

TALLINNA TERVISHOIU KÕRGKOO



Tervisharidus keskus

Tegevusterapeudi õppekava

Anneliis Aavik

**TEGEVUSTERAPEUTILISED SEKKUMISED LIIKUMISPUUDEGA NAISTE
TOETAMISEL RASEDUSAEGSELT NING SÜNNITUSJÄRGSEL PERIOODIL**

Lõputöö

Tallinn 2020

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

Lõputöö autori allkiri

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas 25.05.2020/

Lubatud kaitsmisele.

Juhendajad: Kadi Lubi, PhD

/nimi ja akadeemiline kraad/

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas 25.05.2020/

Juhendajad: Marika Merits, MA

/nimi ja akadeemiline kraad/

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas 25.05.2020/

KOKKUVÕTE

Anneliis Aavik (2020). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, tervishariduse keskus, tegevusterapeudi õppekava. Tegevusterapeutilised sekkumised liikumispuudega naiste toetamisel rasedusaegsel ning sünnitusjärgsel perioodil. Uurimistö 37 leheküljel, 84 kirjandusallikat, 3 lisa.

Uurimistöö eesmärk: Analüüsida füüsilise ja sotsiaalse keskkonnaga seotud probleeme, teadlikkust tegevusterapeudi teenusest ning tegevusterapeutilisi sekkumisi liikumispuudega naiste toetamiseks rasedusaegsel ning sünnitusjärgsel perioodil.

Uurimistöö uurimismeetod: Empiirilise uurimuse tulemuste kirjeldamisel lähtuti rakendusuuringu raames sihtgrupiga läbi viidud kvalitatiivse meetodina kasutatud poolstruktureeritud intervjuudest. Andmete kogumiseks viidi läbi kolm intervjuud. Andmete analüüsi aluseks oli kvalitatiivne temaatiline sisuanalüüs.

Uurimistöö olulisemad järeldused:

Füüsiline ligipääsetavus erinevatele tervishoiuteenustele on oluline probleem, mis vajab liikumispuudega naiste nii üldiseks kui rasedusaegseks ja sünnitusjärgseks toetamiseks lahenduste leidmist. Sotsiaalne keskkond on liikumispuudega naiste hinnangul positiivse suhtumisega nii nende üldisel sotsiaalsel kaasamisel kui rasedusaegsel ja sünnitusjärgsel toetamisel. Negatiivset suhtumist liikumispuudega naistesse seostatakse pigem naiste enda eelarvamuste ja enesetunde, kui ühiskondliku hukkamõistuga. Vastajate seas esineb teadmatus tegevusterapeudi eriala ja teenuse olemusest. Tegevusterapeutiliste sekkumistena liikumispuudega naiste rasedusaegsel ning sünnitusjärgsel toetamisel on vajadus spetsiifilise nõustamise järele, mis oleks suunatud liikumispuudega naistele tulenevalt nende erivajadustest ning informeeriks abivahenditega seonduvast.

Võtmesõnad: liikumispuue, rasedus, sekkumine, sünnitusjärgne periood, tegevusteraapia.

SUMMARY

Anneliis Aavik (2020). Tallinn Health Care College, Health Education Center, Curriculum of Occupational Therapy. Interventions in occupational therapy to support women with impaired physical mobility during pregnancy and postpartum period. Thesis on 37 pages, 84 references, 3 appendices.

The aim of the research: To analyze the problems related to the physical and social environment, awareness of the occupational therapist's service and opportunities in occupational therapy to support women with impaired physical mobility during pregnancy and the postpartum period.

The research method: In describing the results of the empirical research, the semi-structured interviews were used as a qualitative method with the target group. The interview followed the previously prepared interview schedule. In order to collect data, three interviews were conducted. The data analysis was based on qualitative content analysis.

The main conclusions of the thesis:

Physical access to various health services is a significant problem that requires solutions to support women with impaired mobility in general, as well as during pregnancy and postpartum. According to the participants the social environment has a positive attitude towards their general social inclusion as well as support during pregnancy and the postpartum period. Negative attitudes towards women with impaired mobility are associated with one's own prejudices and feelings rather than social condemnation. There is lack of knowledge among people about the nature of the occupational therapist's profession and service. Women with physical impairment have a need for specific counseling and information about assistive devices within interventions in occupational therapy to support them during pregnancy and in the postpartum period.

Keywords: impaired mobility, pregnancy, intervention, postpartum period, occupational therapy.

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	3
SUMMARY	4
SISSEJUHATUS.....	6
1. TEOREETILISED LÄHTEKOHAD.....	10
1.1. Füüsilise keskkonnaga seotud probleemid	10
1.2. Sotsiaalse keskkonnaga seotud probleemid.....	11
1.3. Tegevusterapeutilised sekkumised liikumispuudega naiste rasedusaegseks ning sünnitusjärgseks toetamiseks	14
2. METOODIKA	16
2.1. Uurimismeetodi valik	16
2.2. Valim	17
2.3. Andmete kogumine.....	18
2.4. Andmete analüüs	18
2.5. Uurimistöö eetika ja usaldusväärsus.....	19
3. UURIMISTÖÖ TULEMUSED	22
3.1. Füüsilise keskkonnaga seotud probleemid	22
3.2. Sotsiaalne keskkond	23
3.3. Teadlikkus tegevusterapeudi teenusest, tegevusterapeutilised sekkumised liikumispuudega naiste rasedusaegseks ning sünnitusjärgseks toetamiseks	24
4. ARUTELU	27
JÄRELDUSED.....	30
KASUTATUD KIRJANDUS	31

LISAD:

LISA 1. Intervjuukava

LISA 2. Informeeritud nõusoleku vorm

LISA 3. Teemaatilise sisuanalüüsi skeem

SISSEJUHATUS

Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni (ÜRO) inimõiguste ülddeklaratsiooni artikli 16 esimese alapunkti alusel "*Täisealistel ... on igasuguste kitsendusteta rassi, rahvuse või usu põhjal õigus abielluda ja luua perekond.*" (ÜRO inimõiguste ..., 2013). Õigusakti Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni I osa artikkel 14 ütleb, et õiguste ja vabaduste rakendamine kindlustatakse olenemata kõikvõimalikest karakterisikutest; artikkel 12 toob välja, et riigisisised seadused peavad olema ÜRO inimõiguste ülddeklaratsiooniga kooskõlas ning artikkel 8, et "*Igäihel on õigus sellele, et austataks tema era- ja perekonnaelu ja kodu*" (Inimõiguste ja ..., 2010). Eesti Vabariigi põhiseaduses tagatakse nimetatud põhivabadused §12, mis kajastab kõigi samaväärsust seaduse ees, ning §26 alusel, mis sätestab eraelu privaatsuse (Eesti Vabariigi ..., 2015: §12, §26). Sotsiaalkindlustusameti statistika alusel on 31.09.2019 seisuga Eestis reproduktiivses eas (vanusevahemik 14–50 eluaastat) puudega naisi 14 094 (Statistika ja aruandlus, 2019). Puudega vanema toetus on Sotsiaalkindlustusameti poolt makstav toetus ühele puudega vanematest kuni 19-aastase lapse hooldamise eest (Puudega vanema ..., 2020). 2005. aastal maksti läbi riikliku sotsiaalkindlustuse puudega vanema toetust 1175 inimesele, 2019. aastal aga 816 inimesele (Statistika ja aruandlus, 2019), seega on toetuse saajate arv langustrendis.

Tegevusterapeudi kompetentsi kuuluvad tegevusvõime ja tegevuskeskkonna hindamine, keskkonnakohanduste sisseviimine ja nõustamine lähtuvalt kliendi tegevusvõimest ning kasutades sobivaid ergonoomilisi võtteid (Tegevusterapeut, tase ..., 2018). Tegevusterapeut saab liikumispuudega rasedat uueks eluetapiks ette valmistada, vähendades biomehaanilisi riskifaktoreid, rõhutades vajadust füüsiliseks taastumiseks läbi tegevuste hindamise ja analüüsi, hooldusvahendite valiku, kodukeskkonna kohandamise ja ergonoomiliste põhitõdede tutvustamise (Morse ja Sanders, 2005: 294; Ivanisevic jt, 2017: 251). Rasedusaegselt tegevusliku rutiini säilitamise võimekust mõjutavad nii naise tervislik seisund kui ka välised mõjutajad nagu tervishoiutöötajate teadlikkus, kättesaadav meditsiiniline abi ning raseduse ja puudega seotud informatsioon, samuti läbivaatusruumide kohandatus erivajadusega patsiendile (Iezzoni jt, 2016a: 461–462). Sünnitusjärgse tegevusliku rutiini taastumine sõltub rasedusaegset tegevuslikku rutiini mõjutanud faktoritest (Iezzoni jt, 2016a: 458–460).

Kõigil naistel, kes otsustavad emaks saada, on vaja tugivõrgustikku, mis koosneb perest, sõpradest ja toimivast interdistsiplinaarsest meeskonnast (Kennedy ja Tebbet, 2012: 767–768; Muir, 2012: 507). Erivajadustega inimeste ühiskonda kaasamiseks peab enam keskenduma sotsiaalsete, majanduslike, füüsiliste ja keskkondlike barjääride vähendamisele, kui erivajadusega inimeste tervislikele puudujääkidele (Boschen jt 2012: 124; Henderson 2017: 1–2) või ühiskondlikult kujunenud stigmadele (Scambler 2009: 453). Liikumispuudega naiste seas on läbi viidud uuringud, mille tulemusel saab väita, et liikumispuudega naiste toetamiseks vajalik tõendus põhine informatsioon nii üldiseks kui tegevusterapeutiliseks toetamiseks on puudulik (Iezzoni jt, 2016a: 463–465; Henderson jt, 2017: 2, 10–11). Vaatamata vähestele uuringutele, panustavad tegevusterapeutid liikumispuuetega naiste rasedusaegsesse ja sünnitusjärgsesse tegevusterapeutilisse toetamisse ning sekkumisse (Hammond jt, 2013: 90–91, 95–96; Iezzoni jt, 2016a: 463–465).

Naisi rasedusaegsetest ja sünnitusjärgsetest muutustest nõustavatel tervishoiutöötajatel on limiteeritud teadmised liikumispuudega kaasnevatest tegevusvõime piirangutest, eriti juhtudel kui puuduvad kaasaegsed abivahendid ning vajalikud keskkonnakohandused. (Lõoke, 2014; Iezzoni, 2015: 500–501; Iezzoni jt, 2016b). Raseduse ajal ning sünnitusjärgsel ilmnevate või juba olemasolevate tegevusvõime piirangutega on kompetentne tegelema tegevusterapeut. Lähenedes kliendile holistiliselt ning pannes rõhu kliendikesksele lähenemisele, saab tegevusterapeut planeerida tegevusterapeutilised sekkumised lähtuvalt naisele tähendusrikkastest tegevustest. (Muir, 2012: 507; Iezzoni, 2015: 500–501; Kenny jt, 2015: 131). Tegevuste mõtestamisel peab olema eesmärk, mille tulemusena muu hulgas tõuseb eneseväärtustunne (Eklund jt, 2001: 8, 14–16; Hammell, 2004: 297, 300–303).

Käesolev teema on aktuaalne ja uudne, kuna varasemalt ei ole Eestis tegevusterapeutilisi sekkumisi liikumispuudega naiste toetamisel rasedusaegselt ning sünnitusjärgsel perioodil tegevusteraapia ja ämmaemanduse kontekstis uuritud. Ainus sarnase temaatikaga avaldatud juhtumiuuring ilmus aastal 2002 ajakirjas Eesti Arst, kus kirjeldati raseduse mõju *Sclerosis Multiplex*'ist lähtuvalt liikumispuudest, rasedusaegseid ning sünnitusjärgseid ohte ja riske, ning probleemkohtade tuvastamise ja efektiivsete tugisüsteemide väljatöötamise olulisust (Braschinsky jt, 2002). Ühtlasi kuulub uurimistöö Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli tervishariduse keskuse tegevusterapeuti õppekava uurimissuunade "Teapeutilised tegevused tegevusteraapias" ja "Tegevusterapeuti kompetentsid ja professionaalne areng" alla.

Uurimisprobleem: Liikumispuudega naiste seas läbiviidud uuringud näitavad, et teaduspõhine informatsioon tegevusterapeutiliseks toetamiseks on puudulik (Iezzoni jt, 2016a: 463–465; Henderson jt, 2017: 2, 10–11) ning kuigi tegevusterapeutilised sekkumised saavad raseduse ajal ja sünnitusjärgselt liikumispuudega naisele toeks olla (Kenny jt, 2015; Iezzoni jt, 2016a: 463–465), ei ole Eestis tegevusterapeutilist toetamist liikumispuudega naiste rasedusaegsel ning sünnitusjärgsel toetamisel varasemalt uuritud.

Uurimistöö eesmärk: Analüüsida füüsilise ja sotsiaalse keskkonnaga seotud probleeme, teadlikkust tegevusterapeudi teenusest ning tegevusterapeutilisi sekkumisi liikumispuudega naiste toetamiseks rasedusaegsel ning sünnitusjärgsel perioodil.

Uurimistöö ülesanded:

1. Analüüsida Eestis liikumispuudega naiste seas läbiviidud intervjuude tulemuste põhjal füüsilise keskkonnaga seotud probleeme.
2. Analüüsida Eestis liikumispuudega naiste seas läbiviidud intervjuude tulemuste põhjal sotsiaalset keskkonda ja teadlikkust tegevusterapeudi teenusest.
3. Analüüsida Eestis liikumispuudega naiste seas läbiviidud intervjuude tulemuste põhjal tegevusterapeutilisi sekkumisi liikumispuudega naiste toetamiseks rasedusaegselt ning sünnitusjärgsel perioodil.

Lõputöös kasutatud kesksed mõisted:

Liikumispuue (*impaired mobility*) – kaasasündinud, trauma(de) tulemusena või haiguse läbipõdemisel tekkinud liikumisfunktsiooni kahjustus, häire või funktsiooni puudumine (Lööke, 2014).

Rasedus ehk gestatsioon (*pregnancy*) – naise füsioloogiline seisnud, eostumise ja sünnituse vaheline aeg, mil toimuvad hormonaalsed muutused, mis soodustavad loote arenemist ning valmistavad naist ette ka sünnituseks ja imetamiseks (Ball jt, 2017: 4–5; Kirss jt, 2018: 1; Meditsiinisinonastik, 2018).

Sekkumine (*intervention*) – tahtlikult raskes olukorras osalemine selle parandamiseks või süvenemise vältimiseks (Cambridge Dictionary, 2020).

Sünnitusjärgne periood (*postpartum period*) – sünnitusele järgnev kuus (kuni kaheksa) nädalat kestev periood (Encyclopaedia Britannica, 2020).

Tegevusteraapia (*occupational therapy*) – "eesmärgipäraselt valitud tegevuste kasutamine inimese ... parima võimaliku tegevusvõime saavutamiseks igapäevaelus" (Tegevusterapeut, tase ..., 2018).

Tegevusterapeut (*occupational therapist*) - "tegevuse ja tegevusvõime spetsialist, kelle töö on häirunud tegevusvõimega isiku tegevusvõime hindamine, säilitamine ja edendamine" (Tegevusterapeut, tase ..., 2018).

Ämmaemand (*midwife*) - "tervishoiuspetsialist, kes juhendab, jälgib, nõustab ja toetab naisi raseduse ja sünnituse ajal, sünnitusjärgsel perioodil... Ämmaemand korraldab ämmaemandustegevust koostöös siht- ja sidusrühmadega." (Ämmaemand, tase ..., 2018).

1. TEOREETILISED LÄHTEKOHAD

1.1. Füüsilise keskkonnaga seotud probleemid

Liikumispuuet defineeritakse kui puude kategooriat, mis hõlmab erinevat tüüpi füüsilisi puudeid. Siia hulka loetakse ala- või ülajäseme kaotuse või düsfunktsiooni ning koordinatsiooniga seotud probleemid. Liikumispuue võib olla kaasasündinud või aja jooksul tekkinud probleem. Liikumispuudega inimesed kasutavad liikumiseks mitmeid abivahendeid nagu kargud, kepid, ratastoolid, ortoosid, proteesid jne. (*Physical and ...*, 2017). Liikumispuude puhul esinevad tegevuspiirangud üldjoontes neljas igapäevaelu tegevuste kategoorias: töötegevused, transpordi kasutamine, liikumine, igapäevaelu tegevused koduses keskkonnas ning vaba aja toimingud (Reitz, 2010: 225, 231). Rasedusega kaasnevad erinevad tegevuspiirangud, näiteks raskuste teisaldamine, mis teevad liikumispuudega naise igapäevategevused veelgi keerulisemaks (Cox, 2012: 444). Tegevuste kohandamine, nagu lapse kandmine ja lapse voodist välja tõstmine, suurendab liikumispuudega naise osalemist lapse eest hoolitsemisel (Babamohamadi jt, 2011: 834–835; Iezzoni, 2016b).

Ligipääsetavus hoonetele võib saada määravaks teguriks, mis muudab arstivisiidi meeldivaks või ebameeldivaks (Alexander jt, 2009b: 12, 50–74; Reitz, 2010: 234–235). Meditsiiniline inventar ja meditsiinitehnika (läbivaatusruumid, -lauad ja kaalud) ei pruugi alati olla liikumispuudega naisele ligipääsetavad, mis võivad visiidi ebameeldivaks muuta (Alexander jt, 2010: 73, 82; Begley 2013: 211; Chitnis ja Samant, 2017: 1310). Tegevusterapeudi kaasamine interdistsiplinaarsesse meeskonda aitab kasutusele võtta erinevaid abivahendeid ja tehnoloogiaid, ning kohandada läbivaatusruumi liikumispuudega naisele ligipääsetavaks, jälgides kaldteede, invaparkimiskohtade ja -tualettide olemasolu ning lävepakkude kohandamist ratastooliga ületatavaks (Byrnes ja Hickey, 2016: 506; Iezzoni jt, 2017: 883). Tagades läbivaatusruumis reguleeritava kõrgusega laua või tõstuki olemasolu, ning liikumispuudega inimestele kohandatud kaalu, muudab tegevusterapeudi sekkumine liikumispuudega naisele rasedusaegsed tervisekontrollid ja arstivisiidid mugavamaks (Wise, 2012: 173–174; Chitnis ja Samant, 2017: 1310; Collins jt, 2018). Seadustega määratletud tervishoiuteenuse kättesaadavuse tagamine (*Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ...*, 2008: §3–§5; *Puudega inimeste...*, 2018: §1–§19) peaks kohustuslikuks muutma ligipääsetavuse suurendamiseks hoonetele kaldteede, madalate ukسلävede, avarate usteavade jms lisamise (Alexander jt, 2009a: 7, 49, 64). Eestis kavatakse Euroopa Regionaalarengu Fondi meetme

"Investeeringute toetamine tervisekeskuste infrastruktuuri tõmbekeskustes, tagades kättesaadavad ja mitmekülgsed tervishoiuteenused" raames kaasajastada ehk ligipääsetavaks muuta kaksteist raviasutust (Euroopa Regionaalarengu ...; Sotsiaalne taristu ..., 2019).

Liikumispuudega naised on välja toonud probleeme mähkimislaudadega, mis asetsevad liiga kõrgel ja laste hällidega, mis on liiga sügavad (Iezzoni, 2016a: 460–461). Liikumispuudega naised toovad vajaliku sekkumisena välja individuaalsetest vajadustest lähtuva keskkonna kohandamise, nagu mähkimislaudade kõrguse reguleerimine ratastooliga ligipääsetavaks või hällidele hingedega uste paigaldamine kui kasuteguri, mis suurendab iseseisvust lapsehooldustoimingute sooritamisel (Iezzoni, 2015: 501–503). Füüsilise keskkonnaga seotud ohutusstandardite rangemaks muutmisega seotud ettekirjutuste (turvatoolid, mänguasjad, imikute rahustamis- ja toitmisabivahendid) järgimine ning teadlikkus terviseriskide jälgimise vajalikkusest on valdkond, kus tegevusterapeut saab liikumispuudega lapsevanematele võimendamise näol toeks olla (Kenny, 2015: 132).

1.2. Sotsiaalse keskkonnaga seotud probleemid

Puue ei ole ainult meditsiiniliselt defineeritav sümptomite kogum, vaid ka sotsiaalses kontekstis ühiskonna poolt vaadeldav probleem (Ginsburg ja Rapp, 2013: 53; Kleine ja Shakespeare, 2013: 20). Ühiskonnaliikmed k.a tervishoiutöötajad võivad liikumispuudega naiste lapsevanemaks olemise kompetentsid kahtluse alla seada ning kritiseerida nende võimekust juhul kui nad ise vajavad igapäevaelu tegevustega abi (Smeltzer ja Wetzel-Effinger, 2009: 30; Kennedy ja Tebbet, 2012: 767; Gao jt, 2013). Liikumispuudega naised, kes otsustavad lapsi saada, puutuvad kokku paljude väljakutsetega nagu seksuaalne düsfunktsioon, rasedus ja suhte probleemid ning ühiskondlikud eelarvamused (Boschen jt, 2012: 124; Begley, 2013: 210; Tarasoff, 2015: 92). Puuetega inimeste kogukond näeb puuet kui ühiskonna poolt loodud stigmatisatsiooni, mis loob arusaama, et puudega inimesed ei saa iseseisvalt hakkama ning sellest tulenevalt ei ole võimelised laste eest hoolitsema (Scambler, 2009: 441–442; Kennedy ja Tebbet, 2012: 766; Ginsburg ja Rapp, 2013: 53).

Enesehooldustoimingute, füüsilise aktiivsuse ja sotsiaalse funktsioneerimise vahel on leitud seos, mis aitab tegevusterapeutidel erinevaid sekkumisi planeerida (Phipps ja Roberts, 2012: 425; Joubert jt, 2016). Seljaajukahjustusega võivad kaasned neuroloogilised, füüsilised, psühholoogilised või psühhosotsiaalsed häired, mis mõjutavad muu hulgas ka raseduse kulgu

(Chen jt, 2015: 826). Liikumispuue tekitab naistel madalat enesehinnangut, pannes nad enda atraktiivsuses ja seksuaalsetes võimetes kahtlema. Ebakindlus omakorda suunab naised otsima informatsiooni, mis neid antud olukorras aitaks. (Beckwith ja Kwai-Sang Yau, 2013: 317–318). Tegevusterapeut saab toetada naise raseduse ajal toimuvaid psühholoogilisi muutusi kasutades selleks psühhoterapeutilisi tehnikaid nagu teadvelolek (ärksameelsus) (Kenny jt, 2015: 131–132). Teadveloleku meetodi kasutamine võimaldab pöörata tahtlikult ja hinnangutevabalt tähelepanu käesolevale momendile ja selle hetk-hetkelisele kogemisele (Elliot, 2011: 368). Tulevaste igapäevaelu toimingute planeerimine aitab vähendada ärevust, stressi ja võimalikku sünnitusjärgset depressiooni (Kenny jt, 2015: 131–132).

Kliendi ja terapeudi vaheline hea kommunikatsioon ning üksteise mõistmine on aluseks toimivale terapeutilisele suhtele ning mõjutab olulisel määral iga sekkumise edukust (Kayes ja McPherson, 2012: 1907). Liikumispuudega naised puutuvad kokku tervishoiutöötajatega, kellel puuduvad spetsiifilised teadmised erivajadusega inimeste nõustamiseks, toetamiseks ja abistamiseks. Oluline on teadvustada vajadust koolitada tervishoiutöötajaid erivajadustest ning liikumispuudega inimeste seksuaaltervisega (sh rasedus) seotud vajadustest. (Alexander jt, 2009a: 5–6; Alexander jt, 2009b: 12). Tervishoiutöötajate koolitamine tegevusvõime ja puudest tulenevatest tegevusvõime piirangutest on ajalisel ja materiaalselt kulukas protsess, mille vajadus oleks väiksem, kui interdistsiplinaarsesse meeskonda kaasata tegevusterapeut, kes lisaks naiste toetamisele on võimeline ka tervishoiutöötajaid koolitama (Iezzoni jt, 2015: 500; Tarasoff, 2015: 92–93; Iezzoni jt, 2017: 883). On leitud, et erialadevaheline õpetamine interdistsiplinaarses meeskonnas puudest tulenevate tegevusvõime muutuste ning sellega seotud piirangute osas annab häid tulemusi (Kleine ja Shakespeare, 2013: 33). Puudest tingitud spetsiifiliste erivajaduste kohta informatsiooni edastamine erinevatele tervishoiutöötajatele jääb patsientide endi kanda limiteerides aega, mis on mõeldud visiidile pöördumise põhjuste lahendamiseks (Dillaway ja Lysack, 2015).

Tegevusterapeutid, füsioterapeutid ning teiste erialade spetsialistid, kes töötavad rehabilitatsioonimeeskondades, saavad pidevat täiendõpet ning oskavad puuetega inimestega suhelda ja käituda, kuid liikumispuudega naised ei vaja ainult rehabilitatsiooniteenuseid. Täiendkoolituste läbimine, mis hõlmavad liikumispuudega naiste toetamist rasedusaegselt, peaks sünnitusosakonnas töötavatele tervishoiu- ja meditsiinitöötajatele kohustuslik olema (Alexander jt 2009a: 7). Tegevusterapeut on võimeline läbi viima koolitusi erinevate meditsiini- ja tervishoiutöötajate seas, et vähendada liikumispuudega naiste väärkohtlemist ja diskrimineerimist. Tegevusterapeutid õpetavad erinevaid võtteid ning ergonoomilisi

strateegiaid siirdumiseks, siirdamiseks ja asendraviks, et ära hoida valu ja vigastuste tekkimist ning kukkumisohtu (Delk jt 2015: 963; Collins jt 2018; Byrnes ja Hickey 2016: 506; Iezzoni 2016a: 458–459).

Liikumispuudega naised vajavad, et neid ei diskrimineeritaks puude tõttu ning nende rasedusega seotud muredesse suhtutaks ilma eelarvamuste ja negatiivse alatoonita (Kennedy ja Tebbet, 2012: 767; Muir, 2012: 507; Collins jt, 2018). Liikumispuudega naised on välja toonud, et tähtsad on kliendikeskne holistiline lähenemine interdistsiplinaarses meeskonnas ning pikaajalisest suhtlemisest tulenev üksteise mõistmine, mis omakorda tõstab usalduse taset terapeutilises suhtes (Alexander jt, 2010: 116, 157–158, 199; Burns McGrath jt, 2010: 509). Oluliseks osaks hea terapeutilise suhte toimimisel on ka usaldusliku ja toetava keskkonna loomine (Muir, 2012: 506). Interdistsiplinaarses meeskonnas on oluline omavaheline suhtlemine, kuid vestlusest ei tohi välja jätta liikumispuudega naist, kes on samuti meeskonna liige (Muir, 2012: 507; Begley jt, 2013: 203, 205; Gao jt, 2013). Naine peab tundma, et tema probleemid kuulatakse ära, muret enda ja lapse tervise pärast võetakse tõsiselt ning aktsepteeritakse.

Tervishoiutöötajad peavad olema valmis liikumispuudega naist vajadusel teiste erialade spetsialistide juurde suunama kui selgub, et neil jääb teadmistest ja/või oskustest puudu (Alexander jt, 2010: 49–50). Tegevusterapeut saab koostöös ämmaemandaga pakkuda rasedale liikumispuudega naisele holistilise lähenemisega visiidi, lähtudes nii naise puudest kui rasedusest tulenevatest erivajadustest (Burton ja Farman, 2012: 329; Muir, 2012: 507; Begley, 2013: 213). Emotsionaalse ja psühholoogilise toe osutamine langeb tihti ämmaemandale, kuid interdistsiplinaarses meeskonnas saab tugiisikuks olla ka tegevusterapeut, olles oma teadmistega toeks nii liikumispuudega naisele kui ämmaemandale (Alexander jt, 2010: 102–103). Tänu kokkupuutele erinevate liikumispuudega naistega, saab tegevusterapeut organiseerida kokkusaamisi, et rase liikumispuudega naine saaks teiste sarnases olukorras olnud naiste käest toetust, julgustust, soovitusi, kogemusi, nõuandeid ning üldinformatsiooni (Altanis jt, 2014: 99; Iezzoni, 2016a: 460–461; Ecker jt, 2017: 79).

1.3. Tegevusterapeutilised sekkumised liikumispuudega naiste rasedusaegseks ning sünnitusjärgseks toetamiseks

Rasedus toob igapäevarutiinidesse kaasa palju muutusi, millega naine peab harjuma (Kenny jt, 2015: 132). Tegevusterapeudi peamine eesmärk liikumispuudega naistega rasedusaegsel ning sünnitusjärgsel perioodil töötades on tagada maksimaalne iseseisev toimetulek lähtuvalt tegevusvõime piirangutest, mis võivad raseduse ajal esineda või võimenduda (Kennedy ja Tebbet, 2012: 767–768; Lim jt, 2015: 127). Tegevusterapeut vaatab toiminguid tegemise kaudu (Chard jt, 2015) ning kohandab toimingu etappe vastavalt naise vajadustele, et tegevus oleks võimalikult energiat säästev. Lihaste treenimise, üldise toonuse tõstmise ning istumisasendite korrigeerimise abil saab tegevusterapeut muu hulgas aidata reguleerida vererõhku, tõsta enesehinnangut ja õpetada, kuidas iseennast aktsepteerida (Muir, 2012: 507; García jt, 2015: 474).

Kohanduste k.a kodukohanduste ja abivahendite kasutusele võtmise peamine eesmärk on tagada maksimaalne iseseisvus ja vähendada tegevusvõime piiranguid. Kohandada on võimalik nii esemeid, füüsilist ja sotsiaalset keskkonda kui tegevusi, et inimene oleks võimeline vajalikke igapäevaelu tegevusi sooritama võimalikult vähese kõrvalise abiga. (Adler, 2012: 535, 554; Wise, 2012: 170, 184; Joubert jt, 2016). Erinevad autorid on välja toonud vajaduse võimaldada liikumispuudega naistele ligipääs arstivisiitidele, tagades kaldteede, invaparkimiskohtade ja -tualettide olemasolu ning lävepakkuude kohandamise ratastooliga ületatavaks ja läbivaatusruumis reguleeritava kõrgusega laua või tõstuki olemasolu (Delk jt, 2015: 964; Tarasoff, 2015: 94, 98; Collins jt, 2018). Käesoleva töö peamine fookus on suunatud vajalike tegevusterapeutiliste sekkumiste välja selgitamisele liikumispuudega naiste toetamisel erinevate sekkumiste näol, sh kodukeskkonna kohandamisene rasedusaegselt ning sünnitusjärgsel perioodil, mistõttu edasine töö keskendub antud aspektidele.

Naist järjepidevalt hinnates, vaadeldes ka funktsionaalset arengut, on võimalik soovitada parimaid kohandusi ja abivahendeid (Adler, 2012: 540; Adler, 2013: 961). Tegevusterapeut saab naise vastavalt nende kodukeskkonnale nõustada tegevusteraapia koduteenuse raames (Chiu jt, 2012: 22), mis on ka Eestis kasutusel olev võimalus (Eesti Haigekassa ..., 2020: §26). Peredünaamikat silmas pidades tuleb kodukohandustel arvestada universaalse disaini põhimõtetega, et erivajadusteta pereliige oleks kohustuste jagamise võimaluse säilitamiseks

võimeline samas kodukeskkonnas tegutsema. Ratastooliga ligipääsuks mähkimislaua alla ruumi jätmine, võrevoodi kohandamine hingedel külgukse lisamisega ja ratastel laua kasutuselevõtt lapse kandmiseks ühest ruumist teise, on vaid mõned näited kohandustest, mis järgivad universaalne disaini põhimõtteid. (Esmail jt, 2001: 278, 279; Iezoni jt, 2016b).

Rasedusaegselt tekkinud seljavalu leevendamiseks saab tegevusterapeut soovitada erinevaid alaselga toetavaid abivahendeid ning õpetada erinevaid terapeutilisi ja lõdvestusharjutusi. Samuti saab tegevusterapeut selgitada erinevaid ergonoomilisi võtteid, kuidas õiges asendis istudes selgroole ja alaseljale vähem survet avaldada. (Kenny jt, 2015: 132; Elden jt, 2016; Ivanisevic jt, 2017: 251). Rasedusaegselt võivad keerulisemaks muutuda nii siirdumine (ühelt pinnalt teisele liikumine), tõstes sellega kukkumise riski, kui ka varasemalt kasutusel olnud ratastooli kasutamine, kuna see on jäänud kitsaks, ei ole piisavalt stabiilne või on halvasti manööverdatav. Tegevusterapeut saab liikumispuudega naise siirdumise raseduse ajal turvalisemaks muuta, õpetades ergonoomiliselt korrektseid siirdumisvõtteid ning soovitades abivahendite kohandusi. (Adler, 2013: 979; Ecker jt, 2015: 137).

2. METOODIKA

2.1. Uurimismeetodi valik

Lõputöö valmis osana tervishariduse keskuse tegevusterapeudi ja ämmaemanda õppekavade ühisest rakendusuuringust nr 1-16/86 "Liikumispuudega naise emadushooldus ja tegevusterapeutiline toetamine raseduse ajal ning sünnitusjärgsel perioodil". Uuringu koguperiood on märts 2019 – detsember 2024, kvalitatiivne andmekogumine toimus alates märtsist 2019.

Lõputöö on empiiriline uurimus. Empiiriline uurimus on läbi reaalse otsese või kaudse mõõtmise, vaatluse, kogemuste või katsete rakendatav teaduslik uurimistöö (Õunapuu, 2014: 2010; Centellas, 2017: 5). Empiirilist uurimust võib nimetada eksperimentaal-tüüpi uurimuseks. Esmalt hangitakse faktid ja kogutakse andmed ning seejärel jäljendatakse tegevusi, saavutamaks tulemusena soovitud informatsiooni. (Centellas, 2017: 5–7).

Lõputöö empiirilise uurimuse tulemuste kirjeldamisel lähtuti rakendusuuringu raames sihtgrupiga läbi viidud kvalitatiivse meetodina kasutatud poolstruktureeritud intervjuudest. Kvalitatiivne meetod kujutab endast protseduuri informatsiooni kogumiseks (Õunapuu, 2014: 52). Intervjuuks nimetatakse vestluse vormi, mida kasutatakse informatsiooni hankimiseks uurimisprobleemi selgitamise eesmärgil (Õunapuu, 2014: 170). Poolstruktureeritud intervjuu on ositi normidele üles ehitatud vestlus, normid on vajalikud intervjuu alustamiseks (Õunapuu, 2014: 171–172). Poolstruktureeritud intervjuu järgib eelnevalt koostatud intervjuukava, samas võimaldab intervjuueerijal küsimuste järjekorras muudatusi teha ning täpsustavaid küsimusi esitada (Harro-Loit jt, 2014). Käesoleva teema käsitlemisel on parim kvalitatiivne meetod. Kvalitatiivse meetodi eelistamise põhjusteks on muu hulgas madal kriteeriumitele vastavate võimalike intervjuueeritavate arv, haavatav sihtrühm, teema tundlikkus ning vähene varasem uurimine. Poolstruktureeritud intervjuu võimaldab intervjuukava alusel uuritavatel vastata vabalt, vastuseid täiendada ja täpsustada ning intervjuueerijatel esitada lisaküsimusi (Lagerspetz, 2017: 140).

Intervjuu keskendus rakendusuuringus osalevate liikumispuudega naiste tervise ja toimetulekuga seotud probleemidele, mis olid ilmnunud rasedusele eelnevalt, raseduse ja sünnituse ajal ning sünnitusjärgselt. Samuti sooviti intervjuuga välja selgitada võimalikud tegevusterapeudi teenuse vajadused, mida liikumispuuetega naised raseduse-, sünnituse- ja

sünnitusjärgsel perioodil võiksid vajada. Intervjuud viidi läbi intervjuukava (Lisa 1) alusel, kus küsimused olid liigendatud nelja kategooriasse. Vestluse esimeses osas uuriti hinnanguid ja seisukohti, ühiskondlikke hoiakuid, intervjuueeritava tausta ning üldist toimetulekut. Järgmises küsimuste kategoorias keskenduti rasedusega seonduvale liikumispuudega naise elus. Kolmandas uuriti sünnitusjärgset perioodi haiglas ning viimases osas sünnitusjärgselt hakkamasaamist kodust.

2.2. Valim

Valimiks nimetatakse uurimise eesmärgil elanikkonnast selekteeritud kvantiteeti (Õunapuu, 2014: 211). Valimid jagunevad tõenäosuslikeks ja mittetõenäosuslikeks valimiteks. Mittetõenäosusliku valimi korral ei ole uuritavatel võrdväärsed väljavaated valimisse kaasatuks saamiseks. (Lagerspetz, 2017: 168–171). Üheks mittetõenäosusliku valimi tüübiks on mugavusvalim (Rämmer, 2014), mis oli rakendusuuringu kasutusel. Mugavusvalimi puhul kaasatakse uuritavad, keda on kerge värvata (Rämmer, 2014; Lagerspetz, 2017: 173). Tulenevalt teema tundlikkusest ning vähesest võimalike osalejate arvust on antud uuringu puhul sobilik mugavusvalim. Mugavusvalimi eesmärgiks ei ole statistilise esinduslikkuse taotlemine (Lagerspetz, 2017: 174). Antud uuringu valimi moodustamise kriteeriumi alusel ei saa tulemuste põhjal teha üldistavaid ning laiaulatuslikke järeldusi.

Rakendusuuringusse kaasati naised, kel esineb liikumispuue ning kes on sünnitanud viimase kümne aasta jooksul. Kaasamiskriteeriumiteks olid liikumispuue reproduktiivses eas naisel ning viimase kümne aasta jooksul toimunud sünnitus. Ajaline piirang kümme aastat määrati, kuna varasemalt toimunud rasedused ja sünnitused võivad võimaluste ja tingimuste poolest palju erineda. Rakendusuuringu kriteeriumitele vastavate intervjuueeritavate leidmiseks tegid uuringu teostajad koostööd Eesti Liikumispudega Inimeste Liiduga (ELIL). Osaleda soovitud naistega lepitati intervjuu aeg kokku individuaalselt. Rakendusuuringu raames intervjueriti kolme naist vanusevahemikus 37 kuni 45. Kõigil naistel oli elukaaslane või abikaasa ning keskmine laste arv 2.

2.3. Andmete kogumine

Intervjuud toimusid kuupäevade vahemikus 01.07.2019 ja 14.10.2019 ning läbiviijateks olid Marika Merits ning Kadi Lubi. Intervjuud viidi läbi telefoni teel, lindistati ning hiljem transkribeeriti sõna-sõnalt. Intervjuude pikkused olid vahemikus 24-36 minutit.

Eelnevalt intervjuu läbiviimisele saadeti uuritavatele elektronposti teel uuringu tutvustus, intervjuukava ning informeeritud nõusolekuleht (Lisa 2). Informeeritud nõusolekuleht digiallkirjastati rakendusuringu juhi ning intervjuueeritava poolt. Uuringu tutvustamise ja informeeritud nõusoleku digiallkirjastamise järgselt kontakteerus uuringu juht intervjuueeritavaga telefoni teel ning leppis kokku uuritavale sobiva aja intervjuu läbiviimiseks. Intervjuud toimusid telefoni teel Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli turvalises, vastaja privaatsust ja anonüümsust võimaldavas keskkonnas, intervjuueeritav viibis samal ajal oma kodus.

Transkribeerimine on teadusuuringutes oluline ja vajalik staadium, mille alusel saab helisalvestite erisuguseid detaile süvitsi lahti mõtestada ja analüüsida (Kowal ja O'Connell, 2014: 65–67). Transkribeerimisel kasutati Lerner (2004) ja Laanesoo (2017: 103) märgistussüsteemide kohandatud tähistamist. Esimese intervjuu transkribeerimisele kulus ligikaudu 50 tundi ning nii teise kui kolmanda intervjuu töötlemisele kulus 40 tundi.

2.4. Andmete analüüs

Vastuste analüüsimisel kasutati kvalitatiivset sisuanalüüsi. Kvalitatiivne sisuanalüüs on tausta arvestav ja järeleandlik tekstianalüüs andmete korrapäraseks esile toomiseks (Õunapuu, 2014: 160; Kalmus jt, 2015). Kvalitatiivne sisuanalüüs võimaldab informatsiooni kaardistamist (Õunapuu, 2014: 160).

Sisuanalüüsi teostamiseks jagati intervjuude transkribeeritud tekstid nelja kategooriasse: haiguse kujunemine, teekond raseduseni, sünnitusjärgne periood haiglas ning sünnitusjärgne periood kodus. Kategooriate alusel koostati temaatiline sisuanalüüsi skeem (Lisa 3) kahes dimensioonis, mille ühel teljel on alamkategooriad: enne rasedust, rasedusaegselt, peale sünnitust haiglas ning peale sünnitust kodus; teisel teljel emotsionaalne, füüsiline ning

sotsiaalne keskkond. Viimase sammuna liigendati analüüsiskeemis välja toodud vastused kahte erinevasse klassi: ämmaemanduse ning tegevusteraapiaga seonduv.

2.5. Uurimistöö eetika ja usaldusväärsus

Uuringu luba on antud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli otsusega nr 1–16/86 (29.01.2019) ning Tallinna Meditsiiniuuringute Eetikakomitee otsusega nr 2635 (21.02.2019). Intervjueeritavate eetilise kohtlemise, rakendusuuringu läbiviimise ning lõputöö koostamise aluseks olid neli meditsiinieetika põhiprintsiipi ning Eesti Tegevusterapeutide Liidu (ETL) eetikakoodeksi kuus põhiprintsiipi. Meditsiinieetika põhiprintsiipideks on isikuautonoomia, heategemine, mittekahjustamine ning õiglus (Soosaar, 2016: 50). ETL eetikakoodeksi põhiprintsiibid on heategemise, kahju vältimise, autonoomia ja konfidentsiaalsuse, austuse, tõe ning kohustuse ja õigluse printsiibid. Kohustuse ja õigluse printsiip on ainus uurimistöös mitte kasutatud põhimõte, kuna printsiip kajastab praktilisi aspekte tegevusterapeuti töös kliendiga. (Eetikakoodeks, 2013).

Isikuautonoomia on defineeritud kui indiviidi potentsiaal ning võimalus iseseisvalt teda puudutavaid otsuseid vastu võtta. Printsiibi alla kuuluvad ka isiku otsustusvõime ehk kompetentsus, privaatsuse austamine ning haavatavus. (Soosaar, 2016: 53–56). ETL-i eetikakoodeksi analoogiks on autonoomia ja konfidentsiaalsuse printsiip (Eetikakoodeks, 2013). Isikuautonoomia on tagatud läbi kodeerimise ehk transkriptsioonide analüüsimisel ei ole võimalik isikut tuvastada, kuna intervjueeritavate eristamiseks kasutati intervjueerimise järjekorranumbrit ning vastaja vanust. Täiendavat sotsiodemograafilist informatsiooni ei küsitud ning puudusid ka konkreetset viited isikutele. Uuritavatele tagati andmete kasutamine ja säilitamine kodeerituna, koodivõti on kättesaadav üksnes intervjueerijatele. Anonüümsed kodeeritud andmed on kättesaadavad ainult uuringu läbiviijatele. Andmed säilitatakse parooliga kaitstult kõrgkooli pilveserveris ning neile on ligipääs ainult uuringuga seotud inimestel. Töödeldud andmed on anonüümsed ja nende edastamine toimub pilveserveri faili kaudu. Andmed ning analüüsitud andmefailid hävitatakse ehk kustutatakse kuus kuud peale uuringu lõppu. Rakendusuuringus osalemine oli vabatahtlik. Kõik osalejad olid digitaalselt allkirjastanud informeeritud nõusoleku lehe ja neile oli eelnevalt tutvustatud uuringu eesmärke, metoodikat ning osalemise kasutegurit. Samuti oli uuritavaid informeeritud andmete kasutamise, säilitamise ja hävitamisega seonduvatest aspektidest ning uuritavate õigusest oma andmete edasisest kasutamisest igas uuringu etapis loobuda.

Meditsiinieetika teiseks põhiprintsiibiks on heategemine, mis on määratletud kui teo tegijale või laiemalt tervele ühiskonnale tulu toov aktsioon (Soosaar, 2016: 56–57). ETL-i eetikakoodeksis on samuti heategemise printsiip (Eetikakoodeks, 2013). Läbiviidav rakendusuuring on esimene ämmaemandust ja tegevusteraapiat omavahel siduv uuring Eestis. Uuringu eesmärgiks oli välja selgitada liikumispuudega naiste vajadused emadushoolduse ja tegevusteraapia teenuste raames seoses rasedusega ning sünnitusjärgselt nii haiglas kui kodukeskkonnas. Suurim saadav kasu rakendusuuringust on tulevastele liikumispuudega naistele rasedusele eelnevalt, raseduse aegselt ning järgselt professionaalse teenuse pakkumine ämmaemandate ja tegevusterapeutide poolt. Tulemuste alusel valmivad praktilised soovitused ning täiendõppe koolitused nii ämmaemandatele kui tegevusterapeutidele.

Kolmas meditsiinieetika põhiprintsiip on mittekahjustamine ning see kujutab endast tegevuses kahju tekitavate olukordade ärahoidmiseks kõige tegemist (Soosaar, 2016: 57–58). ETL-i eetikakoodeksis on analoogse definitsiooniga kahju vältimise printsiip (Eetikakoodeks, 2013). Rakendusuuringu raames uuritavate näol on tegemist haavatava sihtrühmaga ning nende vajaduste kaardistamine oli oluline, pakkumaks neile vajalikke ning ligipäätavaid teenuseid. Intervjuude läbiviimisel ning hilisemal andmete analüüsil jälgiti isikuandmete kaitsesse puutuvaid aspekte.

Viimaseks põhiprintsiibiks meditsiinieetikas on õiglus, mille kõige olulisemaks väljenduseks on ühiskondliku halvustamise ja alavääristamise puudumine (Soosaar, 2016: 58–59). ETL-i eetikakoodeksi analoog on austuse printsiip (Eetikakoodeks, 2013). Õiglus kajastab sotsiaalse rühma ning indiviidi õiguste ja kohustuste või hüvede ja panuste sümboliseerivat kvaliteetset lepet, mis omakorda loob vundamenti grupi ja sotsiaalse rühma liikmete omavaheliste proportsioonide ja orientatsioonide ettenähtud konditsioonidele (Soosaar, 2016: 52). Õiglus oli eelkõige võrdne võimalus kõigil soovijatel uuringusse sattuda, diskriminatsiooni vanuse, soo, rahvuse vms alusel ei rakendatud. Samuti on rakendusuuringu jaoks loodud intervjuuküsimuste koostamisel arvestatud haavatava sihtrühmaga. Soosaar (2016: 55–56) defineerib haavatavat sihtrühma kui inimesi, kel on vähene või puudulik isikuautonoomia või selle ühiskondlik täitatus on ebatäiuslik.

Uurimistöö usaldusväarsuse tagab ETL eetikakoodeksi tõe põhiprintsiip, mis muu hulgas hõlmab endas keeldu avalikustada teiste indiviidide koostatud kirjatükke, uurimistulemusi ja muid andmeid enda nime alt ehk plagieerida (Eetikakoodeks, 2013). Uurimistöö koostamisel on järgitud tõe printsiipi. Uurimistöö on koostatud iseseisvalt ning teiste autorite mõtetele on

viidatud. Kasutatud on tõenduspõhist rahvusvaheliselt retsenseeritud teaduskirjandust. Kirjandusallikate usaldusväärsuse tagamiseks seati käsiraamatutele ning teistele allikatele kriteeriumiks rahvusvaheline retsenseeritus ning ilmumisaasta vahemik 2001 kuni 2020. Lõputöös on järgitud 2019. aastal ilmunud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli metoodilist juhendit "Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli kirjalike tööde koostamise ja vormistamise juhend". Käesolev lõputöö on jätk 2019. aasta kevadel valminud kursusetööle "Tegevusterapeutilised sekkumised liikumispuudega naiste rasedusaegseks toetamiseks". Lõputöö autor kinnitab, et töö on koostatud ise ning tegemist ei ole loomevargusega.

3. UURIMISTÖÖ TULEMUSED

3.1. Füüsilise keskkonnaga seotud probleemid

Liikumispuudega naistele on pidevaks probleemiks ligipääsetavus erinevatele teenustele – nii rasedusele eelnevalt, rasedusaegselt kui ka sünnitusjärgselt. Intervjueeritud naised tõid välja, et põhiline probleem, millega igapäevaselt kokku puututakse ning mis vajaks riiklikul tasandil lahenduste leidmist, on ligipääsetavus tervishoiuteenustele.

V₁: " /.../ kindlasti ligipääsetavus igale poole võiks olla hea, et kasvõi perearsti juurde, kui ma lähen, et siis ukсед võiksid ise lahti minna, et ma saan, ee, ilma, ilma neid ukse kiskumata vankriga sealt sisse või liftini või noh. Et see ligipääsetavus on küll nagu väga kehva."

Ühel juhul tõi intervjueeritav välja, et käis raseduse ajal erapraksises, mille hoones oli trepp, puudus lift ning läbivaatusruum oli ratastoolikasutajale väga kitsas. Keeruliseks osutus ratastoolist läbivaatustooli pääsemine, kuna puudusid kohandused ligipääsetavuse tagamiseks. Teine intervjueeritav nentis keskkonna kohanduste puudumise puhul lisaks ligipääsetavale läbivaatustoolile ka istumisvõimaluse- või ratastooliga pealesõitmisvõimalusega erikaalu puudumist ratastoolikasutaja kaalumise teostamiseks.

V₂: " /.../ mina olen selline, noh, kergemas kaalus ja mind on lihtsam tõsta, aga keda on nagu keerukam aidata või ka raseduse lõpu poole, kui mu kehakaal loomulikult, noh, nagu suurenes (...) Et siis tegelikult oli see raske, (...) et see oli kohe nagu üldse (...) ei ole ka [asutuse nimetus] (...) ühtegi kohandatud läbivaatustooli, (...) ei ole kaalu, (...) et ratastooli inimest kaaluda."

Intervjueeritav tõi välja, et sünnitusjärgselt haiglas olles said nad kasutada perepalatit, kuna üldpalati tualett ei olnud ratastooliga ligipääsetav ning puudus invatualeti kasutamise võimalus. Perepalatis olev tualett ei olnud samuti ratastooliga ligipääsetavaks kohandatud, kuid seal oli ruum avatum ning tänu sellele mugavam kasutada.

V₂: " /.../ see kõik ikkagi taandub sellele ligipääsetavusele, et /.../ [asutuse nimetus] on üldiselt ligipääsetav, aga /.../ ikkagi hiljem kui ma olin seal sünnituses, palatis, sünnitusjärgses palatis ei ole invatualetti, et on täiesti tavalised tavatualetid, et ikkagi, et ikka ligipääsetavus on, on küll selles vallas (...) puudu või puudulik."

Intervjueeritav tõi välja enda hirmud raskendatud liikumise ja kukkumisega seoses.

V₁: " /.../ See liikumisega ikkagi seotud, et ee, et ma kipun komistama, et ma kartsin seda. Seda kukkumisi näiteks jaa. Suure kõhuga ma paar korda kukkusin ka (↑). /.../ Just viimase raseduse aegu, et (...) (taustamüra) Et see oli, see oli kõige nagu hirmutavam. /.../ mul hüppeliiges ei liigu, mhh (naer). /.../ Ja siis ma nagu jään varbaga kuhugi taha kinni (naer). /.../ Et kui jalg on väsinud, sihuke lihtsalt siis (...) siis ma pean hästi mõtlema oma kõndimise peale."

Intervjueeritavate arvates on füüsiline ligipääsetavus tervishoiuteenustele ning meditsiinilisele inventarile suureks probleemiks.

3.2. Sotsiaalne keskkond

Intervjueeritavad ei kogenud negatiivset suhtumist otsusele emaks saada lähedastelt ega tervishoiutöötajatelt.

V₁: "Mhmh. Et, ee, mm, mina oma, oma kogemusest võin öelda, et kõik on alati väga, nagu, ee, positiivsed olnud, et ma pole ühtegi halba nagu negatiivset, ee, suhtumist saanud sellesse. Mina isiklikult."

Meditsiinipersonaliga suheldes ei tajunud intervjueeritavad negatiivset suhtumist. Naised tõid välja, et tegemist oli pigem enda enesetunde ja eelarvamustega.

V₂: " /.../ seal kus ma võibolla alguses kartsin, et on suuremad, noh kartsin lihtsalt neid eelarvamusi, noh näiteks kuskil noh naistearsti juures või sünnitusmajas või, või selliste eriteenuste juures, et seal tegelikult oli suhtumine väga avatud /.../ või, või et käisin lastehaiglas, et ma ise võibolla nagu ootasin nagu rohkem, et ma pean kedagi süüdistama või olema valmis nagu mingiks teistsuguseks hoiakuks, aga tegelikult oli olukord nagu hoopis toredam, et polndki (...) midagi erilist."

Siiski tõi üks intervjueeritav välja negatiivse suhtumise kohaliku sotsiaaltöötaja poolt.

V₂: " (...) oli kuidagi küll üllatav, et piirkonna sotsiaaltöötaja küsis küll neid küsimusi, et kas, et kuidas /.../ te selle lapse nüüd siis saite? Et oli see planeeritud või mitte? Et, /.../ et tema nagu millestki aru ei saanud, sellest (...) Ma ei olnud nagu valmis selleks."

Haiglapersonal ei ole vastajate hinnangul harjunud liikumispuudega naiste abistamisega sünnitusjärgselt ning väldivad vastavaid olukordi.

V₂: " /.../ Kuidas see minu puhul, noh, oligi näha, et nad püüavadki, ise, et väga eemale hoida, et, et (...)"

Haiglapersonal ei ole vastajate hinnangul valmis liikumispuudega sünnitajatega tegelema.

V₂: " /.../ ,et need hooldustöötajad, et no nende puhul pean küll ütleva, et nemad ei olnud küll valmis selliseks patsiendiks nagu mina olen (naer). /.../ Jah, et noh, oleks olnud vaja abi näiteks seal pesemisel või isegi kui nad ju ilma puudeta keisri järgseid naisi peavad, noh, aitama ikkagi /.../ "

Üks intervjuueeritav tõi välja, et ühiskondlikul tasandil on suhtumine liikumispuudega inimestesse paranenud.

V₃: " /.../ on läinud paremaks, selles mõttes, et, nagu enam ei vaadata neid sellise pilguga nagu vanasti võibolla, ma ei tea (...) Et neid on nagu väga palju igal pool ka, noh (...) töötavad inimesed ... selles mõttes liikumispuudega, et (...) et kaubanduskeskustes, igal pool et noh, minu arust mina, mina isiklikult ei vaata küll neid halvasti nagu."

Intervjuueeritavate hinnangul on ühiskondlik suhtumine liikumispuudega naistesse ning nende emadusse pigem positiivne kui negatiivne.

3.3. Teadlikkus tegevusterapeudi teenusest, tegevusterapeutilised sekkumised liikumispuudega naiste rasedusaegseks ning sünnitusjärgseks toetamiseks

Uurides intervjuueeritavatele, kas nad oleksid vajanud tegevusterapeudi teenust, vastasid kaks uuritavat, et ei ole otseselt teadlikud, kes tegevusterapeut on ning mida täpselt teeb, olles oma elukorralduse iseseisvalt ära korraldanud. Küsimusele, millist tuge oleksid nad tegevusterapeudilt oodanud ning kas nad on sellest elukutsesest teadlikud, vastas üks intervjuueeritav:

V₁: "(Paus) Mmm, ma ei oskagi sellele vastata tegelikult. (Naer)."

Täpsustavalt uurides, kas intervjuueeritav on iseseisvalt ning lähedaste abiga elu ise ära korraldanud, teades kuidas enda füüsilist tervist arvestades kõige paremini toime tulla, vastati:

V₁: "Jah, on küll jah. " /.../ "Aga noh, ma, mm, ma ei leia, et nad mulle nüüd juba midagi enamat oskaksid pakkuda."

Esitades intervjuueeritavale küsimuse, millist tuge või abi oleks ta rasedusaegselt erinevatelt spetsialistidelt oma elu paremaks korraldamiseks vajanud, ei osanud üks intervjuueeritav küsimusele vastata. Küsides teiselt intervjuueeritavalt tegevusterapeudi poolt osutatava teenuse kohta, kas abi oleks olnud tegevusterapeutilisest sekkumisest, oli vastus umbmäärane. Kolmest intervjuueeritavast oli tegevusterapeudi teenusest teadlik üks naine, kes leidis, et ei näe otsest seost tegevusterapeudil ja lapsega kodus hakkamasaamisel.

V₂: "No ma ei oskagi öelda, kuidas see nagu lapsega seotud on, et see puue on koguaeg olemas, seda peaks tegelik tegevusterapeut kogu aeg tegema, et ma arvan, et seda lapsega seonduvat peaks tegema ämmaemand siiski."

Intervjuueeritav, kel oli varasemalt rehabilitatsiooniteenuste raames olnud kokkupuude tegevusterapeudiga, tõi välja, et tegevusterapeudi vastuvõtule ei ole võimalik ambulatoorselt pääseda.

V₃: "Selliseid asju võiks küll teha, mitte, mitte mingeid nõmu (nõme), kui ma ei taha ja ei oskagi, ütles, kes (rõhutatud) seda täpselt, võibolla tõesti tegevusteraapiat praegu teeks, tegevusterapeuti nii kui nii ambulatoorselt üldse ei saa ju."

Uurides naistelt võimaluse kohta tasulist teenust kasutada, kui see kättesaadavaks teha, oleksid nad seda hea meelega kasutanud.

V₃: "Ma arvan küll jah, et oleksin kindlasti."

Kolmest intervjuueeritud naisest oleks üks tasulisest tegevusterapeudi teenusest enne esimese lapse sündimist huvitatud olnud. Teine intervjuueeritav leidis, et tema isiklikult tegevusterapeudi teenust kodukohandusteks ei vajanud ega soovinud, kuid arvas, et tegemist võiks olla teistele liikumispuudega uutele emadele ning rasedatele vajaliku teenusega.

V₃: "Mhmh. (paus) No siuksed asjad (kodukohandused) võiksid olla küll nagu selles mõttes, et, ee, noh. No mina nagu saan hakkama, aga ma arvan, et, ee, et, ee, on võibolla naisi, kes on hullemas seisus, et, ee, kellel läheb seda palju rohkem abi vaja, et (...)"

Puudujääk on spetsiifilise nõustamise puudumine liikumispuudega esmakordsetele emadele.

V₂: "Ja noo, võibolla ka natukene see, et ega /.../ Mingit spetsiifilisemat nõu ei olnud ka küsida, et (...) ja see noh, no see (...) noo, piinlik on muidugi no selles eas olla ja, ja kõik, aga noh, kas on midagi nagu, (ohe) mis toimib sellest tulenevalt, et oled ratastoolis ja võibolla vajad ise rohkem abi, et saan rääkida, et milleks rohkem ette valmistuda või lugeda, et kuidas teistel on, et on tehtud, mida on (...) inimesed abivalmis, kasutatud ja seda tegelikult positiivne teada saada."

Intervjueeritavad ei osanud öelda, kas tegevusterapeut on piisavalt ja vajalikul määral ette valmistatud toetamiseks ja aitamiseks naisi vastsündinuga tegelemisel võrreldes ämmaemandate õpetustega.

V₂: "Et, ää, et jah, loomulikult ma ei püüa öelda niimoodi, et tegevusterapeut on kuidagi moodi ette valmistatud, et noh, et siis ämmaemand seda ei tee ja et nad oskavad noh, seda mida ämmaemandad (...)"

Intervjueeritavad tõid välja, milliste tegevuste õpetamisel saaks tegevusterapeut koduteenuse raames paralleelselt ämmaemandaga liikumispuudega värsketele emadele/lapsevanematele abi pakkuda.

V₂: " /.../ mis seda last puudutab, aga miks ütleme tegevusterapeut ei suuda neid õpetada, mingeid mõtteid, kuidas, kuidas paremini hoida, kuidas süles hoida, kui laps suurem on või nii, oi ei (lapse puristamine taustal), lihtsamini mingeid tegevusi, mängu teha, kui ema, isa liikumine on takistatud?"

Vajadus on abivahendite soovitamise, kättesaadavuse ja soetamise juures.

V₁: " /.../ kui see abivajadus peaks olema, siis peaksid need abivahendid kindlasti olema kättesaadavad."

Intervjuudest joonistub välja liikumispuudega naiste seas teadmatust tegevusterapeutidest kui spetsialistidest, kes saab neid muu hulgas ka rasedusega seotud aspektide juures abistada ning toeks olla. Intervjueeritavad leiavad, et puudujääk on spetsiifiline nõustamine, mis oleks suunatud erivajadusega naistele ning abivahenditega seonduvalt informatiivne.

4. ARUTELU

Uuringu tulemustest selgus, et liikumispuudega naiste peamised probleemid raseduse ajal ning sünnitusjärgsel perioodil võivad olla seotud füüsilise ja sotsiaalse keskkonnaga, mille puhul tegevusterapeut saaks abiks ning toeks olla.

Füüsilises keskkonnas on palju erinevaid piiranguid nagu kaldteede puudumine, liiga kitsad ukseavad, mittereguleeritav meditsiiniline inventar ja meditsiinitehnika läbivaatusruumides, mis muudavad liikumispuudega naistele teenusele pääsemise raskeks kui mitte võimatuks. Intervjueeritud liikumispuudega naised leiavad, et füüsiline ligipääsetavus erinevatele tervishoiuteenusele on probleemiks rasedusele eelnevalt, raseduse aegselt ning sünnitusjärgselt. Alexander jt (2009b: 55–56) toovad Dublini ülikoolis läbiviidud ulatusliku uurimistöö tulemusena välja, et ligipääsetavus hoonetele on esmane faktor, mis muudab tervishoiuteenuse kättesaadavuse meeldivaks või ebameeldivaks. Intervjueeritavate poolt nenditud kohandamata meditsiiniline inventar tuuakse probleemkohana välja ka Alexander jt (2010: 73) läbiviidud uuringus. Tegevusterapeut kui spetsialist, kes oskab lähtuda universaalse disaini põhimõtetest hoonete planeeringus muudatuste tegemiseks, saab aidata tervishoiuteenustele ligipääsetavuse parandamises (Iezzoni, 2016b). Universaalsel disainil põhinev planeering, mis tagaks kõigile võrdse võimaluse teenustele ligipääsemiseks, puudub paljudel tervishoiuteenuseid pakkuvatel asutustel. Lõputöö autor nõustub erialasest kirjandusest ning intervjuudest selgunud informatsiooniga, et füüsiline ligipääsetavus tervishoiuteenustele on oluline probleem, mis vajab sotsiaalse kaasatuse tagamiseks lahendamist ning tegevusterapeut, kui universaalse disaini põhimõtetega tuttav spetsialist, saab siinkohal märkimisväärselt erinevate erialade spetsialistidele abiks olla.

Uurimistööst selgus, et intervjueeritavate hinnang ühiskondlikule suhtumisele liikumispuudega naistesse nii rasedusaegselt kui -järgselt on pigem positiivne. Smeltzer ja Wetzel-Effinger (2009: 30) toovad oma artiklis välja vastupidise, kus liikumispuudega naiste võimekus seoses raseduse, sünnitamise ja lapse eest hoolitsemisega seatakse kahtluse alla. Lõputöö autori arvamus ühildub ÜRO inimõiguste ülddeklaratsiooni ja õigusakti Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni põhimõtetega. Kõigil inimestel on õigus ja vabadus perekond luua ning puudega inimesi ei tohi diskrimineerida või taga kiusata, kui ühiskonnaliikme isiklik arvamus ei vasta põhiõigustele. Ühel intervjueeritavatest oli negatiivne kogemus kohaliku sotsiaaltöötajaga, kes esitas intervjueeritavale ebamugavaid küsimusi seoses rasestumisega. Samasuguse stigmatiseerimise toob välja ka Scambler (2009:

441–442), kus naise rasedusaegne ja sünnitusjärgne võimekus seatakse kahtluse alla. Intervjuudes toodi välja haiglapersonali poolt valmisoleku puudumine liikumispuudega naise abistamisel sünnitusjärgselt. Tervishoiutöötajate spetsiifiliste teadmiste puudumise toovad välja ka Alexander jt (2009a: 5–6), kes rõhutavad vajadust tervishoiutöötajaid liikumispuude ja teiste erivajaduste alasel koolitada. Praktikakogemustele tuginedes leiab lõputöö autor, et tegevusterapeudi näol on tegemist spetsialistiga, kellel on spetsiifilised teadmised liikumispuudega naiste toetamiseks, abistamiseks ja nõustamiseks. Autoril puudub otsene kokkupuude liikumispuudega naiste rasedusaegsel ja sünnitusjärgsel toetamisel, kuid tuginedes teaduslikule erialasele kirjandusele (Iezzoni jt, 2016a: 463–465) võib järeldada, et tegevusterapeudi kuulumine interdistsiplinaarsesse meeskonda või rasedate ja naistega sünnitusjärgselt kokku puutuvate töötajate koolitamine hoiab ära olukorrad, mis võivad liikumispuudega (sh rasedale) naisele, rasedusele või lapsele ohtlikud olla. Erinevate erialade esindajate koolitamine tegevusterapeudi poolt tõstab nii nende teadmisi kui ka enesekindlust liikumispuudega naiste toetamiseks, nõustamiseks ning abistamiseks.

Intervjueeritavad tõid välja vajaduse spetsiifilise erivajadusega naistele suunatud nõustamise ning abivahenditega seonduva informatsiooni kättesaamise järele. Adler (2013: 961) toob välja, et (liikumis)puudega naistele on parimaks kohanduste ja abivahendite soovitajaks tegevusterapeut. Intervjueeritavad märkisid kodukeskkonna kohandamise võimaluse tegevusterapeudi teenuse raames kui võimaluse, mida nad oleksid enne lapse sündi kasutanud. Läbiviidud intervjuudest joonistub välja liikumispuudega naiste seas teadmatus tegevusterapeutist kui spetsialistist, kes saab neid muu hulgas ka raseduse ja sünnitusjärgse perioodiga seotud aspektide juures abistada ning toeks olla. Tegevusterapeudi teenuse kättesaadavus on liikumispuudega naistele oluline, kuigi tegevusterapeutide vähesuse tõttu on spetsialistide juurde pääsemine keeruline. Tegevusterapeut saab osana interdistsiplinaarsest meeskonnast toetada liikumispuudega naise raseduse ja sünnitusjärgse perioodiga seonduvate aspektide juures, tehes koostööd ämmaemandate ja teiste meeskonnaliikmetega, kes oskavad naistele tegevusteraapia vajalikkuse olemust seletada ning vastavat teenust soovitada. Kennedy ja Tebbet (2012: 767–768) rõhutavad tegevusterapeudi olulisust liikumispuudega naiste rasedusaegsel ja sünnitusjärgsel toetamisel. Lõputöö autor on seisukohal, et tegevusterapeut on oluline interdistsiplinaarse meeskonna liige, kes on pädev liikumispuudega naistele rasedusele eelnevalt, rasedusaegselt ja sünnitusjärgselt läbi viima spetsiifilist nõustamist. Siin hulgas kodukohanduste sisseviimine, kus tegevusterapeut viib kodus keskkonnas läbi hindamise, mille tulemusena pakub erinevaid soovitusi ning viib sisse

kodukeskkonda ergonoomilisemaks muutvad kohandused. Eelnevale lisaks on lõputöö autor veendunud, et tegevusterapeut peab oskama lisaks kohandustele läbi viia tegevusanalüüsi, mille alusel saab tegevuse, näiteks lapse mähkimise ühe käega, teha liikumispuudega naisele mugavamaks ning jõukohasemaks. Koduses keskkonnas on kohandusi võimalik sisse viia tänu tegevusterapeudi poolt läbiviidud keskkonnanalüüsile ning nõuannetele. Tegevusteraapia koduteenust kasutades saab tegevusterapeut soovitusi jagada naise igapäevases keskkonnas, samuti tegevusi kohandada ning soovitada ja õpetada erinevate abivahendite kasutamist.

Ettepanekud edasiseks:

1. Koostöös lõputöö juhendajatega publitseerida rakendusuuringu "Liikumispuudega naise emadushooldus ja tegevusterapeutiline toetamine raseduse ajal ning sünnitusjärgsel perioodil" tulemuste alusel koostatud artikkel erialases teaduskirjanduses.
2. Uurimistöö tulemuste alusel teha koostööd Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli, Eesti Ämmaemandate Ühingu, Eesti Tegevusterapeutide Liidu ning Eesti Liikumispuudega Inimeste Liiduga ning viia läbi täiendkoolitusi nii tegevusterapeutidele kui ämmaemandatele.

JÄRELDUSED

Lähtudes püstitatud eesmärgist ning uurimistöö ülesannetest võib lõputöö põhjal teha järgmised järeldused:

- Füüsiline ligipääsetavus erinevatele tervishoiuteenustele on oluline probleem, mis vajab liikumispuudega naiste nii üldiseks kui rasedusaegseks ja sünnitusjärgseks toetamiseks lahenduste leidmist. Tervise- ja meditsiiniteenuste kättesaadavus on kaasatuse tagamiseks oluline aspekt, mida tegevusterapeut saab toetada tuginedes keskkonnas kohandusi sisse viies universaalse disaini põhimõtetele ning silmas pidades ligipääsetavust meditsiinilisele inventarile arvestades liikumispuudest tulenevaid erivajadusi.
- Sotsiaalne keskkond on liikumispuudega naiste hinnangul positiivne nii nende üldisel sotsiaalsel kaasamisel kui rasedusaegsel ja sünnitusjärgsel toetamisel. Negatiivset suhtumist liikumispuudega naistesse seostatakse pigem enda eelarvamuste ja enesetunde, kui ühiskondliku hukkamõistuga. Vastajate hinnangul puuduvad tervishoiutöötajatel spetsiifilised teadmised liikumispuudega naiste rasedusaegseks ning sünnitusjärgseks toetamiseks, mille tulemusena puuduvad oskused, teadmised ja julgus abistamiseks.
- Uurimistöös osalenute hinnangul esineb inimeste seas teadmatus tegevusterapeudi eriala ja teenuse olemusest. Tegevusterapeudi teenus liikumispuudega naiste toetamisel üldiselt, rasedusaegselt ning sünnitusjärgselt on oluline, kuid spetsialistide vähesuse tõttu keeruline saavutada. Tegevusterapeutilise sekkumisena liikumispuudega naiste rasedusaegsel ning sünnitusjärgsel toetamisel on vajadus spetsiifilise nõustamise järele, mis oleks suunatud liikumispuudega naistele nende erivajadustest tulenevalt ning informeeriks abivahenditega seonduvast. Tegevusterapeudi koduteenuse raames kodukeskkonna kohandamine on võimalus valmistada lapse perekonda saabumiseks, et vähendada füüsilisest keskkonnast tulenevaid ning ebakorrektest ergonoomilistest võtetest tulenevaid riskifaktoreid.

Autor loeb käesoleva uurimistöö ülesanded lahendatuks ning sellest tulenevalt eesmärgi täidetuks.

KASUTATUD KIRJANDUS

Adler, C. (2012). Spinal Cord Injury. Raamatus: Early, M. B. (2012). *Physical Dysfunction Practice Skills for the Occupational Therapy Assistant*. 3rd. ed. (534–556). United States: Elsevier Mosby.

Adler, C. (2013). Spinal Cord Injury. Raamatus: Pendleton, H. M., Schultz-Krohn, W. (Eds). (2013). *Pedretti's Occupational Therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction*. 7. ed. (954–982). St. Louis: Elsevier Mosby.

Alexander, J., Begley, C., Higgins, A., Kavanagh, R., Keenan, P., Lalor, J., Lawler, D., Nicholl, H., Tuohy, T. (2009a). *Women with Disabilities: Policies Governing Procedure and Practice in Service Provision in Ireland During Pregnancy, Childbirth and Early Motherhood*. Dublin: School of Nursing and Midwifery, Trinity College.
<https://bit.ly/2TbVzXn> (27.02.2019).

Alexander, J., Begley, C., Higgins, A., Kavanagh, R., Keenan, P., Lalor, J., Lawler, D., Nicholl, H., Sheerin, F., Tuohy, T. (2009b). *Women with Disabilities: Barriers and Facilitators to Accessing Services During Pregnancy, Childbirth and Early Motherhood*. Dublin: School of Nursing and Midwifery, Trinity College.
<https://bit.ly/2HacrGR> (27.02.2019).

Alexander, J., Begley, C., Higgins, A., Kavanagh, R., Keenan, P., Lalor, J., Lawler, D., Nicholl, H., Sheerin, F., Tuohy, T. (2010). *The Strengths and Weaknesses of Publicly-funded Irish Health Services Provided to Women with Disabilities in Relation to Pregnancy, Childbirth and Early Motherhood*. Dublin: School of Nursing and Midwifery, Trinity College.
<https://bit.ly/2ELexv1> (27.02.2019).

Altanis, E., Ashwoth, F., Dawood, R., Ribes-Pastor, P. (2014). Pregnancy and Spinal Cord Injury. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 16(2), 99–107.
DOI: 10.1111/tog.12083 (4.03.2019).

Babamohamadi, H., Dehghan-Nayeri, N., Negarandeh, R. (2011). Coping Strategies Used by People with Spinal Cord Injury: A Qualitative Study. *Spinal Cord*, 49(7), 832–837.
DOI: 10.1038/sc.2011.10 (4.03.2019).

Ball, L., Battersby, S., Medforth, J., Stables, S., Walker, A. (2017). *Oxford Handbook of Midwifery*. 3. ed. Oxford: Oxford University Press.
DOI: 10.1093/med/9780198754787.001.0001 (13.03.2019).

Beckwith, A., Kwai-sang Yau, M. (2013). Sexual Recovery: Experiences of Women with Spinal Injury Reconstructing a Positive Sexual Identity. *Sexuality & Disability*, 31(4), 313–324.
DOI: 10.1007/s11195-013-9315-7 (08.12.2016).

Begley, C., Lalor, J., Lawler, D. (2013). Access to Maternity Services for Women With a Physical Disability: A Systematic Review of the Literature. *International Journal of Childbirth*, 3(4), 203–217.
DOI: 10.1891/2156-5287.3.4.203 (27.02.2019).

- Boschen, K. A., Kaiser, A., Reid, D. (2012). Experiences of Parents with Spinal Cord Injury. *Sexuality and Disability*, 30(2), 123–137.
DOI: 10.1007/s11195-011-9238-0 (27.02.2019).
- Braschinsky, M., Gross-Paju, K., Mets, H., Teder-Braschinsky, A. (2002). Sclerosis multiplex ja rasedus. *Eesti Arst*, 81(12), 812–815.
<https://eestiartst.ee/sclerosis-multiplex-ja-rasedus/> (14.04.2020).
- Burton, G. U., Farman, J. (2012). Sexuality: An Activity of Daily Living. Raamatus: Early, M. B. (2012). *Physical Dysfunction Practice Skills for the Occupational Therapy Assistant*. 3rd. ed. (327–338). United States: Elsevier Mosby.
- Burns McGrath, B., Wang, G., Watts, C. (2010). Health Care Transitions Among Young with Disabilities or Special Health Care Needs (SHCN): An Ecological Approach. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(6), 505–550.
DOI: 10.1016/j.pedn.2009.07.003 (14.03.2019).
- Byrnes, L., Hickey, M. (2016). Perinatal Care for Women With Disabilities: Clinical Considerations. *The Journal for Nurse Practitioners*, 12(8), 503–509.
DOI: 10.1016/j.nurpra.2016.06.005 (27.02.2019).
- Centellas, M. (2017). *Research Methods Handbook*. Mississippi: University of Mississippi.
- Chard, G., Darawsheh, W. B., Eklund, M. (2015). The Challenge of Cultural Competency in the Multicultural 21st Century: A Conceptual Model to Guide Occupational Therapy Practice. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 3(2).
DOI: 10.15453/2168-6408.1147 (4.03.2019).
- Chen, Y., Iezzoni, L. I., Jackson McLain, A. B. (2015). Current Pregnancy Among Women with Spinal Cord Injury: Findings from the U.S. National Spinal Cord Injury Database. *Spinal Cord*, 53(11), 821–826.
DOI: 10.1038/sc.2015.88 (5.03.2019).
- Chitnis, S., Samant, P. (2017). Physical disabilities in pregnant women: impact on care and pregnancy outcome. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 6(4), 1306–1311.
DOI: 10.18203/2320-1770.ijrcog20171383 (5.03.2019).
- Chiu, M. L. T., Reid, D., Sinclair, G., Wehrmann, S. (2012). Transforming Mother-Infant Interaction Within Cultural and Caregiving Contexts: Home-Based Occupational Therapy for Preterm Infants. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 22(1), 17–24.
DOI: 10.1016/j.hkjot.2012.04.003 (14.03.2019).
- Collins, B., Hall, J., Hundley, V., Ireland, J. (2018). Dignity and Respect During Pregnancy and Childbirth: A Survey of the Experience of Disabled Women. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 13(328).
DOI: 10.1186/s12884-018-1950-7 (27.02.2019).

Cox, J. (2012). Pregnancy as “Disability” and the Amended Americans with Disabilities Act. *Boston College Law Review*, 53(2), 443–487.
<https://bit.ly/2TGy9JQ> (18.03.2019).

Delk, C., Lagu, T., Morris, M. A. (2015). Epic Fail: Prenatal Care for Women with Mobility Impairment. *Journal of Women’s Health*, 24(12), 963–965.
DOI: 10.1089/jwh.2015.5623 (27.02.2019).

Dillaway, H. E., Lysack, C. L. (2015). "Most of Them Are Amateurs": Women with Spinal Cord Injury Experience the Lack of Education and Training among Medical Providers While Seeking Gynecological Care. *Disability Studies Quarterly*, 35(3).
DOI: 10.18061/dsq.v35i3.4934 (4.03.2019).

Ecker, J. E., Iezoni, L. I., Smeltzer, S. C., Wint, A. J. (2015). Effects of Disability on Pregnancy Experiences Among Women with Impaired Mobility. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94(2), 133–140.
DOI: 10.1111/aogs.12544 (4.03.2019).

Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu (RT I, 2020, 14; 01.04.2020).
<https://www.riigiteataja.ee/akt/124032020014> (09.05.2020).

Eesti Vabariigi põhisedus (RT I 2015, 2; 15.05.2015).
<https://www.riigiteataja.ee/akt/115052015002> (20.04.2020).

Eetikakoodeks. (2013). Eesti Tegevusterapeutide Liit. Tallinn.
<https://tegevusteraapia.ee/dokumendid/eetikakoodeks/> (10.04.2020).

Eklund, M., Erlandsson, L.-K., Iwarsson, S., Persson, D. (2001). Value Dimensions, Meaning, and Complexity in Human Occupation—A Tentative Structure for Analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8, 7–18.
DOI: 10.1080/11038120119727 (17.04.2020).

Elden, H., Fagevik-Olsen, M., Gutke, A., Kjellby-Wendt, G., Ostgaard, H.-C. (2016). Predictors and Consequences of Long-Term Pregnancy-Related Pelvic Girdle Pain: A Longitudinal Follow-Up Study. *BioMed Central Musculoskeletal Disorders*, 17(276).
DOI: 10.1186/s12891-016-1154-0 (5.03.2019).

Elliot, M. L. (2011). Being mindful about mindfulness. An invitation to extend occupational engagement into the growing mindfulness discourse. *Journal of Occupational Science*, 18(4), 366–376.
<https://bit.ly/2FA0lpb> (21.02.2019).

Esmail, S., Esmail, Y., Munro, B. (2001). Sexuality and Disability: The Role of Health Care Professionals in Providing Options and Alternatives for Couples. *Sexuality and Disability*, 19(4), 267–282.
<https://doi.org/10.1023/A:1017905425599> (10.05.2020).

Euroopa Regionaalarengu Fond. Sotsiaalministeerium.
<https://www.sm.ee/et/euroopa-regionaalarengu-fond-0> (21.04.2020).

- Gao, H., Gray, R., Malouf, R., Redshaw, M. (2013). Women with Disability: The Experience of Maternity Care During Pregnancy, Labour and Birth and the Postnatal Period. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 13(174).
DOI: 10.1186/1471-2393-13-174 (16.02.2019).
- García, T. P., González, B. G., Loureiro, J. P., Martínez, E. D., Martínez, P. M. (2015). Influence of Disability on Maternal Care. *Sexuality & Disability*, 33(4), 469–481.
DOI: 10.1007/s11195-015-9413-9 (08.12.2018).
- Ginsburg, F., Rapp, R. (2013). Disability Worlds. *Annual Review of Anthropology*, 42, 53–68.
DOI: 10.1146/annurev-anthro-092412-155502 (14.03.2019).
- Hammell, K. W. (2004). Dimensions of Meaning in the Occupations of Daily Life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 296–305.
DOI: 10.1177/000841740407100509 (17.04.2020).
- Hammond, C., Krischner, K. L., Le, J. T., Morton, C., Murphy, E. A., Shahbandar, L. (2013). Pregnancy Outcomes of Women With Physical Disabilities: A Matched Cohort Study. *Physical Disabilities and Pregnancy*, 5, 90 – 98.
- Harro-Loit, H., Kello, K., Lepik, K., Linno, M., Selg, M., Strömpl, J. (2014). Intervjuu. Sotsiaalse analüüsi meetodite ja metoodika õpibaas. Tartu: Tartu Ülikool.
<http://samm.ut.ee/intervjuu> (01.04.2020).
- Henderson, J., Malouf, R., Redshaw, M. (2017). Access and Quality of Maternity Care for Disabled Women During Pregnancy, Birth and the Postnatal Period in England: Data from a National Survey. *BMJ Open*, 7, 1–12.
DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016757 (10.02.2019).
- Iezzoni, L. I., Long-Bellil, L. M., Mitra, M., Smeltzer, S. C. (2015). A Perinatal Health Framework for Women with Physical Disabilities. *Disability and Health Journal*, 8(4), 499–506.
DOI: 10.1016/j.dhjo.2015.05.007 (27.02.2019).
- Iezzoni, L. I., Long-Bellil, L. M., Mitra, M., Smeltzer, S. C., Smith, L. D. (2016a). Pregnancy Among Women with Physical Disabilities: Unmet Needs and Recommendations on Navigating Pregnancy. *Disability and Health Journal*, 9(3), 457–463.
- Iezzoni, L. I., Long-Bellil, L. M., Mitra, M., Smeltzer, S. C., Smith, L. D. (2017). The Impact of Physical Disability on Pregnancy and Childbirth. *Journal of Women's Health*, 26(8), 878–885.
DOI: 10.1089/jwh.2016.6157 (27.02.2019).
- Iezzoni, L. I., Smith, D. L., Wint, A. J. (2016b). Mothers With Physical Disability: Child Care Adaptations at Home. *The American Journal of Occupational Therapy*, 70(6).
DOI: 10.5014/ajot.2016.021477 (16.02.2019).
- Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioon (RT II 2010, 14, 54; 16.04.1996).
<https://www.riigiteataja.ee/akt/13320295> (16.04.2020).

Intervention. (2020). Cambridge Dictionary.

<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/intervention> (13.05.2020).

Ivanisevic, M., Kokic, T., Pisot, R., Simunic, B., Sklempe Kokic, I., Uremovic, M. (2017). Effect Of Therapeutic Exercises On Pregnancy-Related Low Back Pain And Pelvic Girdle Pain: Secondary Analysis Of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 49(3), 251–257.

DOI: 10.2340/16501977-2196 (4.03.2019).

Joubert, R. W. E., Naidoo, D., Van Wyk, J. (2016). Exploring the occupational therapist's role in primary health care: Listening to voices of stakeholders. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 8(1).

DOI: 10.4102/phcfm.v8i1.1139 (14.03.2019).

Kalmus, V., Linno, M., Masso, A. (2015). Kvalitatiivne sisuanalüüs. Sotsiaalse analüüsi meetodite ja metoodika õpibaas. Tartu: Tartu Ülikool.

<https://sisu.ut.ee/dev/samm/kvalitatiivne-sisuanalyys> (29.03.2020).

Kayes, N. M., McPherson, K. M. (2012). Human technologies in rehabilitation: 'Who' and 'How' we are with our clients. *Disability and Rehabilitation*, 34(22), 1907–1911.

DOI: 10.3109/09638288.2012.670044 (27.02.2019).

Kennedy, P., Tebbet, M. (2012). The experience of childbirth for women with spinal cord injuries: an interpretative phenomenology analysis study. *Disability and Rehabilitation*, 34(9), 762–769.

DOI: 10.3109/09638288.2011.619619 (27.02.2019).

Kenny, A., McKinstry, C., Slootjes, H. (2015). Maternal role transition: Why new mothers need occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63, 130–133.

Kirss, A., Meigas, D., Põllumaa, S., Rull, K., Vaas, P. (2018). Raseduse jälgmise juhend: Eesti Naistearstide Seltsi ravijuhend, versioon 5.

<https://bit.ly/2F9p2Zh> (13.03.2019).

Kleine, I., Shakespeare, T. (2013). Educating Health Professionals about Disability: A Review of Interventions. *Health and Social Care Education*, 2(2), 20–37.

DOI: 10.11120/hsce.2013.00026 (27.02.2019).

Kowal, S., O'Connell, D. C. (2014). Transcription as a Crucial Step of Data Analysis. Raamatus: Flick, U. (2014). *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis* (64–78). London: SAGE Publication Ltd.

Laanesoo, K. (2017). A miks sa torusse ei räägi? Miks-küsilausestega tehtavad suhtlustegevused argitelefoni vestlustes. *Eesti Rakenduslingvistika Ühingu aastaraamat*, 13, 89–105.

DOI: 10.5128/ERYa13.06 (29.03.2020).

Lagerspetz, M. (2017). *Ühiskonna uurimise meetodid. Sissejuhatus ja väljajuhatus*. Tallinn: TLÜ Kirjastus.

Lerner, G. H. (2004). Glossary Of Transcript Symbols With An Introduction. Raamatus: Lerner, G. H. (toim). (2004). *Conversation Analysis: Studies From The First Generation*, (13–31). Philadelphia: John Benjamins Publishing.

<http://liso-archives.liso.ucsb.edu/Jefferson/Transcript.pdf> (29.03.2020).

Lim, N. G., Lee, J. A., Lee, J. Y., Oh, J., Park, J. O. (2015). Pregnancy, Prenatal Care, and Delivery of Mothers with Disabilities in Korea. *Journal of Korean Medical Science*, 30(2), 127–132.

DOI: 10.3346/jkms.2015.30.2.127 (5.03.2019).

Lõoke, A. (2014). Liikumispuue, 5–6.

https://www.epikoda.ee/wp-content/uploads/2016/12/Teema_LIIKUMISPUUE_Eesti-Liikumispuudega-Inimeste-Liit.pdf (14.02.2019).

Meditsiinisõnastik (2018). Celsius Healthcare.

<https://www.med24.ee/andmebaasid/meditsiinisõnastik> (13.03.2019).

Morse, T., Sanders, M. J. (2005). The Ergonomics of Caring for Children: An Exploratory Study. *American Journal of Occupational Therapy*, 59, 285–295.

Muir, S. (2012). Health Policy Perspectives — Occupational Therapy in Primary Health Care: We Should Be There. *The American Journal of Occupational Therapy*, 66(5), 506–510.

Phipps, S., Roberts, P. (2012). Predicting the Effects of Cerebral Palsy Severity on Self-Care, Mobility, and Social Function. *The American Journal of Occupational Therapy*, 66(4), 422–429.

Puerperium. (2020). Encyclopaedia Britannica.

<https://www.britannica.com/science/puerperium> (17.04.2020).

Puudega inimeste erivajadustest tulenevad nõuded ehitisele (RT I 2018, 55, 03.06.2018).

<https://www.riigiteataja.ee/akt/131052018055> (09.05.2020).

Puudega vanema toetus (2020). Sotsiaalkindlustusamet.

<https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/puue-ja-hoolekanne/puudega-inimesele> (16.04.2020).

Physical and Mobility Impairment Information. (2017). Disabled World Disability News.

<https://www.disabled-world.com/disability/types/mobility/> (28.03.2019).

Reitz, S. M. (2010). Occupational Therapy's Contributions to Health Behaviour Interventions: Promoting Exercise and Physical Activity. Raamatus: Pizzi, M. A., Reitz, S. M., Scaffa, M. E. (2010). *Occupational Therapy in the Promotion of Health and Wellness*. (225–252). Philadelphia: F. A. Davis Company.

Rämmer, A. (2014). Valimi moodustamine. Sotsiaalse analüüsi meetodite ja metoodika õpibaas. Tartu: Tartu Ülikool.

<http://samm.ut.ee/valimid> (01.04.2020).

Scambler, G. (2009). Health-related Stigma. *Sociology of Health & Illness*, 31(3), 411–455.
DOI: 10.1111/j.1467-9566.2009.01161.x (14.03.2019).

Smeltzer, S. C., Wetzel-Effinger, L. (2009). Pregnancy in Women with Spinal Cord Injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 15(1), 29–42.
DOI: 10.1310/sci1501-29 (4.03.2019).

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

Sotsiaalne taristu ja toetused. (2019). Riigi Tugiteenuste Keskus. Tallinn.
<https://bit.ly/2USn3xW> (25.03.2019)

Statistika ja aruandlus (2019). Sotsiaalkindlustusamet.
<https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/organisatsioon-kontaktid/statistika-ja-aruandlus>
(14.04.2020).

Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli kirjalike tööde koostamise ja vormistamise juhend. (2019).
Tallinn: Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.

Tarasoff, L. A. (2015). Experiences of Women With Physical Disabilities During the Prenatal Period: A Review of the Literature and Recommendations to Improve Care. *Health Care for Women International*, 36(1), 88–107.
DOI: 10.1080/07399332.2013.815756 (27.02.2019).

Tegevusterapeut, tase 6. Kutsestandard. (2018). Tervishoiu Kutsenõukogu. Tallinn.
<https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/exportPdf/10684200/> (24.03.2019).

Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded (RT, 2008, 73, 1019; 21.08.2008).
<https://www.riigiteataja.ee/akt/13017919> (25.03.2019).

Wise, P. H. (2012). Emerging Technologies and Their Impact on Disability. *The Future of Children*, 22(1), 169–191.

Ämmaemand, tase 6. Kutsestandard. (2018). Tervishoiu Kutsenõukogu. Tallinn.
<https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/exportPdf/10470049/> (14.05.2020).

Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustest*. Tartu: Tartu Ülikool.
http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/36419/ounapuu_kvalitatiivne.pdf (26.03.2019).

ÜRO inimõiguste ülddeklaratsioon. (2013). Välisministeerium. Tallinn.
<https://vm.ee/et/uro-inimoiguste-ulddeklaratsioon> (16.04.2020).

Lisa 1. Intervjuukava

Teema	Küsimused	Aeg, min
Üldised küsimused, hinnangud	<p>Esmalt soovin rääkida üldistel teemadel, mis puudutavad teid:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kui vana te olete? ● Milline on teie elukorraldus - kas elate üksi või on teil mõni täiskasvanud abiline-kaaslane (vanem, partner vm), kellega koos elate, kes teid igapäevategemistes abistab? ● Kui pikaajaline on teie liikumispuue? ● Kas elu jooksul on muutunud teie enda suhtumine oma liikumispuudesse? Kuidas? ● Milline tundub teile üldine ühiskondlik/kaaskodanike suhtumine liikumispuudega inimestesse? Kas see on teie hinnangul aja jooksul kuidagi muutunud? ● Milline on teie hinnangul (tervete) kaaskodanike suhtumine liikumi- või muu puudega naistesse, kes on emaks saanud või saamas? Kas ja kuidas on see suhtumine ajas muutunud? 	5 min
Rasedusega seotud aspektid	<p>Siit edasi jõuamegi rasedusega seonduva juurde:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Milline on olnud teie jaoks teekond raseduseni? Mis aitas teil üldse otsustada, et soovite rasestuda? Kas ja kuidas teid mõjutasid ümbritsevate inimeste (nii lähedaste kui kaaskodanike) suhtumine teie võimalikku rasestumisse? ● Kui on võimalik, siis palun rääkige, kas ja mitu raseduse katkemist teil esines enne lapse sündi? Kui teil on olnud raseduse katkemisi, siis milliseid tundeid see teie tekitas (loobumine, vm)? ● Mitu rasedust ja last teil on (olnud)? ● Kui palju ja milles teie partner (kaaslane, vanem) toetas või abistas teid raseduse vältel? <p>Räägime nüüd sellest/nendest rasedustest, mis lõppesid lapse sünniga:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mis oli raseduse juures teie jaoks kõige keerulisem? ● Millised probleemid olid teie arvates sellised, mis tulenesid just teie liikumispuudest? ● Kuidas selliseid probleeme lahendasite? Kust ja kellelt abi saite? Millisest abist puudust tundsite? Kes ja kuidas oleks saanud teid teie arvates aidata? ● Kas te kandsite lapsed raseduse lõpuni? Millised olid peamised probleemid, millega raseduse 	20 min

	<p>lõpufaasis kokku puutusite? Kui ei kandnud lõpuni, siis millisel rasedusnädalal laps sündis ja mis oli/võis olla selle meditsiiniline põhjus? Kas see võis arstide hinnangul olla seotud teie liikumispuudega? Mil viisil/miks nii arvati?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Millisel viisil teie laps(ed) sündis(id)? Kas sünnitusviis vastas teie ootustele või pidite sünnitama oma haigusest tulenevaid takistusi silmas pidades? 	
Sünnitusjärgne periood haiglas	<ul style="list-style-type: none"> ● Milliseks kujunes teie sünnitusjärgne periood haiglas? Kui pikk see periood oli? ● Millist abi vajasite? Kas saite kogu vajaliku abi? ● Kas ja millest puudust tundsite (konkreetne info, konkreetsed tegevused või soovitusid iseenda ja lapsega hakkama saamiseks jne.)? ● Kui mõtlete praegu haiglas viibitud sünnitusjärgse perioodi peale, siis kas sünnitusmajast oleksite pidanud saama mingeid teistsuguseid (milliseid?) oskusi või teadmisi, et hiljem hakkama saada? 	15 min
Sünnitusjärgne hakkamasaamine kodus	<ul style="list-style-type: none"> ● Kui mõtlete oma sünnitusjärgsele hakkamasaamisele kodus, siis millised olid esmased ja kõige suuremad probleemid? ● Kuidas need olukorrad tookord lahendasite? <ul style="list-style-type: none"> ○ Kas, kes ja kuidas teid sel perioodil toetas? ○ Kas, kes ja kuidas oleks saanud ja võinud teid toetada? ○ Millist tuge saite oma partnerilt (kaaslaselt)? ● Millist tuge või abi oleksite vajanud kaaskodanikelt, perearstilt vm professionaalidelt? ● Kui näiteks teile vajalik teenus oleks olnud kättesaadav, kas oleksite seda kasutanud? Kas oleksite seda kasutanud ka siis, kui see teenus oleks olnud (vähemalt osaliselt) tasuline? ● Millised probleemid lapse kasvades tekkisid? Kuidas need lahendasite? ● Mida peaks ja saaks riik üldse teha, et liikumispuudega naistele raseduse ajal ning sünnitusjärgselt tuge ja abi pakkuda? Milline see abi peaks olema? 	20 min

Lisa 2. Informeeritud nõusoleku vorm

Uuringuinfo ja informeeritud nõusolek

Tere!

Palume teil osaleda uuringus, mille eesmärgiks on välja selgitada liikumispuudega naiste raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodiga seotud arvamusi ja hinnanguid ning tegevusterapeutilisi vajadusi. Uuringus palume teil osaleda intervjuus, milles raames küsime küsimusi, et leida vastuseid eespool toodud uuringu eesmärgile. Intervjuu kestab umbes 45-60 minutit. Uuringu tulemuste põhjal analüüsitakse, millised on liikumispuudega naiste hinnangud tegevusterapeutilise toe vajaduse järele sünnitusjärgsel perioodil ning vastavalt sellele planeeritakse edasised täiendkoolitused praktiseerivatele ämmaemandatele ja tegevusterapeutidele ning valikaine Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli ämmaemanda ja tegevusteraapia õppekavade üliõpilastele.

Uuringus osalemine on teile vabatahtlik ning te võite igas etapis uuringus osalemisest loobuda. Kogutud andmeid kasutatakse kodeerituna: see tähendab, et me ei kasuta kuskil teie nime, vaid anname teie intervjuule koodi, mis koosneb teie vanusest ja järjekorranumbrist. Näiteks 35-aastane vastaja nr. 1 on 01-35. Uuringu käigus kogutud andmed on kättesaadavad ainult andmekogumisega seotud uurijatele ja nende juhendatavatele ning hävitatakse pool vastavalt helisalvestised vahetult peale transkribeerimist ja andmefailid pool aastat peale uuringu lõppu (juuni 2024). Niikaua säilitame andmeid Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli serveris piiratud juurdepääsuga krüpteeritud kataloogis, kuhu on ligipääs ainult uuringuga seotud inimestele. Andmefaile ei avalikustata internetis ning intervjuude täistekste ei kasutata lõputöodes.

Nõusoleku andmine

Mind on informeeritud ülalmainitud uuringust ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist ja uuringu meetodikast ning kinnitan oma nõusolekut. Tean, et uuringu käigus tekkivate küsimuste ja võimalike probleemide kohta saan mulle vajalikku täiendavat informatsiooni uuringu teostajatelt: kristiina.didrik@ttk.ee

marika.merits@ttk.ee ja kaire.sildver@ttk.ee

Uuringus osaleja allkiri.....

Kuupäev, kuu, aasta

Osalejale informatsiooni andnud isiku nimi, allkiri:

Kuupäev, kuu, aasta

Lisa 3. Teemaatilise sisuanalüüsi skeem

PÕHIKATEGOORIAD	Haiguse kujunemine	Teekond raseduseni		Sünnitusjärgne periood haiglas	Sünnitusjärgne periood kodus
ALAMKATEGOORIAD		Enne rasedust	Raseduse aegselt	Peale sünnitust haiglas	Peale sünnitust kodus
Emotsionaalne keskkond					
Intervjueeritav 1 (V₁)					
Intervjueeritav 2 (V₂)					
Intervjueeritav 3 (V₃)					
Füüsiline keskkond					
ALAMKATEGOORIAD		Enne rasedust	Raseduse aegselt	Peale sünnitust haiglas	Peale sünnitust kodus
Intervjueeritav 1 (V₁)					
Intervjueeritav 2 (V₂)					
Intervjueeritav 3 (V₃)					
Sotsiaalne keskkond					
ALAMKATEGOORIAD		Enne rasedust	Raseduse aegselt	Peale sünnitust haiglas	Peale sünnitust kodus
Intervjueeritav 1 (V₁)					
Intervjueeritav 2 (V₂)					
Intervjueeritav 3 (V₃)					