

Tartu Ülikool
Meditsiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Maire Gaver

**NAISTE TEADLIKKUS II TÜÜPI DIABEEDI ENNETAMISEST
GESTATSIOONIDIABEEDIGA KULGENUD RASEDUSE JÄREL -
KVALITATIIVNE UURIMUS**

Magistritöö

Tartu 2022

Põhijuhendaja: Käthlin Vahtel, MSc (õendusteadus)

Kaasjuhendaja: Evelyn Evert, MSc (õendusteadus)

Retsensent: Epp Lehemets, MSc (õendusteadus)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendajate otsusega /02.05.2022/. Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, **Maire Gaver** (sünnikuupäev 17.08.1983)

1. Annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Naiste teadlikkus II tüüpi diabeedi ennetamisest getatsionidiabeediga kulgenud raseduse järel – kvalitatiivne uurimus“, mille põhijuhendajaks on Käthlin Vahtel ja kaasjuhendajaks Evelyn Evert, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonnas, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Maire Gaver

Tartus, 02.05.2022

KOKKUVÕTE

Naiste teadlikkus II tüüpi diabeedi ennetamisest gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel – kvalitatiivne uurimus

Gestatsioonidiabeet on raseduse ajal tekkinud diabeedi vorm, mis avaldub naistel raseduse II või III trimestril ning enamasti taandub haigus sünnituse järel. Nii gestatsioonidiabeedi kui ka II tüüpi diabeedi kujunemise põhilisteks riskiteguriteks on ülekaalulisus, tasakaalustamata toitumine ja vähene füüsiline aktiivsus. Naistel, kel raseduse ajal esines gestatsioonidiabeet, on hilisemas elus kõrgem risk haigestuda II tüüpi diabeeti. Kõigi tervishoiuspetsialistide ülesandeks on gestatsioonidiabeediga kulgeva raseduse ajal nõustada naist haigusega toimetuleku, hilisematest terviseriskide ja jälgimise suhtes. II tüüpi diabeet on krooniline haigus, mida on võimalik terviseteadliku käitumisega ennetada. Oluline roll on inimese isiklikul panusel tervislike eluviiside järgimisel.

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada naiste teadlikkust II tüüpi diabeedi ennetamisest gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel. Uuritavateks olid naised, kellel diagnoositi raseduse ajal gestatsioonidiabeet. Andmed koguti poolstruktureeritud intervjuudega perioodil 01.10.2020- 31.03.2021. Kokku osales 10 uuritavat, kellest üheksa andmeid kasutati analüüsimise protsessis. Andmete analüüsi meetodiks oli deduktiivne sisuanalüüs.

Uurimistöö tulemustest selgub, et naiste teadlikkust II tüüpi diabeedi ennetamisest gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel on ebaühtlane. Naiste teadlikkust mõjutab nii tervishoiuspetsialistide poolne nõustamine ja juhendamine kui ka naise lisateabe vajadus. Perekonnas esineva II tüüpi diabeedi puhul võib teadlikkus olla kogemuspõhine. Rasedusaegse toitumisalase nõustamise tulemusel on naiste toitumine sünnitusjärgsel perioodil tervislikum. Naised mõistavad füüsilise aktiivsuse tähtsust, kuid erinevate põhjustel ei ole liikumine igapäevane tegevus. Naiste teadmised rinnaga toitmise ja II tüüpi diabeedi ennetamise omavahelisest seosest on puudulikud. Ennetamist takistavad tegurid esmatasandi tervishoius on tähelepanu koondumine emalt lapsele, probleemid tervishoiuteenuse kättesaadavusega ja tervishoiuspetsialistide aja puudus. II tüüpi diabeedi ennetamise seisukohalt on vajalik jätkuv naiste jälgimine ja nõustamine sünnitusjärgses perioodis.

Märksõnad: gestatsioonidiabeet, teadlikkus, II tüüpi diabeet, ennetamine.

SUMMARY

Women's awareness of the prevention of type 2 diabetes after pregnancy with gestational diabetes- a qualitative study.

Gestational diabetes is a form of diabetes that develops during pregnancy and occurs during the second or third trimester of pregnancy, and usually resolves after pregnancy. Obesity, an unbalanced diet and lack of physical activity are the main risk factors for the development of both gestational diabetes and type 2 diabetes. Women who have had gestational diabetes during their pregnancy have higher risk of developing type 2 diabetes later life. During pregnancy with gestational diabetes all health care specialist are responsible for instructing women to cope with the disease, health risk in later life and screening. In order to prevent type II diabetes as a chronic disease, all health care professionals need to raise women's health awareness and promote healthy lifestyle habits. Important part of follow healthy lifestyle is human's own contribute.

The aim of the research is to describe women's awareness of the prevention of type II diabetes after pregnancy with gestational diabetes. The subjects were women who were diagnosed with gestational diabetes during pregnancy. Data were collected during semi-structured interviews in the period 01.10.2020- 31.03.2021. A total of 10 subjects participated, of whom 9 data were included in the data analysis process. The method of data analysis is deductive content analysis.

The results of the research show that women's awareness of the prevention of type II diabetes after pregnancy with gestational diabetes is uneven. Women's awareness is influenced by the counseling and guidance of health care professionals and women's need for extra information. Awareness might be experience based. As a result of nutrition counseling during pregnancy, women's nutrition in the postpartum period is healthier. Woman understood the importance of regular physical activity, but different reasons not proceed. Women's awareness about the relationship between breastfeeding and the prevention of type 2 diabetes are poor. Factors what hinder prevention in primary care are focus on mother-to-child attention, lack of a health care specialist time. In an aspect of preventing II type of diabetes mellitus it is important to continue screening and counseling women in primary health care.

Keywords: gestational diabetes, awareness, type II diabetes, prevention

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

1. SISSEJUHATUS.....	7
2. GESTATSIOONIDIABEET JA II TÛÜPI DIABEEDI ENNETAMINE.....	10
2.1. Gestatsioonidiabeedi esinemine ja II tüüpi diabeedi risk.....	10
2.2. Gestatsioonidiabeet ja II tüüpi diabeedi ennetamine.....	10
3. II TÛÜPI DIABEEDI ENNETUSMEETMED GESTATSIOONIDIABEEDIGA KULGENUD RASEDUSE JÄREL	13
3.1. Sünnitusjärgne skriinimine.....	13
3.2. II tüüpi diabeedi ennetamine ja füüsiline aktiivus.....	14
3.3. II tüüpi diabeedi ennetamine ja tervislik toitumine.....	15
3.4. II tüüpi diabeedi ennetamine ja rinnaga toitmine.....	17
4. METOODIKA	19
4.1. Metodoloogilised lähtekohad.....	19
4.2. Uuritavad.....	19
4.3. Andmete kogumine.....	20
4.4. Andmete analüüs.....	22
4.5. Uurimistöö usaldusväärs.....	23
5. TULEMUSED.....	26
5.1. Naiste teadlikkus II tüüpi diabeedi ennetamisest gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel.....	26
5.2. Naiste teadlikkus II tüüpi diabeedi ennetusmeetmetest ja nende rakendamine gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel.....	30
6. ARUTELU.....	36
7. JÄRELDUSED.....	44
KASUTATUD KIRJANDUS.....	45
LISAD.....	50
Lisa 1. Informeeritud nõusoleku vorm.....	50
Lisa 2. Üleskutse uuringus osalemiseks.....	52
Lisa 3. Poolstruktureeritud intervjuu fookuseeriv.....	53
Lisa 4. Tartu inimuuringute eetikakomitee jätkutaotluse kooskõlastus.....	54
Lisa 5. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus uurimistöö läbiviimiseks.....	55

1. SISSEJUHATUS

Maaailma Tervishoiu Organisatsiooni (WHO) andmetel kasvab diabeeti haigestumine ülemaailmselt, esinedes umbes 8,5% elanikkonnast (Diabetes. World Health Organization). Rahvusvahelise Diabeedi Föderatsiooni (IDF) andmetel esineb diabeet 463 miljonil inimesel vanuses 20-79 ning aastaks 2045 tõuseb diabeeti haigestumine hinnanguliselt 700 miljoni inimeseni (International Diabetes Federation). Eesti Haigekassa andmetel põeb Eestis hinnanguliselt 9% täiskasvanud elanikkonnast diabeeti (Mida kujutab endast...2021). Samas „II tüüpi diabeedi diagnostika ja ravi“ ravijuhendis tuuakse välja, et täpne levimus Eestis ei ole teada (II tüüpi diabeedi...2021).

Gestatsioonidiabeet on raseduse ajal esinev diabeet (II tüüpi diabeedi... 2021), mis taandub valdavalt peale sünnitust. (Rafii 2017, Vaas jt 2018.) Eestis on gestatsioonidiabeeti haigestumine aasta-aastalt tõusnud, esinedes 2019. aastal 11,8% rasedatest. (Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas). Naistel, kelle rasedus kulges gestatsioonidiabeediga, on hilisemas elus kuni 7 korda suurem risk haigestuda I või II tüüpi diabeeti (Bao jt 2014, Ehrlich jt 2014, O`Reilly jt 2014, Bhavadharini jt 2016, Vaas jt 2018.) Lisaks gestatsioonidiabeedile tõstavad II tüüpi diabeeti haigestumise riski liigne kehakaal, tasakaalustamata toitumine ja vähene füüsiline aktiivsus. (Bhavadharini jt 2016, Erlich jt 2014, O`Reilly jt 2014, Peacock jt 2014.)

Ämmaemand nõustab naisi ja peresid raseduse kulu, erinevate vaevuste ja nende leevendamise, toitumise, füüsilise aktiivsuse, sünnitusjärgse perioodiga toimetuleku ja imetamise osas (Vaas jt 2018.), seega II tüüpi diabeedi kui kroonilise haiguse ennetamine algab juba raseduse ajal, kus ämmaemanda roll on naiste terviseteadlikkuse tõstmine. (Coustan 2013.) Esmatasandi tervishoius on perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhendi alusel perearsti ja pereõe töö- ja vastutusvaldkonnaks tervise edendamine ja haiguste ennetamine. (Perearst ja temaga koos... 2010.) Gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse ajal ja järel on II tüüpi diabeedi ennetamisel vajalikud tervishoiutöötajate sekkumised: skriinimine, toitumis- ja elustiilialane nõustamine. (Tovar jt 2011.) Krooniliste haiguste varajase avastamise ja tõhusa ravi rakendamise eesmärk on vähendada haiguste tüsistusi ja suremust. (Krooniliste haiguste ennetamine...) Tervisedendusel ja krooniliste haiguste ennetamisel on vajalik patsiendiõpetus ja sobilike ennetusmeetmete olemasolu. (Ko jt 2013, Kim jt 2018.)

Varasematest uurimistöödest selgub, et naiste teadlikkus II tüüpi diabeedi ennetamisest gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel sõltub raseduse ajal saadud informatsioonist. (Peacock jt 2014, Rafii jt 2017.) Ko jt (2013) uurimuses selgub, et 86,2% ämmaemandaid informeerib gestatsioonidiabeediga naist raseduse ajal kõrgenenud riskist haigestuda II tüüpi diabeeti hilisemas elus. Naiste teadlikkusest olenemata jääb sünnitusjärgne jälgimine ja/või skriinimine erinevatel põhjustel ära. (Keely jt 2010.) Naiste poolsete põhjustena nimetatakse vähest teadlikkust sünnitusjärgse skriinimise vajalikkusest, ajapuudust, kohustust lapse eest hoolt kanda, väsimust ja naise poolset keeldumist. (Kim jt 2018.)

Lisaks gestatsioonidiabeedile on II tüüpi diabeedi väljakujunemisel olulisteks riskiteguriteks normaalkehakaalust kõrgem kehakaal või rasvumine, ebatervislikud toitumisharjumused ja vähene füüsiline aktiivsus. (Mensink jt 2003, II tüüpi diabeedi...2021.) Ambulatoorse ämmaemandusabi raames osutatavate teenuste hulka kuulub nõustamine, naise ja lapse sünnitusjärgne jälgimine, tervise säilitamine ja terviseriskide ennetamine. (Iseseisvalt osutada lubatud...2014.) Ko jt (2013) uurimuses osalenud ämmaemandatest 63,1% nõustas naisi regulaarse treeningu vajaduse suhtes, kuid vaid 23,3% ämmaemandatest nõustas ülekaalulist või rasvunud naist tervisliku toitumise osas. Kuigi naised võivad olla teadlikud ämmaemandate poolt antud elustiili muutuste soovitustest, ei pruugi nad alati sellele vastavalt tegutseda. (Peacock jt 2014.) Gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel on lapse rinnaga toitmisel positiivne mõju naise II tüüpi diabeedi ennetamisele. (Tovar jt 2011.) Eestis Sihveri (2018) veebipõhises küsitlusuurimuses pidasid emad piisavaks nõustamist, mis puudutas imetamise põhiteadmisi, kuid emade arvates peaks raseduse ajal nõustamine olema põhjalikum ja järjepidevam. Naiste nõustamine ja toetamine aitab pikendada rinnaga toitmise aega ning lisaks II tüüpi diabeedi ennetamise praktilisele väärtusele on ohutu ja kuluefektiivne sekkumismeetod. (Gunderson jt 2005, O'Reilly jt 2014.) Teadlikkus tõenduspõhistest II tüüpi diabeedi ennetamise sekkumismeetoditest võimaldab naistel teha tervislikke valikuid oma igapäevaelus. (Keely jt 2010.)

II tüüpi diabeedi kui kroonilise haiguse ennetamine on rahvatervise prioriteet. Autorile teadaolevatel andmetel ei ole Eestis uuritud naiste teadlikkust II tüüpi diabeedi ennetamisest gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel. Teema uurimine on vajalik, sest see võimaldab kirjeldada, milline on naiste teadlikkus II tüüpi diabeedi ennetamisest gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel ning milliseid teadmisi naised vajavad.

Tulemuste põhjal saab planeerida patsiendi vajadustest lähtuvaid tervishoiuteenuseid ning parendada osutatavate teenuste kvaliteeti.

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada naiste teadlikkust II tüüpi diabeedi ennetamisest gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel.

Lähtuvalt uurimistöö eesmärgist püstitati uurimisküsimused:

1. Milline on gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel naiste teadlikkus sünnitusjärgse jälgimise/skriinimise suhtes?
2. Milline on gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel naiste teadlikkus II tüüpi diabeedi riski suhtes?
3. Milline on naiste teadlikkus füüsilise koormuse tähtsusest II tüüpi diabeedi ennetamisel gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel?
4. Milline on naiste teadlikkus tervisliku toitumise tähtsusest II tüüpi diabeedi ennetamisel gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel?
5. Milline on naiste teadlikkus rinnaga toimise tähtsusest II tüüpi diabeedi ennetamisel gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel?

2. GESTATSIOONIDIABEET JA II TÜÜPI DIABEEDI ENNETAMINE

2.1. Gestatsioonidiabeedi esinemine ja II tüüpi diabeedi risk

Gestatsioonidiabeet (*Gestational Diabetes Mellitus*) on haigus, mis esineb raseduse ajal ja taandub valdavalt pärast sünnitust (Rafii 2017, Vaas jt 2018). Ülemaailmselt esineb raseduse ajal gestatsioonidiabeeti umbes 7%-l naistest. (O'Reilly jt 2014). Eestis on rangemad gestatsioonidiabeedi diagnoosikriteeriumid kasutusel alates 2011. aastast, mis on kaasa toonud hüppelise gestatsioonidiabeedi esinemise kasvu. (Kirss jt 2015). Tervise Arengu Instituudi Tervisestatistika ja -uuringute andmebaasi rasedusaegsete riskitegurite ja tüsistuste andmete alusel diagnoositi Eestis 2016. aastal gestatsioonidiabeet 6,4%-l sünnitanud naistest. Järgnevatel aastatel on gestatsioonidiabeedi esinemissagedus aasta-aastalt tõusnud, vastavalt 2017. aastal 6,7%, 2018. aastal 9,8% ja 2019. aastal 11,8%. (Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas). Eestis tuleb gestatsioonidiabeedi diagnoosi saanud rase suunata ühe nädala jooksul dieedinõustamisele. Gestatsioonidiabeedi dieetravi viib läbi dieetravi koolituse läbinud diabeediõde või ämmaemand. (Vaas jt 2018.)

Naistel, kellel esines raseduse ajal gestatsioonidiabeet, on hilisemas elus kuni seitse korda suurem risk haigestuda I või II tüüpi diabeeti (Bao jt 2014, Ehrlich jt 2014, O'Reilly jt 2014, Bhavadharini jt 2016, Vaas jt 2018.) **II tüüpi diabeet** (*Diabetest mellitus II type*) on progresseeruv häire beeta-rakkude insuliini tootlikkuses, mis tekib sageli insuliinresistentsuse foonil (2. tüüpi diabeedi diagnostika ...). Gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel tõuseb II tüüpi diabeeti haigestumise risk esimese viie aasta möödumisel sünnitusest kumulatiivselt. Peale 10 aasta möödumist hakkab haigestumiskõikumine ajas langema. 20 aasta möödumisel gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel haigestub II tüüpi diabeeti koguni 40% naistest. (Coustan 2013.) Tovar jt (2011) kirjanduse ülevaate andmetel haigestub 16%-30% gestatsioonidiabeeti põdenud naistest 5-10 aastat pärast sünnitust II tüüpi diabeeti. Eestis ei ole diabeedi täpne levimus teada (II tüüpi diabeedi diagnostia...2021).

2.2. Gestatsioonidiabeet ja II tüüpi diabeedi ennetamine

Gestatsioonidiabeedi diagnoosimine võimaldab avastada naised, kes kuuluvad II tüüpi diabeedi riskirühma. (Kirss jt 2015.) Riskigrupi naiste välja selgitamine võimaldab planeerida ennetustegevusi ja sekkumisstrateegiaid, mis võivad parendada tervisetulemit. (Bhavadharini

jt 2016.) Sellest tulenevalt on krooniliste haiguste ennetamise ja tervisedenduse seisukohast oluline roll patsiendiõpetusel ja sobilike ennetusmeetmete loomisel. (Ko jt 2013, Kim jt 2018.) II tüüpi diabeedi diagnostika ja ravijuhendi järgi tuleks sümptomiteta täiskasvanute kaaluda prediabeedi ja diabeedi sõelumist kui esineb ülekaal ja/ või rasvumine ning lisaks sellele üks või mitu riskitegurit. (II tüüpi diabeedi ... 2021.) Maailma tervishoiu Organisatsiooni klassifikatsiooni alusel on ülekaal KMI 25–29,9 kg/m² ja rasvumine KMI üle 30 kg/m². (Ülekaalulise või rasvunud ... 2019.) Käitumuslikud sekkumised on eesmärkide seadmine, tegevusplaani koostamine ja enesejälgimine, mille kuuluvad regulaarne kaalumine, toidupäeviku ja/või treenimispäeviku pidamine, nutikella ja teiste elektroonilite vahendite kasutamine tulemuste salvestamiseks ning jälgimiseks. Lisaks stiimulite kontroll, näiteks ülesöömist põhjustavate tegurite kindlakstegemine ning kognitiivse restruktureerimise oskus (mõttemustrite muutmine), mis aitab ära hoida tagasilööke kehamassi vähendamisel. Oluline on positiivne tagasisidestamine ja tagasilanguse ennetamine. (Ülekaalulise või rasvunud... 2019.) Gestatsioonidiabeedi esinemine ja rasedusaegne nõustamine aitab naisel endale teadvustada II tüüpi diabeedi riski olemasolu ning võimaldab sünnituse järel teadlikult rakendada ennetusmeetodeid (Bao jt 2014.) lükkamaks edasi aega, kus inimesest saab patsient. (Rahvastiku tervise arengukava ... 2020.) **Teadlikkus** (*awareness*) on info omamine mingi nähtuse kohta, selle info mõistmine ja teadvustamine. (Nukk 2012) Teheranis 2016. aastal läbi viidud kvalitatiivses uurimuses tunnistasid naised, et nad ei ole oma tervishoiuteenuse osutajalt saanud piisavalt informatsiooni diabeeti haigestumise riskidest gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel ja sünnitusjärgse skriinimise vajadusest peale gestatsioonidiabeediga kulgenud rasedust. (Rafii jt 2017.) Eestis toodi Iseseisva antenataalse ämmaemandusabi kvaliteedi kliinilises auditis välja, et nõustamised on valdavalt vähe kirjeldatud või suures osas täielikult kirjeldamata. (Iseseisva antenataalse ämmaemandusabi...2013)

Nii varasemad kui ka hetkel kehtivad riiklikud arengukavad ja -strateegiad keskenduvad patsiendi- ja inimkeskse tervishoiu arendamisele, kus uute tervishoiuteenuste kavandamine lähtub üksikisiku ja ühiskonna vajadustest. Esile tõstetakse väärtused nagu elanikkonna tervise edendamine ja säilitamine ning haiguste ennetamine. Inimkeskse lähenemise puhul võetakse inimest kui tervikut, arvestatakse inimese eelistusi, heaolu, laiemat sotsiaalset ja kultuurilist tausta. Inimkeskne tervishoid eeldab, et patsiendid saavad piisavalt teadmisi ja tuge otsustamisel ja raviprotsessi kaasamisel /.../ ning nad on võimelised toetavas keskkonnas andma oma panuse. (Kaheksa sammu inimese ... 2011, Rahvastiku tervise arengukava 2020-

2030, Ühised sammud terviseni ... 2020). Gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel on II tüüpi diabeedi välja kujunemise vähendamisel peamine rõhuasetus ennetamisel. (Coustan 2013.) **Ennetamine** (*prevention*) on millegi ärahoidmine. (Eesti Keele Seletav ... 2009) Haiguste ennetamine on inimese haiguseelsete seisundite varasele avastamisele suunatud tegevus ja meetmed haigestumise vältimiseks (Haiguste ennetamisele suunatud ... 2000).

3. II TÜÜPI DIABEEDI ENNETUSMEETMED GESTATSIOONIDIABEEDIGA KULGENUD RASEDUSE JÄREL

3.1. Sünnitusjärgne skriinimine

Gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel on vajalik glükoositalumatuse skriinimine jätkuva glükoositalumatuse avastamiseks. (Ko jt 2013.) Sünnitusjärgne skriinimine on soovituslik läbi viia 6 -12 nädalat pärast sünnitust ehk esimesel sünnitusjärgsel visiidil. (Ko jt 2013, Bhavadharini jt 2016, Kim jt 2018.) Edaspidi soovitab *The American Diabetes Association* skriinimise jätkamist kogu elu perioodiliselt kolme aastaste intervallidega. Skriinimise meetodeid sünnituse järel on erinevaid. Soovitatakse kahetunnist glükoositolerantsustesti, mille tundlikkus on suurem, kuid kasutatakse ka ühekordselt määratud glükoosisaldust veres. (Coustan 2013.) Soovitused sünnitusjärgseks skriinimiseks nii meetodeid kui ajalisi kriteeriumeid arvesse võttes on organisatsiooniti erinevad. (Bhavadharini jt 2016.) Välistamaks II tüüpi diabeeti haigestumist määratakse Eestis Raseduse jälgimise juhendi alusel gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järgsel naisel glükohemoglobiin (HbA1c) 12 nädalat pärast sünnitust ja edaspidi määratakse Hb1Ac üks kord aastas. (Vaas jt 2018). Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse määruse „Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend“ alusel kuulub tervise edendamine, mis hõlmab tervise riskitegurite hindamist, individuaalset tervisekasvatust ja meditsiinilist nõustamist nii perearsti kui ka pereõe töövaldkonda. (Perearst ja temaga koos ... 2010.) Kõige sagedamini katkeb gestatsioonidiabeediga naise jälgimine just sünnitusega. (O'Reilly jt 2014.) Tovar jt 2011 andmetel on eelneva gestatsioonidiabeediga sünnitusjärgne skriinimine toimunud 34% - 73%-l naistest, keskmiselt 48%-l. Vähesese haaratuse põhjustena tuuakse välja kommunikatsiooniprobleemid sünnitusabi spetsialistide ja esmatasandi tervishoiuteenuste pakkujate vahel. Kirjeldatakse ebaselgust, kes peab teostama naise sünnitusjärgse veresuhkru skriinimise. (Bhavadharini jt 2016.) Eestis on sünnitusjärgse jälgimise eest vastutav perearst. (Vaas jt 2018.)

Quaresima jt (2018) toob välja 6 peamist põhjust, miks naise sünnitusjärgne skriinimine ei ole toimunud. Põhilise põhjusena toodi 30,4%-l välja kohustus vastsündinu eest hoolitseda. 28,3% naised tunnistasid, et neil oli kehv teadmine või vale arusaam sünnitusjärgse skriinimise toimumisest. Naised ei teadnud, kelle poolt, millal ja mis meetodil peab toimuma sünnituse järel skriinimine. 8,3% naistest uskus, et sünnitusjärgse normaalse veresuhkru väärtuse korral

ei ole hilisem skriinimine enam vajalik. (Quaresima jt 2018.) Ko jt (2013) kirjeldab, et 86,2% ämmaemandaid informeerib gestatsioonidiabeediga naisi, et neil on kõrge risk haigestuda II tüüpi diabeeti. (Ko jt 2013.) Samas Quaresima jt (2018) märgib, et 5,6%-le naistele on tervishoiutöötaja soovitanud järelkontrolli üldse mitte teha. Rasedusaegne pidev meeldetuletamine sünnitusjärgse skriinimise vajalikkusest on seotud naiste suurema osalusega sünnitusjärgsel veresuhkru skriinimisel. (Bhavadharini jt 2016.) Sünnitusjärgses skriinimises osalesid aktiivsemalt esmassünnitajad ning naised, kellel on kõrgem vanus, majanduslik kindlustatus ja kõrgem haridustase (Tovar jt 2011). Naiste poolsete skriinimise mittetoimumise põhjustena nimetatakse ajapuudust ja vähest teadlikust sünnitusjärgse skriinimise vajalikkusest. Põhjustena märgiti veel väsimust, naise keeldumist ja probleeme elukohajärgse tervishoiuteenuse kättesaadavusega. (Kim jt 2018, Quaresima jt 2018.) Kuigi naised on teadlikud II tüüpi diabeedi riskist, siis nad ei soovi endale tunnistada II tüüpi diabeedi võimalikku esinemist ning seetõttu jäetakse sünnitusjärgsele skriinimisele minemata. Osal juhtudel on naine teadlik sünnitusjärgse skriinimise vajalikkusest, kuid see jääb tegemata puuduliku enesejuhtimisvõime tõttu. (Keely jt 2010, Rafii jt 2017.) Bandura *The Self-Efficacy Theory* (Enesetõhususe teooria) kirjeldab, kuidas inimese sisemine uskumus, väline toetus ja enesejuhtimise oskus võimaldavad saavutada püstitatud eesmärgi. Krooniliste haiguste ennetuse kontekstis on see inimese oskuste (*ability*) ja võimekuse (*capability*) toetamine, julgustamine ja õpetamine saavutamaks paremat tervisetulemit. (Bandura 1994.)

3.2. II tüüpi diabeedi ennetamine ja füüsiline aktiivsus

II tüüpi diabeeti haigestumise risk langeb mõõdukalt kui tõsta füüsilist aktiivsust. (Tovar jt 2011, Bao jt 2014.) Liikumine on tervise hoidmisel mitmekesise ja tasakaalustatud toitumise kõrval tähtsal kohal. Vähene liikumine tööl ja kodus on ülemaailmselt tõusev tendents. Regulaarsel kehalisel aktiivsusel on oluline roll kehamassi juurdekasvu ohjamisel ja rasvumise vältimisel. (Eesti toitumis- ja liikumissoovitused 2015 ... 2017.) Rasvumine on peamine riskitegur II tüüpi diabeedi kujunemiseks. (Erlich jt 2014, Peacock jt 2014.) Kehamassiindeks $KMI \geq 25$ on iseseisev riskifaktor sünnitusjärgseks düsglükeemiaks. (Bhavadharini jt 2016.) Vähene füüsiline aktiivsus on üks II tüüpi diabeedi riskiteguritest. Antud juhendis rasedusaegset gestatsioonidiabeeti riskitegurina välja ei tooda. (II tüüpi diabeedi...2021.)

Gestatsioonidiabeediga patsientide elustiili muutused, mis on alguse saanud raseduse ajal ja millega jätkatakse sünnituse järgselt, võivad olla efektiivsed ka kaalu langetamise osas. (Ehrlich jt 2014.) Füüsilise aktiivsusega kaasneb energiakulu, mis pikemaajaliselt ennetab kaalutõusu, mille tulemusel langeb risk rasvumiseks. (Bao jt 2014.) Ko jt (2013) uurimuses 63,1% osalenud ämmaemandatest on nõustanud naisi regulaarse treeningu suhtes. Liikumisalased soovitusel on erinevad, varieerudes 150 minutit mõõduka intensiivsusega või 75 minutit kõrge intensiivsusega liikumist nädalas. (Bao jt 2014.) Soovituste andmisel peab arvestama, et enamasti II tüüpi diabeedi riskigrupp on keskealised ja vähem või rohkem ülekaalulised, seega soovituslik füüsiline koormus on 30 minutit päevas madala intensiivsusega treeningut. (Mensink jt 2003.)

Ülekaalulisus ja rasvumine on järjest suurenev rahvastiku terviseprobleem kogu maailmas (Ülekaalulise või rasvunud...2019). Tervise Arengu Instituudi Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2020 andmetel on naistest 25,3% ülekaalulised ja 18,9% rasvunud. (Reile jt 2021) Kuigi naised võivad olla teadlikud ämmaemandate poolt antud soovitustest, ei pruugi nad vastavalt neile teadmistele tegutseda. (Peacock jt 2014.) Tervisedendus võimaldab inimestel suurendada kontrolli oma tervise üle ning tugevdada selle kaudu oma tervist. Integreeritud ennetus-, edendus- ja rehabilitatsioonitegevuste eesmärk on saavutada võimalikult hea elukvaliteet ja haigusega toimetulek. (Ühised sammud terviseni 2020.) Elustiili võimalike takistavate teguritena tuuakse välja ajapuudus ja treeningute kõrge maksumus. (Tovar jt 2011.) Naistele, kelle esineb nii rasvumine kui ka gestatsioonidiabeet, on ämmaemandatel võimalik pakkuda kohandatud ja sihipärast informatsiooni ja toetust juba raseduse ajal. (Peacock jt 2014.) Hetkel puudub Eestis intensiivne eluviisisekkumise programm, kuhu patsient suunata. Sellest olenemata sellest tuleb anda positiivne soovitus selle kasutamiseks. (II tüüpi diabeedi ... 2021) Samas on viimastel aastatel kohalikud omavalitsused rahvatervise edendamise ja inimeste füüsilise aktiivsuse tõstmise eesmärgil panustanud vastavate tingimuste loomisele elukeskkonnas. (Purru jt 2021.)

3.3. II tüüpi diabeedi ennetamine ja tervislik toitumine

Tervislik toitumine on organismi vajadustest lähtuv. Toitainete valik peab olema tasakaalustatud ja mitmekesine. (Eesti toitumis- ja liikumissoovitused 2015.) Naise energiavajadus suureneb raseduse ajal keskmiselt 300 kcal võrra päevas: raseduse I trimestril 130 kcal, II trimestril 330 kcal, III trimestril 540 kcal võrra (Vaas jt 2011). Normaalse

kehamassiindeksiga naistel on soovituslik rasedusaegne kaalutõus 11,5–16 kilogrammi. Raseda nõustamine toiduenergia osas peaks olema alati individuaalne ning arvestama mitmeid aspekte, näiteks kehamassiindeksit, kehakaalutõusu omapära raseduse ajal ja kehalist aktiivsust. Tervislik toitumine sisaldab mõõdukas koguses piimatooteid ning küllaldaselt valke sisaldavaid toiduaineid, näiteks: tailiha, kala, muna, herneid, läätsi. (Rasedate ja imetavate ... 2007.) Gestatsioonidiabeediga rasedal on soovituslik suhteliselt madala süsivesikute sisaldusega ja rasvarikas dieet vähendab insuliinivajadust, alandades toidust imenduva suhkru hulka ja pärssides söömisjärgselt glükoosi- ja insuliinitaseme tõusu. Kõrge kiudainesisaldusega toidu lisamine dieeti võib samuti aidata veresuhkru taset kontrolli all hoida. Nõustamisoskuste hulka kuulub ka oskus hinnata toitumust ja anda toitumisalaseid soovitusi. (Nutrition Guide for Clinicians) Toitumissoovitused sisaldavad nõuandeid regulaarseteks eineteks, mis sisaldavad aeglaselt seeditavaid süsivesikuid – tärklisi ja kiudaineid. (Rasedate ja imetavate ... 2007.) Gestatsioonidiabeediga rasedal on soovituslik piirata süsivesikute tarbimist, kuid suurendada juurviljade- ja puuviljade tarbimist (O'Reilly jt 2014), millega kaetakse süsivesikute vajadus. (Eesti toitumis- ja liikumissoovitused 2015). Gestatsioonidiabeedi raviks kasutatakse dieetravi (tervislik toitumine). Dieetraviga peaks kahe nädala jooksul saavutama veresuhkru eesmärkväärtused. Eesmärgiks on tühja kõhu veresuhkur $\leq 5,3$ mmol/l, 1 tund pärast sööki $\leq 7,8$ mmol/l ja 2 tundi pärast sööki $\leq 6,7$ mmol/l. Juhul kui dieetravi foonil eesmärki ei saavutata, siis vajab gestatsioonidiabeediga naine medikamentooset ravi. Raseduse edasise jälgimise plaani koostab rasedatele spetsialiseerunud sisearst või endokrinoloog koos naistearstiga. Vastavalt plaanile võib siiski osa visiite toimuda ka ämmaemanda või perearsti juurde. (Vaas jt 2018.)

Chakkalakal jt (2019) uurisid naiste kaalutõusu enne ja pärast gestatsioonidiabeedi diagnoosimist ning kaalulangust sünnituse järel. Uuringus osalenud 40 (45%) rasedal oli gestatsioonidiabeet ja 49 (55%) naise kulges rasedus gestatsioonidiabeedita ehk kontrollgrupp. Gestatsioonidiabeedi diagnoosimise järel said naised diabeedispetsialisti poolt individuaalset toitumisnõustamist. Tulemustest selgus, et enne gestatsioonidiabeedi diagnoosimist oli kaalutõus uuringu- ja kontrollgrupil sarnane, kuid pärast sekkumist olid toitumisnõustamise ja veresuhkru monitooringu tulemusel gestatsioonidiabeediga naiste kaalutõus väiksem kui kontrollgrupi naistel. Kaalulangusel sünnitusjärgsel perioodil kahe grupi vahel statistilist erinevust ei täheldatud. Ko jt (2013) tõid välja, et vaid 23,3% ämmaemandatest juhtisid ülekaalulise ja/või rasvunud naise tähelepanu toitumisnõustamise või mõne teise toitumisega seotud konsultatsiooni vajadusele.

3.4. II tüüpi diabeedi ennetamine ja rinnaga toitmine

Sünnituse järel on rinnaga toitmise ajal naise ööpäevane energiavajadus suurem, sõltudes imiku vanusest ja rinnaga toitmise intensiivsusest. (Eesti toitumis- ja liikumissoovitused 2015 ...2017, Vaas jt 2018.) Sünnitusjärgsel perioodil tuleb arvestada, et imetamine on energiat nõudev protsess ja suurenenud energia tarbimine on imetavatel naistel lubatud. Samuti tuleb arvestada, et lapse rinnaga toitmine võib toimuda täielikult või osaliselt. Täieliku rinnaga toitmise puhul on lisaenergia vajadus ööpäevas 600-680 kcal, sõltudes lapse vanusest (Eesti toitumis- ja liikumissoovitused 2015 ... 2017), kuid kui rinnaga toitmise ajal keheline koormus oluliselt väheneb, siis toiduenergiat ei suurendata. (Vaas jt 2018.)

Eesti toitumis- ja liikumissoovitused 2015 (2017) alusel on esimesel kuuel elukuul imikutele parimaks toiduks üksnes rinnapiim, seejärel soovitatakse jätkata imetamist paralleelselt lisatoidu andmisega vähemalt lapse esimese eluaasta lõpuni. Rinnaga toitmisel on mitmeid kasulikke tervisetegureid nii emale kui ka lapsele. Emade teadlikkus rinnapiima kasulikkusest lapsele on üldiselt kõrge, vähem on naised teadlikud imetamise kasust iseendale. (O'Reilly jt 2014.) Kuigi imetamise mõju on individuaalne ja sõltub paljudest teguritest, nagu toiduvalik ja liikumine, aitab sünnitusjärgne imetamine naisel kaalu langetada. (Eesti toitumis- ja liikumissoovitused 2015 ... 2017). Gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel on lapse rinnaga toitmisel kasulik mõju II tüüpi diabeedi ennetamisel (Tovar jt. 2011), kuna paraneb naise süsivesikute ainevahetus ja insuliini tundlikkus. (O'Reilly jt 2014.) Seejuures on positiivne mõju seotud nii rinnaga toitmise kestvuses (üheksa kuud ja rohkem) kui ka intensiivsusega. (Peacock jt 2014.) Eestis oli 2017. aastal Tervise Arengu Instituudi andmetel 63,7% kuni kolme kuu vanustest imikutest täielikul rinnapiima toidul, kuni kuue kuu vanuseid imikuid toideti täielikult vaid 23,3%. Imiku täielik rinnapiimaga toitmine tähendab, et laps saab ainult rinnapiima, lisaks võib saada vitamiine, ravimeid, kuid mitte teed, vett, mahla, piimasegu või midagi muud, mis asendaks toidukorda. (Imiku rinnapiimaga toitmine ... 2018) Ämmaemandad toetavad rinnaga toitmise alustamist ja vajadusel pakuvad pikemaajalist toetust rinnaga toitmise jätkamiseks (Peacock jt 2014, Gunderson jt 2015). Imetamisnõustamisega on soovituslik alustada raseduse ajal alates teisest trimestrist. Soovituslikud teemad käsitlemiseks on: imetamise alustamine ja jätkamine; rinnapiimaga toitmise kasulikkus emale ja lapsele; imetamisnõustamise võimalused ning nõustamine imetamisraskuste korral. (Vaas jt 2018.) Rinnaga toitmisel on lisaks II tüüpi diabeedi ennetamisele praktiline väärtus, see on ohutu ja kuluefektiivne sekkumismeetod. Naiste

nõustamine ja toetamine aitavad pikendada rinnaga toitmise aega. (Gunderson jt 2005, O'Reilly jt 2014). Eestis 2018. aastal läbi viidud uurimuses, kus osales 1698 naist, uuriti emade teadmisi ja arusaamu imetamisest, nende hinnanguid imetamisnõustamisele ja selle olulisusele. Uuringus osalenud emadest 55% tundsid, et nad on ämmaemandatelt saanud imetamise kohta piisavalt suulisi juhiseid ning 47% emadest oli saanud piisavalt praktilisi juhiseid. Samas 50% naistest ei teadnud, kust hankida imetamisega seotud kirjandust ja 35% emade meelest arvestati selgituste andmisel nende individuaalseid vajadusi ja soove, seevastu 38% emadest sellega ei nõustunud ning 27% ei osanud vastata. 52% emadest ei olnud saanud teavet selle kohta, kust leida imetamisega seotud tugirühm. Emade hinnangul on imetamise õnnestumiseks abi perekooli imetamisalastest loengutest, rasedusaegsest imetamisnõustamisest ning internetis ja sotsiaalmeedias leitavast infost ja toest. Imetamise nõustamise probleemina märgiti ämmaemandate selgituste ühtsuse ja järjepidevuse puudumisest. (Sihver 2018.)

4. METOODIKA

4.1. Metodoloogilised lähtekohad

Käesolev uurimistöö on kvalitatiivne, empiiriline ja kirjeldav. Teadusfilosoofiliseks lähtekohaks on fenomenoloogia, mille puhul tähtsustatakse uuritavate kogemusi ja arusaamasid uuritava nähtuse suhtes. Saadud andmed baseeruvad subjektiivsetel kogemustel. Andmebaasi moodustavad kirjeldused ja andmeid ei saa üldistada. Andmete analüüsimisel on oluline mõista uuritavat nähtust. (Burns ja Grove 2010, Cristancho jt 2018). Kvalitatiivne uurimisviis on sobilik uute teadmiste hankimiseks uuritava nähtuse suhtes. Uurimine on suunatud inimeste kogemuste ja vaadete mõistmisele ja tõlgendamisele. (Õunapuu 2014, Cristancho jt 2018). Seetõttu saavad uuritavateks olla inimesed, kellel on uuritava nähtusega isiklik kogemus, mida nad on võimelised uurijaga jagama ning saadav teave on kooskõlas uurimistöö eesmärgiga. (Burns ja Grove 2001, Õunapuu 2014.) Autori hinnangul sobib uurimistöö läbiviimiseks kvalitatiivne meetod. Uurides naiste teadlikkust II tüüpi diabeedi ennetamisest gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel on võimalik kirjeldada, milline on naiste teadlikkus II tüüpi diabeedi ennetamise võimalustest.

4.2. Uuritavad

Uuritavateks olid naised, kellel raseduse ajal diagnoositi gestatsioonidiabeet ning keda oli raseduse ajal ambulatoorselt jälginud ja nõustanud ämmaemand ja/või diabeedispetsialist. Lisaks ämmaemandale võib naist raseduse ajal nõustada arst ja/või toitumisnõustaja, kes on spetsialiseerunud gestatsioonidiabeeti põdevate rasedate jälgimisele ja terviseteadlikkuse tõstmisele. Kui naised on raseduse ajal olnud ämmaemanda jälgimisel, siis neid on nõustatud ja nad on omandanud teadmisi uuritava nähtuse kohta. See võimaldab sünnitusjärgsel perioodil uurida, milline on naiste teadlikkust II tüüpi diabeedi ennetamisest gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel. Käesolevas uurimistöös käsitletakse sünnitusjärgse perioodina aega, mis järgneb lapse sünnile.

Uuritavate uurimistöösse kaasamise tingimusteks olid:

- naisele oli raseduse ajal diagnoositud gestatsioonidiabeet
- naine oli gestatsioonidiabeediga kulgeva raseduse ajal jälgimisel ämmaemanda ja/või diabeedispetsialist juures

- naise sünnitusest oli möödunud vähemalt 12 nädalat
- uuritav oli võimeline end väljendama eesti keeles

Uurimistöös osalemine oli vabatahtlik. Uurimistöösse kaasati naised, kes soovisid uuringus osaleda ja intervjuu oli neile sobilik andmete jagamise viis. Uuritavale saadeti „Informeeritud nõusoleku vormi“ (Lisa 1), et uuritav saaks veelkord mõelda ja teha kaalutletud otsuse uuringus osalemiseks või keeldumiseks. Kui uuritav oli teinud otsuse uuringus osalemiseks, siis allkirjastati kahes eksemplaris või digitaalselt „Informeeritud nõusoleku vorm“. Uuritavaga lepitati kokku intervjuu toimumise aeg ja viis. Kuna uurija töötab ise ämmaemandana ambulatoorses vastuvõtus, siis uurimistöösse ei kaasatud naisi, kelle rasedust uurija ise jälgis. Samuti ei kaasatud riskirasedaid ega naisi, kellel esines I tüüpi diabeet või nad ei soovinud uurimistöös osaleda. Uurimistöösse on kaasati ühe uuritava andmed, kes oli raseduse aja olnud arsti jälgimisel erakliinikus, kuna olenemata tervishoiuteenuse osutajast peab naine saama ühtsetel alustel kvaliteetset tervishoiuteenust.

4.3. Andmete kogumine

Uuritavaid värvati 2020. aasta augustis ja septembris. Uuritavateni jõudmiseks kasutati sotsiaalmeedia platvormi *Facebook* loodud grupe „Rasedus, sünnitus ja beebid“ (liikmeid 2800), „Beebid 2017“ (liikmeid 4200), „Beebid 2018“ (liikmeid 516), „Beebid 2019“ (liikmeid 2200) ja „Beebid 2020“ (liikmeid 1400). Kuna gruppidesse võivad kuuluda naised üle Eesti, siis see andis võimaluse uuringus osalemiseks olenemata elukohast.

Andmete kogumine oli planeeritud perioodile 01. oktoober 2020 - 30. november 2020. Esmalt liitus uurija nimetatud sotsiaalmeedia gruppidega. Seejärel sai uurija võimaluse postitada oma nimelise isikliku konto alt „Üleskutse uuringus osalemiseks“ (Lisa 2) koos uurija kontaktandmetega (e-mail ja telefoni number), et uuritav saaks uurijaga ühendust võtta. Uurijaga ühenduse võtmiseks oli aksepteeritavaks viisiks ka uuritava poolne ühenduse võtmine Messenger rakenduse kaudu, kuna tänapäeval on see kiire ja mugav viis suhtlemiseks ning otseselt seotud Facebooki platvormiga. Osa naisi jätsid postituse alla kirjaliku kommentaari „soovin osaleda“ või „soovin infot“, siis võttis uurija nende naistega ise ühendust. Kokku võttis uurijaga ühendust 19 naist.

Kui naine võttis uurijaga ühendust, siis loeti seda kui naise poolset huvi uuringus osalemiseks. Seejärel leppis uurija naisega kokku, et saadab e-maili teel täpsema informatsioon toimuva

uuringu kohta. Lisadena saadeti uuritavale intervjuul kasutatavad uurimisküsimused „Poolstruktureeritud intervjuu fokuseerivad küsimused“ (Lisa 3), millega naine sai enne intervjuu toimumist tutvuda. Intervjuu kavandamisel pannakse kirja konkreetsed teemad ja üldist laadi küsimused (Õunapuu 2014). Käesoleva uurimistöo poolstruktureeritud intervjuu fokuseerivad küsimused koostati varasematele uurimistöodele tuginedes ning need on kooskõlas uurimistöo eesmärgi ja uurimisküsimustega.

Arvestades 2020. aasta sügis-talvel Eestis alanud COVID-19 pandeemiat ning sellest tulenevaid piiranguid ja soovitusi otseste kontaktide vältimiseks, siis valdavalt (kaheksal juhul) viidi intervjuud läbi interneti keskkonnas *Messengeri* videokõnedena, mis tagas visuaalse kontakti ning ei seadnud kumbagi osapoolt võimalikku nakkusohtu. Kahel juhul soovisid uuritavad intervjuud läbi viia telefoni teel. 2020. aasta novembri lõpuks oli läbi viidud kuus intervjuud, kuna saadud materjal andmebaasi küllastumist ei taganud, siis esitati 01.12.2020 Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteele jätkutaotlus andmete kogumise perioodi pikendamiseks kuni 31.03.2021. Kooskõlastus kiideti heaks 08.01.2021 (Lisa 4), mille järgselt postitati eelpool nimetatud *Facebooki* gruppidesse uuesti üleskutse uuringus osalemiseks. Uuringus osalejate arv oli esialgu planeeritud kuni 20 naist. Kokku viidi intervjuu läbi 10 uuritavaga, millega saavutati andmebaasi küllastumine. Kahe viimase intervjuu käigus uut informatsiooni uuritava nähtuse kohta ei lisandunud.

Ühe intervjuu käigus saadud andmeid ei kaasatud andmebaasi, kuna kriitilisel hindamisel jõudis uurija järeldusele, et olenemata intervjuu kavast kallutasid uurija poolt uuritavale esitatud lisaküsimused ütlusi uuritava nähtuse kohta. Lisaküsimused suunasid liigselt uuritavat uurimisväljal ning küsimused sisaldasid vastust, mida uurija uuritavalt ootas. Liigne sekkumine uurimisväljas võib mõjutada uuritavate ütluseid uuritava nähtuse suhtes. (Cristancho jt 2018.) Kvalitatiivse uurimistöo uuritavate hulk ei pea olema suur, kuid peab võimaldama saada uurimistöo eesmärgiga kooskõlas andmeid. (Õunapuu 2014). Esimest läbi viidud intervjuud käsitleti kui prooviintervjuud, et veenduda eelnevalt koostatud poolstruktureeritud intervjuu fokuseerivate küsimuste arusaadavuses ja sobivuses. Prooviintervjuu järel küsimustes muudatusi ei tehtud ning küsimused olid uuritavale arusaadavad, seega kaasati intervjuul saadud andmed uurimistöösse. Kõigile uurimuses osalenud naistele esitati intervjuu käigus samad eelnevalt ette valmistatud küsimused, millega naise sai enne intervjuud tutvuda. Kõik toimunud intervjuud lindistati ning selleks kasutati

Digital Voice Recorder OLYMPUS VN-541PC.-d. Kõige pikem intervjuu oli 34 minutit ja kõige lühem 20 minutit, keskmine pikkus oli 25 minutit.

4.4. Andmete analüüsimine

O'Brien jt (2014) alusel on kvalitatiivse uurimistöö andmete analüüsimine protsess, mida iseloomustavad saadud andmete ettevalmistus analüüsimiseks (transkribeerimine, kodeerimine) ja ettevalmistatud andmete (tekstiline materjal) analüüsimine. Iga intervjuu toimumise järgselt kuulati lindistus veelkord läbi. Seejärel transkribeeriti lindistatud vestlus sõna- sõnalt vahetult peale iga intervjuu toimumist *Microsoft Office wordi* dokumenti, kirja suurus 12, reavahe 1,5. Transkribeerimise järel moodustus uuritavate intervjuudest tekstiline materjal, kokku 33 lehekülge. Tekstilises materjalis ei kasutatud uuritavate nimesid. Uuritavad tähistati vastavalt U1- U10.

Kvalitatiivses uurimistöös võib andmete analüüsimise lähenemine olla induktiivse või deduktiivse iseloomuga. (Õunapuu 2014.) Induktiivse lähenemise puhul on uuritava nähtuse kohta vähesed teadmised või need puuduvad. See lähenemine sobib rohkem uute teooriate loomiseks. Seevastu deduktiivse lähenemise puhul on varasematele uurimistöödele tuginedes teadmised uuritava nähtuse kohta piisavalt ning neid soovitakse kontrollida uues uuritavas keskkonnas. (Laherand 2008; Õunapuu 2014.) Käesolevas uurimistöös kasutati andmete analüüsimise meetodina deduktiivset sisuanalüüsi. Kasutatud analüüsimise meetod on autori hinnangul sobilik, kuna varasemate uurimistööde põhjal moodustub kindla mustriiga usaldusväärne teoreetiline taust.

Iga transkribeeritud intervjuud analüüsiti eraldi. Esmalt otsiti tekstilisest andmestikust uuritavat nähtust iseloomustavaid ning uurimistöö eesmärgi ja uurimisküsimustega kooskõlas tähendusega lauseid ja teksti lõikusid. Käesolevas uurimistöös olid tähendusega laused ja lõigud, mis kirjeldasid uuritavate „teadlikkust“. Seejärel need laused ja lõigud prinditi paberile, parempoolsesse nurka kirjutati käsitsi uuritava tähis. Järgneva sammuna sarnase tähendusega üksused ja laused koondati sarnaste märksõnade alusel. Neist moodustasid substantiivsed koodid, millest omakorda saadi alakategooriad. Näide substantiivse koodi moodustumisest on toodud alljärgnevas tabelis (vt Tabel 1).

Tabel 1. Substantiivse koodi moodustumine.

Algtekstis tähendusega ühik	Substantiivne kood	Alakategooria
„See teadlikkus on küll tulnud, et ma valin seda toidulauda ja juurvilju ma söön rohkem, mida ma vanasti ei söönud praktiliselt üldse. Nüüd on need mul korra päevas ikkagi menüüs. Tegelikult on see teadlikkus toitumise alaselt küll olemas pärast seda.“	Toitumise tehtud muutused ja järjepidev tervislik toitumine sünnituse järel	Teadlikkus tervisliku toitumise seosest II tüüpi diabeedi ennetamisel

Alakategooriatest moodustusid kaks ülakategooriat. Selleks, et tagada tähendusega ühikute, moodustunud substantiivsete koodide, ala- ja ülakategooriate omavaheline vastavus kontrolliti analüüsimise protsessi erinevates etappides algandmeid ja saadud märksõnu. Ülakategooriad ja alakategooriad on esitatud kategoriseerimise maatriksis (vt Tabel 2).

Tabel 2. Kategoriseerimise maatriks.

Ülakategooriad	Alakategooriad
Naiste teadlikkus II tüüpi diabeedi riskist ja teadlikkust mõjutavad tegurid gestatsioonidabeediga kulgenud raseduse järel	Teadlikkus II tüüpi diabeedi riskist
	Teadmiste saamise viisid
Naiste teadlikkus II tüüpi diabeedi ennetamisest gestatsioonidabeediga kulgenud raseduse järel	Terviseteadlikkust mõjutavad tegurid
	Teadlikkus sünnitusjärgse skriinimise osas esmatasandi tervishoius
	Teadlikkus tervisliku toitumise seosest II tüüpi diabeedi ennetamisel
	Teadlikkus füüsilise aktiivsuse seosest II tüüpi diabeedi ennetamisel
	Teadlikkus rinnaga toitumise seosest II tüüpi diabeedi ennetamisel

4.5. Uurimistöö usaldusväärsus

Uurimistöö aluseks oli Tartu Ülikooli õenduse õppetoolis kinnitatud magistr töö projekt, millest lähtuvalt esitati Tartu inimuuringute eetikakomitee taotlus ja jätkutaotlus uurimistöö läbiviimiseks, millele saadi kooskõlastus. (Lisa 4 ja Lisa 5) Uuritavate osalemine uurimistöös oli vabatahtlik. Uuritavad ei saanud uurimistöös osalemise eest rahalist ega mitterehalist (nt. kingitused) hüvitist. Uurimistöö läbiviimiseks vajalikud kulutused kaeti uurija isiklikest vahenditest.

Mõisteid reliaablus ja valiidsus on iseloomulikud kvantitatiivsetele uurimistöödele. Kvalitatiivsete uurimistöödega saab samuti reliaablust ja valiidsust hinnata, kuid sellisel juhul on nende kontseptsioon seotud usaldusvääruse, selguse ja kvaliteedi tagamisega.

Kvalitatiivsetes uurimistöodes mõistetakse reliaabluse all uurimistöö kasutatud uurimisprotsesside selgust. Uurimisprotsessi täpne kirjeldamine tõstab uurimistöö reliaablust. Valiidsus tähendab saadud tulemuste usaldusväärsust. (Golafshani 2003, Laherand 2008, Õunapuu 2014.) Reliaabluse ja valiidsuse tagamiseks on käesolevas uurimistöös uurija kõik uurimistöös tehtud protsessid detailselt kirjeldanud. Andmete kogumisel kasutati kõigi uuritavate puhul samasuguseid, eelnevalt ette valmistatud, fokuseerivaid küsimusi. Koostatud küsimused olid eelnevalt magistritöö juhendajatega üle vaadatud ning küsimuste arusaadavust testiti prooviintervjuu käigus. Küsimused esitati nii, et uuritav saaks kogetut oma sõnadega kirjeldada. Olenevalt intervjuu kulust võis fokuseerivate küsimuste järjestus intervjuudes muutuda, kuid andmete kogumisel säilitati siiski kõigi intervjuude puhul põhistruktuur. (Cristancho jt 2018.) Vältimaks uuritavate ütluste subjektiivset tõlgendamist esitati intervjuude käigus täpsustavad küsimused juhul, kui uurija soovis veenduda, et ta sai uuritava ütlustest korrektselt aru ehk kasutati peegeldamistehnikat. Parema lähenemise saavutamiseks on soovituslik kasutada küsimusi, millele uuritav saab vastata nähtust kirjeldades. (Cristancho jt 2018.) Uurija proovis vältida küsimusi, mille puhul uuritava vastus sai olla „jah“ või „ei“. Näiteks küsiti „Kas teid on nõustatud tervisliku toitumise osas?“ asemel „Palun kirjeldage, kuidas teid on nõustatud tervisliku toitumise osas?“. Tagamaks, et uuritav kirjeldab kogetut oma sõnadega, on uurija kuulaja ning väldib uurimiseväljal rääkimist. (Laherand 2008.) Uurija proovis teadlikult intervjuueerida uuritavat viisil, mis ei avaldaks uurimistöö tulemust kallutatavat mõju. Uurija vältis lisaküsimusi, milles vastus oli uurija poolt ette sõnastatud. Intervjuud viidi läbi uuritavale sobival ajal ja viisil. Uuritavate vaba eneseväljenduse tagamiseks selgitati neile, et uurimistöös ei kasutata nimesid ning nad ei pea muretsema, et keegi neid uurimistöös antud ütluste põhjal hilisemalt ära tunneb. Helisalvestised ja transkribeeritud intervjuud kustutatakse.

Uurimistöö teadusliku tausta koostamiseks kasutatud kirjandus on nõuetekohaselt viidatud. Viitamise aluseks on õendusteaduse õppetooli kirjalike tööde vormistamise juhend. Kõik töös kasutatud kirjandusallikad on esitatud kasutatud kirjanduse loetelus.

Uurimistöö usaldusväärsust vähendab asjaolu, et uurimistöö tulemused ei võimalda nähtust kirjeldada kogu Eesti piires, kuna uuritavad võisid osaleda üle Eesti, kuid uuritavate värbamisel ja andmete kogumisel ei täpsustatud uuritava elukohta. Samuti viis uurimistööd läbi üks uurija, kes ise töötab ämmaemandana, mille tõttu võib praktiline kogemus kallutada subjektiivset lähenemist. Usaldusväärsust aitab tõsta asjaolu, et uurimistöö protsessi on

kaasatud magistritöö põhi- ja kaasjuhendaja, kelle kogemus juhendajana võimaldab protsessi hinnata objektiivselt. Lisaks oli käesolev uurimistöö magistrantuuri õpingute üheks osaks, mille käigus töö erinevaid etappe hinnati õppeprotsessis kogemustega õppejõude ja õpingutel osalenud kaasüliõpilaste poolt.

5. TULEMUSED

5.1. Naiste teadlikkus II tüüpi diabeedi ennetamisest gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel

Esimene ülakategooria on „Naiste teadlikkus II tüüpi diabeedi riskist ja teadlikkust mõjutavad tegurid gestatsioonidabeediga kulgenud raseduse järel“, mille alla kuuluvad kolm alakategooriat: „Teadlikkus II tüüpi diabeedi riskist“, „Teadmiste saamise viisid“ ja „Terviseteadlikkust mõjutavad tegurid“. Kolme alakategooria alla paigutub 14 substantiivset koodi (vt Tabel 3).

Tabel 3. Naiste teadlikkus II tüüpi diabeedi ennetamisest gestatsioonidabeediga kulgenud raseduse järel.

Ülakategooria	Alakategooriad	Substantiivsed koodid
Naiste teadlikkus II tüüpi diabeedi riskist ja teadlikkust mõjutavad tegurid gestatsioonidabeediga kulgenud raseduse järel	Teadlikkus II tüüpi diabeedi riskist	- riskist teadlik
		- riskist teadlikkus puudub
		- vastuoluline informatsioon
	Teadmiste saamise viisid	- erinevad nõustajad
		- ambulatoorne nõustamine
		-nõustamisel saadud informatsioon
		-nõustamisel saadud infomaterjalid
		- perekonnas esineva diabeedi/ esinenud GDM seotud teadlikkus
		- iseseisev lisateabe otsimine
	Terviseteadlikkust mõjutavad tegurid	- kogemused nõustamisega
		- sünnituse järel fookus lapse arengu jälgimisel
		- oskamatus infot küsida
		- tervishoiutöötajate töökoormus ja aja puudus
		- tervishoiuteenuse kättesaadavus

5.1.1. Teadlikkus II tüüpi diabeedi riskist

Uuritavatest kolmel juhul kirjeldasid naised, et nad on teadlikud II tüüpi diabeedi riskist tulevikus. Teati, et gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel on risk haigestuda II tüüpi diabeeti, kuid ühtki ajalist kriteeriumit ei nimetatud. Üks uuritav kirjeldas, et ämmaemand oli teda raseduse ajal informeerinud hilisemast riskist haigestuda II tüüpi diabeeti. Sünnituse järel temaga haiglas tegelenud tervishoiutöötajad sama ei kinnitanud. Viis naist kirjeldasid, et nad

ei ole teadlikud riskist haigestuda II tüüpi diabeeti hilisemas elus, kuna neid ei ole sellest raseduse ajal informeeritud. Neist üks uuritavatest, kes oli raseduse ajal jälgimisel nii Soomes kui ka Eestis kirjeldas, et II tüüpi diabeedi riskist ta teadlik ei ole, kuid ta teab, et peale sünnitust kaob diabeet ära.

„Selles suhtes, et ma tean seda, et peabki uurima, et ta ei oleks, et ta ei kujunekski tavaliseks diabeediks“ (U5)

„Ma otseselt tegelikult ei teagi midagi. Mulle väga ei räägitud, ma ise tean ainult seda, et on oht. Minul võib see (II tüüpi diabeet) ka uuesti tulla“ (U1)

„Ma tean, et risk on olemas /.../ Jah, et seda võin jääda, haigestuda II tüüpi diabeeti. /.../ Haiglast öeldi, et unustatud teema juba, et peale seda (sünnitust) ei pea üldse midagi tegema.“ (U4)

„Kusjuures ega ma eriti midagi ei teagi. Ma tean, et mul mõlema raseduse ajal oli gestatsioonidiabeet“ (U8)

„Tegelikult sellest ma väga ei tea midagi. Seda ei ole mulle nõustatud /.../ Seal Soomes öeldi, et kui sünnitus ära on, siis üldiselt kaob ära see“ (U7)

5.1.2. Teadmiste saamise viisid

Uurimistöös osalenud naised kirjeldasid gestatsioonidiabeedi diagnoosi saamise järel tervishoiuspetsialistide poolset nõustamist, mille käigus saadi teadmisi haigusega toimetulekuks. Nõustajateks olid erinevad tervishoiuspetsialistid: ämmaemand, diabeediämmaemand, diabeedi arst (endokrinoloog), naistearst, diabeeditoitumise nõustaja, perearst ja pereõde. Ambulatoorsel visiidil nõustamist kirjeldasid naised suuliselt antud informatsioonina. Kirjeldati, kuidas tervishoiuspetsialist rääkis ja ütles. Kolmel juhul kirjeldasid naised lisaks suulisele nõustamisele kirjalikul kujul saadud materjale (brošüürid, juhised, materjalid). Ühel juhul kirjeldas naine, et ta on diabeediga toimetulekust teadlik, kuna tema isa on diabeetik. Üks naine oli saanud nõuandeid ja teadmisi oma bioloogilise õe käest, kellel raseduse ajal esines samuti gestatsioonidiabeet. Kahel juhul märkisid uuritavad, et nad

vajasid lisainformatsiooni ning selle tõttu on nad ise diabeediga toimetuleku kohta lisa lugenud ja uurinud.

„Kogu minu teadmise põhinebki ainult sellel, mis ämmaemand mulle andis /.../ kõik info tuligi ainult ämmaemandalt“. (U4)

„Ma olin arsti jälgimisel. Mul arst rääkis ja ma ühe korra käisin ka diabeedi arsti...endokrinoloogi juures ja siis mul perearst ka rääkis kui mul laps oli juba sündinud, et peab kontrollima (veresuhkrut)“. (U1)

„Mu isa on suhkruhaige. Niipalju ma tean, et /.../ mul võib esineda ka see diabeet raseduse väliselt- ütleme niimoodi, aga rohkem nagu ei ole kursis sellega (sünnituse järgne jälgimine)“ (U6)

„Ma tundsin, et ma pigem pidin ise uurima ja lugema ja nagu ise vaatama /.../ ma lugesin hästi palju selle kohta ja uurisin oma tuttavatelt ja ka oma õelt.“ (U1)

5.1.3. Terviseteadlikkust mõjutavad tegurid

Kõik uurimistöös osalenud naised olid raseduse ajal gestatsioonidiabeedi tõttu suunatud nõustamisele diabeedispetsialisti juurde. Naised kirjeldasid raseduse jälgimise ajal toimunud nõustamist erinevate tervishoiuspetsialistide poolt, kuid II tüüpi diabeedi ennetamise ja ennetusmeetmete rakendamise suhtes nõustamist kirjeldasid naised puudulikuna või esines informatsiooni saamisel täielik infosulg. Puudulikku nõustamist kogeti nii ambulatoorsel kui ka sünnituse järel haiglas statsionaarsel jälgimisel viibimise ajal ehk mitmel tervishoiuteenuse osutamise tasandil. Samas kirjeldasid naised, et nad ei osanud ise sünnitusjärgse perioodi suhtes informatsiooni küsida, kuna nad ei tulnud selle pealegi, et peaks vastavasisulist informatsiooni saama. Kahel juhul kirjeldasid naised, et sünnituse järel perearsti juures toimunud visiitidel keskenduti lapse arengu ja tervises seisundi hindamisele ning ema tervise kohta ei uuritud ega tuntud huvi. Kolm uuritavat kirjeldasid, et nende esmatasandi tervishoiuteenuse kättesaadavusel esines takistusi. Nimetati elukoha vahetusega seotud perearsti vahetust ja situatsiooni, kus perearstil oli asendaja (asendusarst). Kirjeldati ka probleeme elukohajärgse esmatasandi tervishoiuteenuse kättesaadavusega.

„Ma ei mäleta, et keegi oleks pärast nagu rääkinud, et mina pean midagi jälgima või nii. Seda öeldi küll, et laps võib saada (ainevahetushaiguse), aga õnneks tal ei ole siamaani.“ (U2)

„Sellel teemal ei rääkinud mulle isegi perearst mitte midagi. Mitte keegi mitte midagi ei rääkinud. Ma vist isegi mainisin talle, et mul oli see (gestatsioonidiabeet), aga ta ei teinud väga sellest väljagi. See diabeediõde, kelle juures käisin, ka ei öelnud mitte midagi.“ (U5)

„Tundus, et sellel endokrinoloogil ei olnud väga teadmisi või ei osanud ta nõustada. Kui ma sealt tulin, siis ma tundsin, et ma eriti targemaks ei saanud. /.../ Ma ausalt öeldes, ei tea midagi. Ei räägitud, isegi kui ma haiglas olin peale sünnitust, siis ka nagu ei mainitud mitte midagi. Ei öeldudki mitte midagi.“ (U1)

„Ma oleks nagu võinud küsida /.../ väga ei küsinudki, mul on perearst, selles mõttes mul on perearst meesterahvas, venelane ka noh....väga ei kippunud temaga rääkima. Võib olla oleks pidanud tõesti noh, ämmaemandate käest küsima.“ (U2)

„Perearsti poolt on nõustamise pool olematu. Ma ei ole ise ka selle peale tulnud, et ise küsida. /.../ Keegi ei mõtlegi sellele ennetusele...võib olla see on sellest ka, et kui arstil oleks rohkem aega, siis ta tahaks suhelda ja mõelda, aga see on selle aja probleem praegu. Ma ei tea, kas see on kogu aeg niimoodi, aga minul ei ole küll ennetustööga mitte mingisugust kokkupuudet olnud.“ (U4)

5.2. Naiste teadlikkus II tüüpi diabeedi ennetusmeetmetest ja nende kasutamine gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel

Teine ülakategooria on „Naiste teadlikkus II tüüpi diabeedi ennetamisest gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel“. Ülakategooria alla moodustus neli alakategooriat, milleks on „Teadlikkus sünnitusjärgse skriinimise osas esmatasandi tervishoius“, „Teadlikkus tervisliku toitumise seosest II tüüpi diabeedi ennetamisel“, „Teadlikkus füüsilise aktiivsuse seosest II tüüpi diabeedi ennetamisel“ ja „Teadlikkus rinnaga toitmise seosest II tüüpi diabeedi ennetamisel“ (vt Tabel 4). Nelja alakategooria alla paigutub 14 substantiivset koodi.

Tabel 4. Teadlikkus II tüüpi diabeedi ennetusmeetmetest ja nende kasutamine gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel.

Ülakategooria	Alakategooria	Substantiivsed koodid
Naiste teadlikkus II tüüpi diabeedi ennetamisest gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel	Teadlikkus sünnitusjärgse skriinimise osas esmatasandi tervishoius	-teadlikkus sünnitusjärgse skriinimise vajalikkusest
		- teadlikkus skriinimise toimumise ajast
		- teadlikkus skriinimise teostaja osas
		-teadlikkus sünnitusjärgse skriinimise meetodist
		-skriinimise mittetoimumine teenuse saaja poolsetel põhjustel
	Teadlikkus tervisliku toitumise seosest II tüüpi diabeedi ennetamisel	- nõustamisel saadud teadmised tervisliku toitumise suhtes
		-toitumises tehtud muutused ja järjepidev tervislik toitumine sünnituse järel
		-toitumiskavade kasutamine
	Teadlikkus füüsilise aktiivsuse seosest II tüüpi diabeedi ennetamisel	-füüsilise aktiivsuse soovitud raseduse ajal
		-teadlik füüsiline aktiivsus sünnituse järel
		-füüsilist aktiivsust mõjutavad tegurid
	Teadlikkus rinnaga toitmise seosest II tüüpi diabeedi ennetamisel	-teadlikkus rinnaga toitmise positiivsest mõjust II tüüpi diabeedi ennetamisel
		-probleemid rinnaga toitmisel
		-tervishoiuspetsialisti toetuse puudumine

5.2.1. Teadlikkus sünnitusjärgse skriinimise osas esmatasandi tervishoius

Neli naist kaheksast kirjeldasid, et on teadlikud vajadusest peale sünnitust anda vereanalüüs. Neist kolmel juhul nimetasid naised ajalist kriteeriumit, millal sünnituse järel skriinimine toimuma peab. Kahel juhul kolmest olid naised teadlikud kolme kuu pärast tehtavast vereanalüüsist (skriinimisest). Ühel juhul kirjeldas naine nii kaks kuni kolm kuud peale sünnitust tehtavat vereanalüüsi ning lisaks kuue kuu keskmisi veresuhkru kontrollimisi. Naised, kes olid teadlikud sünnitusjärgsest skriinimisest kirjeldasid, et skriinimise teostaja on perearst. Kirjelduste põhjal ei selgunud, mitmel skriinimisest teadlikkul naisel skriiminime toimus. Skriinimise mittetoimumise põhjustena nimetati ajapuudust ja unustamist. Ühel juhul kirjeldas naine, et ta suunati kõrge veresuhkru näidu tõttu töötervishoiuarsti poolt perearstile ning üks naine pöördus perearstile seoses tervisetõendi uuendamisega, mille raames tehti veresuhkru analüüs. Kaks naist kirjeldasid, et nad on ise peale sünnitust kodus glükomeetriga mõõtnud oma veresuhkru väärtusi.

„Seda öeldi mulle siis kui ma haiglast välja sain, siis 3 kuu tagant pärast sünnitust tuleb minna kontrollima seda (veresuhkur). /.../ Sünnitusjärgselt käisin ma perearstil, kes tegi mulle testi 3 kuu jooksul ja see oli korras.“ (U8)

„Peale sünnitust võeti veri küll. /.../ Ämmaemand nagu ütles mingi aeg, et ma teeksin selle noh....3 kuu vereproovi, aga siis ma jäin uuesti lapseootele.“ (U3)

„Ma pidin perearsti juures tegema selle vereanalüüsi mingi kaks või kolm kuud peale sünnitust, et veresuhkru 6 kuu keskmised nagu teada saada ja rohkem mulle nagu mingit infot ei jagatud, et ma peaks kuidagi midagi jälgima või nii.... /.../ selles mõttes, et ma lõpuks ei jõudnudki perearsti juurde, sest kuidagi iga kord nagu läks meelest ära“. (U6)

„Ma oleks pidanud minema uuesti kontrolli või seda testi tegema, seda kus pidi jooma (GTT) ... et aga noh, ma ei ole seda käinud tegemas.“ (U1)

„Ma pidingi minema, sest käisin seal töötervishoiuarsti juures ja kui tuli välja see, et mul on natuke kõrgem (veresuhkur) kui peaks, siis pidingi perearsti juurde minema.“ (U7)

5.2.2. Teadlikkus tervisliku toitumise seosest II tüüpi diabeedi ennetamisel

Naised kirjeldasid gestatsioonidiabeedi diagnoosimise järel ambulatoorsetel visiitidel toimunud nõustamist tervisliku toitumise suhtes. Raseduse ajal tervisliku toitumise suhtes nõustamist kirjeldati enamasti suuliselt antud soovitusena. Näiteks vähendada süsivesikuid, süüa rohkem salatit, vältida magusaid jooke, piirata magusaid piimatooteid (kohupiim, jogurt) ja vähendada toidu koguseid. Ühel juhul kirjeldati õpetust taldrikureeglist. Kahel juhul kirjeldasid uuritavad nõustamisel saadud kirjalikke materjale (brosüürid), millest saadi abi tervisliku toitumise jälgimisel. Naised kirjeldasid diabeedipäeviku pidamist raseduse ajal, kuid sünnituse järel diabeedipäeviku pidamise jätkamist ei kirjeldatud. Kolm uuritavat olid tarvitusele võtnud individuaalse toitumiskava (nt. Fitlap), neist ühel juhul oli toitumiskava soovitanud tervishoiuspetsialist. Toitumiskava jälgimist kirjeldasid naised positiivse ja vajalikuna. Naised kirjeldasid, et gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse ajal saadud teadmiste tõttu on nende toitumine olnud tervislikum ka hilisemas elus. Üks naine kirjeldas, et raseduse ajal jälgis ta toitumist rangelt, kuna mõtles kantava loote heaolule, kuid sünnituse järgselt ajapuuduse tõttu ta toitumist enam ei jälgi.

„Diabeediämmaemand ütles, et vältida näiteks süsivesikuterikkaid toite. /.../ Sünnituse järgselt ongi meeles...no ongi see, et toitumist tuleb jälgida. Mitte liiga magusat üle tarbida ja kõike seda.“ (U8)

„Esimesed nõuanded ma sain ämmaemandalt, aga siis ma käisin toitumisnõustaja...selle diabeeditoitumisnõustaja juures ja sealt ma sain ka juhiseid kuidas ja mida...ja kõik see oli katse-eksituse meetodil, et mõnele mõjub see ja mõnele ei mõju /.../ Sealt ma sain jah nõuandeid ja abi.“ (U4)

„Kusjuures ma enam ei söö neid valgeid saiu, kartulit väga ei armasta, need on nagu jäänud sisse, see ja on jäänud need kogused nagu sisse. Sellest on kasu olnud- pigem on parem see pool taldrikut salatit või kolmveerand taldrikut /.../ ja siis muud asjad (kartul, riis, liha).“ (U7)

„Toitumisalast nõustamist...noh hästi palju on rõhutatud...kui diabeediõe juures käisin, siis oli see taldrikureegel ikka see, mis räägiti /.../ see oli põhiline soovitus. Aga noh, ma ise

muidu jälgisin nii esimese kui ka selle raseduse ajal ma jälgisin toitumiskava niivõrd-kuivõrd, nii palju kui jõudu jaksu ja nagu noh aega on....“ (U6)

„Need on väga palju mõjutanud, et see ongi isegi peale rasedusi. Ikkagi ma toitun üsna noh selle järgi, et ikkagi ei ole nii, et rase ei ole, siis võib igasugust manti suust sisse ajada. Ikkagi jälgin ka tervist.“ (U5)

„No võiks paremini toituda, et ma ise tunnen, et mul peale sünnitust kuidagi läks kergemaks, et ma ei pea enam kogu aeg muretsema sellepärast, et mu lapsega midagi juhtub või et ta kasvab niiõelda liiga suureks nagu mind kogu aeg hirmutati. Pigem ma olen liiga lõdvaks lasknud ennast. Ma ise tunnen, et ma peaks paremini jälgima seda... toitumist. Pigem peaks niimoodi toituma nagu raseduse ajal toitusin. Raseduse ajal ma toitusin ülitervislikult ja väga hästi... aga praegu on küll nagu öö ja päev. Selle koha pealt. ... selleks pole piisavalt aega ka“. (U1)

5.2.3. Teadlikkus füüsilise aktiivsuse seosest II tüüpi diabeedi ennetamisel

Füüsilise aktiivsuse soovitustest kirjeldasid naised kõige enam raseduse ajal antud soovitusena jalutamist, ajalise kriteeriumina nimetati 30 minutit päevas. Füüsilise aktiivsuse osas antud soovitustes esines erinevusi. Soovitati nii jalutamist 2-3 korda nädalas kui ka igapäevast aeroobset tegevust, millel ei lisatud ajalist kriteeriumit. Lisaks jalutamisele oli ühele uuritavale soovitatud ujumist. Enamus naised olid teadlikud (kogemuspõhine teadlikkus) füüsilise aktiivsuse ja diabeedi kontrolli all hoidmise omavahelisest seosest. Kirjeldati seost liikumise ja raseduse ajal mõõdetud normaalsete veresuhkru väärtuste vahel. Kolmel juhul ei olnud uuritavad saanud nõustamist füüsilise aktiivsuse osas. Ühel juhul oskas naine tuua näite oma diabeetikust isa elustiili ja veresuhkru kontrolli all hoidmise seosest. Kui raseduse ajal kirjeldasid naised füüsilist aktiivsust takistava tegurina füüsilise võimekuse langust raseduse ajal, siis sünnituse järel nimetati takistusena ajapuudust (vajadus lapsega tegeleda), väsimust ja laiskust. Naiste kirjelduste järgi piirdus sünnituse järel füüsiline aktiivsus enamasti lapsega õues veetmise aja ja/või kohustusega, vaid ühel juhul ütles uuritav, et on hakanud trennis käima.

„Diabeediõde soovitas igapäevaselt vähemalt 30 minutit või siis minimaalselt üle päeva õues olla. Ja tegelikult see on ka suhkru näitajatest näha, kui ma ikkagi lähen õue selleks pooleks

tunniks, siis mul on suhkur nagu noh madalam. /.../ Mul on endal näiteks kui ma võtan enda isa, siis kui ta käis igapäevaselt või noh 2-3 korda nädalas kõndimas, siis tal oli suhkur ikkagi vägagi kontrolli all.“ (U6)

„Esimene visiit selle diabeediõe juures, siis mulle loetigi need nõ asjad ette- liikumine, söömine, et see hoiab selle asja (diabeedi) kontrolli all. Jalutamine....ujumine oli ka muidugi üks asi, mis oli soovitatav. /.../ Näen oma kogemuse põhjal, et nii kui ma liigun, siis on ilusad näidud.“ (U5)

„Nüüd on jäänud pigem see, et me oleme lapsega väljas ja me liigume selles mõttes...“ (U2)

„Ma tean, et ma pean liikuma, aga kuidas see omavahel seoses on, et noh.../.../seda osa ma küll ei tea...mingeid nõuandeid või otseseid soovitusi sünnituse järgseks aktiivsuseks ma pole saanud, sellest ei tea ma midagi.“ (U4)

„Füüsiliselt olen kõvasti aktiivsem kui raseduse ajal. Ma ikkagi üritan end liigutada.“ (U1)

5.2.4. Teadlikkus rinnaga toitmise seosest II tüüpi diabeedi ennetamisel

Uurimistöös osalenud naised kirjeldasid, et nad on teadlikud, et rinnaga toitmine on lapsele kasulik. Uuritavad teadsid, et imetada on soovituslik vähemalt kuus kuud. Uurimistöös osalenud naised ei kirjeldanud rinnaga toitmise nõustamist II tüüpi diabeedi ennetamise eesmärgil. Mitte ühelgi juhul ei kirjeldanud naised rinnaga toitmise nõustamisel saadud teadmisi rinnaga toitmise ja II tüüpi diabeedi ennetamise omavahelisest seosest. Samas kirjeldasid uuritavad erinevaid rinnaga toitmisel ette tulnud probleeme, mille puhul nad abi ei saanud ning mille tõttu jäi rinnaga toitmise aeg lühikeseks. Üks naine tunnistas, et tema jaoks oli imetamine ebameeldiv tegevus, millega ta ei soovinud tegeleda.

„Aaa...seda ma ei teagi, selle kohta ma ei teagi üldse. Ma pole isegi uurinud selle kohta, kas need on omavahel seotud või ei ole...Ma ei osanud isegi mõelda, et see võiks ka olla üks mõjutaja.“ (U5)

„Rinnaga toitmise suhtes....ei ole mind nagu otseselt nõustatudki nagu...ka raseduse ajal ei nõustatud.“... Noh, ma oleks ise nagu teda soovinud toita pikemalt, aga noh piim kadus

ära...ma hakkasin välja pumpama...ta nagu õieti ei võtnud ja läksime pudeli peale sujuvalt üle... (U3)

„Rinnapiima kasulikkusest ma ikka tean, aga /.../ see ei olnud minu arvates meeldiv tegevus. Imetamisnõustaja käis ka kodus ja haiglas ka vaadati...aga seal ei räägitud seosest diabeediga, pigem räägiti imetamise kasulikkusest, aga mitte diabeediga....võib olla see oleks mind motiveerinud imetama.“ (U1)

6. ARUTELU

Naiste teadlikkus II tüüpi diabeedi ennetamisest gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel on seoses rasedusaegse nõustamise ja selle käigus saadud informatsiooniga. Gestatsioonidiabeedi diagnoosimise järel vajavad naised haigusega toimetulekuks ja primaaravivõtmise saavutamiseks ämmaemanda ja diabeedispetsialisti poolset nõustamist, mis hõlmab asjakohast informatsiooni haigusega toimetulekuks raseduse ajal ning hilisemate terviseriskide teadvustamist. Raseduse jälgimise juhendi alusel tuleb gestatsioonidiabeedi diagnoosi saanud rase suunata ühe nädala jooksul gestatsioonidiabeedi dieetravi koolituse läbinud diabeediõe või ämmaemanda vastuvõtule. (Vaas jt 2018.) Raseduse ajal on gestatsioonidiabeediga naisel kokkupuude mitmete tervishoiuspetsialistidega, kelle kõigi ülesandeks on raseda nõustamine, sealhulgas sünnitusjärgse jälgimise ja II tüüpi diabeedi riski ja ennetamise suhtes. Ko jt (2013) uurimistöös 86,2% ämmaemandaid informeeris gestatsioonidiabeediga naise hilisemast riskist haigestuda II tüüpi diabeeti. Käesolevas uurimistöös kirjeldasid üheksast uuringus osalenud uuritavast viis, et nad ei ole teadlikud gestatsioonidiabeedi esinemisega seotud terviseriskidest hilisemas elus. Uuritavad tõdesid, et diabeedi suhtes nõustamine ja jälgimine katkeb sünnitusega ning sünnitusjärgne jälgimine ja informatsioon on vastuoluline ja puudulik.

Arvestades gestatsioonidiabeedi esinemise sageduse tõusu rasedatel (Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas) ja sellest tulenevat riski haigestuda II tüüpi diabeeti (Bao jt 2014, Ehrlich jt 2014, O'Reilly jt 2014, Bhavadharini jt 2016, Vaas jt 2018.) on vajalik naiste nõustamine II tüüpi diabeedi riskist. Raseduse ajal antud informatsioon ennetamismeetoditest peab olema naisele arusaadav ja kõigi tervishoiuspetsialistide poolt ühtsetel alustel jagatud teave. Krooniliste haiguste ennetamise seisukohast on lisaks rasedusaegsele jälgimisele ja nõustamisele vajalik naiste terviseteadlikkuse tõstmine, et naine saaks ise teadlikult ja vastutustundlikult suhtuda enda tervisesse. Naiste terviseteadlikkuse tõstmise eesmärgil on vaja valdkonda puudutavates juhendites määratleda, kes ja millal nõustab gestatsioonidiabeediga naist sünnitusjärgse jälgimise, skriinimise ja võimalike ennetusmeetmete rakendamise osas. Sealhulgas on oluline naise isiklik panus ja mõistmine ennetustegevusest kasutamise suhtes. Gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel II tüüpi diabeedi riski vähendamiseks kasutatavad ennetusmeetmed on sünnitusjärgne jälgimine esmatasandi tervishoius (skriinimine), tervislik toitumine, regulaarne füüsiline koormus ja lapse rinnaga toitmine.

Rasedate jälgimise juhendi alusel toimub **sünnitusjärgne skriinimine esmatasandi tervishoius** perearsti juures, kuid naise poolse teadmatuse, unustamise ja ajapuuduse tõttu võib sünnitusjärgne jälgimine esmatasandi tervishoius katkeda. Uuritavad on varasemates uurimistöodes kirjeldatud gestatsioonidiabeedi järel II tüüpi diabeedi ennetamist takistavate teguritena teadmatust sünnitusjärgse skriinimise osas, ajapuudust ja vajadust lapse eest hoolitseda. Sarnaseid tulemusi on kirjeldanud Kim jt (2018), Peacock jt (2014) ja Ko jt (2013). Pooled uuritavatest olid teadlikud, et sünnitusjärgselt on vajalik perearsti juures anda vereanalüüs. Hetkel kehtiva juhendi alusel on perearstil nõue naisel määrata 12 nädalat pärast sünnitust glükohemoglobiin (HbA1c). Juhendi ei sisalda nõuet naist nõustada terviseriskidest ja ennetusmeetmetest. Tervishoiuteenuse järjepidevuse tagamiseks tuleks eelneva gestatsioonidiabeediga naise sünnitusjärgne visiidi aeg planeerida (diabeedi)ämmaemanda juurde nii, et sünnitusjärgne skriinimine saaks teostatud. See võimaldab esmatasandi tervishoiu (perearsti, pereõe) töökoormust vähendada ning tagada sünnitusjärgse nõustamise ja skriinimise toimumise.

Naise teadlikkust mõjutab tervishoiuteenuse järjepidevus. Uurimuses selgus, et tervishoiuteenuse järjepidevus võib seoses naise elukoha vahetusega katkeda ning edasine jälgimine ja nõustamine jääb poolikuks. Tulemuslikuks nõustamiseks on vajalik teada, millised on naise teadmised. Tervishoiuteenust jätkaval ämmaemandal võib visiidi ajal, vestluse teel selle välja selgitamine olla keeruline ja ajamahukas, kuna naisele ei pruugi koheselt meenuda kõik teemad, mille osas ja kuidas teda on nõustatud. Iseseisva antenataalse ämmaemanduabi kvaliteedi kliiniline audit toob välja, et nõustamised on valdavalt vähe kirjeldatud või suures osas täielikult kirjeldamata. (Iseseisva antenataalse ämmaemanduabi ... 2013.) Tõhusa ja järjepideva tervishoiuteenuse osutamise suhtes on kõigil tervishoiuspetsialistidel vaja endale teadvustada, miks on dokumenteerimise detailsus vajalik. Osutatud tervishoiuteenuse sisu peab kajastuma korrektselt dokumenteeritud digiloo ambulatoorses epikriisis. Kui naine liigub ühe tervishoiuteenuse osutaja juurest teise tervishoiuteenuse osutaja juurde, siis kvaliteetse ja naise vajadustest lähtuva teenuse ostamiseks on vaja teada, mis teemadel on teda juba varasemalt nõustatud.

Valdkonnaga seotud erialaseltsides tuleks arutada, kas parema tervisetulemi eesmärgil peaks tervishoiuteenusena diabeediõe või (diabeedi)ämmaemanda visiidid jätkuma sünnitusjärgsel perioodil. Seejärel saab naine teadlikult kord aastas krooniliste haiguste ennetamise eesmärgil pöörduda pereõe iseseisvale vastuvõtule terviseriskide hindamiseks. Krooniliste haiguste

ennetamise eesmärgil soovitab Eesti Haigekassa regulaarset terviseriskide hindamist. Näiteks Eesti Ämmaemandate Seltsis ja perearstide Seltsis tuleks arutada, kas tervishoiuteenusena sünnitusjärgne (diabeedi)ämmaemanda visiit on II tüüpi diabeedi kui kroonilise haiguse ennetamisel otstarbekas ja kuluefektiivne.

Raseduse ajal on põhirõhk **toitumisnõustamisel**, millega üldjuhul saavutatakse naisel veresuhkru eesmärkväärtused. Uuritavad kirjeldasid raseduse ajal diabeediämmaemanda või -õe poolset nõustamist mitmekesise tervisliku toitumise osas. Igapäevane tervislik toitumine on üks II tüüpi diabeedi ennetamise meetodeid, millega gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel peab naine jätkama. Kõrge kehamassiindeksiga naistel (raseduseelne kehamassiindeks ≥ 30 kg/m²) on suurem risk raseduse ajal haigestuda gestatsioonidiabeeti, seega raseduse ajal alustatud ja sünnitusjärgselt jätkatav tervislik toitumine aitab hoida kehakaalu tõusu raseduse ajal normaalväärtuses ja sünnituse järgselt aitab kaalu langetada. Kirss jt (2015) soovivad patsientidega parema koostöövalmiduse saavutamiseks naistele rõhutada, et tegemist ei ole nii öelda päris diabeediga, vaid rasedusaegse riskiteguriga, mille ravi on suunatud eelkõige looteriskide vähendamisele. See lähenemine võib naisel tekitada arusaama, et raseduse ajal toitumises tehtud muudatustega ei ole vajalik jätkata sünnitusjärgsel perioodil. Kõigi ämmaemandate ja tervishoiuspetsialistide ülesanne on tõsta gestatsioonidiabeediga raseda teadlikkust tervisliku toitumise osas. Naine peab teadma, mis toiduaineid ja millises koguses ta tarbida võib. Nõustama peab toitumises tehtud muudatuste jätkamise vajalikkusest sünnitusjärgsel perioodil, kuna see võib ära hoida või edasi lükata aega, mil gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel kujuneb välja II tüüpi diabeet.

Naised pidasid toitumise suhtes kirjalikult antud materjale tähtsaks, kuna see andis võimaluse visiidil saadud informatsiooni kodus korduvalt läbi vaadata. Antud materjalid sisaldasid tervislik toitumise alast teavet. Uuringus osalenud naised kirjeldasid saadud materjale erinevalt (brošüürid, materjalid, lehed). Gestatsioonidiabeediga rasedaid nõustavad ämmaemanda ja teised tervishoiuspetsialistid vajavad tervishoiuteenuse kvaliteedi tagamiseks samasisulisi materjale, mille jagamine peab olema nõustamise üks osa. Vajalikud on naistele mõeldud materjalid, mis sisaldaksid informatsiooni gestatsioonidiabeediga toimetuleku, hilisemate terviseriskide ja nende ennetamise võimaluste osas. Kõigile teenuseosutajatele kättesaadavate ja asjakohaste materjalide välja töötamine on suur töö, kuid koostöös erinevate erialaseltsidega ja organisatsioonide näiteks Eesti Ämmaemandate Ühing, Eesti Õdede Liit, Eesti Perearstide Selts, Eesti Diabeediliit, Tervise Arengu Instituut ja Eesti Haigekassa võiks

see õnnestuda. Eelkõige tagaks selliste materjalide olemasolu üle-eestilise tervishoiuteenuse kvaliteedi. Tervise Arengu Instituudi poolt on koostatud tervislikku toitumist puudutavaid raamatuid, millele on kõigil soovijatel juurdepääs, kuid tänapäeva kiiret elutempot ja informatsiooni otsimise viisi arvestades peab olema informatsioon kiirelt ja mugavalt kättesaadav ja kasutatav ehk digitaalsel kujul. Materjalid peavad olema asjakohased ja informatsioon kiirelt kättesaadav. See lihtsustab ja soodustab igapäevast kasutamist ning kasutajasõbralikul kujul on materjalidel potentsiaalselt pikem kasutamise aeg kui vaid raseduse ajal.

Uuritavad kirjeldasid, et osa juhtudel jätkavad nad sünnitusjärgsel perioodil ämmaemanda poolt antud toitumisalaste soovitustega, seega võib väita, et tervisliku toitumise nõustamisel on positiivne mõju tervisekäitumisele. Tervisliku toitumisega jätkamine võib olla raske ülesanne, kuna nõuab naiselt püsivust ja aega. Sünnituse järel igapäevast veresuhkru ja naise seisundi jälgimist tervishoiuspetsialistide poolt ei toimu, seega puudub naisel kohustus jälgida tervislikku toitumist. II tüüpi diabeedi ennetamisel on võtmeküsimuseks jätkata tervisliku toitumisega, mida lihtsustab individuaalse toitumiskava jälgimine. Käesolevas uurimuses ainult ühel juhul oli tervishoiutöötaja poolt soovitatud individuaalset toitumiskava, kuid oli ka neid, kes ise olid leidnud tee individuaalse toitumiskavani. Toitumiskavadest saadavat teavet kirjeldasid naised positiivse ja vajalikuna. Toitumiskavade vähese soovitamise üks põhjustest võib olla ämmaemandate isikliku kogemuse puudumine seoses toitumiskava(de) jälgimise- ja kasutamisega. Ämmaemandid võivad soovitada toitumiskavade kasutamist, mis aitavad tervislikku toitumist jälgida ning vastavalt muutustele kehakaalus ja elustiilis korrigeerida igapäevast toidulauda. Teemakohasest kirjandusest ja uurimistöös antud kirjeldustest ei selgunud, et toitumiskavade soovitamine on osa gestatsioonidiabeediaegsest tervisliku toitumise nõustamisest. Kui toitumiskava(de) soovitus lisada tervislik toitumise nõustamise üheks osaks, siis kindlaks määratleda ja valdkonda reguleerivatesse juhenditesse lisada, milline toitumiskava on ekspertide poolt hinnatuna nõuetele vastav ja soovitamiseks parim valik. Toitumiskavade soovitamisel on vajalik delikaatselt küsida ja/või hinnata naise sotsiaalmajanduslikku võimalust, kuna individuaalsed toitumiskavad võivad olla tasulised ja kõigil inimestel ei pruugi olla majanduslikku võimalust selle soetamiseks.

Ämmaemandate raseduse ajal antud **füüsilise koormuse soovitus** on pigem tagasihoidlikud. Kui üldse, siis enamasti oskasid uuritavad välja tuua liikumise soovitus 30

minutit päevas madala intensiivsusega, mida on välja toodud ka kirjanduses (Mensink jt 2003). Uurimistöös selgus, et naised on teadlikud liikumise tähtsusest, kuid sellest olenemata liikumist kui regulaarset kehalist treeningut kirjeldati vähestel juhtudel. Viimastel aastatel on kohalikud omavalitsused panustanud terviseedendusse. Kohalike omavalitsuste poolt on panustatud füüsilise elukeskkonna parendamisesse (Purru jt. 2021), millega on loodud erinevaid aktiivse vabaajaveetmise võimalusi. See annab inimesele võimaluse olla füüsiliselt aktiivne. Ämmaemand saab võimestada inimest olema füüsiliselt aktiivne, soovitades talle erinevaid füüsilise tegevuse võimalusi, näiteks jalutamine kergliiklusteel, terviserajal või osaleda rasedale mõeldud treeningul. Uurimistöös osalenud naised kirjeldasid, et sünnitusjärgselt viibivad nad õues pigem lapse ja värske õhu saamise pärast kui regulaarse treeningu eesmärgil. Naistele võiks tutvustada erinevaid digitaalseid lahendusi füüsilise aktiivsuse monitoorimiseks. Inimese enda aktiivsuse ja tulemuste monitoorimine võib olla üheks motivaatoriks igapäevase füüsilise aktiivsuse harrastamisel. Nõustaja peab ise olema teadlik kohalikus kogukonnas olevatest treeningvõimalustest, mida naistele soovitada. Soovitustest lähtuvalt saab naine ise teha enda jaoks sobiva valiku.

Kirjandusest lähtuvalt on gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel rinnaga toitmisel positiivne mõju II tüüpi diabeedi ennetamisele. (Tovar jt 2011; Peacock jt 2014.) Käesolevas uurimistöös tõdesid naised, et rinnaga toitmise ja gestatsioonidiabeedi järel II tüüpi diabeedi ennetamisest puuduvad neil teadmised. **Rinnaga toitmise nõustamisel** keskendutakse rinnapiima kasulikkusele vastsündinu seisukohalt, sama selgus ka antud uurimistöös. Naised kirjeldasid oma teadmisi rinnaga toitmise kasulikkusest lapsele ja neil oli soov lapse rinnaga toitmiseks, kuid kirjeldati ka imetamisega seotud probleeme, mille tõttu jäi rinnaga toitmise periood lühikeseks. Ettevalmistus edukaks rinna toitmiseks saab alguse juba raseduse ajal. Eelteadmised rinnaga toitmise ja võimalike takistuste suhtes peaks saama raseduse ajal ämmaemanda korralistel visiitidel. Imetamisnõustamisega soovitatakse alustada teisel trimestril toimuvatel visiitidel, jätkata kolmandal trimestril ning sünnituse järel. (Vaas jt 2018.) Tervise Arengu Instituudi statistika andmetel langeb imikute täielikult rinnapiimaga toitmine ajas kiirelt ning kuni 6 kuu vanuseid imikuid toideti täielikult rinnapiimaga vaid 23,3%. (Tervise Arengu Instituut). Tulemuslikuks imetamisnõustamiseks vajavad ämmaemandad koolitusi, mis võimaldaks teadlikult toetada naist rinnaga toitmise jätkamiseks pikema aja jooksul. Sihveri (2018) uurimuses rõhutasid emad vajadust koolitatud imetamisnõustaja toe järgi kõigile sünnitajatele. Naisi tuleb nõustada, et rinnaga toimine on seotud II tüüpi diabeedi ennetamisega gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel.

Raseduse ajal tuleb välja selgitada, millised on naise teadmised seoses rinnaga toitmisega ning mis teadmisi ta vajab. Imetamisprobleemide korral on vajalik kiire ja asjatundlik abi, et imetamisprotsess saaks jätkuda. Kõigile rasedatele tuleb soovitada imetamise teemal perekooli loenguid ning anda elukohajärgse imetamisnõustaja kontaktid. Kuigi rinnaga toitmise toetuseks on naistel abi saamiseks võimalik pöörduda imetamisnõustaja poole nii ambulatoorsele vastuvõtule kui küsida nõu ka telefoni teel (Sünni ja Imetamise Eesti Tugiühing), siis käesolevas uurimistöös kogesid uuritavad siiski sünnitusjärgses perioodis tervishoiuspetsialistide toetuse puudumist. Naisele tuleb anda informatsioon, kuhu tal on rinnaga toitmise probleemide korral võimalik abi saamiseks pöörduda ning seda lähtuvat elukohajärgsetest võimalustest, kuna rinnaga toitmise tugivõrgustik on Eesti piires ebahühtlaselt kaetud ja esineb piirkondi, kus teenus on osaline või puudub. Käesolevas uurimistöös kirjeldasid naised, et esmatasandi tervishoiu meeskonna käest ei ole nad saanud või osanud nõu küsida rinnaga toitmise osas. Naised tunnevad, et esmatasandi tervishoiu koondub kogu tähelepanu lapsele ning tervishoiuteenus mõjutab aja- ja personalipuudus. Samuti ei oska naised perearsti (pereõe) käest imetamisalast abi otsida. Esmatasandi tervishoiu tõhusaks toimimiseks ja rinnaga toitmise toetamiseks tuleb raseduse ajal naisi julgustada sünnituse järel pereõe käest abi küsima. Pereõdesid tuleb võimestada naiste abi vajadust märkama ja asjakohast abi pakkuma.

Ämmaemandad omavad ettevalmistust nõustamiseks kogu naise elukaare jooksul, mille hulka kuulub nõustamine krooniliste haiguste ennetamise suhtes. Igapäevatoos ei pruugi ämmaemandad mõelda krooniliste haiguste ennetamise peale, mis on vajalik rahvatervise seisukohalt. Gestatsioonidiabeedi esinemine annab võimaluse varakult alustada II tüüpi diabeedi ennetamisega, kuna riskigrupi naised on raseduse jälgimise ajal korduvalt tervishoiuspetsialistide visiitidel, mille ajal saab nõustamisega tõsta naise teadlikkust sünnitusjärgse jälgimise ja hilisemate terviseriski osas.

Ülemaailmselt tõuseb II tüüpi diabeeti haigestumine. Nimetatud haiguse esinemine suguvõsas või perekonnas tõstab naise teadlikkust haigusest ja sellega hakkama saamisest. Lähedane kogemus võib pakkuda positiivset eeskujut. Lähedas(t)elt saadakse tuge iseenda haigusega hakkama saamisel. Diabeediõe või diabeediämmaemanda roll on delikaatselt välja selgitada, kas lähedase poolt antud soovitused on tõendus põhised, et naine saaks teha parimad valikud lähtuvalt enda tervisest. Sama kehtib ka teabe kohta, mida naine hangib erinevaid kanaleid pidi, enamasti on selleks internet. Inimesele tuleb anda temale vajalik informatsioon ning

anda juhised lisateabe saamiseks tõenduspõhistest allikatest, näiteks Tervise Arengu Instituudi koostatud materjalidest.

Uurimistöö usaldusväärsus, kitsaskohad ja eetilised aspektid

Uurimistöös osalemine oli uuritavatele vabatahtlik. Uurimistöösse kaasati naised, kes pärast üleskutset uurimistöös osaleda võtsid ise uurijaga ühendust. Naiste vaba eneseväljenduse tagamiseks püüdis uurija intervjuerides olla kuulaja rollis ning vältis ise uurimisväljal rääkimist. Täpsustavad küsimused esitati juhul, kui uurija soovis veenduda, kas ta sai uuritavast aru. Neil juhtudel kasutati peegeldamistehnikat. Analüüsitavad andmed on uuritavate kirjeldused, mis on nende isiklikud kogemused uuritava nähtuse suhtes. Ühe uuritava andmeid ei kaasatud andmebaasi, sest antud intervjuu puhul oli uurija esitanud lisaküsimusi, mille sõnastuses sisaldus eeldatav vastus. Selle tõttu ei saa välistada uuritava kallutatust kogetu kirjeldamisel. Uurija liigse sekkumise tõttu uurimisväljal, otsustati intervjuul saadud andmeid andmebaasi mitte kaasata. Intervjuude tegemine oli uurijale esmane kogemus. Vähesel kogemusel tõttu prooviti intervjuul tekkinud piki pause täita lisaküsimustega. Usaldusvääruse tõstmiseks on uurimistöö metoodika täpselt kirjeldatud.

Uurimistöös võis esineda nii uurija kui ka uuritavate poolseid kitsakohti. Käesolev uurimistöö oli uurija esimene, mille tõttu puudusid kogemused uurimistöö läbiviimise ja võimalike takistuste ettenägemise osas. Varasem intervjuerimise kogemus puudus, mille tõttu võisid intervjuud jääda lühikeseks. Uurijal oli raskusi vestlust piisavalt üleval hoida ja keeruline oli vestlust edasi arendada kui uuritav ütles, et tal puudub antud teemaga kogemus. Näiteks kui uuritav ütles, et ta ei soovinud last rinnaga toita, siis oli keeruline jätkata vestlust teemal rinnaga toitmine ja II tüüpi diabeedi ennetamise seosed.

Uurija hinnangul ei ole sotsiaalmeedia kaudu uuritavate värbamine parim viis. Antud uurimistöös oli värbamise protsessis sotsiaalmeedia üleskutse postitusele kommentaare „mul oli gestatsioonidiabeet“ mitmeid, kuid seda ei saa lugeda sooviks uurimistöös osaleda. Uurija kontakteerus kommentaari jätnud naistega ja enamusel ei olnud reaalset huvi uurimistöös osaleda. Sotsiaalmeedias tehtud lühikesed kommentaarid ja „klikid“ näitavad, et postitust märgati, kuid see ei anna postitajale (uurijale) teavet soovist osalemiseks. Samas jõuab üleskutse paljude naisteni ning annab võimaluse saada uuritavaid üle Eesti.

Käesoleva uurimistöö tulemused ei ole üldistatavad Eesti piires. Uurimistöö tulemuste põhjal ei saa hinnata Eestis osutatavate tervishoiuteenuste kvaliteedi üle, näiteks ambulatoorsete visiitide nõustamise kvaliteet. Valdkonnaga seotud erialaseltsidele võib uurimistöö tulemustest kasu olla tervishoiuteenuste planeerimisel, näiteks gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel naise jälgimine ämmaemanda juures, et naine saaks sünnitusjärgsel perioodil skriinitud ja nõustatud edaspidise elustiili suhtes. Uurimistöös kirjeldatud tulemustele toetudes saab planeerida ämmaemandate ja pereõdede koolitusi naiste ja perele nõustamiseks, mis parendaks osutatavate tervishoiuteenuste kvaliteeti. Töösse peaks võtma raseduse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil digitaalsel kujul toitumiskavade ja erinevate rakenduste (äppide) arendamise, mis oleks kättesaadavad gestatsioonidiabeediga rasedale sünnituse järel. Digilahendused aitavad naistele meelde tuletada arstile mineku vajadust, tervislikku toitumist, liikumist ja sünnitusjärgset skriinimist.

Käesolevas uurimistöös selgus, et uuritavate teadmiste tase oli ebaühtlane ja osade teemade osas teadmised puudusid, seega naiste teadlikkust II tüüpi diabeedi ennetamisest gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel tuleks statistiliste andmete saamiseks uurida põhjalikumalt kvantitatiivse uurimismeetodi abil, et selgitada välja, millisel määral on statistiliselt olulisi erinevusi naiste teadmistes piirkonniti. Lisaks võiks uurida, kuidas naised hindavad nõustamise kvaliteeti ja tervishoiuteenuste kättesaadavust Eesti erinevates piirkondades. Tuleks uurida, kas ja kuidas ämmaemandad nõustavad gestatsioonidiabeediga rasedat sünnitusjärgsete riskide suhtes hilisemas elus, milliseid materjale nad kasutavad ning milliseid materjale nad tõhusaks nõustamiseks vajaksid.

7. JÄRELDUSED

Naiste teadlikkus II tüüpi diabeedi ennetamisest gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel on ebaühtlase kvaliteediga. Naiste teadlikkus II tüüpi diabeedi riskist ja ennetamisest sõltub raseduse jälgimise ajal tervishoiuspetsialistide poolt antud informatsioonist. Teadmisi täiendatakse iseseisvalt teabe otsimisega ning mõnel juhul on teadlikkus olemas perekonnaliikme diabeedi põdemise kogemuse tõttu. Gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel esineb II tüüpi diabeedi riski osas tervishoiuspetsialistide poolset vastuolulise informatsiooni jagamist. Naiste teadlikkust mõjutavad kogemused nõustamisel, oskamatus ise informatsiooni küsida ja sünnituse järel esmatasandi tervishoius tähelepanu koondumine lapse arengule.

Naiste teadlikkus gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel vajalikust skriinimisest on ebaühtlane. Osa naisi on teadlikud sünnituse järel teostatavast skriinimisest, kuna neid on raseduse ajal sellest informeeritud ning osadel naistel puuduvad konkreetset teadmised, kes ja millal ning mis meetodil teostab sünnitusjärgse skriinimise. Naiste poolset sünnitusjärgse mitteskriinimise põhjused on ajapuudus ja unustamine.

Raseduse ajal nõustatakse naisi tervisliku toitumise ja füüsilise koormuse osas. Gestatsioonidiabeedi ravis on põhirõhk tervislikul toitumisel. Toitumises tehtud muudatustega jätkatakse sünnituse järel, kuid toitumist ei jälgita enam nii rangelt kui raseduse ajal. Naistele antud rasedusaegsed füüsilise koormuse soovitusel on tagasihoidlikud. Teadlikkus regulaarse kehalise aktiivsuse olulisuse osas on ebaühtlane. Sünnitusjärgsel perioodil peetakse füüsiliseks koormuseks lapsega õues viibimise aega. Kehakaalu kontrolli all hoidmiseks on osa naisi gestatsioonidiabeedi järel hakanud teadlikult tegelema regulaarse füüsilise treeninguga.

Naised on teadlikud rinnapiima kasulikkusest lapsele ning soovituslikust rinnaga toitmisest ajast, kuid rinnaga toitmisest ja II tüüpi diabeedi ennetuse omavahelisest seosest teadmised puuduvad.

KASUTATUD KIRJANDUS

Bandura, A. (1994). Self Efficacy. Stranford University.

Bao, W., Tobias D. K., Bowers, K., Chavarro, J., Vaag, A., Grunnet, L. G., Strom, M., Mills, J., Liu, A. Kiely, M. Zhang, C. (2014). Physical Activity and Sedentary Behaviors Associated With Risk of Progression From Gestational Diabetes Mellitus to Type 2 Diabetes Mellitus. *JAMA Internal Medicine*, 174(7): 1047-1055.

Bhavadharini, B., Anjana, R. M., Mahalakshmi, M. M., Maheswari, K. Kayal, A. Unnikrishnan, R., Ranjani, H. Ninov, L., Pastakia, S. D., Usha, S., Malanda, B. Belton, A., Uma, R., Mohan, V. (2016). Glucose tolerance of Asian Indian women with gestational diabetes at 6 weeks to 1 year postpartum (WINGS-7). *Diabetes Research and Clinical Practice*, 117: 22-27

Burns, N., Grove, S.K. (2001). The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique & Utilization. W.B.S., Philadelphia.

Burns, N., Grove, S. K. (2010). Understanding nursing research. building and evidence-based practice. 5th Edition. Elsevier Saunders, Maryland Heights.

Coustan, D, R. (2013). Gestational Diabetes Mellitus. *Clinical Chemistry*, 59: 9: 1310-1321.

Cristancho, S. M., Goldszmidt, M., Lingard, L., Watling, C. (2018). Qualitative research essential for medical education. *Singapore Medical Journal*, 59(12): 622-627.

Diabetes. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> (29.09.2021)

Eesti keele seletav sõnaraamat. (2009). Eesti Keele Sihtasutus. Tallinn.
www.eki.ee

Eesti toitumis- ja liikumissoovitused 2015. (2017). Tervise Arengu Instituut. Tallinn.

Ehrlich, S. F., Hedderson, M. M., Quesenberry, C. P., Feng, J., Brown, S. D., Crites, Y., Ferrara, A. (2014). Post-partum weight loss and glucose metabolism in women with gestational diabetes: the DEBI Study. *Diabetic Medicine*, 31(7): 862-867.

Golafshani, N. (2003). Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research. *The Qualitative Report*. Volume 8 Number 4: 597-607.

Gunderson, E. P., Hurston, S. R., Ning, X., Lo, J. C., Crites, Y., Walton, K., Dewey, K. G., Azevedo, R. A., Young, S., Fox, G., Elmasian, C. C., Salvador, N., Lum, M., Sternfeld, B., Quesenberry, C. P. (2015). Lactation and Progression to Type 2 Diabetes Mellitus After Gestational Diabetes Mellitus. *Annals Internal Medicine*, 163(12): 889-898.

Haiguste ennetamisele suunatud abinõude tegevuskava. (RTL 2000, 18, 233)

<https://www.riigiteataja.ee/akt/81508>

Imikute rinnapiimaga toitmine toitmise kestuse ja maakonna järgi. (2018). Tervisestatistika ja terviseuringute andmebaas. Tervise Arengu Instituut.

International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 7th edn. <https://diabetesatlas.org> (29.09.2021)

Iseseisva antenataalse ämmaemandusabi kvaliteet. (2013). Kliiniline audit. Eesti Haigekassa.

Iseseisvalt osutada lubatud ämmaemandusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning kodusünnitusabi osutamise tingimused ja kord. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus 2014. (RT I, 09.07.2014)

Kaheksa sammu inimese tervise heaks. Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2011-2020. (2011). Eesti Õdede Liit. Eesti Ämmaemandate Ühing. Tallinn.

Keely, E., Clark, H., Karovitch, A., Graham, I. (2010). Screening for type 2 diabetes following gestational diabetes. *Canadian Family Physician*, Vol. 56: 558-563.

Kim, S. Y., Deputy, N. P., Robbins, C. L. (2018). Diabetes During Pregnancy: Surveillance, Preconception Care, and Postpartum Care. *Journal of Womens Health*, May 27(5): 536-541.

Kirss, A., Lauren, L., Rohejärvi, M., Rull, K. (2015). Gestatsioonidiabeet: riskitegurid, esinemissagedus, perinataalne tulem ja sõeluuringu vastavus juhendile Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliinikus ajavahemikus 01.01.2012-19.06.2013. *Eesti Arst*, 94(2):75-82.

Ko, J. Y., Dietz, P. M., Conrey, E. J., Rodgers, L., Shellhaas, C., Farr, S. L., Robbins, C. L. (2013). Gestational Diabetes Mellitus and Postpartum Care Practices of Nurse-Midwives. *Journal of Midwifery & Women`s Health*, Jan-Feb; 58(1): 33-40.

Koning, S. H., Lutgers, H. L., Hoogenberg, K., Trompert, C. A., van den Berg, P. P., Wolffenbutter, B. H. R. (2016). Postpartum glucose follow-up and lifestyle management after gestational diabetes mellitus: general practitioner and patient perspective. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 15:56

Krooniliste haiguste ennetamine. Eesti Haigekassa.

<https://www.haigekassa.ee/inimesele/haiguste-ennetus/krooniliste-haiguste-ennetamine>

(01.10.2021)

Laherand, M.-L. (2008). Kvalitatiivne uurimisviis. OÜ Infotrükk, Tallinn.

Mensink, M., Blaak, E. E., Corpeleijn, E., Saris, W. H., de Bruin T. W., Feskens, E. (2003). Lifestyle Intervention According to General Recommendations Improves Glucose Tolerance. *Obesity Research*, Vol. 11: 1588-1596.

Mida kujutab endast 2. tüüpi diabeet ja kuidas seda kontrolli all hoida? Eesti Haigekassa.

<https://haigekassa.ee/blogi/mida-kujutab-endast-2-tuupi-diabeet-ja-kuidas-seda-kontrolli-all-hoida> (01.10.2021)

Nukk, R. (2012). Mõisted ja definitsioonid.

https://tervis.ut.ee/sites/default/files/tervis/ot_2021_moisted_ja_definitsioonid.pdf

Nutrition Guide for Clinicians. (10.04.2022)

<https://nutritionguide.pcrm.org>

O'Brien, B.C., Harris, I.B., Beckman, T. J., Reed, D. A., Cook, D.A. (2014). Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Academic Medicine*, Vol. 89: 1245-1251.

O'Reilly, S. L., (2014). Prevention of Diabetes after Gestational Diabetes: Better Translation of Nutrition and Lifestyle Messages Needed. *Healthcare Journal*, 2: 468-491.

Past, M. (2005). Diabeet II tüüp. Eesti Diabeediliit. Tallinn.

Peacock, A. S., Bogossian, F., McIntyre, H. D., Wilkinson, S. (2014). A review of interventions to prevent Type 2 Diabetes after Gestational Diabetes. *Women and Birth*, 27: (e7- e15).

Perearst ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend (RTL 2010,3, 52; 17.01.2010).

Purru, T., Seema, K. (2021). Rahvatervis ja turvalisus kohalikes omavalitsustes. Uuringu aruanne 2020. Tervise Arengu Instituut.

Quaresima, P., Visconti, F., Chiefari, E., Puccio, L., Foti, D.P., Venturella, R., Vero, R., Brunetti, A., Carlo, C. D. (2018). Barriers to Postpartum Glucose Intolerance Screening in an Italian Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15: 2853.

Rasedate ja imetavate emade toitumis- ja toidusoovitused. Tervise Arengu Instituut. Tallinn 2007.

Reile, R., Veideman, T. (2021). Eesti Täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2020. Tervise Arengu Instituut. Tallinn 2021.

Rafii, F., Rahimparvar, S.F.V., Mehrdad, N., Keramat, A. (2017). Barriers to postpartum screening for type 2 diabetes: a qualitative study of women with gestational diabetes. *The Pan African Medical Journal*, 26: 54.

Rahvastiku Tervise arengukava 2020-2030. Sotsiaalministeerium. Tallinn.

„2. tüüpi diabeedi diagnostika ja ravi“ (2021). Eesti ravijuhend. Tartu Ülikool.

<https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/154/2-tuupi-diabeedi-diagnostika-ja-ravi>

Sihver, E. (2018). Emade teadmised ja arusaamad imetamisest ning nende hinnangud imetamisnõustamisele Eestis: veebipõhine küsitlusuuring. Magistritöö. Tartu 2018.

Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Tervise Arengu Instituut.

www.statistika.tai.ee

Tovar, A., Chasan-Taber, L., Eggleston, E., Oken, E. (2011). Postpartum Screening for Diabetes Among Women With a History of Gestational Diabetes Mellitus. *Preventing Chronic Disease*. Nov, 8(6).

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

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

Ühised sammud terviseni. Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2021- 2030. Tallinn 2020.

Ülekaalulise või rasvunud patsiendi käsitlemine esmatasandil. RJ-E/34.1-2019. Ravijuhendite Nõukoda. 2019

II tüüpi diabeedi ravijuhend. Ravijuhend. Eesti Haigekassa. 2021.

LISAD

Lisa 1. Informeeritud nõusoleku vorm

Informeeritud nõusoleku vorm

Olen Tartu Ülikooli meditsiiniteaduste valdkonna Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi õendusteaduse õppetooli kolmanda kursuse magistrant, Maire Gaver.

Palun Teid osaleda uuringus „Naiste teadlikkus II tüüpi diabeedi ennetamisest gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel- kvalitatiivne uurimus“

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada naiste teadlikkust II tüüpi diabeedi ennetamisest gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järgselt. Andmete analüüsimisega selguvad tervishoiuteenuste osutamisel esinevad kitsaskohad, mille alusel saab välja töötada konkreetsed II tüüpi diabeedi ennetamise sekkumismeetodid naistele, kellel on esinenud raseduse ajal gestatsioonidiabeet.

Uurimuses osalemine on vabatahtlik ning ei too kaasa mingeid hilisemaid kohustusi. Uuritaval on õigus igal ajahetkel uurimistöös osalemisest loobuda. Andmed kogutakse intervjuu käigus, mille ajaliseks kestvuseks on 1 tund- 1,5 tundi ning see viiakse läbi uuritavale sobival ajal ja kohas. Intervjuud lindistatakse ja saadud andmeid kasutatakse ainult konkreetse uurimistöö ulatuses ja üldistatud kujul. Andmed on isikustamata kujul ja kolmandatele isikutele kättesaamatud. Kogutud andmed hoitakse kuni detsember 2022, seejärel salvestatud andmed, lindistused ja failid kustutatakse ning paberandjal materjal hävitatakse peenestamise teel.

Uuring on kooskõlastatud Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee poolt otsusega.

Protokolli number 319/T-24

Lisaküsimuste puhul palun võtke minuga Maire Gaver ühendust e-mailil maire.gaver@gmail.com või telefonil 53442383.

Mina, , olen teadlik eelpool nimetatud uurimistööst, selle eesmärgist ja läbiviimise metoodikast. Kinnitan, et osalen uuringus vabatahtlikult ning olen teadlik, et mul on võimalik oma osalemisest loobuda.

Kuupäev

Uuritav/allkiri/

Uuritavat informeeris Maire Gaver...../allkiri/

Lisa 2. Üleskutse uuringus osalemiseks

Üleskutse uuringus osalemiseks!

Olen Tartu Ülikooli meditsiiniteaduste valdkonna Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi õendusteaduse õppetooli kolmanda kursuse magistrant ning palun Teid osaleda uuringus „Naiste teadlikkus II tüüpi diabeedi ennetamisest gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järel- kvalitatiivne uurimus“.

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada naiste teadlikkust II tüüpi diabeedi ennetamisest gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järgselt.

Andmete analüüsimisel selguvad tervishoiuteenuste osutamisel esinevad kitsaskohad, mille alusel saab välja töötada konkreetsed II tüüpi diabeedi ennetamise sekkumismeetodid naistele, kellel on esinenud raseduse ajal gestatsioonidiabeet.

Saadud andmed on anonüümsed ja neid kasutatakse ainult konkreetses uurimistöös ning üldistatud kujul. Osalemine on vabatahtlik ning ei too kaasa mingeid hilisemaid kohustusi. Uuritav ja tema ütlused ei ole seostatavad, uuritava nime ei kajastata. Kogutud andmed hoitakse kuni detsember 2022, seejärel salvestatud andmed, lindistused ja failid kustutatakse ning paber kandjal materjal hävitatakse peenestamise teel.

Andmed kogutakse intervjuu vormis, mis viiakse läbi Teile sobival ajal ja kohas. Intervjuu kestvus on umbes 1 tund- 1,5 tundi. Lisaküsimuste puhul palun võtke minuga ühendust e-mailil maire.gaver@gmail.com, telefon 53442383.

Uurimistöö tulemused kajastatakse magistritöös.

Tänan Teid kaasa mõtlemast!

Lugupidamisega

Maire Gaver

Tartu Ülikool Meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
õendusteaduste õppetool

Lisa 3. Poolstruktureeritud intervjuu fokuseerivad küsimused

Uurimisküsimused tulenevad uuritava nähtuse teoreetilistest lähtekohtadest ning aitavad intervjuud hoida teema raames.

Teema: II tüüpi diabeedi esinemine ja skriinimine gestatsioonidiabeedi järgselt

1. Mida Te teate gestatsioonidiabeedi järgsest jälgimisest ja gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järgsetest riskidest Teie tervisele tulevikus?
2. Palun kirjeldage, kuidas ja kelle poolt toimus Teie sünnitusjärgne jälgimine/nõustamine?

Teema: Füüsiline koormuse tähtsus II tüüpi diabeedi ennetamisel

3. Mida Te teate füüsilise koormuse (liikumise) ja II tüüpi diabeedi ennetamise seostest?
4. Palun kirjeldage, kuidas on Teid nõustatud?
5. Kuidas on Teile antud soovitused mõjutanud Teie füüsilist aktiivsust?

Teema: Toitumise tähtsus II tüüpi diabeedi ennetamisel

6. Palun kirjeldage, kuidas ja kes on Teid toitumisasaselt nõustanud? Tooge mõned näited, mis Teil meenuvad?
7. Kuidas on Teie teadmised mõjutanud Teie igapäevast toitumist?

Teema: Rinnaga toitumise tähtsus II tüüpi diabeedi ennetamisel

7. Palun kirjeldage, mida Te teate lapse rinnaga toitmine ja II tüüpi diabeedi ennetamise omavahelistest seostest?
8. Kuidas on Teie teadmised mõjutanud Teie rinnaga toitmist? *

* vastata saavad naised, kellel on rinnaga toitmise kogemus.

Intervjuu lõpus antakse uuritavale võimalus lisada veel täiendavat informatsiooni antud teema suhtes. „Kas Teil on endal veel midagi lisada käsitletud teemade kohta?“

Intervjuu käigus võib uurija esitada lisaküsimusi, mis on täpsustavad või lähtuvad uuritava vastusest. Küsimuste järjestus võib intervjuu ajal muutuda, kuid käsitletavat teemat läbitakse kõigi intervjuueeritavatega.

Lisa 4. Tartu inimuuringute eetikakomitee jätkutaotluse kooskõlastus

Protokolli number: 332/M-11

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokolli number: 332/M-11

koosolek: 21.12.2020

Komitee koosseis:

Esimees

Aime Keis Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, meditsiinieetika assistent

Aseesimees

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

Liikmed

Diva Eensoo	Tervise Arengu Instituut, analüütik
Margit Jäätma	Riigikohus, tsiviilkolleegiumi nõunik
Katrin Kaarna	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliiniliste teadusuuringute üksuse tegevjuht
Piret Koosa	Eesti Rahva Muuseum, teadur
Kalle Kisand	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, laborimeditsiini professor
Malle Kuum	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur
Martin Mooses	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, treeningu füsioloogia lektor
Marje Oona	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini dotsent / kliinilise meditsiini instituudi täienduskeskuse juhataja
Indrek Peedu	Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, religiooniuuringute nooremteadur
Maire Peters	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika vanemteadur
Mare Remm	Tartu Tervishoiu Kõrgkool, bioanalüütiku õppekava dotsent

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö jätkamine

Uurimistöö nimetus: **Naiste teadlikkus II tüüpi diabeedi ennetamisest gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järgselt – kvalitatiivne uurimus**

Vastutav uurija (asutus):

Evelyn Evert (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Ravila 19, 50411, Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Jätkutaotluse kaaskiri
2. Muudatustega uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt

Uurimistöö lõpp: 31.05.2021

Komitee esimees: Aime Keis /allkirjastatud digitaalselt/

Komitee sekretär: Kaire Kallak /allkirjastatud digitaalselt/

Väljastatud: /viimase digitaalallkirja kuupäev/

Tartu Ülikool
grandikeskus
Raekoja plats 9
51004 Tartu

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

Lisa 5. Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee kooskõlastus uurimistöö läbiviimiseks

Protokolli number: 319/T-24

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokolli number: 319/T-24

koosolek: 15.06.2020

Komitee koosseis:

Esimees

Aime Keis Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, meditsiineetika assistent

Aseesimees

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

Liikmed

Diva Eensoo Tervise Arengu Instituut, analüütik
Jaanika Jaanits MTÜ Rakendusliku Antropoloogia Keskus, antropoloog / organisatsiooni- ja büroojuht
Katrín Kaarna Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliiniliste teadusuuringute üksuse tegevjuht
Annika Kask Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, psühholoogia doktorant
Malle Kuum Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur
Marje Oona Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini dotsent / kliinilise meditsiini instituudi täienduskeskuse juhataja
Indrek Peedu Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, religiooniuuringu teadur
Maire Peters Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika vanemteadur
Margit Piirman Riigikohus, tsiviilkolleegiumi nõunik
Mare Remm Tartu Tervishoiu Kõrgkool, bioanalüütiku õppekava dotsent

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö

Uurimistöö nimetus: **Naiste teadlikkus II tüüpi diabeedi ennetamisest gestatsioonidiabeediga kulgenud raseduse järgselt – kvalitatiivne uurimus**

Vastutav uurija (asutus):

Evelyn Evert (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Ravila 19, 50411, Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikool inimuuringute eetika komiteelt, 27.07.2020
2. Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm, 01.07.2020
3. Poolstruktureeritud intervjuu fokuseerivad küsimused
4. Üleskutse uuringu osalemiseks, 01.07.2020
5. OÜ Ciconia kooskõlastus
6. AS Lääne-Tallinna Keskhaigla kooskõlastus
7. Uuringu läbiviijate CVd (E. Evert, K. Vahtel, M. Gaver)

Uurimistöö lõpp: 31.05.2021

Komitee esimees: Aime Keis /allkirjastatud digitaalselt/

Komitee sekretär: Kaire Kallak /allkirjastatud digitaalselt/

Väljastatud: /viimase digitaalallkirja kuupäev/

Tartu Ülikool
grandikeskus
Lossi 3
51003 Tartu

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