

TALLINNA TERVISHOIU KÕRGGKOO



Tervishariduse keskus

Ämmaemanda õppekava

Meelike Tammes

**LIIKUMISPUUDEGA NAISTE KOGEMUSED RASEDUSE JA SÜNNITUSE AJAL
NING SÜNNITUSJÄRGSSEL PERIOODIL**

Lõputöö

Tallinn 2021

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/

Lubatud kaitsmisele.

Juhendaja: Kadi Lubi, PhD

/nimi ja akadeemiline kraad/

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Juhendaja: Marika Merits, MA

/nimi ja akadeemiline kraad/

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

KOKKUVÕTE

Meelike Tamme (2021). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, tervishariduse keskus, ämmaemanda õppekava. Liikumispuudega naiste kogemused raseduse ja sünnituse ajal ning sünnitusjärgsel perioodil. Uurimistö 43 leheküljel, 51 kirjandusallikat, 2 lisa.

Uurimistöö eesmärk: Analüüsida Eesti liikumispuudega naiste kogemusi raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi ajal haiglas ja kodus.

Uurimistöö uurimismeetod: Uurimistöö meetod oli liikumispuudega naistega läbi viidud poolstruktureeritud intervjuu. Uuringu raames intervjueriti kolme liikumispuudega naist vanuses 37–45, kes olid sünnitanud viimase kümne aasta jooksul. Intervjuud salvestati ning seejärel transkribeeriti sõna-sõnalt. Transkribeeritud intervjuude analüüsimiseks kasutati kvalitatiivset sisuanalüüsi.

Uurimistöö olulisemad järeldused:

Liikumispuudega naiste elus oli tugivõrgustikul suur roll pere loomisel ja hoidmisel. Intervjueritavatel oli hirm tervishoiutöötajate negatiivse suhtumise osas, kuid pigem kogeti negatiivset suhtumist sotsiaal- ja hooldustöötajate poolt. Liikumispuudega naised tundsid, et ämmaemandatel jäi puudu puudest lähtuvatest teadmistest seoses rasedusega. Uuringus osalenud naised kogesid sünnituse ajal inimkeskset tervishoiuteenust, kus nende soovide ja võimetele püüti sünnitusviisi valiku osas arvestada. Liikumispuudega naised tajusid, et nad ei saanud sünnitusjärgselt piisavalt imetamisnõustamist ega puudest lähtuvat nõustamist. Naiste hinnangul võivad ämmaemandid vajada täiendavat koolitust seoses emadushoolduse pakkumisega liikumispuudega naistele. Sünnitusjärgselt kodus oli naistel suurem abivajadus nii erinevate abivahendite, võtete kui isikliku abistaja kujul.

Võtmesõnad: emadushooldus, liikumispuue, rasedus, sünnitus, sünnitusjärgne periood, ämmaemand.

SUMMARY

Meelike Tammes (2021). Tallinn Health Care College, Centre of Health Education, midwifery curriculum. Experiences of women with mobility disability during pregnancy, childbirth and postpartum. Thesis on 43 pages, 51 references, 2 appendices.

The aim of the research: to analyse the experiences of women with mobility disability during pregnancy, childbirth and postpartum period in hospital and at home.

The research method: The research method was semi-structured interviews with women with mobility disability. Three interviews were carried out among women with mobility disability aged 37–45 who had given birth in the last ten years. Interviews were recorded and later transcribed verbatim. Qualitative content analysis was used to analyze the transcribed interviews.

The main conclusions of the thesis: For women with mobility disability, the support network played a major role in starting, growing and maintaining a family. Interviewees feared negative attitudes from healthcare workers, which did not turn out to be true, at the same time negative attitudes were experienced by social and care workers. Women perceived their childbirth experience human-centred as they were involved into decisions related to them. Participants perceived a lack of counseling regarding breastfeeding and disability in postpartum. According to women, midwives may need additional training in providing maternity care for women with mobility disability. During postpartum period at home, women had a greater need for help in the form of various aids, techniques and personal assistant.

Keywords: maternity care, mobility disability, pregnancy, labour, postpartum period, midwife.

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	3
SUMMARY	4
SISSEJUHATUS.....	6
1. TEOREETILISED LÄHTEKOHAD.....	10
1.1. Liikumispuudega naiste teekond raseduseni ja raseduskogemus	10
1.2. Liikumispuudega naiste sünnituskogemus	12
1.3. Liikumispuudega naiste kogemused sünnitusjärgsel perioodil	13
1.3.1. Sünnitusjärgne periood haiglas	13
1.3.2. Sünnitusjärgne periood kodus	15
2. METOODIKA	18
2.1. Uurimismeetod	18
2.2. Valim	19
2.3. Andmete kogumine.....	20
2.4. Andmete analüüs	21
2.5. Uurimistöö eetika ja usaldusväärsus.....	22
3. TULEMUSED	25
3.1. Liikumispuudega naiste kogemused raseduse ajal	25
3.2. Liikumispuudega naiste kogemused sünnituse ajal.....	28
3.3. Liikumispuudega naiste kogemused sünnitusjärgsel perioodil	29
3.3.1. Liikumispuudega naiste kogemused sünnitusjärgsel perioodil haiglas.....	29
3.3.2. Liikumispuudega naiste kogemused sünnitusjärgsel perioodil kodus	31
4. ARUTELU.....	34
JÄRELDUSED.....	38
KASUTATUD KIRJANDUS	39

LISAD:

LISA 1. Intervjuukava

LISA 2. Informeeritud nõusoleku vorm

SISSEJUHATUS

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO – *World Health Organization*) andmetel hõlmab definitsioon „puue“ keha funktsiooni või struktuuri kahjustust, liikumispiirangut erinevate tegevuste sooritamisel ja mitmetes elu situatsioonides osalemise piirangut. Puuet ei saa vaadelda kui lihtsalt terviseprobleemi. See on kompleksne fenomen, mis peegeldab koostoimet inimese keha ja ühiskonna vahel. Selleks, et puudega inimesed suudaksid toime tulla igapäevaelu toimingutega on vaja ühiskondlikke uuendusi ning keskkondlike ja sotsiaalsete barjääride eemaldamist. (Disability, 2021). Füüsiline puue hõlmab endas sageli kaasasündinud põhjust (nt *spina bifida*, ajukahjustus jne). Põhjuseks on ka erinevad traumad (nt lülisamba vigastused) või teised meditsiinilised seisundid (jäseme amputeerimine haiguse tõttu, kasvajakid jt). (Byrnes ja Hickey, 2016: 504).

Eesti Statistikaameti andmebaasi kohaselt oli 2021. aasta seisuga Eestis 146 162 puudega inimest ehk umbes 11% kogu elanikkonnast. Neist 85 300 olid naised ning 15 293 olid neist naistest reproduktiivseas (16–54 aastat). (Puudega inimesed, 2021). Liikumispuudega naised sünnitavad suurema tõenäosusega enneaegselt ning neil on kaasuvad haigused, mis suurendavad riski keisrilõikeks (Horner-Johnson jt, 2017(1): 378). Puudega naised jäävad suurema tõenäosusega ilma neile vajalikest emadushoolduse teenustest, kuna ligipääs tervishoiuasutustele on raskendatud. Puudega naistel on võimalik otsustada ainult nende teenusepakkujate vahel, kelle asutustele on ligipääs, see piirab naiste otsustusvabadust valida endale sobiv tervishoiutöötaja. (König-Bachmann jt, 2019: 3). Austrias 2017. aastal viidi läbi uuring 10 liikumis- ja nägemispuudega naise seas. Puudega naised tajusid, et nad ei ole piisavalt sotsiaalselt aktsepteeritud ning neid ei kohelda võrdselt tervete naistega seoses raseduse, sünnituse ja emadusega. (Schildberger jt, 2017: 3).

Ämmaemanda kui tervishoiutöötaja ülesandeks on toetada naist raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi ajal ning terve elukaare vältel reproduktiivtervise küsimustes. Ämmaemanda töö on tegeleda erivajadustega patsientidega ning toimida sellest lähtuvalt. (Ämmaemand, tase ..., 2018: 1; 6). Puudega naised võivad tajuda, et neile pakutav emadushoolduse teenus ei vasta ootustele. Lisaks tunnevad puudega naised, et tervishoiutöötajate vähesed teadmised seavad ohtu nii nende kui loote tervisele. (Walsh-Gallagher jt, 2012: 159–160). Eelnevalt mainitud Austrias 2017. aastal läbi viidud uuringus selgus, et puudega naised tajusid, et nad ei saanud ämmaemandatelt piisavalt abi ja tuge. Nende

arvates oli see seotud ämmaemandate vähesusega haiglas ning seetõttu ei jätkunud puudega naiste jaoks vajalikku aega. (Schildberger jt, 2017: 4). 2015. aastal Ameerika Ühendriikides läbi viidud uuringus 14 tervishoiutöötajaga selgus, et neil esineb probleeme emadushoolduse pakkumisega liikumispuudega rasedatele. Tervishoiutöötajad tajusid, et neil jääb puudu nii teadmistest kui oskustest liikumispuudega naiste abistamisel raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi ajal. Peaaegu kõik osalejad kirjeldasid, et neil puudub piisav väljaõpe ning praktika liikumispuudega naistele emadushoolduse pakkumiseks. (Mitra jt, 2017: 446–449). Sarnaselt eelnevale uuringule leiti 2017. aastal Ameerika Ühendriikides läbi viidud uuringus 14 emadushooldust pakkuva tervishoiutöötajaga, et nad ei saanud ülikoolis väljaõpet puudega naiste eest hoolitsemise osas (Smeltzer jt 2017: 10). Liikumispuudega naistel võib olla suurem risk raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi aegseteks komplikatsioonideks, kui naistel, kellel pole puuet (Tarasoff jt, 2019: 28). Olenemata sünnitusviisist viibivad puudega naised sünnitusjärgselt haiglas keskmiselt ühe päeva võrra kauem kui puudeta naised (Horner-Johnson jt, 2020: 2–4). Puudega naised vajavad sünnitusjärgselt suuremat tuge ning nõustamist kui terved naised (Becker jt, 2021: 143).

Käesolev teema on oluline, kuna Eestis pole seni käsitletud liikumispuudega naiste kogemusi raseduse ja sünnituse ajal ning sünnitusjärgsel perioodil. Varasemalt on Eestis liikumispuudega seonduvat uuringut kajastatud 2002. aastal ajakirjas Eesti Arst, kus kirjeldati *Sclerosis Multiplex'ist* lähtuvaid rasedusaegseid ja sünnitusjärgseid riske ning võimalike tugisüsteemide korraldamise tähtsust (Teder-Braschinsky jt, 2002). Käesolev uuring on osa Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli Tervishariduse keskuse projektist "Liikumispuudega naise emadushooldus ja tegevusterapeutiline toetamine raseduse ajal ning sünnitusjärgsel perioodil" (projekti nr1-16/86, uuringu juht Marika Merits). Uuring kuulub Tervishariduse keskuse ämmaemanduse uurimissuuna „Erivajadusega patsient emadushoolduses“ alla (Uurimissuunad, 2018).

Uurimisprobleem: Liikumispuuetega naiste kogemused emadushooldusega ei vasta nende ootustele (Walsh-Gallagher jt, 2012: 159–160; Schildberger jt, 2017: 4) ja tervishoiutöötajatel puudub vajalik väljaõpe puudega naiste abistamiseks raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi ajal, mistõttu on nad ebakindlad liikumispuudega naistele abi pakkudes (Smeltzer jt 2017: 10; Mitra jt, 2017: 446–449). Kuigi varasemalt on näidatud ka Eesti näitel, et tugisüsteemid on liikumispuudega naiste toetamisel olulised (Teder-Braschinsky jt, 2002), on Eestis teemat vähe käsitletud.

Eesmärk: Analüüsida Eesti liikumispuudega naiste kogemusi raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi ajal haiglas ja kodus.

Uurimisküsimused:

1. Millised on Eestis elavate liikumispuudega naiste kogemused teekonnal raseduseni ja raseduse ajal?
2. Millised on Eestis elavate liikumispuudega naiste kogemused sünnituse ajal?
3. Millised on Eestis elavate liikumispuudega naiste kogemused sünnitusjärgsel perioodil haiglas?
4. Millised on Eestis elavate liikumispuudega naiste kogemused sünnitusjärgsel perioodil kodus?

Uurimistöo kesksed mõisted:

Emadushooldus (*maternity care*) – raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodiga seotud tegevused, mille eesmärgiks on ema ja lapse heaolu (Maternal Health, 2021).

Liikumispuue (*mobility disability*) – puue liik, mis hõlmab liikumisfunktsiooni piirangut, kahjustust või täielikku puudumist. Puue võib olla nii kaasasündinud kui ka omandatud. Puue võib olla püsiv või ajutine. Liikumispuudega inimesed võivad vajada igapäevaseks liikumiseks abivahendit. (Lõoke, 2016: 1–2).

Puue (*disability*) – puue võib tähendada keha funktsiooni või struktuuri kahjustust, liikumispiiranguid erinevate tegevuste sooritamisel või erinevates elu situatsioonides osalemise piirangut (Disability, 2021). Puuet võib klassifitseerida kui füüsilist, sensoorset, neuroloogilist või arengulist häiret (Byrnes ja Hickey, 2016: 504)

Rasedus (*pregnancy*) – naise normaalne füsioloogiline seisund, mis algab munaraku viljastamisega seemneraku poolt ning lõppeb sünnitusega. Normaalse raseduse kestvuseks on tavaliselt 40 nädalat ja raseduse alguseks loetakse viimase menstruatsiooni esimest päeva. (Raseduse jälgimise ..., 2018: 1 ; Prenatal development ..., 2015: 1–2).

Sünnitus (*labour*) – raseduse viimane etapp, mille käigus väljub sünnituskanali kaudu naise kehast laps. Protsess algab emakalihase kokkutõmmetega ning lõpeb lapse väljumisega sünnituskanalist. (Meaning of ..., 2021).

Sünnitusjärgne periood (*postpartum period*) – sünnitusele järgnev periood, mis kestab keskmiselt 6–8 nädalat (Postnatal care ..., 2015: 1).

Ämmaemand (*Midwife*) – „Ämmaemand on tervishoiuspetsialist, kes juhendab, jälgib, nõustab ja toetab naisi raseduse ja sünnituse ajal, sünnitusjärgsel perioodil ning reproduktiivtervise küsimuste ja günekoloogiliste probleemide lahendamisel elukaare erinevatel etappidel.“ (Ämmaemand, tase ..., 2018: 1).

1. TEOREETILISED LÄHTEKOHAD

1.1. Liikumispuudega naiste teekond raseduseni ja raseduskogemus

Füüsilise puudega naistel võib olla suurem risk raseduse aegseteks komplikatsioonideks, kui naistel, kellel pole puuet (Tarasoff jt, 2019: 28). Raseduse ajal on liikumispuudega naiste peamiseks kaasuvateks haigusseisunditeks hingamise (õhupuudus), kuseelundite ja sooletrakti probleemid. Kuseelundite komplikatsioonidest esineb naistel probleeme põie lõpuni tühjenemise, kateetri paigaldamisega, uriinipidamatusega, korduvate kuseteede infektsioonidega jne. Liikumispuudega rasedatel esineb probleeme ratastooli mahtumisega ning ratastoolis tasakaalu hoidmisega, lisaks tekivad kergemini lamatised. Suurenenud lihasspastilisuse ja raskuskeskme muutuse tõttu kukuvad nad kergemini ning selle tagajärjel võivad tekkida vigastused. (Iezzoni jt, 2015(1): 135 – 137). 2017. aastal viidi Ameerika Ühendriikides, Kansase osariigis läbi uuring 22 puudega naisega. Ühe teemana uuriti naistelt tervisega seotud põhjuseid, mis mõjutasid nende rasestumise otsust. Rasedusele mõeldes kartsid naised, et nende haigus kandub geneetiliselt lapsele edasi ning muretsesid enda praeguse ja tulevase tervisliku seisundi pärast. Veel olid otsust mõjutavateks teguriteks rasedusega kaasnevad funktsionaalsed piirangud (liikumisvõime, väsimus, valu), lisaks ravimite tarvitamisega seonduv (kasu vs kahju, teratogeensus). (LaPierre jt, 2017: 421).

Vaatamata rasestumise ja rasedusega seotud riskidele, on puuetega naised võimelised emadusega toime tulema (LaPierre jt, 2017: 420–423). 2016. aastal Ameerika Ühendriikides välja antud uuringu põhjal rasestub iga-aastaselt 12,3% tervetest naistest ning 10,8% puuetega naistest (neist 10,6% füüsilise puudega). Seega rasestub iga-aastaselt puudega ja puudeta naised sarnane hulk. (Horner-Johnson jt, 2017(2): 5). Lisaks saab Ameerika Ühendriikides reproduktiivse füüsilise puudega naiste näitel kinnitada, et rasestumise ja rasedusega kaasnevad erinevad oletused ohtudest. Paljud uuringus osalenud naised arvasid, et nende puue takistab neil lapsi saamast. Teadmine, et nad olid võimelised rasestuma oli nende jaoks elu muutev protsess, mida toetasid nii lähedased kui ka tervishoiutöötajad. (O'Connor-Terry ja Harris, 2021: 4–5). 2012. aastal Iirimaal 17 puudega naise seas läbi viidud uuringus selgus, et liikumispuudega rasedad mõistsid, mis piirangud kaasnevad emaks olemisega ning kui palju nad teistest sõltuma võivad hakata. Vaatamata sellele oli rasedus nende naiste jaoks oluline naiselikkuse sümbol. Rasedus ja emaks saamine oli nende naiste sõnul privileeg ja pani neid tundma ennast terviklikuna. (Walsh-Gallagher jt, 2012: 158–159).

Eestis on välja antud ämmaemandate kutsestandard, mis käsitleb ämmaemandana töötamiseks vajaminevaid nõudeid. Selle kohaselt on ämmaemanda tööülesandeks toetada naisi raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi ajal ning terve elu vältel reproduktiivtervise küsimustes. Ämmaemanda üheks töö osaks on tegeleda erivajadustega patsientidega ning toimida sellest lähtuvalt. (Ämmaemand, tase ..., 2018: 1; 6). Sarnane juhend on ka Suurbritannias, mis käsitleb ämmaemandana töötamist. Selle kohaselt on ämmaemand peamise hoolduse pakkujaks enamikele naistele läbi raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi. Kuigi ämmaemand on ekspert peamiselt normaalse raseduse jälgimisel on tal oluline roll nii tervete kui ka erivajadustega tulevaste emade suunamisel ja toetamisel terve raseduse vältel. (Practicing as ..., 2021: 5).

Liikumispuudega naised kogevad raseduse ajal ühiskonna liikmete poolt erinevaid reaktsioone. Inimesed väljendavad oma arvamust seoses liikumispuudega naiste rasedustega, enamasti tuntakse huvi, kuidas nad rasestusid. Arvamused, mida väljendatakse varieeruvad uudishimust vaenulikkuseni. Küsimuse alla seatakse liikumispuudega naiste võimekus rasestuda ning last kasvatada. (Iezzoni jt, 2015(2): 386). Sarnast tulemust näitas 2017. aastal Austrias läbi viidud uuring nelja liikumispuudega ja kuue nägemispuudega naise seas. Uuringus osalenud naised tundsid, et nad ei saanud neid ümbritsevatelt inimestelt piisavat tuge, aktsepteerimist ega võrdset kohtlemist seoses raseduse, sünnituse ja emadusega. (Schildberger jt, 2017: 3). 2018. aastal Ameerika Ühendriikides läbi viidud uuringust nähtava füüsilise puudega naisega vanuses 21–53. aastat, selgus, et neile on oluline näidata teistele inimestele, et nad on võimekad ja saavad iseendaga hakkama. Näiteks tunti ebakindlust seoses abivahendite kasutamisega, kuna inimesed justkui vaatavad pigem abivahendit ning teevad selle põhjal järeldusi inimese võimekuse kohta. See omakorda pani naisi tundma, et nad peavad enda füüsilist võimekust tõestama. (Thomas jt, 2019: 87–88).

2012. aastal viidi Iirimaal 17 puudega naise seas läbi uuring, mis keskendus rasedusaegsele abile. Uuringu tulemusena selgus, et mitmed uuritavad tundsid, et günekoloogid ja ämmaemandad ei suhtunud nende rasedusse hästi. Keskenduti rohkem puudele kui rasedusele. Tuli ette olukordi, kus tervishoiutöötajad pakkusid naistele raseduse katkestamist, lähtudes ainult nende puudest. Mõned naised tajusid, et tervishoiutöötajate vähesed teadmised seadsid neid ohtu. (Walsh-Gallagher jt, 2012: 159–160). Eelnevalt mainitud Austrias 2017. aastal läbi viidud uuringus selgus, et puudega naised tajusid, et nad ei saanud ämmaemandatelt piisavalt

abi ja tuge. Nende arvates oli see seotud ämmaemandate vähesusega haiglas ning seetõttu ei jätkunud puudega naiste jaoks vajalikku aega. (Schildberger jt, 2017: 4).

2015. aastal Ameerika Ühendriikides läbi viidud uuringus 14 tervishoiutöötajaga selgus, et tervishoiutöötajatel esines mitmeid takistusi ja/või probleeme emadushoolduse pakkumisega liikumispuudega rasedatele. Peaaegu kõik osalejad kirjeldasid, et neil puudus piisav väljaõpe ning praktika liikumispuudega naistele emadushoolduse pakkumiseks. Isegi kui tervishoiutöötajad püüdsid anda oma parima, siis puudulike oskuste tõttu võis see kogemus olla naiste jaoks väga ebamugav või isegi traumaatiline. Emadushooldust pakkuvad tervishoiutöötajad leidsid, et puuduvate teadmiste ja oskuste tõttu olid nad ebakindlad liikumispuudega naistele abi pakkudes. Üks osaleja väljendas arvamust, et kõikidel tervishoiutöötajatel on elu jooksul välja kujunenud mingi eelarvamus seoses liikumispuuetega. Seega arvas ta, et meditsiinilise hariduse teekonna varajases järgus liikumispuuete alaste teadmiste omandamine võib muuta tervishoiutöötajate eelarvamusi seoses liikumispuudega rasedatega. Tervishoiutöötajate arvates oleks abiks, kui liikumispuudega rasedatele teenuse pakkumiseks oleks välja töötatud juhend. (Mitra jt, 2017: 446–449). Sarnaselt eelnevale uuringule viidi 2017. aastal Ameerika Ühendriikides läbi uuring 14 emadushooldust pakkuva tervishoiutöötajaga, kes tõid välja, et nad ei saanud ülikoolis väljaõpet puudega naiste eest hoolitsemise osas. Teadmised ja kogemused omandati töötamise käigus. (Smeltzer jt 2017: 10).

1.2. Liikumispuudega naiste sünnituskogemus

Füüsilise puudega naistel võib olla suurem risk sünnituse aegseteks komplikatsioonideks, kui naistel, kellel pole puuet. Füüsilise puudega naistel on kõrgem risk keisrilõikega sünnituseks, kui tervetel naistel. (Tarasoff jt, 2019: 28). Kalifornias 2000–2010. aasta kõikide sündide, haiglast välja kirjutamise andmete ja haigusjuhtude põhjal läbi viidud tervete ja liikumispuuetega naiste võrdlevast uuringust selgus, et liikumispuudega naised sünnitasid suurema tõenäosusega enneaegselt ning neil olid kaasuvad haigused, mis suurendasid riski keisrilõikeks. 2000. aastal oli puudega naiste seas keisrilõigete osakaal 31,9% ning 2010. aastaks langes see arv 30,2%-ni. Kõigi keisrilõike teel sünnitanud puudega naiste hulgast moodustasid liikumispuudega rasedad 81,9%. (Horner-Johnson jt, 2017(1): 378).

Nagu eelmises peatükis välja toodud, puudub naistearstidel ja ämmaemandatel piisav väljaõpe puudega naiste abistamiseks (Smeltzer jt, 2017: 10; Mitra jt, 2017: 446–449). Tarasoff jt (2019:

36) leiavad, et see võib olla üks põhjustest, miks puudega naiste rasedused tihti keisrilõikega lõppevad. Ebapiisava praktika tõttu tunnevad sünnitusabi osutajad, et keisrilõige on liikumispuudega rasedate puhul turvalisem ja paremini juhitud meetod, isegi olukordades, kus naine on võimeline vaginaalselt sünnitama. Kalifornias on tervishoiutöötajatel soovituslik käsitleda raseda liikumispuuet, kui näidustust keisrilõikeks. (Biel jt, 2019: 3396). Kuigi keisrilõige on kriitilises olukorras elupäästev operatsioon, siis ilma meditsiinilise vajaduseta keisrilõike teostamine võib tõsta ema ja lapse riski lühi- ja pikaajaliste terviseprobleemide tekkeks (verejooks, põletik, sünnitusjärgse taastumise pikenedamine jne). Keisrilõige võib olla hädavajalik pikale veninud sünnituse, loote distressi, loote vale asetuse jne tõttu. (Cesarean section ..., 2021).

2016. aastal koostati Ameerika Ühendriikides teadusuuringute põhjal õppematerjal õdedele (*Nurse Practitioner Alternative*), et paremini mõista ja abistada puudega rasedaid. Ühe olulise teemana on selles õppematerjalis käsitletud sünnitust. Puudega naise sünnituse toetamisel on oluline, et sekkumisi kohandataks vastavalt ema ja lapse vajadustele. Füüsilise puudega naine võib vajada lisainformatsiooni seoses sünnitusprotsessiga. Naisel peab olema võimalus sünnituse ajal liikuda ja/või asendit vahetada, kui ta seda soovib. Liikumispudega naise jaoks ei pruugi olla kõik tavapärased sünnitusasendid sobivad ning tuleb leida alternatiivseid asendeid. Naisel ja tema tugiisikul peab olema võimalus küsida küsimusi ning hoida end kursis nii ema kui loote seisundiga. Sünnitusjärgselt on puudega naisel õigus lapsega nahk-naha kontaktile ja esmasele imetamisele kui ema ja vastsündinu tervislik seisund seda lubab. (Byrnes ja Hickey 2016: 506–507).

1.3. Liikumispudega naiste kogemused sünnitusjärgsel perioodil

1.3.1. Sünnitusjärgne periood haiglas

Olenemata sünnitusviisist viibivad puudega naised sünnitusjärgselt haiglas keskmiselt ühe päeva võrra kauem kui puudeta naised. Liikumispudega naised viibivad keisrilõike järgselt pikemalt haiglas keskmiselt 0,75 päeva kauem kui puudeta naised. (Horner-Johnson jt, 2020: 2–4). Nagu on eelnevalt välja toodud, esineb liikumispuudega naiste seas sagedamini sünnitamist keisrilõike teel (Biel jt, 2018: 3396), mistõttu pikeneb puudega naiste sünnitusjärgne taastumine suuremal määral kui samas situatsioonis oleval puudeta rasedal

(Horner-Johnson jt, 2020: 4). Vaginaalse sünnituse järgselt viibivad liikumispuudega naised haiglas keskmiselt 0,5 päeva kauem kui puudeta naised. Pikem haiglas viibimine loomuliku sünnituse puhul on enamasti seotud naise raseduseelsete terviseriskide ning komplikatsioonidega. Näiteks on liikumispuudega naiste seas suurenenud ala- ja/või ülekaalulisuse osakaal. (Horner-Johnson jt, 2020: 2–4).

2014–2015. aastal viidi Kanadas 13 liikumispuudega naise seas läbi uuring, mille käigus selgus, et mitmel neist oli raskuseid mittekohanduvate meditsiinitarvikute (günekoloogiline tool, tugiraam, kušett vms) ja ligipääsematute ruumidega. Näiteks ei olnud ühel naisel sünnitusjärgselt kasutuskõlblikku tugiraami, millega duširuumi minna ega istumisalust duši all pesemiseks. Lisaks oli vastsündinute intensiivraviosakonnas liikumine keeruline kuna töötajad kartsid, et ratastooli kaudu kandub osakonda haigustekitajaid. (Tarasoff, 2017: 208). Sama on näidanud Ameerika Ühendriikides läbi viidud uuring 25 liikumispuudega naise näitel, kus neil oli raskusi tualetti ja duširuumi pääsemisega ning sünnitusjärgses palatis olevad mähkimislauad ega lastevoodid ei olnud nende vajadustele kohandatavad (Mitra jt, 2016: 459). Sarnaselt eelnevalt välja toodud uuringutele leiti Iirimaal 17 puudega naisega läbi viidud uuringus, et probleemiks olid mittekohanduvad meditsiinitarvikud ja raskesti ligipääsetavad ruumid (Walsh-Gallagher jt, 2012: 159–160).

Eelnevalt mainitud 2012. aastal Iirimaal puudega naistega läbi viidud uuringus selgus, et sünnitusjärgselt oli probleemiks tervishoiutöötajate poolne puudega naiste erivajaduste ignoreerimine, nõustamata jätmine ja naiste emaks sobivuses kahtlemine (Walsh-Gallagher jt, 2012: 159–160). Varasemalt uurimistöös esile toodud 2019. aastal Austrias läbi viidud uuringus leiti, et põhjused, miks emadushooldust pakkuvad tervishoiutöötajad ei suuda liikumispuudega naiste puhul pakkuda alati pädevat abi, võib jagada peamiselt kahte kategooriasse: puudub kogemus; puuduvad teadmised kindlatest puuet põhjustavatest haigusseisunditest. See, et puudusid teadmised ja kogemus tekitas tervishoiutöötajates ebakindlust ja hirmu. Mitmed töötajad tõid välja, et neil puudus julgus küsida puudega naistelt vajalikke küsimusi ning nad kartsid jääda häbisse nende abistamisel. Teisalt oli ka töötajaid, kes väljendasid otsekoheselt, et neil puuduvad teadmised ja kogemus ning küsisid naistelt, mida nad täpselt vajavad. Ämmaemandad tõid välja, et põhjus, miks nende arvates võivad tervishoiutöötajad puudega naistega halvasti käituda on asjatundmatus ja ebakindlus. (König-Bachmann jt, 2019: 5–6)

Sünnitusjärgselt vajavad kõik emad imetamisnõustamist, kuid puudega emad vajavad enamasti suuremat tähelepanu ja juhendamist (Mitra jt, 2016: 460; Byrnes ja Hickey 2016: 507). Puudega

naised vajavad sünnitusjärgselt rohkem tuge ja infot imetamise kohta. Lisaks on oluline, et puudega emade sünnitusjärgsesse perioodi oleks kaasatud füsio- ning tegevusterapeut, et nad õpiksid abivahendeid kasutama juba haigla keskkonnas. (Byrnes ja Hickey, 2016: 507). 2017–2018. aastal viidi Austrias 13 sünnitusabi pakkuva tervishoiutöötajaga läbi uuring, milles selgus, et tervishoiutöötajate jaoks oli puudega naistele emadushoolduse pakkumisel oluline erinevate spetsialistide vaheline koostöö. Edukas koostöö erinevate tervishoiuspetsialistide vahel aitas tagada parima võimaliku tulemuse liikumispuudega naistele emadushoolduse pakkumisel. (König-Bachmann jt, 2019: 4). Kanadas viidi 2017–2018. aastal 11 liikumispuudega naise seas läbi uuring, mille käigus selgitati välja erinevaid asendeid ja tehnikaid, mida füüsilise puudega naised imetamise lihtsustamiseks kasutavad. Uuringus selgus, et sarnaselt tervetele naistele leidis liikumispuudega naise seas imetamise abivahendina suurt kasutust padi. Peamiselt kasutati patja lapse asendi hoidmiseks ning ema toetamiseks. Mitmed osalejad kirjeldasid, et imetamisepadi ei olnud alati kõige sobivam õige asendi saavutamiseks imetamisel kuna see oli liiga tihke ning seega kasutati enamasti tava kasutuses olevaid õhemaid patju. Lisaks vajasisid mitmed naised imetamisel tervishoiutöötaja või partneri abi. Kõige enam kasutati imetamisasenditest *football hold* võtet, lisaks pikali asendit nii külili kui selili ning kõige harvem *cradle* ja *cross-cradle* võtet. (Warkentin jt, 2021: 3–5). *Football hold* on imetamisvõte, mille puhul lapse asend sarnaneb jalgpalli kaenla all hoidmisega. Lapse jalad on sirutatud üle ema külje ning ta selg ja õlad on toetatud söötmispoollel oleva käega. (Mbada jt, 2013: 6). *Cradle* on klassikaline imetamisasend, mille puhul ema istub selg ja jalad toetatult ning hoiab last käe peal, lapse kõht vastu ema kõhtu. *Cross-cradle* võtte puhul on ema asend sama, kuid erinevalt eelnevast toetub ema käele ainult lapse pea, et teda rinnale suunata. (Hendershot, 1984: 598).

1.3.2. Sünnitusjärgne periood kodus

2016. aastal Ameerika Ühendriikides 25 füüsilise puudega naisega läbi viidud uuringus selgus, et nad vajasisid sünnitusjärgselt rohkem infot lapsega seotud abivahendite osas, kui neile pakuti. Rohkem infot sooviti järgnevate abivahendite osas: lapsevankrid, võrevoodid, mähkimislauad, lapse vannitamiseks mõeldud vahendid ja kandekotid/-linad. Naiste sõnul oli raske leida nende erivajadustele vastavaid abivahendeid. Mitmel juhul püüdsid naised leida ise innovatiivseid lahendusi, mis sobiksid nende vajadustele. (Mitra jt, 2016: 460). Sama leiti ka 2020. aastal Texasel läbi viidud uuringus 11 liikumispuudega naisega. Naised tundsid puudust neile

kohandatavatest abivahenditest, kuid praktiliseks hakkamasaamiseks leiti mitmeid lahendusi tavapäraste beebitarvete kohandamiseks. Näiteks, tehti tavaline võrevoodi enda voodiga ühildatavaks, et paremini lapseni ulatada või kohandati imetamispaadi ratastoolis kasutatavaks. (Becker jt, 2021: 144).

Eelnevalt mainitud 2021. aastal avaldatud Texases läbi viidud uuringus osalenud puudega naised tajusid end sünnitusjärgselt üksikuna, kuna neil ei olnud kedagi, kellega sarnast kogemust jagada. Sünnitusjärgselt oli neil naistel suur toetus perekonna poolt ning mõnel juhul ka tervishoiutöötajate poolt. Ühel naisel käis sünnitusjärgselt kodus õendustöötaja, teisele naisele võimaldati transporti perekooli kursustele ning kolmandal naisel oli *doula*, kes aitas teda sünnitusjärgselt igapäevaste toimetustega. Osad naised kirjeldasid, et neil oli vedanud kuna neid toetas väga hea tervishoiutöötajatest koosnev tiim. (Becker jt, 2021: 143). 2012. aastal Iirimaaal 17 puudega naisega läbi viidud uuringus selgus, et pooled naistest kartsid sünnitusjärgselt tervishoiutöötaja või sotsiaaltöötaja külastust, hirmus et neilt võetakse laps ära. Sünnitusjärgse depressiooni korral ei saanud naised tervishoiutöötajatelt piisavat tuge ega abi ning suur hirm hooldusõiguse ära võtmise ees ainult süvendas seda. Sünnitusjärgsed visiivid kestsid kümme minutit ning keskendusid enamasti lapse heaolule. Üle poole naistest tundsid end peale sünnitust kodus olles üksikuna. Nad tajusid subjektiivselt, et neil ei ole kellegagi rääkida peale oma lapse või elukaaslase/abikaasa. (Walsh-Gallagher jt, 2012: 160–161).

Puudega naistel on suurem risk sünnitusjärgse depressiooni välja kujunemiseks kui puudeta naistel. Selle tõttu on oluline puudega naise depressiooni sümptomite osas regulaarselt kontrollida. Selleks on välja töötatud erinevaid küsimustike, nt *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) ja *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS). Kindlasti on oluline harida naise ja nende perekondi sünnitusjärgse depressiooni sümptomite osas, milleks võivad olla kurbus, võimetus tunda rõõmu, kergesti ärritumine, unetus/liigunisuus jne. (Byrnes ja Hickey, 2016: 507). 2020. aastal avaldati ajakirjas Eesti Arst uuring, mille käigus töötati välja Edinburghi sünnitusjärgse depressiooni skaala (EPDS) ja sünnitusjärgse sotsiaalse toetuse küsimustiku partneripoolse toetuse (PSSQ) eestikeelne versioon, küsitledes veebipõhiselt 1096 naist, kes olid sünnitanud viimase 12. kuu jooksul. Uuringu käigus püüti välja selgitada depressiivsuse ja ärevuse seos tajutud partneri poolse toetuse vahel. Uuringus selgus, et sünnitusjärgselt oli naiste ärevus võrreldes depressiivsusega suurem. Lisaks selgus, et depressiivsus oli tajutud partnerite toetusega tugevamalt seotud kui ärevus. (Uriko ja Liik, 2020: 74; 79). Esmatasandi tervishoius kasutatav Lapse tervise jälgimise juhend võimaldab samuti nii

ema kui ka lapse vaimse tervise seisundit ning võimalikke riske arvestada (Lapse tervise ..., 2019: 41–43)

2. METOODIKA

2.1. Uurimismeetod

Käesoleva uurimistöö meetod on kvalitatiivne. Holloway ja Wheeler (2010: 11–12) kohaselt on kvalitatiivse uurimuse perspektiiv inimese keskne ja holistiline. Keskendutakse inimeseks olemisele koos kultuurilise ja sotsiaalse taustaga, mitte ainult spetsiifilistele tervises seisunditele või professionaalsetele ja harivatele ülesannetele (Holloway ja Wheeler, 2010: 11–12). Uurimistöö on osa tervishariduse keskuse ämmaemanda ja tegevusterapeudi õppekavade ühisest rakendusuuringust nr 1-16/86 "Liikumispuudega naise emadushooldus ja tegevusterapeutiline toetamine raseduse ajal ning sünnitusjärgsel perioodil". Uuringuperiood on märts 2019 – detsember 2024, kvalitatiivne andmekogumine algas juuli 2019.

Uurimistöö meetod oli sihtgrupiga läbi viidud poolstruktureeritud süvaintervjuu. Kvalitatiivne uurimismeetod hõlmab endas seisukohtade, käitumise ja kogemuste uurimist uuringus osalevate inimeste vaatenurgast (Steen ja Roberts, 2011: 12). Poolstruktureeritud intervjuu on kombinatsioon struktureeritud ja struktureerimata intervjuust (Lepik jt, 2014), see on eesmärgipärane ning võib toimuda kahe või enama inimese vahel (Brennen, 2013: 27). Poolstruktureeritud intervjuu puhul on eelnevalt koostatud küsimustik, kuid intervjuerijal on õigus muuta küsimuste järjekorda ning küsida täiendavaid küsimusi (Lepik jt, 2014).

Käesoleva uuringu intervjuu keskendus liikumispuudega naiste tervise ja toimetulekuga seotud probleemidele, mis ilmnisid teekonnal raseduseni, raseduse ja sünnituse ajal ning sünnitusjärgselt. Samuti sooviti välja selgitada, millist tuge liikumispuudega naised ämmaemandalt vajavad. Intervjuud toimusid intervjuukava alusel (Lisa 1), mis jagati teemade alusel järgnevasse nelja kategooriasse: üldised küsimused, hinnangud; rasedusega seotud aspektid; sünnitusjärgne periood haiglas ja sünnitusjärgne hakkamasaamine kodus. Iga teemakategooria jaoks oli planeeritud umbkaudne aeg, mis vastavalt intervjueritavate poolt antud vastuste pikkusele varieerus.

2.2. Valim

Valim on grupp inimesi, kes esindavad uuringu eesmärki. Valim jaguneb tõenäosuslikuks ja mittetõenäosuslikuks. Kvalitatiivse uuringu puhul kasutatakse mittetõenäosuslikku valimit, mis tähendab, et pole teada üksikisiku valituks osutumise tõenäosus. Mittetõenäosusliku valimi eesmärgiks ei ole tulemuste üldistamine vaid oluliste probleemide tuvastamine. (Steen ja Roberts, 2011: 75). Üheks mittetõenäosusliku valimi tüübiks on mugavusvalim (Rämmer, 2014). Käesolevas uuringus kasutati mugavusvalimit. Holloway ja Wheeler (2010: 141) kohaselt valib mugavusvalimi puhul uurija ühiskonnast inimesed, kelle uuringusse kaasamine on lihtsam ning kes on ise nõus osalema. Mugavusvalimit kasutatakse tavaliselt siis, kui inimeste kaasamine uuringusse on keeruline teema tundlikkuse, sihtrühma spetsiifilisuse tõttu jne. Uuringusse valitakse inimesed, kelle kogemused või ideed aitavad kaasa uuringu eesmärgi täitmisele. Mugavusvalim on sobilik uuringute puhul, kus uuritavate varieerumine ei oma mingit mõju uurimistulemustele. (Holloway ja Wheeler, 2010: 141). Mugavusvalimi puhul ei saa teha üldistavaid järeldusi (Rämmer, 2014). Käesoleva uuringu jaoks oli mugavusvalim sobilik valimi moodustamise viis, kuna uuringu eesmärgi täitmiseks olid uuritavatele kindlad kriteeriumid. Selle tõttu ei saanud valituks osutada juhuslikud inimesed. Oluline oli uuringu teema tundlikkus kuna liikumispuudega naised kuuluvad haavatavasse sihtgruppi. Kuna kõik sobivad osalejad ei pruugi soovida osaleda, siis kaasati uuringusse kõik, kes vastasid kriteeriumitele ja olid ise nõus osalema.

Kvalitatiivses uuringus on valimi arv tavaliselt väike ning kindlat inimeste arvu ei ole ette nähtud. Valimi suurus sõltub kogutud informatsiooni küllastumusest. Kui kvalitatiivse uuringu läbiviimisel jõutakse etappi, kus intervjueeritavatelt uut teavet enam juurde ei tule, saabub andmete küllastus. Sellisel juhul on saavutatud piisav valimi suurus ning andmete kogumine lõpetatakse. (Steen ja Roberts, 2011: 76). Kuna teemat on vähe uuritud, siis antud uuringus saabus andmete küllastus kolme intervjueeritava korral. Rakendusuuringsse kaasamise kriteeriumiks oli liikumispuue reproduktiivne ning sünnitus, mis on toimunud viimase kümne aasta jooksul. Sünnituse ajaliseks piiranguks määrati kümme aastat, kuna varasemate raseduste ja sünnituste puhul võivad tingimused ning võimalused hetkel toimivast süsteemist liialt erineda. Käesoleva rakendusuuringu kriteeriumitele vastavate uuritavate leidmiseks tegid uurijad koostööd Eesti Liikumispudega Inimeste Liiduga (ELIL), kes edastas meililisti kaudu liikmetele uuringu kutse. Intervjuud lepiti kõikide uuringus osaleda soovivate naistega kokku

individuaalselt. Uuringu raames intervjueriti kolme naist vanuses 37–45. Kõigil naistel oli elukaaslane või abikaasa ning keskmiselt kaks last.

2.3. Andmete kogumine

Uurimistöö jaoks läbi viidud intervjuud toimusid vahemikus 01.07.2019–14.10.2019. Intervjuude läbiviijateks olid kaks rakendusuuringu liiget (Marika Merits ja Kadi Lubi), kes viisid intervjuud läbi telefoni teel. Käesoleva uurimistöö autor intervjuerimistel ei osalenud. Intervjuud viidi läbi telefoni teel põhjusel, et võimaldada uuritavatele anonüümne keskkond ning arvestada liikumispuudest tulenevaid piiranguid. Teisalt piiras telefoni teel intervjuude läbi viimine otsest kontakti intervjueritavatega ning ei olnud võimalik näha inimeste kehakeelt, reaktsioone jne. Intervjuud salvestati ning hiljem transkribeeriti sõna-sõnalt. Intervjuude pikkus varieerus vahemikus 24–36 minutit.

Intervjueritavatele saadeti tutvumiseks elektroonilisel teel uuringu tutvustus, intervjuukava ja informeeritud nõusoleku leht (lisa 2). Informeeritud nõusoleku leht digiallkirjastati intervjueritava ja rakendusuuringu juhi poolt. Peale informeeritud nõusoleku allkirjastamist ja intervjuu kavaga tutvumist, võttis uuringu juht intervjueritavaga telefoni teel ühendust, et kokku leppida intervjuu aeg. Intervjuud toimusid telefoni teel Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli anonüümsust ja turvalisust võimaldavas keskkonnas, intervjueritav viibis oma kodus.

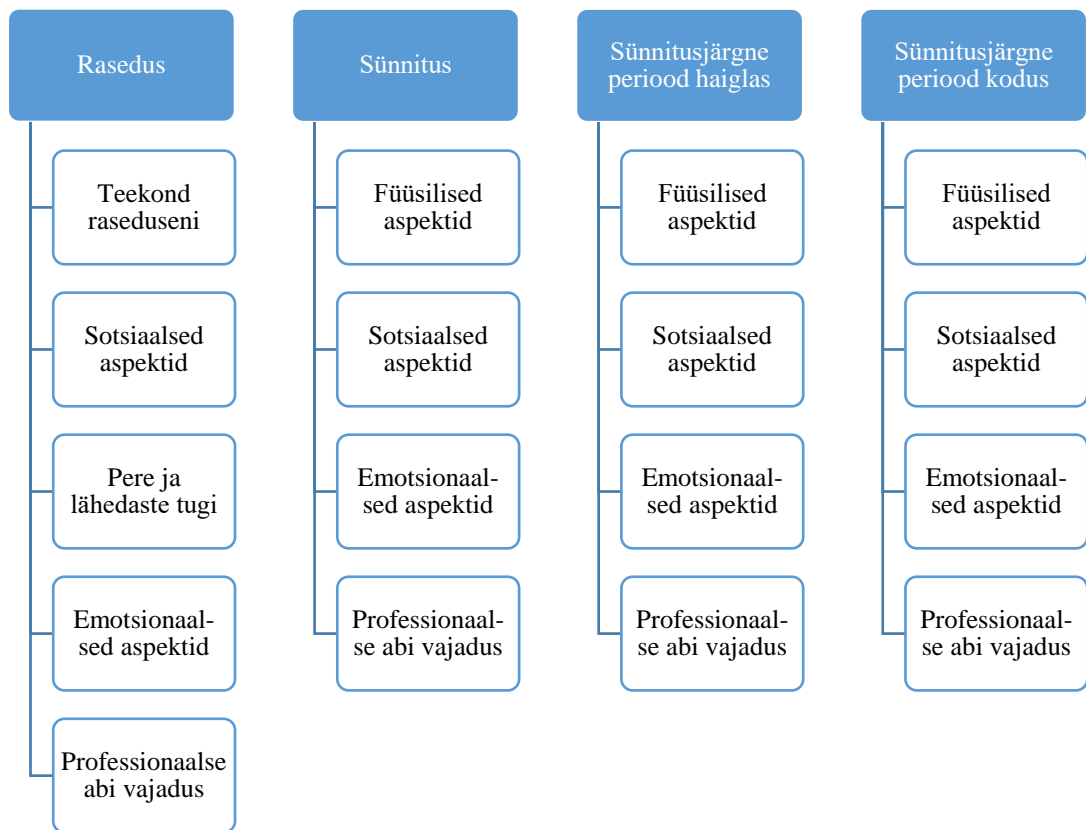
Intervjuerimise järgselt toimus salvestatud teksti transkribeerimine. Transkribeerimine on kirja pandud, räägitud või ette mängitud info salvestamine üles kirjutamise teel (Meaning of ..., 2021). Intervjuude transkribeerimine on kõige esimene samm andmete ettevalmistamisel analüüsiks. Kõige parema tulemuse saab sõna-sõnalt transkribeerides. Transkribeerimine on aeganõudev protsess. (Holloway and Wheeler, 2010: 282). Transkribeerimisel kasutatakse erinevaid transkriptsioonimärke, mis annavad edasi intervjuu interaktsioone ja nüansse (hääletoon, rõhutamine jne) (Hennoste jt, 2013: 28). Käesolevas uurimistöös kasutati ühe transkriptsioonimärgina allajoonimist. Allajoonimine on transkriptsioonimärk, mis näitab hääletoonis olevat stressi (avaldub helikõrguse või amplituudi muutumise kaudu) (Jefferson, 2004: 25). Rakendusuuringu intervjuud transkribeeris uuringu meeskonna kolmas liige Anneliis Aavik, kelle lõputöö „Tegevusterapeutilised sekkumised liikumispuudega naiste toetamisel rasedusaegselt ning sünnitusjärgsel perioodil“ (Aavik, 2020) on osa tervishariduse keskuse ämmaemanda ja tegevusterapeudi õppekavade ühisest rakendusuuringust nr 1-16/86

"Liikumispuudega naise emadushooldus ja tegevusterapeutiline toetamine raseduse ajal ning sünnitusjärgsel perioodil".

2.4. Andmete analüüs

Transkribeeritud intervjuude analüüsimiseks kasutati kvalitatiivset sisuanalüüsi. Kvalitatiivne sisuanalüüs on tausta arvestav tekstianalüüs, milles järgitakse süstemaatilisi reegleid teksti tähenduste ja sisu kodeerimiseks (Õunapuu 2014: 160). Kvalitatiivne sisuanalüüs võimaldab kodeerida teksti autori peidetud vihjeid, kavatsusi ja eesmärke. Selline analüüsi meetod võimaldab saada ülevaate teksti terviklikkusest ning mõista selle struktuuri. Võimalik on tähelepanu pöörata harva esinevatele nähtustele tekstis. Analüüs on tihedalt tekstipõhine ning tekstide sisu ega nüansse ei taandata numbrilistele koodidele, seda ei moonutata ega liiguta teksti sisust liiga kaugemale. Oluline on kokku võtta analüüsitava teksti kesksed ja uurimisküsimuste seisukohalt olulised tähendused. (Kalmus jt, 2015). Käesoleva töö autori panus uurimistöösse seisnes andmete teises analüüsis, võttes aluseks ämmaemanda valdkonnaga seonduv kontekst (rasedus, sünnitus, sünnitusjärgne periood haiglas ja sünnitusjärgse periood kodus).

Temaatiline analüüs on kvalitatiivse sisuanalüüsi üks liik. Temaatilise analüüsi eesmärk on leida tekstis peituvad tähendused. Selgitatakse välja teemade järjestus ja kategooriad. (Steen ja Roberts, 2011: 120–121). Teksti sisuanalüüsi käigus moodustus kategooriate ja koodide moodustamise skeem, mis on leitav jooniselt 1.



Joonis 1. Kategooriate ja koodide moodustamise skeem.

Nagu jooniselt 1 näha, moodustus neli põhikategooriat: rasedus; sünnitus; sünnitusjärgne periood haiglas ja sünnitusjärgne periood kodus. Teematilise sisuanalüüsi tulemusel tekkisid koodid. Raseduse kategooria moodustas viis koodi: teekond raseduseni, sotsiaalsed aspektid, pere ja lähedaste tugi, emotsionaalsed aspektid ning professionaalse abi vajadus. Ülejäänud põhikategooriad (sünnitus, sünnitusjärgne periood haiglas ja sünnitusjärgne periood kodus) moodustasid neli koodi: füüsilised aspektid; sotsiaalsed aspektid; emotsionaalsed aspektid ja professionaalse abi vajadus. Kõik kategooriad lähtusid ämmaemanduse valdkonnast.

2.5. Uurimistöö eetika ja usaldusväärsus

Uuringule on andnud loa Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli rektor käskkirjaga nr 1–16/86 (29.01.2019) ning Tallinna Meditsiiniuuringute Eetikakomitee otsusega nr 2635 (21.02.2019). Käesoleva uurimistöö läbi viimisel ja töö koostamisel oli üheks aluseks T. Beauchampi ja J. Childressi nelja meditsiinieetika põhiprintsiibi teooria (Soosaar, 2016: 47). Teiseks rakendusuuringu eetiliseks aluseks oli Rahvusvaheline ämmaemandate eetikakoodeks, mis on loodud selleks, et parandada naiste, laste ja perede hooldust kogu maailmas. Eesmärk on seda

teostada ämmaemandate harimise, arendamise ja ratsionaalse rakendamise kaudu. Eetikakoodeks koosneb järgnevatest osadest: ämmaemandate suhted; ämmaemandate praktika; ämmaemandate professionaalne pädevus; teadmiste ja praktika edendamine ämmaemanduses. (Rahvusvaheline ämmaemandate ..., 2019: 1–3). Töös kasutatud põhiprintsiibid on järgnevad: inimeste autonoomia austamine, mittekahjustamine, heategemine ja õiglus (Holloway ja Wheeler, 2010: 54). Käesolevas uuringus on eelnevaid meditsiinieetika põhiprintsiipe järgitud intervjuude koostamisel, läbiviimisel ja transkribeerimisel; andmete töötlemisel, analüüsimisel ja säilitamisel. Lisaks intervjueeritavate valimisel ja uuringu eesmärgi püstitamisel.

Autonoomia austamine tähendab, et uuringus osalejatel on võimalus teha informeeritud otsuseid vabalt ja iseseisvalt ilma, et neid selleks sunnitaks. Arvestades inimeste isikuautonoomiat on oluline tagada nende privaatsus ehk täita konfidentsiaalsuse kohustust. (Soosaar, 2016: 53–55). Rahvusvahelise ämmaemandate eetikakoodeksi alusel on ämmaemanda kohustus hoida klientide informatsiooni saladuses ja tagada neile privaatsus (Rahvusvaheline ämmaemandate ..., 2019: 2). Rakendusuuringu osalemine oli osalejate jaoks vabatahtlik. Uuringus osalemisest oli intervjueeritavatel õigus loobuda igas uuringu etapis. Uuritavad allkirjastasid digitaalselt informeeritud nõusoleku ning neile tutvustati uuringu eesmärke, meetodikat ja osalemise kasutegureid. Uuringus osalejaid teavitati andmete kasutamise, säilitamise ja hävitamisega seonduvast.

Heategemise printsiibi kohaselt peab uurijate peamine eesmärk olema heategemine ning tulemus peab tooma mingil viisil kasu uuritavatele või ühiskonnale tervikuna (Soosaar, 2016: 56). Rahvusvahelise ämmaemandate konföderatsiooni suuremaks eesmärgiks on parandada naiste, laste ja perede hooldust kogu maailmas (Rahvusvaheline ämmaemandate ..., 2019: 1). Läbiviidav rakendusuuring on esimene Eestis valminud uuring, mis hõlmab ämmaemandate ja tegevusterapeutide omavahelist koostööd. Uuringu eesmärk oli välja selgitada liikumispuudega naiste vajadused seoses emadushoolduse ning tegevusteraapia teenustega raseduse aegselt ning sünnituse järgselt haigla ja kodukeskkonnas. Uuringust saadav kasu liikumispuudega naistele on tegevusterapeutiliste ja ämmaemanduslike teenuste pakkumine raseduse eelselt, raseduse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil. Saadud tulemuste põhjal koostatakse praktilised soovitused ja täiendõppe kursused ämmaemandatele ja tegevusterapeutidele.

Mittekahjustamise printsiip hõlmab endas uuringu kasu ja riskide tasakaalus hoidmist. Eesmärk on teha kõik endast olenev, et kahju tegemist vältida. (Soosaar, 2016: 58).

Rahvusvahelises ämmaemandate eetikakoodeksis on mittekahjustamine tagatud mitme aspektiga, mille alusel on ämmaemanda kohustus hoida patsientide konfidentsiaalset infot, vastutada oma otsuste ja tegude eest ning mõista tagajärgi (Rahvusvaheline ämmaemandate ..., 2019: 2–3). Järgimaks rakendusuuringus mittekahjustamise printsiipi jälgiti nii andmete kogumisel kui hilisemal analüüsimisel isikuandmete kaitse reegleid. Lisaks ei kahjustatud uuringu tulemusi esitades kuidagi intervjueritavate mainet.

Õigluse printsiip tähendab, et uurimisstrateegiad ja protseduurid on õiglased ja õiguslikud (Holloway ja Wheeler, 2010: 54–55). Rahvusvaheline ämmaemandate eetikakoodeks taotleb õigust kõigile inimestele, võrdsetel alustel juurdepääsu tervishoiusüsteemile, põhineb vastastikusel austusel ja usaldusel kõikide ühiskonnaliikmete vahel (Rahvusvahelise ämmaemandate ..., 2019: 1). Rakendusuuringus on õiglus tagatud sellega, et kõikidel uuringus osaleda soovivatel inimestel oli võrdne võimalus osutada valituks olenemata soost ja vanusest. Intervjuu koostamisel ja läbiviimisel arvestati sihtrühma haavatavusega. Intervjuud toimusid telefoni teel, uuritavate jaoks turvalises koduses keskkonnas. Intervjueritavate identifitseerimiseks kasutati järjekorra numbrit ja vanust. Uuritavate kohta ei ole esitatud infot, mis võimaldaks isikut tuvastada. Intervjuud on uuritavatele kättesaadavad kodeeritud kujul, koodivõtmele on ligipääs ainult intervjuerijatel. Anonüümne transkribeeritud informatsioon intervjueritavate kohta on kättesaadav ainult uuringu läbiviijatele. Andmed säilitatakse parooliga kaitstult Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli pilveserveris. Töödeldud andmete edastamine toimub ainult pilveserveri vahendusel ning on anonüümne. Andmed ning analüüsitud andmefailid kustutatakse 2025. aasta juulis

Uurimistöö on koostatud iseseisvalt. Töö eesmärgi täitmiseks on kasutatud sobivat metoodikat nii andmete kogumise kui analüüsimise osas ja kogu vajalik protsess on kirjeldatud korratavust lubataval viisil.

3. TULEMUSED

3.1. Liikumispuudega naiste kogemused raseduse ajal

Liikumispuudega naiste kogemused raseduse ajal peatüki moodustavad järgnevad koodid: teekond raseduseni; sotsiaalsed aspektid; pere ja lähedaste tugi; emotsionaalsed aspektid ja professionaalse abi vajadus. Uuringus osalenud naiste teekond raseduseni on olnud erinev. Ühe intervjuueeritava sõnul sai raseduse planeerimisel otsustavaks tema vanus ning elukaaslase leidmine. Samuti oli naisel olnud alati soov lapsi saada. Raseduse katkemisi tal olnud ei ole.

V1: *„No jah (naer). Rasedust ja lapsi ma olen koguaeg soovinud ja, ja vanus nagu pressis ka peale ja, ja tekkis elukaaslane ja siis otsustasingi ... et (paus), et laps saada.“*

Teise osaleja teekond raseduseni oli keerulisem ning enne soovitud rasedust oli tal paar raseduse katkemist. Ta ise ei osanud otsust seost välja tuua oma haiguse ja iseeneslike raseduste katkemiste vahel. Eelnevalt oli tal juba kaks täiskasvanud last ning liikumispuue tekkis tal peale vanemate laste sünni.

V3: *„Ee no vot ma ei oska öelda, kas selle haigusega, aga, aga siukseid iseeneslikke katkemisi küll on olnud jah, nagu et. Et paar korda nagu on olnd jah.“*

Samal naisel oli eelnevalt traumeeriv kogemus üsasisese loote surmaga. Naise sõnul oli ta sellel hetkel kaheksandat kuud rase. Arstid seostasid juhtunut kõrgeenenud vererõhuga.

V3: *„Kuna ma olen kunagi kaotanud ühe lapse, ee, ka põhimõtteliselt niimoodi, et, ee, mul oli vist juba kaheksas kuu vä? Ja siis kuna vererõhk oli nii kõrge ja, ja, lihtsalt laps sündis surnult nagu. Et siis nad olid no, nagu no kartsid juba selle koha pealt.“*

Eelnevatest tsitaatidest ilmneb, et teekond raseduseni oli naistel erinev ning raseduse ja raseduse kogemus ei ole alati seotud puude olemasoluga. Hoolimata sellest tuleb tervishoiutöötajatel kaaluda võimalikke seoseid puude ja raseduste katkemiste, üsasisese loote surma vahel. Kõik eelpool nimetatud kogemused võivad olla traumeerivad ning mõjutada naise elukvaliteeti.

Üks osalenutest tõi välja, et ämmaemand ei aktsepteerinud vastuvõtule kaasa võetud sõbrannat tugiisikuna. Naine tajus, et tema sõbranna ei olnud sinna oodatud ning edaspidi ta teda kaasa ei palunud.

V1: „Teate, ma esimest korda võtsin endal tugiisikuks sõbranna kaasa. Kui mul rasedus kinnitati ja siis ma kohtasin nagu sellist halvaksapanu, et kes see inimene on? Miks ta siin on? Et, vot, vot see küll oli nagu selline, aga noh kuna ma sain ise hakkama lõpuks selles mõttes, ... et siis ma rohkem ei võtnud kaasa (naer) teda.“

Eelnevas tsitaadis välistati sõbranna sobivus tugiisikuks ning seati küsimuse alla tema kohalolek visiidil, mis jätab naised ebamugavasse olukorda, sest tegelikult on kõigil õigus võtta kaasa enda jaoks turvaline isik, kes ei pea olema tingimata meespartner. Sellised situatsioonid võivad tekitada naistes pahameelt ja vastumeelsust tervishoiutöötajate ning tervishoiuasutuste suhtes. Tervishoiutöötajate võimalik halvustav suhtumine võib vähendada rasedate turvatunnet. Kuna valdavalt on tugiisikuteks naiste meespartnerid, siis erinevus tavapärasest olukorrast võib olla tervishoiutöötajate jaoks harjumuspäratu.

Teisalt oli intervjueeritavatel häid kogemusi, kus tervishoiutöötajad olid väga avatud ja toetavad. Intervjuudest selgus, et naistel oli hirm tervishoiutöötajate poolsete eelarvamuste osas, kuid kogemus oli vastupidine.

V2: „Et, ää, (ohkamine), mmm, noo, mingi momement, ütlen ma et, ää, et nagu 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 ja, ja isegi mul endal olid võibolla suuremad eelarvamused, kui nendel inimestel, kes seal töötasid.“

Nagu tsitaadist ilmneb, oli hirm tervishoiutöötajate negatiivse suhtumise osas asjatu, kuid samas kogeti negatiivset suhtumist sotsiaal- ja hooldustöötajate poolt.

Kõikidel osalejatel oli toetav tugivõrgustik, mis on pere loomisel oluline aspekt. Peamisteks abistajateks igapäevaselt olid naiste elukaaslased/abikaasad. Ühe naise sõnul proovis ta aastaid rasestuda. Kui ta lõpuks rasestus, siis oli abikaasa talle suureks toeks ja abiks.

V2: „Väga palju (toetas), et ta aitas kogu aeg, et, ää, et kuna me mõlemad seda väga palju taha.. või no, noh seda soovisime ja, ja see ei olnud, ee, lihtne selles mõttes, et, et see võttis aega, see rasestumine ise (...), et proovisime aastaid, ee, muudkui proovisime ja proovisime ja ei midagi, siis, ee, noh, siis ta tõesti jah.“

Lisaks abistasid naised nende teised pereliikmed. Enamasti lähtuti aidates sellest, mida naine vajab. Ühe naise sõnul sai ta enamjaolt ise hakkama, aga kui ta abi vajab, siis pere oli tema jaoks olemas.

V1: „(Paus). Noo. (Paus). (Naer). Ei oskagi öelda, no kõiges abistavad, kui ma küsin, et ee... (paus). Ma ei oskagi öelda.“

Tsitaatidest selgub, et tugivõrgustikul on suur roll perekonna loomisel ja hoidmisel. Pere tugi on oluline nii tervetele kui liikumispuudega naistele. Liikumispuudega naised vajavad tavapärasest enam toetust ja abi ning toimiv tugivõrgustik on määravaks laste saamise otsusel.

Ühe naise sõnul oli tema jaoks raseduse ajal keeruline, et tal ei olnud kellegi käest küsida puudest tulenevat infot seoses rasedusega. Lisaks tundis ta piinlikkust, olles vanemas eas esmassünnitaja, kes on ratastoolis ning vajab pidevat abi. Ta oleks soovinud rohkem infot, et ette valmistuda eluks lapsega ning kuulda teiste inimeste kogemusi, kuidas nemad on hakkama saanud.

V2: „Ja noo, võibolla ka natukene see, et ega, ega kuskilt, et mul ei, jah ütleme sellist, ee, (paus, ohe) noh kuidas see on? Mingit spetsiifilisemat nõu ei olnud ka küsida, et ... 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.“

Intervjuude käigus uuriti naistelt, kas ämmaemandatel võiksid olla lisateadmised liikumispuude osas. Naised arvasid, et need teadmised võiksid ämmaemandal olla, et nõustada naisi erinevatest füüsilistest probleemidest tulenevate piirangute osas, mida jälgida jne. See annaks naistele koheselt infot, kuidas käituda, mida jälgida või vajadusel korrigeerida.

V3: „Ma arvan, et võiks olla küll jah, selles mõttes, et, et, et ka naine oskab ennast ise ka hoida vaata nagu siis noh kui et või õpetada, et kui tal on tõesti see, kas on seljaprobleemid või, või jalgadega midagi, et, et ma arvan küll, et võiksid olla.“

Osalejate kogemused rasestumisel ja raseduse ajal olid erinevad, oli nii positiivseid kui traumeerivaid kogemusi. Ämmaemandatega olid naistel raseduse ajal peamiselt meeldivad ja oodatust paremad kogemused v.a ühel naisel. Intervjuueritavatel oli toimiv tugivõrgustik nii partneri kui perekonna näol. Osalejad ootasid ämmaemandatelt lisateadmisi liikumispuudest

tulenevate piirangute osas, et saada infot kuidas leevendada füüsilisi probleeme või vaevuseid raseduse ajal.

3.2. Liikumispuudega naiste kogemused sünnituse ajal

Liikumispuudega naiste kogemused sünnituse ajal peatüki moodustavad järgnevad koodid: sotsiaalsed aspektid; füüsilised aspektid, emotsionaalsed aspektid ja professionaalse abi vajadus. Kaks naist sünnitasid plaanilise keisrilõikega ja üks vaginaalsel teel. Üks naistest oli teadlik, et ta ei oleks olnud võimeline ise sünnitama ning keisrilõige oli õige valik selles situatsioonis.

V1: *„Ei, mul ei olnud muid ootusi, sest et ma tean, et ma ei oleks saanud elu seeski hakkama selle sünnitusega, et minu keha on selle jaoks liiga nõrk, et, et ennast ja oma last nagu panna sellisesse olukorda, et, et sellel ei olnud mõtet.“*

Teisel naisel oli operatsioonitoas viimase hetkeni arutelu ämmaemandaga, millist anesteesia vormi tema puhul kasutatakse.

V2: *„Et kõik oli täiesti plaanipärane ja keisrilõike saal oli ka meil selline, et me nagu suht viimase hetkeni nagu arutasime, ämmaemand ütles, et, et kas saab teha, (paus) ee, kas saab kinnitada või kas, kas saab teha seda, (paus) et noh, seljasüstiga tuimestusega,... ... nii et ikka päris suht lõpus otsustasime ikkagi üldnarkoosi alla. Aga sünnitust vastuvõttev arst tõesti oli väga avatud ja mõistev. Me uurisime igasuguseid võimalusi, et kas, et kas on kuidagi võimalik nagu teisiti ka, et niimoodi võikski nagu vaadata, et kas ja kuidas saab?“*

Tsitaat toob esile, et ämmaemand arutles naist kaasates erinevate keisrilõike valutustamismeetodite osas ja ka arsti suhtumine viitab, et antud naine koges inimkeskset tervishoiuteenust.

Kolmas intervjuueritav sünnitas vaginaalsel teel. Tema sünnitus indutseeriti lootevee vähesuse tõttu.

V3: *„No põhimõtteliselt nagu kutsuti esile sünnitus tilgutiga nagu, et, ää, et kuna viimases ultrahelis vaadati, et lootevett on vähe, siis nagu kutsuti esile. Aga sündis nagu selles mõttes ise ja, ja suht kiiresti ja, ja minul ei olnud nagu mitte midagi viga.“*

Kaks naist kolmest sünnitasid keisrilõike ning üks vaginaalsel teel. Iga sünnitus ning keisrilõike valutustamismeetodid olid erinevad. Ühe osaleja puhul kasutati valutustamiseks spinaalanesteesi ja teise puhul üldnarkoosi. Kolmanda osaleja sünnitus indutseeriti lootevee vähesuse tõttu. Kõik kogemused olid erinevad, kuid tsitaatidest selgub, et osalejad kogesid sünnitusel inimkeskset lähenemist, kus nende võimete ja soovidega püüti arvestada.

3.3. Liikumispuudega naiste kogemused sünnitusjärgsel perioodil

3.3.1. Liikumispuudega naiste kogemused sünnitusjärgsel perioodil haiglas

Liikumispuudega naiste emadushooldus sünnitusjärgsel perioodil haiglas peatüki moodustavad järgnevad koodid: sotsiaalsed aspektid; füüsilised aspektid; emotsionaalsed aspektid ja professionaalse abi vajadus. Naised viibisid sünnitusjärgsel haiglas umbes neli kuni kuus päeva. Osalenute sõnul möödus sünnitusjärgne periood ilma tuisistusteta.

V3: „*No kuna poisil langes veresuhkur, siis me olime kuus päeva nagu haiglas. Minuga oli nagu kõik korras, aga kuna poiss oli siis intensiivis, ee, selle pärast, et tal oli veresuhkur väga madal, siis nagu olime kuus päeva. Aga siis lasti meid koju ja siis oli kõik hästi nagu.*“

Nagu ilmneb tsitaadist, siis ei pruugi liikumispuudega naiste jaoks pikem haiglas viibitud aeg olla alati seotud puudest lähtuva tervises seisundiga.

Tulenevalt liikumispuudest võimaldati ühel osalejal keisrilõike järgsel olla perepalatis, kuid probleeme tekitas haigla hooldustöötajate võimetus naist sünnitusjärgsel abistada.

V2: „*Aga noo, aga mis nüüd seda sünnitusejärgset haiglas olemise perioodi puudutab see viis päeva, mis me seal olime, et väga, väga kena oli muidugi see, et me saime olla perepalatis, sest et üldpalat ei olnud üldse ligipääsetava tualetiga, et, et me saime veel eraldi toa, et me saame noh, et on tualett ja /.../, et see oli küll väga tore, aga samas ega need, need haigla poolsed, /.../, need hooldustöötajad, et no nende puhul pean küll ütleva, et nemad ei olnud küll valmis selliseks patsiendiks nagu mina olen (naer).*“

Nagu juba varasemalt ilmnis, siis probleeme ei kogeta nii palju tervishoiutöötajate poolt, vaid pigem sotsiaaltöötajate ja hooldustöötajate poolt, mistõttu on tervishoiuasutustel vaja pöörata

antud aspektile tähelepanu võimaldamaks terviklikku inimkeskset lähenemist sünnitajatele ja nende peredele kogu haiglas viibimise perioodi jooksul sõltumata nende terviseseisundist.

Teise naise kogemus oli täiesti erinev. Ta ei tundnud haiglas oleku ajal kordagi, et keegi ei sooviks temaga tegeleda.

V1: „(Paus). Eee, ei seda küll ei kohtand jah. Või mul ei jäänd sellist tunnet, et ee... et minuga ei taheta tegeleda.“

Kui küsiti, millist tuge või abi oleks naised sünnitusjärgselt vajanud, siis ühe intervjueeritava sõnul oleks ta soovinud ämmaemandate poolt imetamisnõustamist. Ta ootas meditsiinipersonalilt rohkem mõistmist ja toetamist. Lisaks vajab ta, et keegi õpetaks teda, kuidas viia läbi lapse hooldustoiminguid lähtuvalt tema terviseseisundist.

V1: „No esimesel korral kindlasti oleksin vajanud imetamisnõustamist. Aga seda ma ei saanud. Kuna mul on üks sõbranna on ämmaemand, siis tema käest sain selle abi (naer).“

Tsitaadist ilmneb, et osalenute jaoks olid sünnitusjärgsed vajadused seotud lapsega ja tema hooldamisega, aga need ei erinenud suurel määral puudeta naiste vajadustest. Olukord, et naine ei saanud piisavat tavapärasest nõustamisest võib olla põhjustatud sellest, et tervishoiutöötajad pelgavad või ei oska puudega naistega suhelda. Lisaks võib see tähendada, et naine soovis pisut rohkem tema puudest lähtuvat imetamisnõustamist, kuid ämmaemandatel puudub sellekohane väljaõpe.

Intervjueeritavate sõnul said nad tavapärasest sünnitusjärgset informatsiooni piisavalt, kuid puudus oli spetsiaalselt puudest lähtuvast nõustamisest.

V2: „Jaa, no seda tavapärasest. Ikka jah. Seda tavapärasest. See nagu enamik, ee, emadki saavad seal sünnitusjärgselt. Et kuna kõik läks päris hästi, siis miskit väga eriti ei... Sellist üldist infot, ma arvan, sain päris kenasti.“

Oluliseks peeti sünnitusjärgse osakonna ämmaemandate valmidust nõustada naisi vastavalt nende erivajadustele. Näiteks võiks ämmaemand õpetada, kuidas õigesti ja ergonoomiliselt last süles hoida või kuidas tõhusamalt imetada füüsilise puude puhul. Ämmaemandal võiks olla esmane info erinevatest abivahenditest (ratastooliga ühendatav lapsevanker; reguleeritav mähkimislaud, lamamistool jne) liikumispuudega emadele.

V2: „No ämmaemanda teenusel, noh, ilmselt võiks olla nende ettevalmistuses rohkem sellist, ää, et nad lihtsalt õpiksid, näiteks erinevaid nimeta mit, mõtteid mida õpetada (...) emale, erinevaid asendeid, kuidas seal last hoida, pigem jalad alati ei tööta, et on nüansid ja muud ettevalmistunud, et minu puhul oli, ämmaemand ise luges juurde ja otsis internetist erinevaid võimalusi mind õpetada, tegelikult tänapäeval võiks ikkagi olla ämmaemand ettevalmistunud, et kui tuleb erivajadusega naine, et ta juba teab, millised on need nõud, antud inimesel, võibolla on see imetada, võibolla teisel emal on, noh, süles hoida, kui see on kuidagi takistatud. Ää, (...) Neil võiks olla ka mingisugune info abivahenditest (...) Noh näit-, näiteks lapsevankrid, mis mõnel pool saab, mida saab ratastooli külge panna, et linnas, saab jalutada.“

Eelnev tsitaat annab aimu, mida naised sünnitusjärgsel ämmaemandalt ootavad. Tulemus viitab, et nende valdkondade osas võivad ämmaemandad naiste hinnangul vajada täiendavat koolitust. See lihtsustab ämmaemandate tööd, kui nad teavad, mida naised neilt ootavad ning mille osas enda teadmisi arendada. Lisaks võib tsitaat viidata ka vajadusele tervishoiutöötaja järele, kes vajaduse tekkides oleks osaks naist toetavast interdistsiplinaarsest meeskonnast.

Kokkuvõtvalt saab öelda, et kõik osalejad viibisid haiglas keskmisest kauem. Keskmise sünnitusjärgne haiglas viibimise periood 2020. aastal Eestis oli 2,9 päeva (Haiglast väljakirjutatute ..., 2021). Põhjused olid seotud nii keisrilõikest tulenevate vajadustega kui ka ühel juhul lapsega. Naised ootasid sünnitusjärgsel tervishoiutöötajatelt mõistmist, toetust ja asjakohast informatsiooni. Nad ootasid, et ämmaemandad oskaksid läbi viia tavapärasest sünnitusjärgset ning ka puudest lähtuvat nõustamist.

3.3.2. Liikumispuudega naiste kogemused sünnitusjärgsel perioodil kodus

Liikumispuudega naiste kogemused sünnitusjärgsel perioodil kodus peatüki moodustavad järgnevad koodid: sotsiaalsed aspektid; füüsilised aspektid; emotsionaalsed aspektid ja professionaalse abi vajadus. Sünnitusjärgsel olid kodus naiste jaoks olulisel kohal erinevad abivahendid ning selgeks õpitud võtted, kuidas last turvalisemalt hoida, tõsta, asetada ja transportida. Kõikide naiste jaoks oli lapse süles hoidmine mingil määral problemaatiline. Ühe naise jaoks oli lapse süles hoidmine ja temaga selliselt liikumine hirmutav, kuna ta oli eelnevalt raseduse ajal kukkunud.

V1: „No see, see lapse hoidmine üldse, süles hoidmine ja see, see oli minu jaoks hirmutav.“

Selleks, et igapäevaelu lihtsamaks muuta kasutas üks naistest isikliku abistaja teenust, mida ta oli kasutanud ka rasedusele eelneval perioodil. Teda abistati erinevate koduste töödega ja lapse eest hoolitsemisel.

V2: „*Noo ikka, noo ikka sama moodi lihtsalt, et, ää, lihtsalt, ee, no tegelikult on mul ju kõrval on isiklik abistaja, sest mis juhtub, iialgi ei tea saab, aitab mul erinevaid töid teha, abi on ka, aitab ka muidugi kui ta beebi oli, siis ta aitas ka väga, väga palju, siis olime koos. Koos toimetasime, tegelt... Et midagi lisa-abi ma küll ei saanud.*“

Eelnevad tsitaadid näitavad, et liikumispuudega naistel võib olla sünnitusjärgselt suurem abi vajadus nii erinevate abivahendite, võtete kui isikliku abistaja näol.

Ühe naise jaoks tehti keisrilõike õmblus isesulavate niitidega, et toetada mugavamalt sünnitusjärgset taastumist ja kohanemist vajaduseta täiendavate meditsiiniliste protseduuride (nt niitide eemaldamine) järele.

V2: „*Et ega tema ei tea kuidas, ei tea, et ää, no näiteks tehti ka see haava õmblus nende niitidega, mis sulanduvad, et, et, ee, spetsiaalselt minu jaoks, et, et ei pea hiljem minema neid niite veel välja võtma, mis on, noh, ainult minu jaoks oli keeruline, et nad nagu püüdsid teha minule kõik võimalikult lihtsaks.*“

Tsitaadist selgub, et haiglas lähtuti naise individuaalsetest vajadustest ning soovidest ehk läheneti patsiendikeskselt.

Ühe intervjuueeritava sõnul tal sünnitusjärgselt eriti probleeme ei olnud, kuna sai vabalt liikuda lapsega ilma abita. Tulenevalt naise elukohast ja toetavast tugisüsteemist olid tema igapäevased tegevused talle jõukohased.

V3: „*(vali ohe) Ma ei, ma ei oskagi öelda, ma ei tea. Mul oli nagu väga hästi kõik (naer), ma ei tea. Et, ee, noh, ma ei oska öelda. Ma elasin maamajas, selles mõttes, et need, ee, puud ja asjad mulle tõi mees valmis, et lapsega ma sain hakkama ilusti ise, ee... et noh, et kui ma käisin temaga jalutamas, siis oli väga hästi, et siis ei olnud seda seljavalu ja.*“

Samalt naiselt uuriti, millist abi ta oleks vajanud tervishoiutöötajatelt sünnitusjärgselt. Kuna tal oli hea tugisüsteem ja teadmised ning ta sai igapäevaste tegevustega ise hakkama, siis tal oli pisut keeruline ennast teiste rolli panna. Naise sõnul oleneb vajadus inimesest ja tema tervises seisundist.

V3: „Ee. (paus) Ma ei oskagi öelda, sest noh, mina ei tea, mina nagu otseselt ei vajanud väga siukest suurt abi nagu. Ma tõesti ei oska öelda teiste seisukohalt, millist abi neil oleks nagu vaja rohkem, et. Noh, see oleneb võibolla tõesti inimesest ja inimese tervislikust seisundist, et kui, kui hull tal see asi on nagu, et, aga, aga noh minule ta lööb aeg-ajalt, nagu selle, kui ta lööb siukese närvipõletiku kõrvalt välja nagu, siis on nagu, aga muidu ma saan igapäevaelus ikkagi hakkama endaga.“

Liikumispuudega naistel oli sünnitusjärgselt kodus suurem abivajadus kui tervetel naistel. Probleeme esines lapse hoidmise ja transportimisega ning koduste tööde läbi viimisel. Tsitaatidest selgus, et naiste erivajaduste tõttu tegid tervishoiutöötajaid nende elu lihtsustamiseks erandeid. Lisaks kasutati igapäeva elu paremaks toimimiseks erinevaid võtteid ja abivahendeid lapse transportimisel/hoidmisel ning isikliku abistaja teenust.

4. ARUTELU

Uuringust selgus, et liikumispuudega naistel esines raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi ajal mitmeid takistusi ja probleeme, sellest hoolimata olid naiste kogemused peamiselt positiivsed.

O'Connor-Terry ja Harris (2021: 4–5) töid oma uuringus välja, et liikumispuudega naised arvasid, et nende puue takistab neil lapsi saamast, teadmine, et nad olid võimelised raseduma oli nende jaoks elu muutev protsess, mida toetasid nii lähedased kui tervishoiutöötajad. Uuringus osalenud liikumispuudega naiste teekond raseduseni oli erinev. Kahel naisel ei olnud ühtegi raseduse katkemist, kuid ühel naisel oli enne sünnitusega lõppevat rasedust mitu raseduse katkemist ning üsasisene loote hukkumine. Raseduste katkemisi ega loote hukkamist ei seostatud puudega, mis võib näidata, et raseduse kogemus ei ole alati seotud puude olemasoluga. Sellest hoolimata võisid need kogemused olla traumeerivad ning liikumispuudega rasedatele parima emadushoolduse tagamiseks tuleb kaaluda erinevaid riske ema ja loote tervisele olenemata sellest, et liikumispuue ei pruugi alati komplikatsioone põhjustada.

Walsh-Gallagher jt (2012: 159–160) leidsid Iirimaa läbi viidud uuringus, et ämmaemandad ja günekoloogid ei suhtunud tihti puudega naiste rasedustesse hästi. Vastupidiselt sellele olid käesolevas uuringus osalenud naistel raseduse ajal ämmaemandatega peamiselt meeldivad kogemused v.a ühel naisel, kelle ämmaemand ei aktsepteerinud rasedusaegsele vastuvõtule kaasa võetud sõbrannat tugisikuna, samas raseduse osas ämmaemandal negatiivset hoiakut ei esinenud. Uurimistöö autor nõustub, et puudega naised võivad tervishoiuasutustes kogeda tervishoiutöötajate poolt erinevaid reaktsioone, mis võib tihti olla seotud pigem töötajate eelnevate kogemuste ja teadmiste põhjal tekkinud eelarvamustega ning üldise ellusuhtumisega kui puudega.

Schildberger jt (2017: 3) leidsid Austrias läbi viidud uuringus, et puudega naised ei saanud ümbritsevatelt inimestelt piisavat tuge või aktsepteerimist seoses raseduse, sünnituse ja emadusega. Samas käesoleva uuringu tulemustest selgus, et osalenud naistel oli toetav tugivõrgustik nii partneri kui perekonna kujul. Liikumispuudega naised vajavad tihti suuremat tuge ja abi kui terved naised, seega võib toimiv tugivõrgustik olla määravaks laste saamise otsusel.

Mitra jt (2017: 446–449) uuring toob esile, et tervishoiutöötajatel esineb mitmeid takistusi seoses liikumispuudega rasedatele emadushoolduse pakkumisega, näiteks tajuvad nad, et neil

puudub piisav väljaõpe ja praktika ning selle tõttu on nad ebakindlad emadushoolduse pakkumisel liikumispuudega naistele. Uuringus selgus, et intervjueeritavad ootasid ämmaemandatelt lisateadmisi liikumispuude osas ning üks naine tajus, et tal ei olnud kelleltki liikumispuudest tulenevat infot raseduse osas küsida. Uuringud (Mitra jt, 2017: 446–449; Smeltzer jt 2017: 10) näitavad, et ämmaemandatel ei ole piisavalt vajalikke teadmisi, mida liikumispuudega naistele jagada. Eesti kontekstis puudub käesoleva uuringu autori arvates eesti keelne tõendus põhine materjal või juhised liikumispuudega naiste raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi toetamisel.

Tarasoff jt (2019: 28) toovad enda uuringus välja, et füüsilise puudega naistel on suurem tõenäosus keisrilõikega sünnituseks kui tervetel naistel. Käesolevas uuringus osalenutest kaks naist kolmest sünnitasid keisrilõikega ning üks vaginaalsel teel. Intervjuudest ei selgu täpset keisrilõigete teostamise põhjust, kuid mõlemad keisrilõiked olid naiste sõnul plaanilised. Biel jt (2018: 3396) leiavad, et ebapiisava praktika tõttu tunnevad tervishoiuteenuse osutajad, et keisrilõige on liikumispuudega rasedate puhul turvalisemalt juhitud sünnituse meetod isegi olukordades, kus naine on võimeline vaginaalselt sünnitama. Uuringus osalenud naised kogesid sünnitusel inimkeskset tervishoiuteenust, kus nende soovide ja võimetega püüti sünnitusviisi valiku osas arvestada. Käesoleva töö autoril puudub kogemus liikumispuudega naistega, kuid jagab seisukohta, et liikumispuudega naistele on keeruline pakkuda emadushooldust kui puuduvad sügavamad teadmised ja praktika seoses kindla liikumispuuet põhjustava haigusseisundiga. Siiski on autori kogemuse põhjal ämmaemandad empaatilised ning õppimisvõimelised spetsialistid, kes soovivad naistele inimkeskset teenust ja meeldivat rasedus- ning sünnituskogemust pakkuda, seega ämmaemandate harimine aitaks teenuse kvaliteedi tõstmisele tugevalt kaasa.

Horner-Johnson jt (2020: 2–4) leidsid, et puudega naised viibisid olenemata sünnitusviisist sünnitusjärgselt haiglas keskmiselt ühe päeva võrra kauem, kui terved naised. Uuritavad viibisid sünnitusjärgselt haiglas keskmisest kauem. Põhjused seisnesid nii keisrilõikega seonduvas pikenenud taastumises kui ka ühel juhul vastündinu terviseprobleemides. Autori arvates on positiivne, et liikumispuudega naised saavad sünnitusjärgselt haiglas viibida pikemalt, kuna nad vajavad rohkem nõustamist ja tuge kui terved naised. Walsh-Gallagher jt (2012: 159–160) leidsid, et sünnitusjärgselt oli liikumispuudega naiste seas probleemiks tervishoiutöötajate poolne puudega naiste erivajaduste ignoreerimine, nõustamata jätmine ja naiste emaks sobivuses kahtlemine. Uuringust selgus, et liikumispuudega naised kogesid problemaatilist käitumist ja/või suhtumist pigem sotsiaal- ja hooldustöötajate kui

ämmaemandate poolt. Autori arvates võib hooldustöötajatel olla erivajadustega inimesi raskem mõista kui ämmaemandatel, mis võib tulla hooldustöötajate vähestest teadmistest liikumispuudega inimeste osas.

Byrnes jt (2016: 507) leidsid, et puudega naised vajavad sünnitusjärgselt enamasti rohkem tuge ja infot näiteks imetamise kohta ning Aavik (2020: 26; 28) uurimistöös selgus, et naiste sünnitusjärgse perioodi toetamisel on oluline kaasata füsio- ja tegevusterapeutid. König-Bachmann jt (2019: 4) täheldavad, et edukas koostöö erinevate tervishoiuspetsialistide vahel aitab tagada parima võimaliku tulemuse liikumispuudega naistele emadushoolduse pakkumisel. Sarnaselt eelnevatele uuringutele toodi käesolevas uurimistöös esile, et liikumispuudega naised oleksid sünnitusjärgselt soovinud tervishoiutöötajatelt imetamisnõustamist, esmast infot abivahendite osas ning rohkem tuge ja mõistmist. See võib viidata vajadusele interdistsiplinaarseks meeskonnaks, kes on võimeline tõhusalt ja empaatiliselt abi osutama tulenevalt liikumispuudega naise vajadustest. Käesoleva töö autor nõustub, et liikumispuudega naiste emadushooldus erineb puudeta naiste omast ning nad võivad vajavad täiendavat tuge ja nõustamist. Interdistsiplinaarne meeskond, mille osaks oleks tervishoiutöötaja, kes on spetsialiseerunud liikumispuudega naistele, muudaks töötamise liikumispuudega rasedatega palju efektiivsemaks (Aavik, 2020: 28). Lisaks muudab see liikumispuudega naiste jaoks emadushoolduse kogemuse meeldivamaks ja oleks nende vajadustele vastav.

Uuringus osalenud naistel oli kodus sünnitusjärgselt suurenenud abivajadus. Peamiselt esines probleeme lapse transportimisel ning igapäevaste toimingute teostamisel. Olulisel kohal olid naiste jaoks selgeks õpitud võtted lapsega liikumisel ning erinevad abivahendid. Töö autor nõustub, et liikumispuudega naistel võib olla raskusi neile kohandatavate abivahendite leidmisega. Seda on näha ka haigla keskkonnas puudeta naiste näitel, kuidas mähkimalused või voodid ei ole naiste jaoks sobiva kõrgusega. Becker jt (2021: 143) leidsid, et puudega naiste jaoks oli sünnitusjärgselt oluline perekonna ning ka mõnel juhul tervishoiutöötaja tugi, näiteks koduõde või sünnitusjärgne *doula*. Käesoleva töö autor nõustub, et liikumispuudega naiste jaoks on sünnitusjärgne hakkamasaamine keerulisem väljakutse kui tervete naiste jaoks. Sellepärast on tugivõrgustikul lähedaste kujul väga oluline roll nende naiste elus, nii vaimsel kui ka füüsilisel tasandil.

Ettepanekud edaspidiseks:

1. Tutvustada uuringu tulemusi Eesti Liikumispuuetega Inimeste Liidu (ELIL) liikmeskonnale.

2. Tutvustada uuringu tulemusi Eesti Ämmaemandate Ühingu aastapäeva konverentsil ja anda esmane sissevaade teemaga tegelemiseks edaspidi.

JÄRELDUSED

Lähtudes uurimistöös püstitatud eesmärgist ja uurimisküsimustest, saab teha järgnevad järeldused:

- Uuringus selgus, et naiste kogemused rasestumise ja rasedusega olid väga erinevad, oli nii positiivseid kui traumeerivaid kogemusi. Liikumispuudega naiste elus oli tugivõrgustikul suur roll pere loomisel ja hoidmisel. Rasedusaegselt olid naistel ämmaemandatega peamiselt meeldivad kogemused. Lisaks oli Intervjueeritavatel ämmaemandate eelarvamuste osas hirm, kuid kogemus oli pigem vastupidine ning hirm ei osutunud tõeks. Vaatamata sellele tundsid nad, et ämmaemandatel jäi puudu puudest lähtuvatest teadmistest seoses rasedusega.
- Keisrilõigete valutustamisel kasutati nii spinaalanesteesia kui üldnarkoosi. Kõikide sünnituste puhul läheneti inimkeskselt, kaasates naise nendega seotud otsustesse.
- Uuringus selgus, et liikumispuudega naised viibisid sünnitusjärgselt haiglas keskmisest kauem ning põhjused ei tulenenud otseselt liikumispuudest. Probleeme ei kogetud tervishoiutöötajate poolt, vaid pigem sotsiaaltöötajate ja hooldustöötajate poolt, mistõttu on tervishoiuasutustel vaja pöörata antud aspektile tähelepanu võimaldamaks terviklikku inimkeskset lähenemist sünnitajatele ja nende peredele kogu haiglas viibimise perioodi jooksul sõltumata nende terviseseisundist. Sünnitusjärgselt olid naiste vajadused seotud lapse ja tema hooldusega ning ei erinenud oluliselt tervetest naistest, kuid siiski tundsid naised, et nad ei saanud piisavalt imetamisnõustamist. Naised ootasid sünnitusjärgselt ämmaemandatelt nende erivajadustest lähtuvat nõustamist, mida nad ei saanud piisavalt. Naiste hinnangul võivad ämmemandad vajada täiendavat koolitust seoses liikumispuudega naistele emadushoolduse pakkumisega.
- Uuring näitas, et sünnitusjärgselt oli liikumispuudega naistel suurem abi vajadus, nii erinevate abivahendite, võtete kui ka isikliku abistaja kujul. Sarnaselt rasedusele oli tugisüsteem naiste jaoks väga olulisel kohal sünnitusjärgselt kodus.

Uurimistöö käigus täideti püstitatud eesmärk ja saadi vastused uurimisküsimustele.

KASUTATUD KIRJANDUS

- Aavik, A. (2020). Tegevusterapeutilised sekkumised liikumispuudega naiste toetamisel rasedusaegselt ning sünnitusjärgsel perioodil. Lõputöö. Tallinn: Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. https://www.ester.ee/search~S1*est?/Xanneliis+aavik&searchscope=1&SORT=DZ/Xanneliis+aavik&searchscope=1&SORT=DZ&extended=0&SUBKEY=anneliis+aavik/1%2C2%2C2%2CB/frameset&FF=Xanneliis+aavik&searchscope=1&SORT=DZ&1%2C1%2C (02.08.2021).
- Biel, F., Darney, B., Caughey, A., Horner-Johnson W. (2019). Medical indications for primary cesarean delivery in women with and without disabilities. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(20), 3391–3398. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1572740> (01.10.2021).
- Becker, H., Andrews, E., Walker, L. O., Phillips, C. S. (2021). Health and Well-Being among Women with Physical Disabilities After Childbirth: An Exploratory Study. *Women's Health Issues*, 31(2), 140–147. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1016/j.whi.2020.10.007> (29.09.2021).
- Brennen, B. S. (2013). *Qualitative research methods for media studies*. New York and London: Routledge.
- Byrnes, L., Hickey, M. (2016). Perinatal Care for Women With Disabilities: Clinical Considerations. *The Journal for Nurse Practitioners*, 12(8), 503–509. [https://www.npjournals.org/article/S1555-4155\(16\)30300-2/fulltext](https://www.npjournals.org/article/S1555-4155(16)30300-2/fulltext) (10.08.2021).
- Cesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access: WHO. (2021). World Health Organization. <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access-who> (12.10.2021).
- Disability. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1 (10.08.2021).
- Haiglast väljakirjutatute arv ja keskmine ravikestus ravi põhjuse, ravitüübi, vanuserühma ja teenuseosutaja maakonna järgi. (2021). Tervise Arengu Instituut. https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_03Tervishoiuteenused_02Paevara vi/PH1.px/table/tableViewLayout2/ (15.12.2021).
- Hendershot, G. E. (1984). Trends in breast-feeding. *Pediatrics*, 74(4), 591–602. <https://pediatrics.aappublications.org/content/74/4/591> (29.10.2021).
- Hennoste, T., Rääbis, A., Laanesoo, K. (2013). Küsimused eestikeelses infodialoogis II: küsimused ja tegevused. *Keel ja kirjandus*, 1, 7–28.
- Holloway, I., Wheeler, S. (2010). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. Chichester: Wiley-Blackwell.

(1) Horner-Johnson, W., Biel, F. M., Darney, B. G., Caughey, A. B. (2017). Time trends in births and cesarean deliveries among women with disabilities. *Disability and Health Journal*, 10(3), 376–381.

<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.02.009> (21.09.2021).

Horner-Johnson, W., Darney, B. G., Biel, F. M., Caughey, A. B. (2020). Prolonged postpartum length of hospital stay among women with disabilities. *Disability and Health Journal*, 13(4), 1–6.

<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100934> (28.09.2021).

(2) Horner-Johnson, W., Darney, B. G., Kulkarnirajasekhara, S., Quigley, B., Caughey, A. B. (2017). Pregnancy among U.S. women: Differences by presence, type, and complexity of disability. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214(4), 1–17.

<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.10.929> (13.09.2021).

(1) Iezzoni, L. I., Wint, A. J., Smeltzer, S. C., Ecker, J. L. (2015). Effects of disability on pregnancy experiences among women with impaired mobility. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94, 133–140.

<https://doi.org/10.1111/aogs.12544> (10.12.2021).

(2) Iezzoni, L. I., Wint, A. J., Smeltzer, S. C., Ecker, J. L. (2015). „How did that happen?“ Public responses to women with mobility disability during pregnancy. *Disability and Health Journal*. 8(3), 380–387.

<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.02.002> (10.09.2021).

Jefferson, G. (2004). Glossary of transcript symbols with an introduction. Kogumikus: Lerner, G. H. (toim). (2004). *Conversation Analysis: Studies from the first generation* (13-23). Philadelphia: John.

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

<http://samm.ut.ee/kvalitatiivne-sisuanalyy> (02.04.2021).

Kutsestandardid: Ämmaemand, tase 6 esmane kutse. (2018). Tervishoiu Kutsenõukogu. Tallinn.

<https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/exportPdf/10684478/> (16.11.2021).

König-Bachmann, M., Zenzmaier, C., Schildberger, B. (2019). Health professionals' views on maternity care for women with physical disabilities: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 19(551), 1–11.

<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4380-y> (29.10.2021).

LaPierre, T. A., Zimmerman, M. K., Hall, J. P. (2017). „Paying the price to get there“: Motherhood and the Dynamics of pregnancy deliberations among women with disabilities. *Disability and Health Journal*, 10(3), 419–425.

<https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1016/j.dhjo.2017.02.011> (10.12.2021).

Lapse tervise jälgimise juhend, RJ-Z/29.1-2019. (2019). Ravijuhendite nõukoda. Tallinn.

<https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/130/kuni-18-aastase-lapse-tervise-jalgimise-juhend#25ae2dc0> (15.12.2021).

Lepik, K., Harro-Loit, H., Kello, K., Linno, M., Selg, M., Strömpl, J. (2014). *Sotsiaalse analüüsi meetodite ja metodoloogia õpibaas. Intervjuu*. Tartu: Tartu Ülikool. <http://samm.ut.ee/intervjuu> (13.03.2021).

Lõoke, A. (2016). Teema: Liikumispuue. Eesti Puuetega Inimeste Koda. https://www.epikoda.ee/wp-content/uploads/2016/12/Teema_LIIKUMISPUUE_Eesti-Liikumispuudega-Inimeste-Liit.pdf (14.10.2021).

Maternal Health. (2021). World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1 (29.10.2021).

Mbada, C. E., Olowookere, A. E., Faronbi, J. O. Oyinlola-Aromolaran, F. C., Faremi, F. A., Ogundele, A. O., Awotidebe, T. O., Ojo, A. A., Augustine, O. A. (2013). Knowledge, attitude and techniques of breastfeeding among Nigerian mothers from a semi-urban community. *BMC Research Notes*, 6(522), 1–8. <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/6/552> (29.10.2021).

Meaning of labour in english. (2021). Cambridge University Press. <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/labour> (20.10.2021).

Meaning of transcribing in English. (2021). Cambridge University Press. <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/transcribing> (25.04.2021).

Mitra, M., Long-Bellil, L.M., Iezzoni, L.I., Smeltzer, S.C., Smith, L.D. (2016). Pregnancy among women with physical disabilities: Unmet needs and recommendations on navigating pregnancy. *Disability and Health Journal*, 9, 457–463. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.12.007> (27.09.2021).

Mitra, M., Smith, L. D., Smeltzer, S. C., Long-Bellil, L. M., Moring, N. S., Iezzoni, L. I. (2017). Barriers to providing maternity care to women with physical disabilities: Perspectives from health care practitioners. *Disability and Health Journal*. 10(3), 445–450. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1016/j.dhjo.2016.12.021> (19.09.2021).

O'Connor-Terry, C., Harris, J. (2021). Pregnancy decision-making in women with physical disabilities. *Disability and Health journal*, 1–6.

Postnatal Care for Mothers and Newborns: Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines. (2015). World Health Organization ja Jhpiego Corporation. https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/nbh/brief-postnatal-care-for-mothers-and-newborns-highlights-from-the-who-2013-guidelines.pdf?sfvrsn=33194d3c_1 (16.11.2021).

Practicing as a midwife in the UK: An overview of midwifery regulation. (2021). Nursing and Midwifery Council. <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/nmc-publications/practising-as-a-midwife-in-the-uk.pdf> (07.11.2021).

Prenatal Development: How Your Baby Grows During Pregnancy. (2015). The American College of Obstetricians and Gynecologists.

<https://www.acog.org/~media/For%20Patients/faq156.pdf?dmc=1&ts=20120731T10265047> (15.10.2021).

Puudega inimesed vanuserühma, soo ja maakonna järgi, 1. jaanuar | Aasta, Maakond, Vanuserühm ning Sugu. (2021). Statistikaamet. https://andmed.stat.ee/et/stat/sotsiaalelu_tervishoid_puudega_inimesed_uldandmed/THV23 (05.12.2021).

Rahvusvaheline ämmaemandate eetikakoodeks. (2019). Rahvusvaheline ämmaemandate konföderatsioon. Tallinn. https://www.ammaemand.org.ee/wp-content/uploads/2019/09/Rahvusvaheline-a%cc%88mmaemandate-eetikakoodeks.-Eesti-keeles_2019..pdf (24.03.2021).

Raseduse jälgimise juhend. (2018). Eesti Naistearstide Selts: Tallinn. https://rasedajalgimine.weebly.com/uploads/1/1/0/4/11047471/raseduse_juhend_2018.pdf (10.12..2021).

Rämmer, A. (2014). *Sotsiaalse analüüsi meetodite ja metodoloogia õpibaas. Valimi moodustamine*. Tartu: Tartu Ülikool. <http://samm.ut.ee/valimid> (09.04.2021).

Schildberger, B., Zenzmaier, C., König-Bachmann, M. (2017). Experiences of Austrian mothers with mobility or sensory impairments during pregnancy, childbirth and the puerperium: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 1–11. <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs12884-017-1388-3> (28.10.2021).

Smeltzer, S. C., Mitra, M., Long-Bellil, L., Iezzoni, L. I., Smith, L. D. (2017). Obstetric clinicians' experiences and educational preparation for caring for pregnant women with physical disabilities: A qualitative study. *Disability and Health Journal*, 11(1), 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.07.004> (14.10.2021).

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

Steen, M., Roberts, T. (2011). *The Handbook of Midwifery Research*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Tarasoff, L. A., Ravindran, S., Malik, H., Salaeva, D., Brown, H. K. (2019). Maternal disability and risk for pregnancy, delivery, and postpartum complications: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 27–58. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1016/j.ajog.2019.07.015> (10.08.2021).

Tarasoff, L. A. (2017). „We don’t know. We’ve never had anybody like you before“: Barriers to perinatal care for women with physical disabilities. *Disability and Health Journal*, 10(3), 426–433. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1016/j.dhjo.2017.03.017> (01.10.2021).

Teder-Braschinsky, A., Braschinsky, M., Mets, H., Gross-Paju, K. (2002). Sclerosis multiplex ja rasedus. *Eesti Arst*, 81(12), 812–815. <https://eestiartst.ee/sclerosis-multiplex-ja-rasedus/> (14.12.2021).

Thomas, E. V., Warren-Findlow, J., Webb, J. B., Quinlan, M. M., Laditka, S. B., Reeve, C. L. (2019). „It’s very valuable to me that I appear capable“: A qualitative study exploring relationships between body functionality and appearance among women with visible physical disabilities. *Body Image*, 30, 81–92.

<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.05.007> (18.09.2021).

Uriko, K., Liik, K. (2020). Sünnitusjärgse depressiooni skaala EPDS ja sünnitusjärgse sotsiaalse toetuse küsimustiku PSSQ eestikeelsete versioonide kasutamine naise depressiivsuse, ärevuse ja tajutud partneripoolse sotsiaalse toetuse hindamisel. *Eesti Arst*, 99(2), 74–82.

<https://eestiarst.ee/sunnitusjargse-depressiooni-skaala-epds-ja-sunnitusjargse-sotsiaalse-toetuse-kusimustiku-pssq-eestikeelsete-versioonide-kasutamine-naise-depressiivsuse-arevuse-ja-tajutud-partneripoolse-sotsiaalse-to/> (14.12.2021).

Uurimissuunad. (2018). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.

<https://ttk.ee/et/tervishariduse-keskus-uurimissuunad> (28.10.2021).

Walsh-Gallagher, D., Sinclair, M., Conkey, R. M. (2012). The ambiguity of disabled women’s experiences of pregnancy, childbirth and motherhood: A phenomenological understanding. *Midwifery*, 28(2), 156–162.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.01.003> (09.10.2021).

Warkentin, T., Hermann, S., Berndt, A. (2021). Breastfeeding positions and techniques used by Canadians with physical disabilities. *Disability and Health Journal*, 14(4), 1–7.

<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101151> (29.09.2021).

Õunapuu, L. (2014). Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustest. Tartu: Tartu Ülikool.

http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/36419/ounapuu_kvalitatiivne.pdf (14.12.2021).

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 liikumis- 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 soovitused 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:

Uuringus osaleja allkiri.....

Kuupäev, kuu, aasta

Osalejale informatsiooni andnud isiku nimi, allkiri:

Kuupäev, kuu, aasta