et oluline on uurida ka rasedusdepressioone. Günekoloogid on harjunud naise tujukusega raseduse ajal, kuid sellele peaks pöörama rohkem tähelepanu. Erinevad spetsialistid, kes puutuvad kokku naisega nii raseduse ajal kui ka sünnitusjärgselt, peaksid olema võimelised ära tundma sünnitusjärgse depressiooni erinevaid aspekte.

Eelneva põhjal tuleb esile koolituse vajadus erinevatele spetsialistidele (õed, arstid, sotsiaaltöötajad jne) sünnitusjärgse depressiooni aspektidest. Sünnitusjärgne depressioon ei tohi olla tabuteema, millest ei räägita, mida kõrgem on erinevate spetsialistide teadlikkus ja ka emade teadlikkus, seda suurem on võimalus selle ennetamiseks ja avastamiseks.

4.1 Koostöö kujunemise olulisus sünnitusmaja personaliga

Koostöö osal sünnitusmajas on suur osakaal ning selle olemasolu aitab tagada emadele kindlustunnet. Uurimistulemuste põhjal võib töö autor väita, et emad on saanud negatiivseid kogemused juba alates sünnitusmajast. Respondentide hinnang sünnitusmaja personaliga koostööle osutus suuremalt jaolt negatiivseks. Respondentide arvates oli ootamatu, et ei olnud võimalik haiglapersonalile toetuda, neilt abi ja tuge saada.

Esile toodi ka emotsionaalse pinget süvenemist enneaegsete või erivajadustega laste sünni korral. Enneaegse lapse sünd kutsus esile tugeva psühhotrauma, sel juhul oleks vaja erinevate spetsialistide selgitusi ja õpetusi. Palju on sõltuvuses sellest, kuidas sellises olukorras selgitusi jagatakse. Uuringust tulenes tõdemus, et raske on arendada koostööd, kui personalipoolne suhtumine jääb pealiskaudseks.

Respondendid avaldasid arvamust, et sünnitusmajas võiks olla psühholoog, kellele saaks rääkida oma hirmudest ja muredest. Sünnitusmaja personali meeskonnas nähti ka sotsiaaltöötaja vajalikkust. Sotsiaaltöötaja teadmised ning spetsiifilised sekkumisoskused võimaldavad vaadelda kõikvõimalikke probleeme laiemas kontekstis. Sotsiaaltöötaja tegevuseks oleks kriisiabi andmine, teavitamine, psühhosotsiaalne nõustamine. Teooria osas on toonud Knudsen, Hogsted ja Berliner (1997) näitena, et eriti oluline on anda kriisiabi lapsevanemale, kellel on sündinud enneaegne laps, paljude riskiteguritega või juhul, kui selgub lapse erivajadus, millest võib hiljem kujuneda puue. Kriisiabi andmine on vajalik, sest paljud emad tunnevad end süüdi lapse erivajaduse tekkimisel. Siinkohal rõhutab töö autor, et ka töö teooria osas kajastub kirjanduslike allikate alusel sotsiaaltöötaja vajalikkus sünnitusmaja meeskonnas, kellega koos otsuseid vastu võtta ja kellelt tuge saada. Informatsioonilist ja emotsionaalset toetust peeti oluliseks, aga reaalselt osutus see puudulikuks. Respondendid olid ühisel arusaamisel, et see oleks neid aidanud. Uuringust selgus, et tahe olla hea ema on olemas, on olemas kõrged ootused selleks, et olla esmaklassiline ema. Samas vastanduvad neile olemasolevad vanemakohustused ja suhte probleemid, mis välistavad selle.

Uuringust tuleneb tõdemus, et sünnitusmaja personal peaks endale teadvustama emade võimalikku haavatavust ja omandama selleks oskusi, kuidas sünnitama tulnud naisega käituda. Seega analüüsid uurimistulemusi saab töö autor väita, et emade probleemid võivad saada alguse juba alates sünnitusmajast. Eelnevat arvestades on oluline saavutada selline olukord, et sünnitama tulnud naine ei peaks pettuma, vaid tunneks end turvaliselt ja peaks eesootavale vankumatult vastu.

4.2 Emade teadlikkus sünnitusjärgsest depressioonist

Uurimistulemused näitasid, et emad ei ole teadlikud sünnitusjärgse depressiooni vormist. Sellest tuleneb tõdemus, et seda probleemi on vaja aktsepteerida kui reaalselt probleemi. Kuna tegelikkuses esineb sünnitusjärgset depressiooni palju, siis see probleem peaks olema mõistetav laiaades ringkondades.

Nagu juba eelneva arutelu käigus mainitud, siis oluline on sellest probleemist rääkida enne sünnitust, et tulevased emad teaksid, mis võib neid ees oodata. Naised kardavad ja neil on häbi tunnustada oma tundeid. Uurimistulemusi analüüsid saab väita, et reeglina naised arvavad, et nad on halvad emad, kuid nad ei tule selle peale, et tegelikult kiusab neid depressioon.

Teooria osas on Dix (1998) ära toonud, kuidas raamatud edastavad ideaalset pilti tervetest, küpsetest, teadlikest partneritest, kes kõiki vajadusi uute koormustega ja nõudmistega harmooniliselt kokku sobitavad. Tegelikkuses respondendid väljendasid pahameelt, et raamatutes on vähem toodud ära koormust, mis neid seoses lapse sünniga tegelikult ees ootab.

Empiirilise uurimuse käigus sai töö autori poolt välja selgitatud, et kui emad oleksid sellest depressiooni seisundist varem midagi teadnud, oleksid nad ennast sellest suutnud hoida. Seega lähtudes respondentide arvamusel, oleks võinud olla infovoldikuid emadele jagamiseks juba eelnevalt, kui nad raseduse ajal jälgimise all olid. Samuti leiti, et sellest peaks rasedate perekoolis rääkima, ka sel juhul väitsid respondendid, et oleksid osanud ennast paremini ette valmistada. Uuringus osalejad olid kindlal seisukohal informatsiooni vajalikkuses sünnitusjärgse depressiooni kohta juba raseduse ajal. Samas rõhutati

respondentide poolt ka sünnitusmajas positiivsemat suhtumist, hinnati kõrgelt psühholoogi ja sotsiaaltöötaja tegevuse vajalikkust.

Iga ema probleemid on erinevad ja nõuavad individuaalset lähenemist. Tuvastamata depressiooni tagajärgedeks võivad olla suitsiidikatsed, pikaajalised probleemid, perekonnaliikmete võõrandumine, lahendamata perekonfliktid või pere kui terviku funktsioneerimise rikutus. Ema psüühiline seisund mõjutab tugevalt tema käitumist lapsevanemana. Kestev depressioon emal ja ka varasema depressiooni jääknähud mõjutavad vastsündinu käitumise kõiki külgi. Ema-imik suhtele orienteeritud nõustamine on lapse arengule positiivse ja kaitsva mõjuga. Murray ja Lopez (1996) on leidnud oma uuringu tulemusena, et depressioonis emad olid laste vastu vähem tundelised, vähem jaatavad ja negatiivsemalt meelestatud vanemaksolemise suhtes.

Uuringus osalejad töid välja, et puudub ettevalmistus vanemarolliks – meedia ja tervishoiu spetsialistidelt saadud informatsiooni limiteeritus ja ebarealistlikkus, saadud informatsiooni seotus peamiselt füsioloogiliste faktoritega, sünnitusjärgsete probleemide mittekäsitus, probleemidest vaikimine. Toodi välja informatsiooni puudumine sünnitusjärgse depressiooni olemuse kohta, ebaadekvaatne arusaam psühholoogilistest muutustest, mis kaasnevad rasedusega ja vanemaks olemisega. Sellest tekib enese süüdistamine, segadustunne depressiooni äratundmisel ja suutmatus leida abi.

Võib oletada, et sünnitusjärgne depressioon asetab naised võimalike järgnevate depressioonide riskigruppi ja samuti on nende lastel suurem oht omandada emotsionaalseid, kognitiivseid ja sotsiaalseid probleeme. Lisaks võib välja tuua, et varasel sünnitusjärgsel depressioonil on mõju jätkuvalt ka väikelapse ja koolieas. Siit saab järeldada kui oluline on adekvaatne ettevalmistus füüsilisteks ja psühhosotsiaalseteks muutusteks lapsevanemaks saamisel.

4.3 Informatsiooni vajadus

Nagu eelnevalt teadlikkuse all oli juba ära mainitud emadepoolne arvamus, võiks olla sünnitusjärgne teavitamine. Informatsiooni puuduse tõttu ei leitud kinnitust olemasolevate

oletuste kohta sünnitusjärgse depressiooni osas. Teavitamise vajalikkust tõestab asjaolu, et rohkema informatsiooni saamisel olid respondendid ühisel arvamusel, et nad oleksid suutnud sünnitusjärgsest depressioonist hoiduda. Samas annab see võimaluse kogemusi vahetada teiste emadega, kes on samas situatsioonis. Uuringu käigus sai osalejatele esitatud ka küsimus muutuste kohta süsteemis, et sünnitamine oleks positiivsem kogemus. Uurimistulemused näitasid, et respondendid oleksid soovinud rohkem informatsiooni sünnitamise kohta ja informatsiooni võimalikest esimese lapse sünniga kaasnevatest muudatustest. Samuti noortele emadele informatsiooni vajalikest teenustest, mis oleksid abiks rolli muutusega kohanemisel. Sotsiaaltoetusi, sotsiaalteenuseid ja väikelaste vanemate õigusi puudutav informatsioon on üks oluline valdkond, mis tuli välja analüüsisosast.

Sotsiaalset toimetulekut toetavate teenuste koordineerijaks ja teostajaks peaks olema sotsiaaltöötaja. See oleks vajalik eriti terviseprobleemidega lapse sünni korral. Ka teooria osas kajastub, et erivajadustega lapse sünni korral sõltub vanemate valmisolek ja toimetulek perekonna psühhosotsiaalsest olukorrast. Informatsioon erinevate valdkondade kohta on seega oluline emade jaoks ja erialaspetsialistide kaasamine tagab emadele adekvaatse informatsiooni, millel on ennetav osa edaspidiste probleemide tekkimisel. Selge on see, et konkreetsed spetsialistid oskavad kõige paremini oma teadmiste ja kogemuste põhjal edasi anda vajalikku teavet. Siit tuleneb vajadus pöörata tähelepanu koostööle erinevate spetsialistidega, kelle abil on võimalik emadele vajadusel leida konkreetseid lahendusi toimetulekuks. Sünnitusmajas viibimise aeg on küll lühike ning ema läheb koos lapsega tagasi kodusse keskkonda, kuid on saanud juba sünnitusmajas informatsiooni, tuge ja erinevaid võimalusi toimetulemiseks ka edaspidi.

Respondendid kartsid või neil oli häbi otsida professionaalset abi. Siinkohal võib jällegi rõhutada kui oluline on, et lisaks arstidele ja psühholoogidele kuuluksid meeskonda ka sotsiaaltöötajad. See aitaks näha klienti ja tema probleeme terviklikult. Lisaks meditsiiniabi kättesaadavusega saaks sotsiaaltöötaja olla abiks psühhosotsiaalsete probleemide lahendamisel. Teooria osas kirjeldavad Mizzrahi ja Rizzo (2003) sotsiaaltöötaja rolli kui peamiselt toetavat, juhendavat ja siduvat – andes inimesele, mida ta vajab ja viies kokku teenusega, mida vajab.

Ka eksperdid nägid sotsiaaltöötaja vajalikkust sünnitusmajas, aga koheselt toodi esile nõustamine ainult neile emadele, kes pikemalt sünnitusmajas viibivad. Siinkohal läksid arvamused lahku. Emade ootused osutusid teistsuguseks. Emade intervjuude kohaselt oleks hea, kui vesteldakse kõigi emadega. Nende arvamuse järgi oleks olnud igasugune tugi ja informatsioon alates sünnitusmajast väga oodatud.

4.4 Sotsiaalse võrgustiku vajadus

Uuringu käigus sai selgeks, et sotsiaalse võrgustiku vajadus on naisel juba raseduse ajal. Seega on oluline, et raseduse ajal oleks naisel võimalik oma hirne jagada ja naisel võiks olla raseduse ajal välja kujunenud oma tugivõrgustik. Vanavanemate roll võib olla oluline, samuti teiste lähedaste toetus. Teooria osas on Logsdon (2002) välja toonud sotsiaalse toetuse kategooriad, mille alla kuulusid materiaalne toetus, emotsionaalne toetus, informatiivne toetus ja võrdlev toetus.

Uurimistulemuste põhjal võib väita, et abikaasa mängib kõige olulisemat rolli sünnitusjärgsel perioodil. Seega abikaasade toetuse osas ei tohiks olla vajakajäämisi, sest pettumus abielusuhetes raseduse ajal on märkimisväärselt seotud sünnitusjärgse depressiooniga. Uuringu tulemuste põhjal olid respondendid ühisel arusaamisel, et emotsionaalne toetus läbi julgustuse oleks aidanud neil tõsta enesekindlust ka hilisemal hakkamasaamisel. Eksperdid rõhutasid, et naine peaks ise oskama ja julgema abi paluda. Selge on, et abi paluda saab naine eelkõige ise. Tegelikuses emad ei julge sellest rääkida ja abi paluda. Töö autor väidab selle põhjal, et eksperdid ei teadvusta endale kui raske on emadel abi paluda ja kui haavatavad emad tegelikuses võivad olla sel ajaperioodil. Siinkohal tuli välja intervjuudest erinevus ja siit tuleneb tõdemus, kui oluline on sünnitusjärgse depressiooni valdkonnast avalikult rääkida.

Kõigil emadel ei ole ühesugused vajadused ja igatsused ainult sellepärast, et nad on emad. Mõned naised tunnevad süümepiina, kui lähevad tööle, eelistades seda emakohustustele. Teised kannatavad, et tahaksid töö asemel hoopis emakohustustesse sukelduda. On neid, kes ei suuda otsustada, mida nad meelsamini tahaksid teha, et olla õnnelikud. Mõned naised ei ole rahul, et peavad pere sissetuleku nimel töötama, olles seisukohal, et mehed peavad selle eest

hoolitsema. Seega konfliktid selle vahel, mida respondendid arvasid, et peavad tegema ja meelsamini teha oleksid tahtnud, võis põhjustada sünnitusjärgset depressiooni.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et on vajalik avaliku arutelu algatamine sünnitusjärgse depressiooni teadvustamise osas nii sotsiaal- kui ka meditsiinivaldkondades. Võttes arvesse fakti, et sünnitusjärgne depressioon võib omada negatiivset mõju lapsele, naisele, kogu perele ja ka ühiskonnale üldiselt, on sünnitusjärgse depressiooni preventatsioon ja vastav sotsiaalne toetus ning abi väga tähtsad. Lahendusena näeb töö autor, et rasedate naiste jälgimisel pöörata tähelepanu nende meeleolule ja käitumisele, mis võib näidata mõningaid märke sellest, kellel on kalduvus depressioonile. Emade sünnitusjärgne hooldus viia paremale tasemele, mis hõlmab endas emade olukorra jälgimist ja kõikvõimaliku informatsiooni jagamist. Selleks, et arstid näeksid vihjeid spetsiifilistele depressiooniseisunditele tulebki alustada sellest, et seda probleemi ei vaikita maha, vaid sellest räägitakse ja seda teadvustatakse. Muutuste elluviimiseks tuleb sünnitusjärgse depressiooni olemasolu ja tõsidust teadvustada Eesti ühiskonnale, et oleks võimalik ennetada sünnitusjärgse depressiooni teket äsjasünnitanud emadel. Töö autor julgeb väita, et sotsiaaltöö seisukohast on tegu väga olulise temaga.

KOKKUVÕTE

Meie ühiskonnas kehtivad normid takistavad sünnitusjärgse depressiooni vältimist kuna üldine arusaam on, et emadusega on seotud ainult armsad ja positiivsed ettekujutused. Sünnitusjärgne depressioon on valdkond, millest eriti ei räägita, naised kas salgavad selle maha või kannatavad häbi- ja süütundega. Meedia andmetel statistilised arvud laste väärkohtlemise kohta aina kasvavad, vägivald laste vastu, vägivald abielus kuuluvad pakiliste sotsiaalsete probleemide hulka. Samuti abielulahutuste arv on suur ja emade enesetapud üha sagedasemad. Situatsioon teravneb veel sellepärast, et ei ole spetsialiste, kes hoolitseksid naiste eest peale sünnitust. Kui ema on lapsega kohanemise faasis ise sügavas depressioonis, siis tekib raskusi ematunde väljaarenemisega.

Eelneva põhjal on selge, kui vajalik on avaliku arutelu algatamine sünnitusjärgse depressiooni teadvustamise osas. Käesolev magistritöö on suunatud sünnitusjärgse depressiooni teadvustamisele laiemas ulatuses.

Magistritöö raames on viidud läbi uurimus eesmärgiga anda ülevaade sünnitusjärgse depressiooni olemusest ning välja selgitada emade psühhosotsiaalse toimetuleku probleemid ja vajadused.

Uuringu raames viidi läbi 12 poolstruktureeritud kvalitatiivset intervjuud ja kaks poolstruktureeritud kvalitatiivset ekspertintervjuud. Valimisse kuulusid 12 sünnitusjärgset depressiooni põdenud ema ja üks praktiseeriv psühholoog ning üks praktiseeriv sotsiaaltöötaja. Ekspertintervjuu eesmärk oli saada lühike ülevaade antud probleemist praktiseerivate spetsialistide pilgu läbi.

Uurimusliku osa teostamisel on töö autor lähtunud põhistatud teooria põhimõtetest. Meetodi valikul sai määravaks teema vähene käsitlemine, eelneva kogemuse puudumine, soov avastada eksisteerivat sotsiaalset probleemi, et sellega toime tulla.

Kokkuvõtlikult võib magistritöö tulemustest teha järgmised järeldused:

- Kui jälgida võimalikke depressiooni sümptomeid juba raseduse ajal, siis on kergem avastada sünnitusjärgset depressiooni. Seega on võimalik töötada välja mõningaid strateegiaid sünnitusjärgse depressiooni vältimiseks.
- Uurimistulemuste põhjal võib öelda, et emad ei ole teadlikud sünnitusjärgsest depressioonist. Siit tuleneb tõdemus, et sellest probleemist on vaja rääkida juba enne sünnitust. Paljud naised kardavad või neil on häbi otsida professionaalset abi.
- Uuringust selgus, et sünnitusjärgse depressiooni puhul peamised probleemsed valdkonnad psühhosotsiaalse toimetuleku seisukohalt on: halvad lähisuhted, tugivõrgustiku puudumine, informatiivse ja emotsionaalse toe puudus. Siit tuleneb teadmine erinevate infoallikate levitamise vajaduse kohta (koolitused, grupid, kontaktide loomine).
- Uurimisandmete analüüsist lähtudes peaks sünnitusmaja personal endale teadvustama emade võimalikku haavatavust ja omandama selleks oskusi, kuidas sünnitama tulnud naisega käituda. Siit tuleneb vajadus koolituse järele, mis käsitleb sünnitusjärgse depressiooni erinevaid aspekte.
- Emaduse meeleoluhäirete ja lapse arengu vahel on olemas seos, mis võib viia otseste viideteneni lapsel depressiivsete sümptomite ilmnemise, kommunikatsioonihäirete ja ebakõladeni lapse ja vanematevahelistes suhetes.
- Eksisteerib märkimisväärne seos emaduse depressiooni ja abielusuhete, partneri depressiooniastme ja lapse kognitiivse, emotsionaalse ja sotsiaalse arengu vahel.
- Esmasünnitajal on vähene teadlikkus sünnitamisest, võimalikust lapse enneaegsest sünnist, mis põhjustab emotsionaalset kriisi, mistõttu nad vajaksid kriisiabi. Uurimustulemuste põhjal võiks siinkohal kasutada meditsiini ja

sotsiaaltöö vahelist koostööd, kaasates sotsiaaltöötajad edastamaks emale informatsiooni ja vajadusel nõustamist.

- Erivajadustega lapse sünni korral, millega kaasnevad mitmed probleemid, on olulisel kohal meditsiini ja sotsiaaltöö vaheline koostöö alates sünnitusmajast. Uurimistulemuste põhjal võib pidada oluliseks informatsiooni andmist väikelaste vanematele mõeldud hüvitistest, toetustest ning vajadusel korraldada teenuseid lapse arengu soodustamise seisukohalt.
- Respondendid näevad sotsiaaltöötaja vajalikkust sünnitusmaja meeskonnas. Sotsiaaltöötajal on palju erinevaid tööülesandeid sõltuvalt individuaalsest juhtumist ja vajadusest.

Töö autori arvates on üks positiivsemaid tulemusi teadasaamine, et emad ise tahaksid sellest probleemist rääkida, nende poolt oli tervitatav sellise keerulise ja vastuolulise probleemi teadvustamine avalikkusele.

Uurimuse käigus saadud tulemused võiksid olla aluseks sotsiaaltöö arendamisele selles valdkonnas. See tagaks emadele parema sotsiaalse toimetuleku.

KASUTATUD KIRJANDUS

Aluoja, A., Slik, J., Vasar, V. (2004). Depressioon ja sotsiaalne toimimine. *Eesti Arst* 4. 241-246.

Albright, A. (1993). Postpartum Depression: an overview. *Journal of Counseling and Development*. 71/3. 316-320.

Amstrong, K., Edwards, H. (2004). The effectiveness of a pram-walking exercise programme in reducing depressive symptomatology for postnatal women. *International Journal of Nursing Practice*. 10. 177-194.

Auslander, G., K., Ben-Shachar, I. (1998). Social Work Practice in Health Care. Loewenberg (Ed) Meeting the Challengers of a Changing society: 50 Years of Social Work in Israel. Jerusalem: Magnus.

Auslander, G. K. (2000). Outcomes of Social Work Intervention in Health Care Settings. *Social Work in Health Care*. 2. 31-46.

Auslander, G., Netzer, D., Arad, J. (2003). Parential Anxiety Following Discharge From Hospital of Their Very Low Birth Weight Infants. <http://search.epnet.com/direct.asp?an=8854508&db=aph>.

Barnet, B., Duggan, A.K., Wilson, M.D., Joffe, A. (1995). Association Between Postpartum Substance Use and Depressive Symptoms, Stress and Social Support in Adolescent Mothers. *PEDIATRICS*. 96/4. 659-666.

Beck, C.T. (1995). The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a metaanalysis. *Nursing Research*. 144. 298-304.

Beck, C. T. (2001). Predictors of Postpartum Depression. *Nursing Research*. 50/5. 275-285.

Bolton, H., Huges, P., Turton, P. (1998). Incidence and demographic correlates of depressive symptoms during pregnancy in an inner Condon population. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology supplementary*. 19. 202-209.

Carro, M.G., Grant, K.E., Gotlib, H. (1993). Postpartum depression and child development: An investigation of mothers and fathers as sources of risk and resilience. *Development and Psychopathology*. 5. 567-579.

Chan, C. L. (1997). Theory and Practice of Social Work in Health care: Introduction. Social Work Intervention in Health Care. The Hong Kong Scene. Toimetajad Chan, C.L., Rhind, N. Hong Kong: Hong Kong University Press.

Charmaz, K. (2002). Qualitative Interviewing and Grounded Theory Analysis. Teoses: Gubrium, J.F., Holstein, J.A. (Eds.) (2002). Handbook of Interview Research. Context and Method. Thousand. Sage Publications Inc.

Clay, E. C., Seehusen, D. A. (2004). A Review of Postpartum Depression for the Primary Care. *Southern Medical Journal*. 97/2. 157-161.

Cohen, M.M., Schei, B., Ansara, D., Gallop, R., Stuckless, N., Stewart, D.E. (2002). A history of personal violence and postpartum depression: is there a link? *Archives of Women's Mental Health*. 4.83-92.

Cox, J. (2001). Depression: social and economic strategies for quality care. London.

Creswell, J.W. (2003). Research Desing Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches. Thoursand Oaks, California: Sage Publications Inc.

Cutrona, E.C. (1984). Social support and stress in the transition to parenthood. *Journal of Abnormal Psychology*. 93/4. 378-390.

Cutrona, E.C., Troutman, B.R. (1986). Social support, Infant Temperament, and Parenting Self-Efficacy: A Mediational Model of Postpartum Depression. *Child Development*. 57. 1507-1518.

Dalton, K. (1989). Depression after childbirth: how to recognize and treat postnatal illness. New York.

Dix, C. (1998). Eigentlich sollte ich glücklich sein: Hilfe und selbsthilfe bei postnataler Depression und Erschöpfung. Zürich: Kreuz.

Eesti Tervishoiu Sotsiaaltöötajate Assotsiatsiooni kodulehekül <http://www.hot.ee/etsaetsa>

Ezzy, D. (2002). Qualitative Analysis. Practice and Innovation. SRM Production serviec. SDN. BHD. Malaysia.

Flick, U. (1998). An Indruction to Qualitative Research. Sage Publications.

Fontana, A., Frey, H.J. (1998). Interviewing: The art of Science. Teoses: Denzin, N.K., Licoln, Y.S. Indruction: Entering the Field of Qualitative Research. Sage Publications, Inc.

Goldbort, J. (2002). Postpartum Depression: Bridging the Cap Between Medicalized Birth and Social Support. *International Journal of Childbirth Education*. 17/4. 11-17.

Harvey, I., McGrath, G. (1988). Psychiatric Morbidity in spouses of women admitted to a mother and baby unit. *British Journal of Psychiatry*. 152. 506-510.

Heido, E. (2004). Sünnitusjärgne depressioon. www.perekool.ee

Hiltunen, P. (2003). Maternal Postnatal Depression, Causes and Consequences. Department of Pediatrics University. Oulu.

Jellinek, M., S., Catlin, A., Todres, J. D., Cassem, E. H. (1992). Facing tragic decisions with parents in the neonatal intensive care unit: clinical perspectives. *Paediatrics*. 89/1. 199-122.

Knudsen, I., Hogsted, R., Berliner, P. (1997). Psühholoogiline esmaabi ja inimlik toetus. Danish Red Cross.

Korp, E. (2002). Võrgustikutöö võimalused lapse aitamisel. Laps – elu, probleemid ja lahendused. Teadusartiklite Kogumik. Tallinn. 45-61.

Lausvee, E. (2002). Reaalsus ja sidusus – vaimset tervist ja heaoluseisundit mõjutavad tegurid. Eesti sotsiaalteaduste III aastakonverents. (koost. Ü. Kavats). TTÜ, TPÜ: TTÜ Kirjastus. Tallinn. 135-140.

Lepola, U. (2004). Naised ja depressioon. Tartu: Lundbeck Eesti AS.

Levin, A., Kagan, V. (2000). Laps, perekond ja meditsiin. Tallinn: TEA.

Logsdon, M. (2000). The link of social support and postpartum depressive symptoms in African-American women with low incomes. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 25/5. 262-266.

MacDonald, D. (1991). Hospice Social Work: a Search for Identity. *Health and Social Work*. 16/4. 180-274.

McKinney, E. S., Ashwill, I. W., Murray, S. S., James, S. R., Corrie, T. M., Droske, S. C. (2000). *Maternal-Child Nursing*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.

Merenstein, G. B., Gardner, S. L. (1990). *Handbook of Neonatal Intensive Care*. Toronto: The C. V. Mosby Company.

Milgrom, J., Westley, D.T., McCloud, P.I. (1995). Do infants of depressed mothers cry more than other infants? *Journal of Paediatrics and Child Health*. 31. 218-221.

- Miller, J., M. (2000). Postnatal Depression: Not Just the Baby Blues. NHMRC. Melbourne.
- Mizrahi, T., Rizzo, V., M. (2003). Psychosocial Problems and Social Work in Neighborhood Health Centers. Perspectives from Health Care Providers.
<http://www.naswnyc.org/HealthCareproviders.htm> [10.01.2006]
- Mudahar, K., Brown, R., Carlsen, J.T., Huber, T., Muse, M.V., Newsome, V., Ware, H. (2001). Postpartum depression: The Convergence of Media Coverage and Community Activism In Influencing Public Health Policy. Illinois Department of Public Health.
- Murray, C.J.L., Lopez, A.D. (1996). Evidence – based health policy: lessons from the Global Burden of disease study. *Science*. 274. 740-743.
- Narusson, D., Kiis, K. (2001). Sotsiaaltöö roll Eesti tervishoius. *Sotsiaaltöö*. 4. 12-13.
- Narusson, D. (2002). Aktiivraviasutuste sotsiaaltöötajate funktsioonid ja tegevused. Magistritöö. Tartu Ülikool. Sotsiaalteaduskond.
- O'Hara, M.W., Zekoski, E.M., Philipps, L.H. (1990). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology*. 99. 3-15.
- O'Hara, W. (1995). Postpartum Depression: Causes and Consequences. Springer-verlag. New York, Inc.
- Oikirainen, M. (2002). Unikuolusta Baby bluesiksi. *Esikko* 2. 4-7. Helsinki.
- Patton, M.Q. (2002). Qualitative Research & Evaluation Methods. Sage Publications: Thousand Oaks. London. New Delhi.
- Raamat, K. (2002). Sotsiaaltööst tervishoius. *Sotsiaaltöö*. 4. 28-30.

Richards, P.M. (2000). Commentary: assessing Women's Well-Being and Social and Emotional Needs in Pregnancy and the Postpartum Period. *BIRTH*. 27/2. 102-104.

Rizzo, V., M., Abrams, A. (2000). Utilization Review: a Powerful Social Work Role in Health Care Settings. *Health and Social Work*. 25.

Robson, K.M., Kumar, R. (1980). Delayed onset of maternal affection after childbirth. *British Journal of Psychiatry*. 136. 347-353.

Romantšik, O. (2003). Esmassünnitanute probleemid ja nõustamine 1. kuul pärast sünnitust. *Eesti Arst*. 9. 667.

Sanchez, J., R. (2003). *Social Worker Providing Leadership in Municipal System*.
<http://www.naswnyc.org/JoseSanchez.htm> [21.01.2006]

Seguin, L., Potvin, L., Loiselle, J. (1999). Depressive Symptoms in the Late Postpartum Among Low Socioeconomic Status Women. *BIRTH*. 26/3. 157-163.

Sheppard, M. (1997). Depression in female health visitor consultants: social and demographic facets. *Journal of Advanced Nursing*. 26. 921-929.

Siigur, K., Listopad, T., Nõrka, S. (1996). Haige vastündinu ema probleeme vastündinute osakonnas. *Eesti Arst*. 1. 75-78.

Sotsiaalhoolekande seadus RT I 2001, 85,509 (1.01.2003)

Stemp, P.S., Turner, R.J., Noh, S. (1986). Psychological distress in the postpartum period: The Significance of social support. *Journal of Marriage and the Family*. 48. 271-277.

Stover, M. A., Marnejon, G. J. (1995). Postpartum Care. *American Family Physician*. 52/5. 1465-1472.

Schwandt, T.A. (2001). Dictionary of Qualitative Inquiry. II cd. Sage Publications.

Zagor, F., Addabbo, J., P. (2003). Carving a Niche in Community Health Centers. National Association of Social Workers: New York City Chapter.

<http://www.naswnyc.org/Niche.htm> [21.01.06]

Zaslov, M.I., Pedersen, F.A., Cain, R.L. (1984). Depressed mood in new fathers: Association with parent-infant reaction. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*. 111. 133-150.

Taperson, K. (1998). Teisele emale. Käsiraamat erivajadustega laste vanematele. Tallinn.

Tikko, A., Tulva, A. (1999). Laps maailmas ja maailm lapses. Artiklite kogumik. Tallinn: TPÜ.

Tulva, T., Viiralt, I. (2001). Võrgustikutöö võimalusi laste- ja pereprobleemide lahendamisel. Teadusartiklite kogumik. Tallinn: TPÜ.

Tulva, T. (2004). Lapse kasvukeskkond ja sotsiaalsed oskused. Teadusartiklite kogumik. Tallinn: TPÜ.

Vana, T. (2001). Psühhosotsiaalne rehabilitatsioon teoorias ja praktikas. *Eesti Arst*. 3. 36-37.

Viiralt, I. (1996). Puudelaps pereuuringute keskmes. Lastekaitse muutuv ühiskonnas. Teadusartiklite kogumik. Tallinn: TPÜ.

Venesaar, M., Levin, A. (2001). Vastsündinute intensiivravi: emade ja lastekaitse küsimusi. Laps tänases Eestis. Tallinn: TPÜ.

Venesaar, M. (2004). Sotsiaaltöö ja eetika tervishoiuasutuses. *Hippokrates*. 18. 381-384.

Whiffen, V.E. (1988). Vulnerability to postpartum depression: A prospective multivariate study. *Journal of Abnormal Psychology*. 94/4. 467-474.

Uriko, K., Raukas, R., Mets, H., Liik, K. (2002). *Nüüd ma tulen*. Tallinn: Valgus.

Lisa 1 Intervjuu küsimused ekspertidele

1. Mida arvate sünnitusjärgsest depressioonist ja selle tekkepõhjustest Teie kui praktiseeriv spetsialist?
2. Mida arvate sünnitusjärgse depressiooni mõjust lapse arengule?
3. Kuidas mõjutavad sünnitusjärgse depressiooni teket abikaasade vahelised suhted ja uus lapsevanema roll?
4. Kui suur roll mängib sotsiaalne võrgustik sünnitusjärgse depressiooni puhul?
5. Missugused tegurid võiksid lisaks mõjutada sünnitusjärgse depressiooni teket?
6. Kuidas saaks sünnitusjärgset depressiooni ennetada?
7. Kas Te arvate, et töötavad emad rohkem/ vähem sünnitusjärgset depressiooni põevad kui mitte töötavad?

Lisa 2 Intervjuu küsimused emadele

I Taustaandmed:

1. Milline oli Teie vanus lapse sünnihetkel?
2. Kas Teil on lapsendatud lapsi või võõraslapsi?
3. Kas olete üksikema?
4. Mitmendal rasedusnädalal sündis poeg või tütar?

II Põhiküsimused:

5. Missugused olid Teie muljed sünnitusmajast ja personalist?
6. Missuguseid negatiivseid kogemusi meenub seoses haigla personaliga või protseduuridega?
7. Kas oli väljakujunenud tugivõrgustik (lähedased, sõbrad – kellega saab rääkida, muresid-rõõme jagada) juba raseduse ajal? Kirjeldage.
8. Missuguseid probleeme esines Teil raseduse ajal? (rasedusaegne ärevus, hirm, rasedusaegsed terviseprobleemid).
9. Missugused olid lähisuhted raseduse ajal ja peale sünnitust?
10. Mida olite kuulnud juba sünnitusjärgsest depressioonist? Kirjeldage oma emotsioone ja reaktsioone.
11. Milliseid muudatusi on toonud pere argipäeva lapse sünd? (suhted-peresuhted, majanduslik olukord – toimetulek, töö, elamispind).
12. Missugused olid esimesed emotsioonid lapse sündimisel?
13. Millal Te põdesite depressiooni, pärast esimest, teist (või enam) last?
14. Kuidas tegite kindlaks, et põete sünnitusjärgset depressiooni?
15. Millist tuge ja informatsiooni oleksite vajanud seoses sünnitusjärgse depressiooniga?
16. Mis Te arvate, kuidas võib mõjuda sünnitusjärgne depressioon lapse arengule?
17. Mis Te praegu arvate, kas oleksite pidanud kelleltki abi paluma? Oma sõbrannalt, oma partnerilt, oma günekoloogilt, sünnitusabi andjalt (ämmaemandalt) või perearstilt (koduarstilt), sotsiaaltöötajalt, kaaspatsiendilt?
18. Kuidas tunnete või tundsite ennast süütunde suhtes, et Teil on depressioon?

19. Mis Te arvate, kas võiks saada haiglaperioodil psühholoogilist nõustamist või kriisiabi?
20. Kuidas Te tunnete ennast sellest rääkides, üldiselt (üldse), teiste emade grupis, oma perega?
21. Mis Te arvate, esineb teistel emadel samasuguseid tundeid?
22. Kuidas reageeris Teie depressioonile lapse isa?
23. Mis te arvate, kuidas töötamine on seotud sünnitusjärgse depressiooniga?
24. Millist informatsiooni Te lähtuvalt oma probleemist oleksite vajanud juba sünnitusmajas pärast lapse sündi?
25. Milliseid sotsiaalteenuseid võiks ema arvates olla vastsündinute osakonnas?

III Lõpüküsimused:

26. Mida võiks muuta süsteemis, et see kogemus (lapse sünnitamine) oleks Teie jaoks positiivsem?
27. Mida Te sooviksite veel eelpool räägitule lisada?