

TALLINNA TERVISHOIU KÕRGKOO



Tervishariduse keskus

Ämmaemanda õppekava

Klimentia Brinkis

Aidi Hamburg

**INTELLEKTIPUUDEGA NAISE EMADUSHOOLDUS RASEDUSE AJAL JA
SÜNNITUSJÄRGSEL PERIOODIL**

Lõputöö

Tallinn 2023

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

Lõputöö autorite allkirjad

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Lubatud kaitsmisele.

Juhendaja: Marika Merits, MA
/nimi ja akadeemiline kraad/

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

KOKKUVÕTE

Klimentia Brinkis, Aidi Hamburg (2023). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, Tervishariduse keskus, ämmaemanda õppekava. Intellektipuudega naise emadushooldus raseduse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil. Uurimistö 33 leheküljel, 57 allikat.

Uurimistö eesmärgiks on kirjeldada intellektipuuet ning intellektipuudega naise emadushooldust raseduse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil.

Uurimistö meetod on kirjanduse ülevaade, milles on kasutatud eesti-, vene- ja ingliskeelseid tõenduspõhiseid allikaid. Infootsingut teostati elektroonilistes andmebaasides.

Uurimistö olulisemad tulemused ja järeldused on järgmised:

Intellekti- ehk vaimupuue (IP) ei ole haigus, vaid seisund, mida pole võimalik ravida ning mis elu jooksul tavaliselt ei muutu. Intellektipuuet iseloomustab intelligentsuse madal tase ning IP inimestel on raskusi tavapärase kõne, lugemise, kirjutamise ning keerulisema informatsiooni omandamisega. Vaatamata sellele elavad nad seksuaalelu ning soovivad luua peret. IP-ga noorte naiste laste sündimuskordaja on sarnane puudeta noorte naiste omaga.

IP naistel võib ettevalmistus sünnituseks ja emaduseks tekitada tõsiseid raskusi, sest nende võime iseseisvalt sotsiaalselt kohaneda on tugevalt piiratud. Arvestades, et IP naistel esineb raskusi meditsiiniliste ettekirjutuste ning rasedusaegsete hooldusjuhiste järgimisega ning neil esineb sagedamini rasedusaegseid komplikatsioone, on oluline, et ämmaemand teeb raseduse ajal koostööd nii IP naise pere kui teiste tervishoiuspetsialistidega (naistearst, psühhiaater/psühholoog, sotsiaaltöötaja). Oluline on pakkuda interaktiivsemat, kättesaadavat ning paremini kohandatud teavet ja hooldust IP naistele.

Ämmaemanda ülesanne sünnitusjärgsel perioodil on pakkuda IP naise eripärasid ja individuaalseid vajadusi arvesse võtvat emadushooldust. IP emadega tegeledes on oluline lisaks teoreetiliste teadmiste jagamisele ka praktiliselt, võimalusel abivahendeid (nukk, rinna mulaaž) kasutades, toimingud ette näidata. Sünnitusjärgsel perioodil peab ämmaemand toetama värsket ema-lapse suhet, kuid teisalt hindama IP ema toimetulekut lapse eest hoolitsemisel ning defitsiidi esinemisel teavitama lapse heaolu eest seisvaid ametiasutusi.

Võtmesõnad: intellektipuue, emadushooldus, rasedus, sünnitusjärgne periood

SUMMARY

Klimentia Brinkis, Aidi Hamburg (2023). Tallinn Health Care College, Centre of Health Education, midwifery curriculum. Maternity care of women with intellectual disability during pregnancy and the postnatal period. Thesis on 33 pages, 57 references.

The aim of the research is to describe intellectual disability and the maternity care of a woman with intellectual disability during pregnancy and the postnatal period.

The research method is an overview of literature, in which is used evidence-based Estonian, Russian and English literature. Literature was searched from electronic databases.

The main conclusions of the research:

Intellectual disability (ID) is not a disease, but a condition that cannot be cured and that usually does not change during life. ID is characterized by low level of intelligence, and ID people have difficulties with attaining normal speech, reading, writing and complex information. Despite this, they still live a sexual life and want to start a family. The fertility rate of young women with intellectual disabilities is similar to that of healthy young women.

For women with ID, preparing for childbirth and motherhood can cause serious difficulties, as their ability to socially adapt independently is severely limited. Given that ID women have difficulties in following medical prescriptions and care instructions during pregnancy, and they have more pregnancy-related complications, it is important that the midwife cooperates with the ID woman's family as well as other healthcare professionals (gynecologist, psychiatrist/psychologist, social worker) during pregnancy. It is important to provide more interactive, accessible, and more adapted information and care for women with ID.

The task of the midwife in the postnatal period is to provide maternity care that takes into account the characteristics and individual needs of the ID woman. With ID mothers, it is important that the midwife in addition to theoretical information is showing practically, using visual aids such as doll or breast model, how to perform different actions with the child. In the postnatal period, the midwife must support the new mother-child relationship, but also evaluate the ID mother's ability to care for the child and, in the event of a deficit in the care, inform the relevant authorities that are responsible for the child's well-being.

Keywords: intellectual disability, maternity care, pregnancy, postnatal period

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	3
SUMMARY	4
SISSEJUHATUS.....	6
1. METOODIKA	10
2. INTELLEKTIPUUDE RASKUSASTMED NING INTELLEKTIPUUDEGA INIMESTE TOIMETULEK	13
3. INTELLEKTIPUUDEGA NAISE EMADUSHOOLDUS RASEDUSE AJAL	17
4. INTELLEKTIPUUDEGA NAISE EMADUSHOOLDUS SÜNNITUSJÄRGSEL PERIOODIL.....	21
5. ARUTELU.....	25
JÄRELDUSED.....	28
KASUTATUD KIRJANDUS	29

SISSEJUHATUS

Intellekti- ehk vaimupuue (edaspidi IP) ei ole haigus, nagu tihti arvatakse. IP puhul on tegemist seisundiga, mida pole võimalik ravida ning mis elu jooksul tavaliselt ei muutu. (Raudmees, 2016: 1). IP võib olla põhjustatud geneetilisest häirest (näiteks *Down'i* sündroom), perinataalsest kokkupuutest trauma, viiruste, bakteriaalsete infektsioonide või toksiinidega. Samuti võivad põhjused olla teadmata või multifaktoriaalsed (näiteks autismispektri häire). Nimetatud seisundid mõjutavad inimese kognitiivseid võimeid, sotsiaalseid- ja praktilisi toimetulekuoskusi. (Brown, Cobigo, Lunsy ja Vigod, 2019: 6). IP kuulub Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni (edaspidi RHK-10) diagnoosikoodide Vaimne alaareng F70-F79 alla (Vasar, 1993).

Statistikat IP inimeste kohta on keeruline välja tuua, sest paljudes riikides ei koguta nende kohta andmestikku. Nii on Eesti Vaimupuudega Inimeste Tugiliidu (EVPIT) materjalides öeldud Eesti kohta – eraldi andmeid selle kohta ei koguta. Samas on välja toodud, et IP inimesi on elanikkonnast umbes 2%. (Raudmees, 2016). Välja saab tuua statistika RHK-10 diagnoosikoodide F70–F79 kohta. Aastal 2020 oli psühhiaatri poolt ambulatoorselt konsulteeritud 15-aastaseid ja vanemaid naisi kokku 1689, millest uusi haigusjuhte oli 159. 2021. aastal konsulteeriti kokku 1674 naist, millest uusi haigusjuhte oli 170. (PKH1: Psühhiaatri..., 2022). Brown jt (2019: 6) viitab, et intellekti- ja arengupuudega naiste laste sündimuskordaja (*fertility rate*) on pidevas tõusujoones, jäädes siiski madalamaks võrreldes puudeta naistega. Näiteks Rootsis sünnib igal aastal IP naistele ligikaudu 225 last (Höglund ja Larsson, 2015: e57).

Tervisekassa andmepäringust selgub, et 2020. aastal on Eestis märgitud ambulatoorsele või statsionaarsele raviarvele mõni F70–F73.9 põhidiagnoos fertiilses eas (vanuses 15–49a) naiste seas 1252 isikul. Aastal 2021 oli see arv vastavalt 1260. Andmeid intellektipuudega rasedate ja sünnitajate kohta eraldi ei koguta, kuid aastal 2021 oli raviarvetele kantud koos F70–F73.9 diagnoosiga teenusena ämmaemanda vastuvõtt (30min) (teenuse kood 3112) 1–4 korral ning füsioloogiline sünnitus (teenuse kood 2290K) samuti 1–4 korral. (Teabenõue, 2022).

On teada, et IP naistel esineb sagedasti rasedusaegseid komplikatsioone, kuid sünnitusjärgse tervise kohta on andmed limiteeritud (Mitra, 2017, p. 303). IP-ga rasedatel esineb mitmeid kroonilisi ja vaimse tervise probleeme, nad elavad suurema tõenäosusega vaesusriskis ning neil on keerulisem ligi pääseda esmatasandi tervishoiuteenuseni. Nad tarvitavad tõenäolisemalt

rohkem retseptiravimeid, sealhulgas psühhotroopseid ravimeid, mis võivad mõjutada loodet. (Brown, Lunsky, Wilton, Cobigo ja Vigod, 2016b: 10). Seni puuduvad rahvastikupõhised uuringud, mis käsitleksid IP naiste sünnitusjärgset tervist ning kogemusi tervishoiuteenustega. Sünnitusjärgne periood (eriti esimene aasta peale sünnitust) on paljudele värsketele emadele kriitiline aeg, kuid eriti keeruline on see periood IP emadele. (Mitra, 2017: 303).

Olemasolevad uuringud viitavad asjaolule, et IP naised külastavad suurema tõenäosusega esimese kuue sünnitusjärgse nädala jooksul erakorralise meditsiini osakonda ning on sagedamini sünnitusjärgselt hospitaliseeritud (Mitra, Parish, Akobirshoev, Rosenthal ja Moore Simas, 2018: 149; Brown jt, 2019: 77). Arvestades asjaolu, et IP naiste seas on sündide arv tõusujoones, tuleb üle vaadata ja korrigeerida IP naiste rasedusaegse ning sünnitusjärgse emadushoolduse põhimõtted, et iga IP naine saaks piisavalt tervishoiuteenuseid, mille abil vähendada negatiivseid raseduse, sünnituse ja puerpeeriumi tulemeid (Höglund, Lindgren ja Larsson, 2012: 1386; Brown jt, 2019: 6–8).

IP naiste rasedusaegset ja sünnitusjärgset emadushooldust on vähe tähtsustatud ja uuritud (Brown jt, 2016b: 10; Mitra, 2017: 303). Komplikatsioonide vältimiseks on vaja ennetada naiste tervise- ja sotsiaalseid probleeme. Seda on võimalik saavutada sagedasemate ja pikemate vastuvõttude abil. (Mitra, 2017: 303). IP inimestel on samasugused emotsionaalsed ja vaimsed vajadused nagu ülejäänud ühiskonnal (Shree ja Shukla, 2016: 10).

Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni (ÜRO) Puuetega inimeste õiguste konventsiooni (Puuetega inimeste..., 2006) artikkel 25 rõhutab, et puuetega inimestele tuleb tagada mitte puuetega inimestega võrdväärseid tervishoiuteenuseid, kaasa arvatud seksuaal- ja reproduktiivtervise valdkonnas. Samuti tuuakse välja, et osalisriikidel on kohustus korraldada koolitusi ja tõsta tervishoiutöötajate teadlikkust puuetega inimeste inimõigustest, väärkusest, autonoomiast ja vajadustest. Ämmaemanda kutsestandard ütleb, et ämmaemand juhindub oma töös patsiendikesksest lähenemisest, arvestades ka erivajadustega patsientidega (Ämmaemand, tase 6...2018: 5).

Käesoleva uurimistöe teema kuulub Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli ämmaemanda õppekava uurimissuuna “Erivajadustega patsient emadushoolduses” alla (Uurimissuunad ja..., 2018). Teemakohast teaduskirjandust otsides selgus, et Eestis pole varasemalt IP-ga naiste emadushooldust raseduse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil uuritud. Erivajadusega patsientidega toimetulekut emadushoolduse kontekstis on varasemalt uurinud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli

üliõpilane Milda-Marleen Luige oma lõputöös „Suhtlemine kuulmispuudega patsiendiga tervishoius“ (Luige, 2019) ja Meelike Tammes lõputöös „Liikumispuudega naise emadushooldus raseduse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil“ (Tammes, 2022), kuid intellektipuudega naise emadushooldust ei ole Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis varasemalt uuritud. Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis 2015. aastal kaitstud lõputöös on käsitletud ämmaemanda rolli intellektipuudega naiste seksuaal- ja reproduktiivtervise-alasel nõustamisel (Tell, 2015).

Uurimisprobleem: Kuigi Ämmaemanda kutsestandard ütleb, et ämmaemand juhendub oma töös patsiendikesksest lähenemisest, arvestades ka erivajadustega patsientidega (Ämmaemand, tase 6...2018: 5), on intellektipuudega naise emadushooldus raseduse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil vähe tähtsustatud (Brown jt, 2016b: 10; Mitra, 2017: 303) ning Eestis ei ole ämmaemandatele suunatud tõenduspõhist materjali ega vastavat juhendit IP naiste käsitlemiseks.

Uurimistöö **eesmärgiks** on kirjeldada intellektipuuet ning intellektipuudega naise emadushooldust raseduse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil.

Eesmärgist lähtuvalt on püstitatud järgmised uurimistöö **ülesanded**:

1. kirjeldada intellektipuude raskusastmeid ning intellektipuudega inimeste toimetulekut;
2. kirjeldada intellektipuudega naise emadushooldust raseduse ajal;
3. kirjeldada intellektipuudega naise emadushooldust sünnitusjärgsel perioodil.

Uurimistöö kesksed mõisted:

Emadushooldus (*maternity care*) – arsti, õe, ämmaemanda, haigla või sünnituskeskuse poolt rasedale osutatavate tervishoiuteenuste kogum raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi jooksul (Maternity care, 2011).

Intellektipuue (*intellectual disability*) – vähenenud võime mõista uut või keerulist infot ja õppida ning kasutada uusi oskusi (vähenenud intelligentsus), mille tulemusena on vähenenud võime iseseisvalt toime tulla (vähenenud sotsiaalne toimetulek). Oluliseks kriteeriumiks on puude ilmumine enne 18. eluaastat (About Intellectual...2021). Eestis kasutatakse terminina vaimupuue (Raudmees, 2016: 1).

Rasedus (*pregnancy*) – naise normaalne füsioloogiline seisund, mis kestab tavaliselt 40 nädalat alates naise viimase menstruatsiooni esimesest päevast ning on jagatud kolmeks trimestriks, millest igaüks kestab kolm kuud (Pregnancy, n.d; Vaas, Rull, Põllumaa, Meigas, 2018: 1).

Sünnitusjärgne periood (*postnatal period*) – periood, mis algab kohe peale lapse sünni ning kestab kuus nädalat (42 päeva) peale sünnitust. Sünnitusjärgne periood koosneb kohesest, varasest ja hilisest perioodist. (Finlayson, Crossland, Bonet ja Downe, 2020: 2). Raseduskriisi kontekstis kestab sünnitusjärgne periood kuni kaks aastat peale sünnitust (Raseduskriisi nõustaja...2019: 1).

1. METOODIKA

Käesoleva uurimistöö meetod on kirjanduse ülevaade. Kirjanduse ülevaade on uurimus, milles antakse ülevaade eelnevalt avaldatud uuringutest ning nende tulemustest. Uurimistöö käigus läbitakse kõik klassikalise uuringu etapid – uurimisprobleemi, uurimiseesmärkide ja -ülesannete püstitamine, kirjanduse analüüsimine ning tulemuste interpreteerimine. Kirjanduse ülevaade kui uurimismeetodi eesmärgiks on jõuda kas mõnele uuele arusaamale või juhtida tähelepanu lüngale senistes uuringutes, mis viitaks uute uuringute vajadusele. (Aveyard, 2014: 22). Need eesmärgid sobivad käesoleva uurimistöö eesmärgi saavutamiseks ja seetõttu on valitud meetodiks kirjanduse ülevaade.

Uurimistöö koostamine sai alguse 2020. aasta märtsis. Autor Klimentia Brinkis valis Uurimistöö alused I õppeaines projekti kirjutamiseks teema „Intellektipuudega naise emadushooldus raseduse ajal“ ja autor Aidi Hamburg valis teemaks „Intellektipuudega naise emadushooldus sünnitusjärgsel perioodil“. Seejärel koostati projekt, Lõputöö I raames kaitsti kaks erinevat uurimistööd. Autorid otsustasid jätkata koostööna teemade uurimist, ühendades uurimistööd tervikuks, käsitledes intellektipuudega naise rasedusaegset ja sünnitusjärgset emadushooldust. Protsessi käigus sõnastati uus uurimisprobleem, uurimiseesmärk ja -ülesanded. Seejärel koguti informatsiooni nii teadusartiklitest kui ka teemakohastest raamatutest ning erinevatest usaldusväärsetest veebiallikatest.

Kirjandusallikate leidmiseks kasutati erinevaid otsingumootoreid: *Google*, *Google Scholar*; teadlaste ja kraadiõppurite portaali *ResearchGate*. Andmebaasidest kasutati *ScienceDirect*’i ja *PubMed*’i. Autorid valisid tutvumiseks täistekstina saadaolevaid ning töö teemaga seonduvaid allikaid ning esmase info saamiseks loeti läbi kokkuvõtte. Kui autorite arvates oli allikas teemakohane, loeti läbi kogu artikkel ning seda kasutati uurimistöö kirjutamisel. Tõenduspõhisuse hindamiseks vaatasid autorid järgmisi olulisi parameetreid: artikli ilmumise allikas, DOI numbri olemasolu, viited varasematele uurimustele. Kasutamata jäeti allikad, mis ei olnud tõenduspõhised, millel ei olnud täistekst saadaval või mis ei sobinud autorite töö vaatenurgaga.

Allikate valimisel seati kriteeriumiteks allika vanus (vähem kui kümme aastat), eelretsenseeritus, täisteksti olemasolu, teemakohasus. Statistika ja mõistete definitsioonide otsimisel on kasutatud lisaks teisi usaldusväärseid allikaid. Otsingusõnadena kasutati järgmisi sõnu ja fraase kombinatsioonidena eesti, inglise ja vene keeles: intellektipuue (*intellectual*

disability/умственная отсталость), intellektipuude raskusastmed (*intellectual disability severity/степени умственной отсталости*), statistika (*statistics*), definitsioon (*definition*), sünnitusjärgne emadushooldus (*postnatal care*), emadushooldus (*maternity care*), intellektipuue ja kognitiivsed oskused (*intellectual disability and cognitive skills*), intellektipuue ja sotsiaalne stigmatiseerimine (*intellectual disability and social stigmatization*), intellektipuue RHK-10, intellektipuue ja emadus (*intellectual disability and motherhood/умственная отсталость и материнство*), intellektipuudega naise emadushooldus raseduse ajal (*maternity care of a woman with intellectual disabilities during pregnancy/материнство для женщины с умственной отсталостью во время беременности*).

Erandina on kasutatud käesolevas töös kahte vanemat allikat. Nendeks on 1992. aastal Maailma Tervishoiuorganisatsiooni (WHO) poolt välja antud Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon (RHK-10), mille eestikeelne tõlge on välja antud 1993. aastal (Vasar, 1993), ning 2006. aastal välja antud Puuetega inimeste õiguste konventsioon (Puuetega inimeste..., 2006). RHK-10 (Vasar, 1993) on intellektipuude määratlemise alusdokument Eestis ning selle 2018. aastal WHO poolt avaldatud uuendatud versioon hakkab kehtima aastal 2022 (Seppa, 2019: 18). Puuetega inimeste õiguste konventsioon (Puuetega inimeste..., 2006) on Eestis kehtiv Riigikogu poolt ratifitseeritud dokument, millel ei ole uuemat versiooni.

Töös kasutati kokku 57 allikat, millest võõrkeelseid on 41. Välja jäetud allikad ei vastanud allikate valimise kriteeriumitele. Kasutatud allikateks on 37 teadusartiklit, kaks raamatut, viis juhendit, neli lõputööd, kaks õigusakti, kuus usaldusväärset veebilehte ning üks teabenõue.

Meditšiinieetikat kirjeldatakse läbi nelja põhiprintsiibi teooria, mille on loonud Tom Beauchamp ja James Childress (Soosaar, 2016: 30). Meditsiinieetika neli põhiprintsiipi on isiku autonoomia austamine, heategemine, mittekahjustamine ja õiglus. Olulisemateks peetakse meditsiinieetikas järgmisi väärtusi: tervis, inimväärikuse austamine, austus inimelu vastu, heategemine, mittekahjustamine, austus patsiendi/ katsealuse isikuautonoomia suhtes, privaatsus, konfidentsiaalsus, empaatia, tõemeelsus, õiglus, kollegiaalsus ning inimese loomuliku võimekuse ja elukäigu austamine. (Soosaar, 2016: 43–44). Käesoleva uurimistöö kirjutamisel on autorid lähtunud aspektist, et kasutatavates teadusartiklites on järgitud meditsiinieetika olulisemaid väärtusi.

Isiku autonoomia austamine on käesolevas töös tagatud sellega, et kasutatavates allikates ei ole uuritavad isikud tuvastatavad. Heategemine ja õiglus on tagatud sellega, et antud teemakäsitlust saavad ämmaemanda õppekaval õppivad üliõpilased ja kutsealal töötavad ämmaemandad kasutada oma professionaalsete teadmiste tõstmisel ning neid teadmisi erivajadustega patsientidele emadushoolduse pakkumisel rakendada. Mittekahjustamine on töös tagatud uurimistöö metoodika valikuga, milles kirjeldatakse neutraalselt varasemaid uuringuid kahjustamata uuritavaid.

Käesoleva töö usaldusväärsus põhineb asjaolul, et selle kirjutamisel on kasutatud tõenduspõhiseid allikaid, mille vanus on vähem kui kümme aastat. Uurimistöös on kõikidele allikatele korrektselt viidatud ning esitatud kasutatud kirjanduse loetelus. Töös ei esine plagiaati, kasutatud allikate tekst on nõuetekohaselt refereeritud ehk ümbersõnastatud võimalikult algallikatele sarnaselt ning võõrkeelsed allikad tõlgitud võimalikult lähedaselt originaaltekstile.

2. INTELLEKTIPUUDE RASKUSASTMED NING INTELLEKTIPUUDEGA INIMESTE TOIMETULEK

Intellekti- ehk vaimupuue klassifitseerub RHK-10 diagnoosikoodide F70–F79 alla. Antud puude puhul on indiviidil vaimne alaareng, mille korral on intellekti areng peetunud või puudulik. Iseloomulik on intellektuaalsete tasandite, nagu tunnetus, kõne, mootorika, sotsiaalne suhtlemine, madal tase. IP inimestel on vähenenud sotsiaalsed oskused ning adaptatsioon. Vaimne alaareng jaguneb RHK-10 diagnoosikoodide alusel nelja raskusastmesse. Vaimne alaareng võib olla kerge (F70), mõõdukas (F71), raske (F72) või sügav (F73). (Vasar, 1993).

IP iseloomustavad oluliselt vähenenud võime omandada uut või keerulist informatsiooni ja õppida uusi oskusi, vähenenud on võime iseseisvalt toime tulla. Need tunnused on ilmnud enne täiskasvanuiga (Shree ja Shukla, 2016:10). IP diagnoosi ja raskusastme määramisel võetakse arvesse erisuguseid võimeid, sotsiaalset küpsust ja adaptiooni taset ning kliinilise uurimise andmeid. Samuti saab IP raskusastmete määramisel kasutada intelligentsuse kvotsiendi (edaspidi IQ) määramise teste ning nende tulemusi. IP määramise kriteeriumiks on IQ alla 70 punkti. (Vasar, 1993).

Kerge IP (F70) korral on IQ vahemikus 50–69 (Vasar, 1993). Sellesse kategooriasse kuulub umbes 70–80% IP-ga inimesi (Makarov, 2015: 7). Kerge IP-ga inimestel on raskusi keerukate keele- ja akadeemiliste oskuste omandamise ja mõistmisega (Patel, Cabral, Ho ja Merrick, 2020: 27). Kergel IP iseloomustab üldiselt suhteliselt hea mehaaniline mälu. Sellised inimesed on võimelised iseseisvalt elama ja tegema lihtsamat füüsilist tööd. Kerge IP-ga inimestel ei ole täielikult välja kujunenud abstraktne-loogiline mõtlemine. Seetõttu on neil raske aru saada nähtustest või olukordadest, mida maailmas ei eksisteeri ja kahemõttelistest ütlustest või väljenditest. Raskused toimetulekus ilmnevad, kui olukord nõuab tavapärase tegevuse asendamist uue ja senitundmatuga. (Makarov, 2015: 7). Kerge IP korral on inimestel puudujäägid juhtimisfunktsioonides, nagu planeerimine, organiseerimine ja prioriteetide seadmine. Asjakohase toetuse korral on kerge IP-ga inimestel võimalik omandada enamik igapäevaseks majapidamiseks ja enesehoolduseks vajaminevatest oskustest. Vaatamata sellele, et kerge IP-ga inimesed saavad mitmete igapäevaste tegevustega hakkama, näiteks tööle õigeks ajaks jõudmine, tööülesandele keskendumine, autojuhtimine ning ühistranspordi kasutamine, vajavad nad abi tervishoiu ja õiguslaste otsuste tegemisel. (Patel jt, 2020: 27-28).

Mõõdukas IP (F71) rühma kuuluvate isikute IQ jääb vahemikku 35–49 (Vasar, 1993). Mõõduka IP-ga inimeste mehaaniline mälu on piisavalt arenenud. Nad on võimelised omandama põhioskused lugemises, kirjutamises ja arvutamises. Kõneoskus on arenenud, kuid nende sõnavara on limiteeritud, kõne agrammatiline ning kõne mõistmine ja kasutamine on piiratud. Piisava motoorse arengu korral saavad nad hakkama lihtsate füüsiliste töödega, kuid nad ei ole võimelised oma tegevusi muutma vastavalt keskkonna muutustele. Paljud mõõduka IP-ga inimesed on egotsentrilised, nõuavad endale suuremat tähelepanu. Neil on keeruline juhtida emotsioone ning nad ei ole enamasti võimelised iseseisvalt elama ja vajavad pidevat juhendamist. (Makarov, 2015: 8–9).

Raske IP-ga (F72) isikute IQ jääb vahemikku 20–34 (Vasar, 1993). Sellistel inimestel tuvastatakse motoorsete funktsioonide arengu kahjustust. Raske IP-ga inimesi iseloomustab madal sotsiaalse toimimise tase, mis avaldub põhikooli teadmiste, igapäevaste oskuste ja võimete valdamise peaaegu täielikus võimatuses. (Makarov, 2015: 9). Raske IP-ga inimestel on märkimisväärselt piiratud suhtlemisvõime. Eneseväljendus toimub üksikute sõnade või lihtlausetega abil, tihti kasutatakse žeste. Ebakohane käitumine on tõsine probleem raske IP-ga isikutel. Sellesse gruppi kuuluvad inimesed vajavad regulaarset juhendamist ja hooldust terve elu vältel. (Patel jt, 2020: 28).

Sügava IP (F73) korral on isikute IQ alla 20 (Vasar, 1993). Sügava IP-ga inimestel esinevad motoorsed ja sensoorsed häired. Nad ei suuda moodustada sõnu ning on enamasti kõnetud, väljendades end karjades, häälihtsedes, nuttes või naerdes. Emotsionaalne taust moodustub peamiselt naudingutundest ja meelepahast. Sügava IP-ga isik vajab pidevat kõrvalabi, juhendamist ja järelevalvet. (Patel jt, 2020: 29). Sügava IP-ga inimestel võivad esineda rasked füüsilise arenguga seotud defektid nagu düsplastilisus, kolju deformatsioonid, erinevad väärarengud ja arenguanomaaliad. Lisaks esineb neil sageli neuroloogilisi häireid, nagu parees ja paralüüs. (Makarov, 2015: 10).

Sotsiaalsed oskused arenevad inimestel sotsiokultuurilises keskkonnas suheldes, mistõttu on keskkonnal tähtis roll IP inimeste sotsiaalse lävimise (*social interactions*) parandamisel ning ühiskonnas osalemise soodustamisel ja/või takistamisel. Ebasoodsas keskkonnas võivad IP inimesed kergesti saada sotsiaalselt, ühiskondlikult ning hariduslikult tõrjutuks. Suhtlemise puudujäägid mõjutavad otseselt IP inimeste hariduse ja töötamise võimalusi, mis on aga nende peamised sotsiaalse integratsiooni võimalused. IP inimestel on vähem võimalusi elada tüüpilises kogukonna keskkonnas, nende igapäevategevused on rutiinsed ning neil on vähem

võimalusi sotsiaalseks integreerumiseks. (Smith, Manduchi, Burke, Carroll, McCallion jt, 2020: 2; 9).

IP inimestel on sageli vaja õppida enesejuhtimise oskust. See oskus viitab inimese võimele analüüsida oma käitumist ja otsuseid ning nende tagajärgi. Kõrget enesejuhtimise oskust saab seostada laiema sotsiaalse osalusega, kõrgema tööhõive, sotsiaalsete võimete, hariduse ja üldise elukvaliteediga. Selle oskuse õppimisel omab tähtsat rolli IP inimest ümbritsev keskkond ning inimesed, kelle pealt seda oskust reflekteerida. (Cudré-Mauroux, Piérart ja Vaucher, 2020: 2)

IP inimestel on teiste inimestega võrdväärsed õigused ja neid tuleks kohelda ühiskonnas võrdsete kaaskodanikena. Vaatamata puudele peab neil olema võimalus elada võimalikult iseseisvalt ning vabadus sõltumatult otsuseid langetada. Samuti toetavad senised uuringud seisukohta, et IP inimesed soovivad oma tegevusi iseseisvamalt juhtida. (Sandjojo, Eltringham, Gebhardt, Zedlitz, Embregts jt, 2020: 1984). Puuetega inimeste õiguste konventsiooni (Puuetega inimeste..., 2006) artiklis 19 on välja toodud järgnev: „*Konventsiooni osalisriigid tunnustavad kõigi puuetega inimeste võrdset õigust elada kogukonnas ning omada teistega võrdseid valikuid ning võtavad tõhusaid ja asjakohaseid meetmeid, et võimaldada puuetega inimestel seda õigust täielikult teostada ning soodustada nende täielikku kogukonda kaasamist ja selles osalemist*“.

IP inimesed seisavad silmitsi sotsiaalse stigmatiseerimisega ning on üks enim stigmatiseeritud inimgrupe ühiskonnas (Ali, Hassiotis, Strydom ja King, 2012: 2123). See tähendab, et neid häbiväärustatakse ning nende suhtes esineb diskrimineerimist ning eelarvamusi, mis piirab nende inimõigusi ning juurdepääsu võimalustele, mida puudeta inimesed peavad iseenesestmõistetavaks (Mitter, Ali ja Scior, 2019: 11). Uuringud näitavad, et üldsuse teadlikkus ning arusaamine IP olemusest on erinevates riikides ja kultuurides piiratud ning negatiivne suhtumine on seotud valearusaamadega intellektipuudega inimeste võimete osas (Ali jt, 2012: 2123). IP inimesed kogevad sageli enese stigmatiseerimist (*self-stigma*), mis tekib sotsiaalsest stigmast teadlikuks saamisel ja selle endale sisendamisel (Mitter jt, 2019: 11). See võib põhjustada IP inimestele negatiivset enesehinnangut ja sotsiaalseid võrdlusi ning psühhiaatrilisi sümptomeid ehk on olulise negatiivse mõjuga IP inimese psühholoogilisele heaolule (Ali jt, 2012: 2137).

Kuni 1970ndate aastateni sundsteriliseeriti IP naisi, et nad ei saaks järglasi. Vaatamata asjaolule, et seda enam ei teostata ning IP naiste inimõigusi on ametlikult tunnustatud, saavad

nad siiski ühiskonnas negatiivsete reaktsioonide osaliseks kui nad rasestuvad või on otsustanud rasestuda. (Heifetz, Brown, Chacra, Tint, Vigod jt, 2019: 602). IP-ga inimesed elavad samuti seksuaalelu, kuid neil võib puududa teave seksuaalsusest ja seksuaaltervisest ning sageli puuduvad võimalused seksuaalsuse adekvaatseks tundmaõppimiseks (Greenwood ja Wilkinson, 2013: 2). Vaatamata sellele on laste sündimuskordaja intellektipuudega noorte naiste seas sarnane puudeta noorte naistega (Heifetz jt, 2019: 602). Raske ja sügava IP-ga naised rasestuvad siiski väga harva, seoses neil esinevate raskete motoorsete ja somaatiliste häiretega, mis muudavad rasestumise pea võimatuks (Dobryakov, 2013: 80). Sageli peetakse IP naisi emadena kõlbmatuteks, kes ei oska ega suuda oma lapse eest hoolitseda (Höglund ja Larsson, 2013: 698–699). Siiski soovivad IP-ga inimesed samuti saada lapsevanemateks, kuid neil on tõenäoliselt vähem tugiteenuseid ja suurema tõenäosusega kaotavad nad lapse hooldusõiguse (Greenwood ja Wilkinson, 2013: 5).

3. INTELLEKTIPUUDEGA NAISE EMADUSHOOLDUS RASEDUSE AJAL

Rasedus ja järglaste sünd on inimkonna ellujäämise tingimus, on primaarse rolliga põlvkondade uuendamises ja on uue elu formeerumise etapp. Rasedus toob endaga kaasa muutused nii füüsilises kui vaimses seisundis, millega tuleb kohaneda. (Coutinho, Silva, Chaves, Nelas, Parreira jt, 2014: 18). Eelseisvad muutused toovad kaasa tõsise kohanemise probleemi IP-ga naistel. IP-ga naistel võib ettevalmistus sünnituseks ja emaduseks tekitada tõsiseid probleeme ja raskusi, kuna nende võime iseseisvalt sotsiaalselt kohaneda on tugevalt piiratud. (Dobryakov, 2013: 79). Emaks saades esineb IP-ga naistel mitmeid väljakutseid, nagu ühiskonna eelarvamused, ebasoodne majanduslik olukord, kehv füüsiline tervis ja sagedasemad vaimse tervise probleemid (Strnadová, Bernoldová, Adamčíková ja Klusáček, 2016: 563). IP-ga naiste raseduse, sünnituse ja emaduse konteksti on limiteeritult uuritud (Walsh-Gallagher, Sinclair ja McConckey, 2012: 156).

Reproduktiivtervise uuringutes on puuetega, sh IP-ga naised suure osas ignoreeritud. Sageli arvatakse, et nad pole seksuaalselt aktiivsed ning abielluvad või saavad lapsi harvem kui puudeta naised. (Morrison, Basnet, Budhathoki, Adhikari, Tumbahangphe jt, 2014: 1133). Puuetega, sh IP-ga naiste arv kasvab ja paljudel nendest on sama soov kui teistel naistel – saada lapsevanemaks (Potvin, Brown ja Cobigo, 2016: 57). Faktoriteks, mis piiravad puuetega naiste juurdepääsu kvalifitseeritud reproduktiivmeditsiini ja emadushoolduse teenustele, on ühiskonna negatiivne suhtumine ja kultuurilised eelarvamused. Nende hulgas seksuaalsuse samastamine normaalsuse, aga mitte puuetega inimestega, füüsiliselt ligipääsmatud tervishoiuasutused, tervishoiutöötajate ükskõiksus ja piiratud teadmised puuetega inimeste erija tervishoiuvajadustest. (Ganle, Otupiri, Obeng, Edusie, Ankomah jt, 2016: 2). IP-ga naised, kes saavad emaks, seisavad silmitsi oluliste tõkete ja diskrimineerimisega (Greenwood ja Wilkinson, 2013: 5). Levib stereotüüpne arvamus, et nad pole “normaalsed” ja nende seaduslik õigus saada lapsevanemateks seatakse sageli kahtluse alla (Walsh-Gallagher jt, 2012: 156).

Kui rasedust naine, kellel on kerge või mõõdukas IP, on oluline hinnata naise võimalusi ja oskusi toimetulekus ning perekondlikku olukorda. Sellised naised suudavad hästi kohaneda tuttavas keskkonnas ja sooritada tegevusi, mida on õppinud tegema, kuid kõik muutused ümbritsevas keskkonnas võivad tekitada tõsiseid raskusi kohanemises. Seetõttu vajavad sellised rasedad naised pidevat psühholoogilist jälgimist ja tuge pereliikmetelt, kes peavad saama soovitusi rasedaga suhtlemiseks ning olema valmis selleks, et kogu hoolitsus nii lapse kui sünnitusjärgse naise eest langeb neile. Võrreldes sügava ja raske IP-ga naistega, on kerge või

mõõduka IP-ga ema ja lapse suhtlemine mitte ainult võimalik, vaid väga vajalik, kuid seda spetsialistide ja perekonnaliikmete järelvalve all (Dobryakov, 2013: 80–81).

Naised, kellel esineb sügav või raske IP rasestuvad äärmiselt harva, kuna neil puudub eneseteadvus ja seoses sellega vajavad nad pidevat abi ja järelvalvet. See võimaldab vältida erinevaid olukordi, mille tagajärjeks võib olla rasestumine. Raske või sügava IP-ga naistel esinevad motoorsed häired, mille tõttu võib liikumine olla piiratud. Samuti võivad neil esineda somaatilised häired, mis teevad raseduse võimatuks. Kui vaatamata kõigele õnnestub sellisel naisel rasestuda, siis arvestades kõige tavapärasemate oskuste puudumist, mõeldakse raseduse varases staadiumis raseduse katkestamisele. Kui sünnitus siiski toimub, siis ei ole sügava või raske IP-ga naine võimeline hoolitsema enda lapse eest ja last peab kasvatama keegi teine (sugulased, asenduskodu töötajad jne). (Dobryakov, 2013: 80).

Suitsetavaid IP-ga rasedaid naisi on rohkem kui IP-ta suitsetavaid rasedaid naisi. Põhjuseks võib olla nende teadmatus rasedusaegse suitsetamise kahjulikest mõjudest ja edasistest komplikatsioonidest. Samuti võivad olla IP-ga naised sünnituse hetkel nooremad, sest neil võib puududa teave rasestumisvastaste preparaatide kohta, puududa ligipääs tavapärastele tervishoiuteenustele või nad ei ole võimelised täielikult mõistma tervisealaseid soovitusi. (Mueller, Crane, Doody, Stuart ja Schiff, 2019: 454). IP-ga rasedatel esineb rasedusaegsetest komplikatsioonidest sagedamini gestatsioonidiabeeti, preeklampsiat ning nende looted on sagedamini gestatsiooniea kohta väiksekasvulised (SGA ehk *small for gestational age*) ning kaasasündinud väärarengutega (Mueller jt, 2019: 457). Lisaks on IP rasedatel kõrgem keisrilõigete ja enneaegsete sünnituste risk (Xie ja Gemmill, 2018: 72).

Ämmaemanda tase 6 kutsestandardis tuuakse välja, et ämmaemand juhindub oma töös patsiendikesksest lähenemisest, arvestades ka erivajadustega patsientidega (Ämmaemand, tase 6...2018: 5). Inglismaal 2015. aastal läbi viidud uuringu eesmärgiks oli uurida sünnitusabi kättesaadavust ja kvaliteeti, uurides erinevaid erivajadustega naisi. Uuring tõestas, et tervishoiutöötajatel ei jätku teadlikkust ja kogemusi, et tõhusalt reageerida puudega naiste vajadustele raseduse ajal ja sünnitusjärgses perioodis. (Malouf, Henderson ja Redshaw, 2017: 11). IP-ga naiste vajaduste mõistmiseks raseduse ajal on vajalik tunnustada neid meditsiiniliste probleemide asemel naistena ning keskenduma pigem nende võimetele kui puudele. Tervishoiutöötajate teadmisi ja oskusi tuleks täiendada, et pakkuda kättesaadavat, interaktiivsemat ja paremini kohandatud teavet, toetust ja hooldust naistele, kellel esineb IP. (Höglund jt, 2012: 1385–1386).

Kuna IP-ga naistel esineb kognitiivseid raskusi informatsiooni mõistmisega, on neil raske järgida meditsiinilisi ettekirjutusi. Sellised naised vajavad rohkem juhendatud tuge, sünnieelset jälgimist ja abi, pikemaid ja sagedasemaid spetsialistide (naistearst, ämmaemand) vastuvõtte. (Brown, Cobigo, Lunsy ja Vigod, 2016a: 764). Rootsis läbiviidud avatud küsimustikuga uuringus pidasid ämmaemandad olulisteks aspektideks IP naiste raseduse jälgimisel järgmisi nüansse: varane registreerimine, sünnieelsete visiitide individuaalselt kohandatud ajakava, pikendatud vastuvõtuajad (Höglund ja Larsson, 2015: e60). Need muudatused võivad vähendada rasedusaegsete komplikatsioonide teket selles sihtrühmas (Brown jt, 2016a: 764). Arvestades, et IP naiste intellektuaalne ja hariduslik taust on limiteeritud ning neil esineb raskusi rasedusaegsete hooldusjuhiste mõistmisel, on raseduse ajal oluline tõhus suhtlus IP naise, tema pere ja tema hooldust toetavate isikute vahel (Mueller jt, 2019: 456).

Potvin jt (2020) näitasid Kanadas 2016. aastal läbiviidud kvalitatiivses uuringus, et spetsialistide toe olemasolu võib parandada IP-ga emade heaolu, vähendada tüsistusi nii raseduse ajal kui ka sünnituse järgselt. Uuringu eesmärk oli kirjeldada kahe IP-ga naise raseduse ja sünnitusega seotud teadmisi, raseduse ajal saadud perinataalset informatiivset tuge ning selle toetuse saamise tõkkeid ja abistajaid. Mõlemad naised selles uuringus said tuge spetsialistidelt (arstid, ämmaemandad, õed, sotsiaaltöötajad) ning elasid iseseisvalt, omades hooldusõigust oma laste üle. Naised demonstreerisid rasedusega seotud teadmisi, näiteks kuidas omandada ja kasutada rasedustesti, millised on psühhotropsete ainete tarvitamise ohud raseduse ajal ja teadmised mõne sünnituse ajal kasutatava valuvaigistamise meetodi kohta ning kui tähtis on planeerida arstiaega pärast rasedust, samuti vastsündinute hooldusest, näiteks kuidas hoida ja vannitada last. Kuna mõlemal naisel on rohkem kui üks laps, siis arvatavasti suurenesid rasedusega seotud teadmised iga järgneva rasedusega. Mõlemal naisel esinesid aga raskused raseduse tunnuste tuvastamisega. (Potvin, Brown ja Cobigo, 2020: 7–9).

Puudega naised liigitatakse raseduse ajal tavaliselt kõrge riskiga rasedate hulka (Malouf jt, 2017: 10). Emadushooldus raseduse ajal IP-ga naistel on tõsine meditsiiniline, psühholoogiline, sotsiaalne ja eetiline väljakutse. See on väljakutse naise, tema lähedaste inimeste ja spetsialistide jaoks, kes teda aitavad. IP-ga naiste toetamisel peaks osalema multidistsiplinaarne spetsialistide meeskond, kuhu kuuluvad naistearst, ämmaemand, psühhiaater, psühholoog, sotsiaaltöötaja, jurist. Meeskond peab jõudma patsiendi ja tema sugulaste mõistmiseni, töötama nendega kooskõlas. Emadushooldus nõuab diferentseeritud lähenemisviisi, võttes arvesse intellektuaalse puude raskust ja üldise vaimse alaarengu kliinilist vormi. (Dobryakov, 2013: 84). Puudega naised vajavad rohkem sünnituseelseid visiite ja

uuringuid. Vaja oleks spetsiifilisemaid teenuseid, rohkem juhendamist ning koolitusi tervishoiutöötajatele mistahes puudega naiste eest hoolitsemisest raseduse ajal. (Malouf jt, 2017: 10).

4. INTELLEKTIPUUDEGA NAISE EMADUSHOOLDUS SÜNNITUSJÄRGSEL PERIOODIL

Sünnitusjärgne periood on aeg, mida iseloomustavad nii emotsionaalsed kui füüsilised muutused naise tervises, lapse eest hoolitsemise pinge, kõrge risk sünnitusjärgseks depressiooniks ning teisteks terviseprobleemideks. See periood on keerukas IP naistele, kellel on piiratud ligipääs prenataalsele hooldusele, kelle sünnituste tulemid on tõenäoliselt kehvemad, see tähendab, et neil on näiteks suurem risk enneaegseks sünnituseks, väga madala ja madala sünnikaaluga lapse sünniks, madala Apgari skooriga lapse sünniks, ning kellel puudub sünnitusjärgsel sotsiaalne ja emotsionaalne tugisüsteem. Lisaks seisavad IP naised silmitsi sotsiaalse diskrimineerimise ja stigmatiseerimisega ning üleilmselt võetakse ligi 30–80%-l intellektipuudega naistest lastekaitseasutuste poolt lapsed püsivalt ära. (Mitra, 2017: 303).

Ämmaemandal on vahetult sünnituse järgsel ja sünnitusjärgsel perioodil mitmeid ülesandeid. Peamiselt on ämmaemandal vaja jälgida kaht patsienti – sünnitusjärgset naist ning vastsündinut. Kuid siiski on vaja lisaks märgata ja nõustada patsiendi lähedasi ja pereliikmeid. Ämmaemanda ülesannete hulka kuuluvad sünnitusjärgse taastumise, enesehoolduse, ohutunnuste ning haiglasse tagasipöördumise vajaduse ja –võimaluste selgitamine. Samuti aitab ämmaemand rinnaga toitmise teemadel, õpetab vastsündinu eest hoolitsemist ning tema vajaduste märkamist. Vaatamata asjaolule, et ämmaemandal on iseseisvalt palju ülesandeid, kuulub ämmaemand multidistsiplinaarsesse meeskonda, tehes koostööd naistearstide, neonatoloogide, sotsiaaltöötajate jt spetsialistidega. (Bartels, Mahla ja Teesalu, 2019: 11–12).

Intellektipuudega naised kannatavad sagedamini sünnitusjärgsete meeleoluhäirete all. 2017. aastal viidi Kanadas Ontarios läbi uuring, mille käigus uuriti naisi, kes sünnitasid elus lapse, kelle eeldatav eostamise kuupäev oli vahemikus 1. aprill 2002 kuni 31. märts 2012. Uuringu eesmärk oli kirjeldada ja võrrelda IP naiste ja puudeta naiste erakorralise meditsiini osakonna külastamist sünnitusjärgsel perioodil. Uuringu tulemustest selgus, et IP naiste erakorralise meditsiini osakonna külastatavus oli oluliselt kõrgem puudeta naiste omast, kuid seda just psühhiaatrilistel põhjustel (Brown, Cobigo, Lunsky ja Vigod, 2017: 330, 334). IP naiste psühholoogilised ja meditsiinilised probleemid võivad saada liiga hilja märgatud, sest neil on sageli keerulisem ligi pääseda vajalikele tervishoiuteenustele, neil on keeruline oma sümptomeid kirjeldada ning tervishoiupersonal on sageli ebapädev toime tulema IP naiste mitmetahuliste (*complex*) meditsiiniliste ja sotsiaalsete probleemidega. 2018. aastal USA-s

Massachusetts'is läbiviidud retrospektiivne kohortuuring kinnitab samuti, et intellektipuudega naiste sünnitusjärgselt erakorralise meditsiini osakonna külastamise ning sünnitusjärgse hospitaliseerimise näitajad on oluliselt kõrgemad puudeta naiste omadest. Uuring hõlmas kõiki haiglapõhiseid sünnitusi, mis toimusid perioodil 2002-2012 Massachusetts'is. (Mitra jt, 2018: 1493, 1499).

Sünnitusjärgne emadushooldus haiglas keskendub peamiselt ema taastumisele sünnituskogemusest, kuid lisaks sellele tuleb keskenduda väljakirjutamise planeerimisele ning iga ema ja lapse unikaalsetele vajadustele (Byrnes ja Hickey, 2016: 507). IP naised imetavad väiksema tõenäosusega oma lapsi kui teised naised. IP naised ootavad, et neil oleks võimalus valida rinnaga toitmise ning piimaseguga toitmise vahel kui see on võimalik. (Guay, Aunos ja Collin-Vézina, 2016: 511, 515). Paljud naised tunnevad suurt survet nii tervishoiupersonali poolt kui ka sisemist survet oma lapsi imetada ning see tekitab stressi, eriti kui rinnaga toitmine ei õnnestu (Andrews, Powell ja Ayers, 2021: 87). IP naistega tegelev tervishoiupersonal peaks naist juba prenataalselt tundma õppima ning selgitama välja rinnaga toitmise motiivi ning kohandama nõustamist selle järgi (Guay jt, 2016: 518). Sünnitusjärgsel perioodil on IP naise eripärasid arvestav imetamisnõustamine olulisel kohal (Byrnes ja Hickey, 2016: 507). Kõige efektiivsema viisi IP naisega suhtlemiseks peaks ämmaemandale ütlema inimene, kes seda konkreetset naist kõige paremini tunneb (Goldacre, Gray ja Goldacre, 2014: 661).

IP naised vajavad, et neile lisaks teoreetiliste teadmiste jagamisele näidataks praktiliselt, kuidas lapsega toime tulla. Varasemad vanemluse treeningut käsitlevad uuringud on näidanud, et selle ühiskonnagrupi puhul on õpetamine tulemuslikum just praktilistel oskustel põhineva lähenemisega, mitte teoreetiliste teadmiste õpetamisega. (Wilson, McKenzie, Quayle ja Murray, 2013: 596). Tervishoiutöötajatel lasub vastutus pakkuda tasakaalustatud hooldust ja tuge, mis ühtaegu rahuldaks IP naiste vajadusi ja aktsepteeriks nende eripärasid, kuid teisalt paneks neid tundma, et neid koheldakse samasuguse austusega nagu igat teist naist (Höglund ja Larsson, 2014: 1122).

Tervishoiuspetsialistid, antud töö kontekstis ämmaemandad, peavad sünnitusjärgset tuge pakkuma ema rolli silmas pidades viisil, mis võimestaks vanemaid, et tagada vanemate edasine koostöö ämmaemandaga ning olemasoleva abi maksimaalne kasutamine (Wilson jt, 2013: 597). Samuti leiti, et IP naised hindasid ämmaemandate sünnitusjärgset professionaalset abi piirini, mil see kattus tavapärase, puudeta naise sünnitusjärgse emadushooldusega. Piiri ületades tajusid IP naised ämmaemanda panust pigem pealetükkivana ning pidasid seda negatiivseks.

See tõstab esile asjaolu, et viis, kuidas emad toetust tajuvad, mõjutab selle efektiivsust ning seda, kuivõrd nad loovad konstruktiivseid suhteid ämmaemandate/spetsialistidega, ning viitab sellele, et spetsialistid peavad seda suhet teadlikult juhtima. (Wilson jt, 2013: 597–598).

IP naise emadushooldus peab olema järjepidev ja multidistsiplinaarne juba enne raseduse planeerimist. Ämmaemanda võrgustikutöö tegevusterapeudi, toitumisnõustaja, füsioterapeudi ja sotsiaaltöötajaga enne puudega patsiendi rasestumist tagab, et puudega naise vajadused saavad kogu perinataalperioodi jooksul maksimaalselt täidetud. Sünnitusjärgselt on oluline kaasata protsessi lisaks tervishoiuspetsialistidele ka IP naise pereliikmed. On oluline harida naist ja tema pereliikmeid meeleoluhäirete tunnuste ja sümptomite, sh kurbus, anhedoonia (huvide ja elurõõmu kadumine), ärrituvus ja hüpo/hüpersomnia, osas. (Byrnes ja Hickey, 2016: 505, 507). Höglund ja Larsson (2014: 1122) on samuti toonud välja, et IP naise heaolule aitab kaasa pereliikmete, sõprade ja kolleegide ning tervishoiutöötajate koostöö. Wilson jt (2013: 597) uuring viitab samuti, et IP emade mitteametlikul toel (pere, sõbrad, lähedased) on lapsevanemaks olemise varases staadiumis võtmeroll ning tervishoiutöötajad peaksid selle tugivõrgustikuga arvestama.

Ämmaemanda roll emadushoolduse pakkumisel on kindlustada, et iga naine saab endale vajalikku individuaalset hoolt. Selle jaoks on vaja ämmaemandal kasutada kõiki enda professionaalseid oskusi: teadmisi, kogemusi, empaatiat. Need oskused on olulised ka IP naisega tegelemisel, et mõista ja interpreteerida erivajadusega naise vajadusi. Höglund ja Larsson (2015) uurisid avatud küsimustikuga uuringus Rootsi ämmaemandate kogemusi IP naistega töötamisel. Uuringu valimiks oli 600 ämmaemandat, kellest 300 töötavad antenataalses tervishoius ning 300 sünnitusosakonnas. IP naistega töötamise osas töid ämmaemandad välja mitmeid aspekte, kuidas emadushooldust parandada ning kuidas paremini IP naiseni jõuda. Oluliseks peeti informatsiooni edastamist IP naise tasemel, informatsiooni esitamist korduvalt ning veendumist, et IP naine informatsioonist aru sai. Samuti on IP naistega oluline tegevusi visualiseerida ning kasutada erinevaid abivahendeid nagu nukk, rinna mulaaž, ning paluda naisel ämmaemanda juuresolekul ette näidata, kuidas ta õpetatust aru sai. (Höglund ja Larsson, 2015: e60; e58).

Sünnitusjärgsel perioodil on ämmaemandal mitmetahuline vastutus - toetada ema-lapse suhet, kuid samal ajal märgata ja hinnata tekkivaid probleeme ning defitsiiti IP naise võimetes lapse eest hoolitseda ning vajadusel puudujääkidest teavitama vastavaid ametiasutusi. (Höglund ja Larsson, 2015: e60; e61). Eestis kehtiva Lastekaitseaduse §27 järgi on kõikidel isikutel, kellel

on teave abivajavast lapsest, kohustus sellest teatada (Lastekaitseadus, 2016: §27). Lisaks on Lastekaitseaduse §28 toodud välja järgmine: (2) Lapse abivajadust hinnates peab lastekaitsetöötaja või lapsega töötav isik andma hinnangu lapse füüsilisele, tervislikule, psühholoogilisele, emotsionaalsele, sotsiaalsele, kognitiivsele, hariduslikule ja majanduslikule seisundile ning last kasvatava isiku vanemlikele oskustele. (Lastekaitseadus, 2016: §28).

5. ARUTELU

Puuetega inimeste õiguste kaitseks on ÜRO poolt loodud Puuetega inimeste õiguste konventsioon, millega taotletakse puuetega inimeste võrdset kohtlemist teistega (Puuetega inimeste..., 2006). Vaatamata sellele on uuringute tulemusena leitud, et intellektipuudega inimesed on mitmetes eluvaldkondades diskrimineeritud (Mitter jt, 2019: 11). Näiteks ei ole neil sageli võimalik elada teistega võrdselt kogukonnas ning nende igapäevaelu on rutiinsem ning vähesemate sotsiaalsete kontaktidega kui teistel inimestel. (Smith jt, 2020: 9). Intellektipuudega inimesed on üks enim stigmatiseeritud ühiskonnagruppe (Ali jt, 2012: 2123). Lõputöö autorite arvates on intellektipuudega seotud teema aktuaalne, kuna ämmaemandad peavad osutama kvaliteetset emadushooldust erivajadustega patsientidele ning tegemist on haavatava sihtrühmaga.

Vaatamata asjaolule, et intellektipuudega naiste sundsteriliseerimine on seadusega keelatud ning nende õigused on ametlikult tunnustatud, satuvad nad sageli ühiskonnas stigmatiseerimise ja häbiväärastamise ohvriks ning nende lapsesaamisesse suhtutakse negatiivselt (Heifetz jt, 2019: 602, 607). Reproduktiivtervise uuringutes on puuetega naised suure osas ignoreeritud. Sageli arvatakse, et nad pole seksuaalselt aktiivsed ning abielluvad või saavad lapsi harvem kui puudeta naised. (Morrison jt, 2014: 1133). IP-ga inimesed elavad samuti seksuaalelu, kuid neil võib puududa teave seksuaalsusest ja seksuaaltervisest ning sageli puuduvad võimalused adekvaatse seksuaalsuse tundmaõppimiseks (Greenwood jt, 2013: 2). Lõputöö autorite arvates tuleb IP inimestega rohkem käsitleda seksuaalsusega seotud teemasid. IP-ga inimestega tuleb teemat käsitledes olla empaatilisem ja peenetundelisem, sest nad võivad seda teemat arutades piinlikkust tunda. Mida kõrgem on IP-ga inimeste seksuaalhariduse tase, seda teadlikumaid valikuid oskavad IP-ga inimesed teha.

Emaks saamisega kaasnevad mitmed aspektid, millele tuleb tervishoiutöötajatel tähelepanu pöörata (Mitra, 2017: 303). Ämmaemanda peamine ülesanne intellektipuudega naisega tegeledes on teda mitte diskrimineerida ja pakkuda talle teistega võrdväärset emadushooldust, arvestades sealjuures puudest tulenevate eripärade ja vajadustega (Höglund ja Larsson, 2014: 1122). Wilson jt (2013: 597–598) on välja toonud, et intellektipuudega naised hindavad ämmaemanda teenust, kuid sinnamaani, mil see ei ületa tavapäraseid professionaalseid piire. Kuigi tervishoiuspetsialistide multidistsiplinaarne koostöö intellektipuudega naisega tegeledes on oluline, on Höglund ja Larsson (2014: 1122) ning Wilson jt (2013: 597) oma uuringutes viidanud, et intellektipuudega naiste jaoks on esmatähtis siiski perekonna ja lähedaste tugi ning

koostöö tervishoiutöötajatega. Lõputöö autorite arvates on igal inimesel õigus perele. See, et naisel esineb IP, ei tähenda seda, et naine ei tohi emaks saada. IP naise puhul tuleb arvesse võtta tema intellektuaalse puude raskust, võimet iseseisvalt toime tulla ning tema lähedaste ja tugivõrgustiku valmisolekut emaks saamist toetada.

Lähtudes ämmaemanda tase 6 kutsestandardist, on oluline, et ämmaemand oskaks anda abi juhitudes patsiendikesksest lähenemisest, arvestades sealjuures patsiendi erivajadusega (Ämmaemand, tase 6... 2018). Tervishoiutöötajatel ei ole piisavalt teadlikkust ja kogemusi, et tõhusalt toime tulla puudega naise vajadustega raseduse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil (Malouf jt, 2017: 11). IP naiste intellektuaalne ja hariduslik taust on limiteeritud (Mueller jt, 2019: 456) ning neil on keeruline järgida meditsiinilisi ettekirjutusi (Brown jt, 2016a: 764) ja rasedusaegseid hooldusjuhiseid (Mueller jt, 2019: 456), mistõttu vajavad nad rohkem juhendatud tuge, sünnieelset jälgimist ning pikema ja sagedasemaid rasedusaegseid vastuvõtte (Brown jt, 2016a: 764). Tervishoiutöötajate teadmisi ja oskusi tuleks täiendada, et pakkuda kättesaadavat, interaktiivsemat ja paremini kohandatud informatsiooni naistele, kellel esineb IP (Höglund jt, 2012: 1386). Lõputöö autorite arvates on oluline, et iga inimene saaks professionaalset ja efektiivset tervishoiuteenust, mis vastaks tema (eri)vajadustele. Koolides, kus õpetatakse tulevase tervishoiutöötajaid, peaks erivajadustega patsientide käsitlemisele suuremat tähelepanu pöörama. Ämmaemanda vastuvõttude pikkus Eesti meditsiinisüsteemis ei arvesta patsiendi erivajadusega. Vastuvõtt on sageli liiga lühike ka puudeta naise jaoks, kuid eriti oluline on vastuvõtule kuluv aeg intellektipuudega naisele, kes vajab rohkem aega rasedusaegsete toimingute ja emadushoolduse mõistmisel. Autorite arvates peaks ämmaemandaid rohkem toetama, näiteks võiks neil olla tõendus põhine infomaterjal IP patsientide käsitlemiseks.

Lõputöö autorite arvates peavad intellektipuudega inimesed, sh naised, taluma diskrimineerimist ja neil ei lasta ise oma otsuseid langetada. Samas on see mõistetav, sest puudest tulenevalt puuduvad neil vajalikud sotsiaalsed oskused ning tunnetus. Samuti on ühiskonnas tunda stigmatiseerimist intellektipuudega inimeste suhtes. Lõputöö autorid loodavad, et käesolev teemakäsitlus aitab tõsta teadlikkust intellektipuudega inimestest üldiselt, kuid eriti IP-ga naistele kui haavatavale sihtrühmale emadushoolduse pakkumise aspektist. Arvestades, et intellektipuudega naiste laste sündimuskordaja on tõusujoones (Brown jt, 2019: 6), tuleb selle ühiskonnagrupi vajadustele ämmaemandusabi seisukohast pöörata rohkem tähelepanu.

Ettepanekud:

- Tutvustada teemat vaimupuuetega inimestega töötavatele spetsialistidele (Eesti Vaimupuudega Inimeste Tugiliit, Eesti Puuetega Inimeste Koda), soodustamaks võrgustikutööd.
- Soovitada uurimistööd kasutada täiendava õppematerjalina ämmaemanda õppekava õppeaines “Eakas ja erivajadustega inimene”.
- Koostada ämmaemandatele suunatud juhise/juhendmaterjal IP naiste käsitlemiseks.

JÄRELDUSED

Käesoleva uurimistöö tulemusena jõudsid autorid järgmiste järeldusteni:

- IP võib olla kerge, mõõdukas, raske või sügav. Intellektipuu et iseloomustab kõigi intelligentsuse tasandite madal tase. IP-ga inimestel on raskusi kõne, lugemise, kirjutamise ja keerulise informatsiooni omandamisega ning neil esineb sageli teisi terviseprobleeme. Nendel põhjustel on nad sageli sotsiaalselt diskrimineeritud. IP inimestel on teiste inimestega võrdväärset õigust ja neid tuleks kohelda ühiskonnas võrdsete kaaskodanikena. Kuigi IP naised enam ei sundsteriliseerita, saavad nad halvaks panu osaliseks kui nad on otsustanud järglasi saada. Noorte IP naiste seas on laste sündimuskordaja sarnane puudeta noorte naistega.
- IP naistel võib ettevalmistus sünnituseks ja emaduseks tekitada tõsiseid raskusi, kuna nende võime iseseisvalt sotsiaalselt kohaneda on tugevalt piiratud. Emadushoolduse raseduse ajal IP naistel on tõsine meditsiiniline, psühholoogiline, sotsiaalne ja eetiline väljakutse. IP naistel esineb raskusi informatsiooni mõistmisega ja neil on keeruline järgida meditsiinilisi ettekirjutusi ning rasedusaegseid hooldusjuhiseid. Arvestades, et neil esineb sagedamini rasedusaegseid komplikatsioone, on oluline kaasata emadushoolduse planeerimisse lisaks ämmaemandale teised spetsialistid (naistearst, psühhiaater/psühholoog, sotsiaaltöötaja). Oluline on pakkuda kättesaadavat, interaktiivsemat ning paremini kohandatud teavet ja hooldust IP naistele ja nende lähedastele.
- Ämmaemanda ülesanne sünnitusjärgsel perioodil IP emadega tegeledes on pakkuda diskrimineerimata ning teistega võrdset emadushooldust, arvestades sealjuures IP naise eripärade ja individuaalsete vajadustega. Kuigi IP naisega tegeledes on oluline multidistsiplinaarne koostöö tervishoiuspetsialistide vahel, on emadushoolduse seisukohalt olulisim IP naise perekonna ja lähedaste tugi ning nende koostöö tervishoiutöötajatega. IP emadega tegeledes on oluline lisaks teoreetiliste teadmiste jagamisele ka praktiliselt abivahendeid (nukk, rinna mulaaž) kasutades toimingud ette näidata. Sünnitusjärgsel perioodil lasub ämmaemandal vastutus toetada värsket emalapse suhet, kuid teisalt hinnata IP ema toimetulekut lapse eest hoolitsemisel ning defitsiidi esinemisel teavitada lapse heaolu eest seisvaid ametiasutusi.

Uurimistöö eesmärk ning püstitatud uurimisülesanded said täidetud.

KASUTATUD KIRJANDUS

About Intellectual and Developmental Disabilities (IDDs). (2021). National Institute of Child Health and Human Development (NICHD). <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/idds/conditioninfo> (09.11.2022).

Ali, A., Hassiotis, A., Strydom, A., King, M. (2012). Self stigma in people with intellectual disabilities and courtesy stigma in family carers: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 33(6), 2122–2140. DOI: 10.1016/j.ridd.2012.06.013.

Andrews, E. E., Powell, R. M., Ayers, K. B. (2021). Experiences of Breastfeeding among Disabled Women. *Women's Health Issues*, 31(1), 82–89. DOI: 10.1016/j.whi.2020.09.001.

Aveyard, H. (2014). *Doing a Literature Review in Health and Social Care - a practical guide* (3rd ed.). Open University Press. (31.01.2021).

Bartels, I., Mahla, M., & Teesalu, P. (2019). *Ämmaemanduse Arengukava 2019–2024*. <https://www.ammaemand.org.ee/wp-content/uploads/2019/04/Ämmaemanduse-arengukava-2019-2024.pdf> (20.05.2021).

Brown, H. K., Cobigo, V., Lunskey, Y., Vigod, S. N. (2016). Maternal and offspring outcomes in women with intellectual and developmental disabilities: A population-based cohort study. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124(5), 757–765. DOI: 10.1111/1471-0528.14120.

Brown, H. K., Cobigo, V., Lunskey, Y., Vigod, S. (2017). Postpartum Acute Care Utilization among Women with Intellectual and Developmental Disabilities. *Journal of Women's Health*, 26(4), 329–337. DOI: 10.1089/jwh.2016.5979.

Brown, H. K., Cobigo, V., Lunskey, Y., Vigod, S. (2019). Reproductive Health in Women with Intellectual and Developmental Disabilities in Ontario: Implications for Policy and Practice. *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*, 21(4), 6–9. DOI: 10.12927/hcq.2019.25748

Brown, H. K., Lunskey, Y., Wilton, A. S., Cobigo, V., Vigod, S. N. (2016). Pregnancy in Women With Intellectual and Developmental Disabilities. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 38(1), 9–16. DOI: 10.1016/j.jogc.2015.10.004.

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.2016.06.00.

Coutinho, E. D., Silva, C. B., Chaves, C. M. B., Nelas, P. A. B., Parreira, V. B. C., Amaral, M. O., Duarte, J. C. (2014). Pregnancy and childbirth: What changes in the lifestyle of women who become mothers? *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 48(2), 17–24. DOI: 10.1590/S0080-623420140000800004.

Cudré-Mauroux, A., Piérart, G., Vaucher, C. (2020). Research in Developmental Disabilities Partnership with social care professionals as a context for promoting self-determination among people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 99(January), 103602.

DOI: 10.1016/j.ridd.2020.103602.

Dobryakov, I. (2013). Differencirovannj podhod k dorodovoj podgotovke beremennqh zhenshin s razlichnqmi formami umstvennoj otstalosti. *Portal psihologicheskikh izdanij*, 79–84. https://psyjournals.ru/childdeprivation/issue/69103_full.shtml (23.05. 2020).

Finlayson, K., Crossland, N., Bonet, M., Downe, S. (2020). What matters to women in the postnatal period: A meta-synthesis of qualitative studies. *Plos One*, 15(4), 1–23. DOI: 10.1371/journal.pone.0231415.

Ganle, J. K., Otopiri, E., Obeng, B., Edusie, A. K., Ankomah, A., Adanu, R. (2016). Challenges Women with Disability Face in Accessing and Using Maternal Healthcare Services in Ghana: A Qualitative Study. *Plos One*, 11(6), 1–13. DOI: 10.1371/journal.pone.0158361.

Goldacre, A. D., Gray, R., Goldacre, M. J. (2014). Childbirth in women with intellectual disability: characteristics of their pregnancies and outcomes in an archived epidemiological dataset. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 59(7), 653–663. DOI: 10.1111/jir.12169.

Greenwood, N. W., Wilkinson, J. (2013). Sexual and Reproductive Health Care for Women with Intellectual Disabilities: A Primary Care Perspective. *International Journal of Family Medicine*, 2013, 1–8. DOI: 10.1155/2013/642472.

Guay, A., Aunos, M., Collin-Vézina, D. (2016). Mothering with an Intellectual Disability: A Phenomenological Exploration of Making Infant-Feeding Decisions. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(3), 511–520. DOI: 10.1111/jar.12298.

Heifetz, M., Brown, H. K., Chacra, M. A., Tint, A., Vigod, S., Bluestein, D., Lunskey, Y. (2019). Mental health challenges and resilience among mothers with intellectual and developmental disabilities. *Disability and Health Journal*, 12(4), 602–607. DOI: 10.1016/j.dhjo.2019.06.006.

Höglund, B., Larsson, M. (2013). Struggling for motherhood with an intellectual disability-A qualitative study of women's experiences in Sweden. *Midwifery*, 29(6), 698–704. DOI: 10.1016/j.midw.2012.06.014.

Höglund, B., Larsson, M. (2014). Professional and social support enhances maternal well-being in women with intellectual disability – A Swedish interview study. *Midwifery*, 30(11), 1118–1123. DOI: 10.1016/j.midw.2014.03.018.

Höglund, B., Larsson, M. (2015). Midwives' comprehension of care for women with intellectual disability during pregnancy and childbirth: An open-ended questionnaire study in Sweden. *Women and Birth*, 28(3), e57–e62. DOI: 10.1016/j.wombi.2015.03.002.

- Höglund, B., Lindgren, P., Larsson, M. (2012). Pregnancy and birth outcomes of women with intellectual disability in Sweden: a national register study. *ACTA Obstetrica et Gynecologica*, 91(12), 1381–1387.
DOI: 10.1111/j.1600-0412.2012.01509.x.
- Lastekaitseadus. (RT I, 06.12.2014, 1; 01.10.2022).
<https://www.riigiteataja.ee/akt/128042022002> (17.10.2022).
- Luige, M.-M. (2019). Suhtlemine kuulumispuudega patsiendiga tervishoius. Lõputöö. Tallinn: Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. <http://dspace.ttk.ee:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/25/Milda-MarleenLUIGE.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (06.11.2022).
- Makarov, I. (2015). Umstvennaja otstalost u detej i podrostkov. Klinichiskie kriterii po MKB-10, 1–30. Vaadatud leheküljelt https://psichiater.ru/download/2303?view=1&name=%D0%9A%D0%A0_%D0%A3%D0%9E..pdf (24.04.2021).
- Malouf, R., Henderson, J., 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(7), 1–12.
DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016757.
- Maternity care. (2012). Segen's Medical Dictionary. <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/maternity+care> (17.10.2022)
- Mitra, M. (2017). Postpartum Health of Women with Intellectual and Developmental Disabilities: A Call to Action. *Journal of Women's Health*, 26(4), 303–304.
DOI: 10.1089/jwh.2017.6382.
- Mitra, M., Parish, S. L., Akobirshoev, I., Rosenthal, E., Moore Simas, T. A. (2018). Postpartum Hospital Utilization among Massachusetts Women with Intellectual and Developmental Disabilities: A Retrospective Cohort Study. *Maternal and Child Health Journal*, 22(10), 1492–1501.
DOI: 10.1007/s10995-018-2546-6.
- Mitter, N., Ali, A., Scior, K. (2019). Stigma experienced by families of individuals with intellectual disabilities and autism: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 89, 10–21.
DOI: .1016/j.ridd.2019.03.001.
- Morrison, J., Basnet, M., Budhathoki, B., Adhikari, D., Tumbahangphe, K., Manandhar, D., Groce, N. (2014). Disabled women's maternal and newborn health care in rural Nepal: A qualitative study. *Midwifery*, 30(11), 1132–1139.
DOI: 10.1016/j.midw.2014.03.012.
- Mueller, B. A., Crane, D., Doody, D. R., Stuart, S. N., Schiff, M. A. (2019). Pregnancy course, infant outcomes, rehospitalization, and mortality among women with intellectual disability. *Disability and Health Journal*, 12(3), 452–459.
DOI: 10.1016/j.dhjo.2019.01.004.

Patel, D. R., Cabral, M. D., Ho, A., Merrick, J. (2020). A clinical primer on intellectual disability. *Translational Pediatrics*, 9(1), 23–35. DOI: 10.21037/tp.2020.02.02.

PKH1: Psühhiaatri poolt ambulatoorselt konsulteeritud isikud diagnoosi, soo ja vanuserühma järgi. (2022). Tervise Arengu Instituut. https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_02Haigestumus_05Psyyhikahaired/PKH1.px/table/tableViewLayout2/ (11.10.2022).

Potvin, L. A., Brown, H.K., Cobigo, V. (2020). Preparing for Motherhood: Women with Intellectual Disabilities on Informational Support Received During Pregnancy and Knowledge about Childbearing. *Journal on Developmental Disabilities*, 25(1), 1–15. Vaadatud leheküljelt https://www.researchgate.net/publication/342643266_Preparing_for_Motherhood_Women_with_Intellectual_Disabilities_on_Informational_Support_Received_During_Pregnancy_and_Knowledge_about_Childbearing (16.05.2021).

Potvin, L. A., Brown, H. K., Cobigo, V. (2016). Social support received by women with intellectual and developmental disabilities during pregnancy and childbirth: An exploratory qualitative study. *Midwifery*, 37, 57–64. DOI: 10.1016/j.midw.2016.04.005.

Pregnancy. (n.d). Gale Encyclopedia of Medicine. <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/pregnancy> (17.10.2022).

Puuetega inimeste õiguste konventsioon. (RT II, 2006, 6; 29.06.2012). <https://www.riigiteataja.ee/akt/204042012006> (09.11.2022).

Raseduskriisi nõustaja, tase 6. Kutsestandard. (2019). Tervishoiu Kutsenõukogu. Tallinn. <https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/exportPdf/10804275/> (30.11.2022).

Raudmees, A. (2016). Intellektipuue. https://www.epikoda.ee/wp-content/uploads/2016/12/Teema_INTELLEKTIPUUE_Eesti-Vaimupuudega-Inimeste-Tugiliit.pdf (15.05.2020).

Sandjojo, J., Eltringham, E. G., Gebhardt, W. A., Zedlitz, A. M. E. E., Embregts, P. J. C. M., Evers, A. W. M. (2020). Self-management interventions for people with intellectual disabilities: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 103(10), 1983–1996. DOI: 10.1016/j.pec.2020.06.009.

Seppa, H. (2019). Vaimupuudega inimeste seksuaalsus tegevusjuhendajate käsituses. Magistritöö. Tartu: Tartu Ülikool. https://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/64181/seppa_helen_ma_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y (23.04.2021).

Shree, A., Shukla, P. C. (2016). Intellectual Disability: Definition, classification, causes and characteristics. *Learning Community-An International Journal of Educational and Social Development*, 7(1), 9–20. DOI: 10.5958/2231-458X.2016.00002.6.

Smith, M., Manduchi, B., Burke, É., Carroll, R., McCallion, P., McCarron, M. (2020). Communication difficulties in adults with Intellectual Disability: Results from a national cross-

sectional study. *Research in Developmental Disabilities*, 97, 1–12.
DOI: 10.1016/j.ridd.2019.103557.

Soosaar, A. (2016). *Meditsiinieetika*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus. (15.05.2021).

Strnadová, I., Bernoldová, J., Adamčíková, Z., Klusáček, J. (2017). Good enough support? Exploring the attitudes, knowledge and experiences of practitioners in social services and child welfare working with mothers with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(3), 563–572.
DOI: 10.1111/jar.12307.

Tammes, M. (2022). Liikumispuudega naiste kogemused raseduse ja sünnituse ajal ning sünnitusjärgsel perioodil. Lõputöö. Tallinn: Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.

Teabenõue (2022). Eesti Haigekassa.

Tell, M. (2015). Ämmaemanda roll intellektipuudega naiste seksuaal- ja reproduktiivtervisealasel nõustamisel. Lõputöö Tartu: Tartu Tervishoiu Kõrgkool.
<https://nooruse.webriks.ee/index.asp?action=102&tid=11890&searchType=> (15.02.2021).

Uurimissuunad ja rakendusuuringud Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis. (2018).
<https://ttk.ee/et/uurimissuunad-ja-rakendusuuringud-tallinna-tervishoiu-korgkoolis>
(08.06.2021).

Vaas, P., Rull, K., Põllumaa, S., Meigas, D. (2018). Raseduse jälgimise juhend. Eesti Naistearstide Seltsi ravijuhend, versioon 5.
https://rasedajalgimine.weebly.com/uploads/1/1/0/4/11047471/raseduse_juhend_2018.pdf
(30.11.2022).

Vasar, V. (Ed.). (1993). *RHK-10 Psüühika- ja käitumishäired - kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised*. Tartu: Tartu Ülikooli psühhiaatrikliinik. (25.04.2021).

Walsh-Gallagher, D., Sinclair, M., McConkey, R. (2012). The ambiguity of disabled women's experiences of pregnancy, childbirth and motherhood: A phenomenological understanding. *Midwifery*, 28(2), 156–162.
DOI: 10.1016/j.midw.2011.01.003.

Wilson, S., McKenzie, K., Quayle, E., Murray, G. C. (2013). The postnatal support needs of mothers with an intellectual disability. *Midwifery*, 29(6), 592–598.
DOI: 10.1016/j.midw.2012.05.002.

Ämmaemand, tase 6 esmane kutse. Kutsestandard. (2018). Tervishoiu Kutsenõukogu. Tallinn.
<https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/exportPdf/10684478/> (06.11.2022).

Xie, E., Gemmill, M. (2018). Exploring the prenatal experience of women with intellectual and developmental disabilities: In a southeastern Ontario family health team. *Canadian Family Physician*, S70–S75.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5906775/> (14.09.2022).