



Raskausdiabeetikoiden kokemukset saamastaan ohjauksesta raskausaikana

Raskausdiabeteksen hoidonohjauksessa tapahtuvan kohtaamisen toteutuminen äitien näkökulmasta

Emilia Naskali

OPINNÄYTETYÖ
Tammikuu 2020

Terveystieteiden tutkimusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Terveystieteiden tutkimusohjelma

NASKALI, EMILIA:

Raskausdiabeetikoiden kokemukset saamastaan ohjauksesta raskausaikana
Raskausdiabeteksen hoidonohjauksessa tapahtuvan kohtaamisen toteutumisen
äitien näkökulmasta

Opinnäytetyö 80 sivua, joista liitteitä 7 sivua
Tammikuu 2020

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Suomen Diabetesliitto ry:n kanssa. Työn tarkoituksena oli kuvata raskausdiabeteksen hoidonohjauksessa tapahtuvan yksilöllisen kohtaamisen toteutumista äitien näkökulmasta. Tavoitteena oli saada tietoa raskausdiabeteksen ohjauksesta sekä ohjauksen ongelmista ja haasteista, jotta raskausdiabeetikoiden hoidonohjausta voitaisiin tulevaisuudessa parantaa. Tuloksia voidaan hyödyntää äitiysneuvolan terveydenhoitajien työn tukemisessa ja kehittämässä sekä Diabetesliiton toiminnassa. Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä olivat, millaista ohjaus on äitien kuvaamana, millaisia kokemuksia äideillä oli kohtaamisesta sekä millaisia kehittämistarpeita äidit kokivat kohtaamiseen liittyen.

Opinnäytetyö tehtiin laadullisella menetelmällä puolistrukturoitua haastattelua käyttäen. Yksi haastatteluista toteutettiin kasvotusten haastatteluna ja kuusi haastatteluista toteutettiin puhelinhaastatteluina. Haastattelukysymykset olivat avoimia kysymyksiä. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että raskausdiabeteksen hoidonohjauksessa puutteita oli erityisesti yksilöllisen ohjauksen toteutumisessa. Ohjaus koettiin rutiininomaiseksi, eikä sitä kohdennettu äitien yksilöllisten tarpeiden mukaan. Hoitohenkilökunnan ammatillisella osaamisella oli merkitystä ohjaukokemuksen kannalta. Terveystieteiden osaamisessa ja ohjaustaidoissa ilmeni vastausten perusteella puutteita. Lisäksi jälkiohjausta sekä vertaistukea jäätettiin kaipaamaan.

Tutkimustulokset tukevat ajatusta siitä, että raskausdiabeetikoiden hoidonohjaus toteutetaan usein saman kaavan mukaan eikä ohjausta kohdenneta tarpeeksi yksilöllisesti. Ohjaus siirretään usein äitiyspoliklinikan seurantaan, mikä johtaa useaan hoitosuhteeseen raskauden aikana. Tämä vaikuttaa luottamussuhteen syntymiseen ja sen myötä kohtaamisen toteutumiseen. Jatkotutkimusehdotuksena on haastatella äitiysneuvolan terveydenhoitajia kyseisen aiheen tiimoilta ja selvittää heidän ajatuksiaan siitä, miksi kohtaaminen ei aina toteudu ja millaisia kehittämisehdotuksia heillä olisi ohjauksen parantamiseksi.

Asiasanat: raskausdiabetes, hoidonohjaus, ennaltaehkäisevä ohjaus, vuorovaikutus, kohtaaminen, raskausaika, äitiysneuvolapalvelut

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Public Health Nursing

NASKALI, EMILIA:

How Have Mothers with Gestational Diabetes Experienced Counseling during Pregnancy?

Patient-Nurse Interaction in Gestational Diabetes Counseling from the Perspective of Mothers

Bachelor's thesis 80 pages, appendices 7 pages
January 2020

The study was conducted in cooperation with the Diabetes Association of Finland. The purpose of this study was to describe the implementation of individualized counseling for gestational diabetes from the perspective of mothers. The aim was to obtain information on the management of gestational diabetes and its problems and challenges in regards to counseling. The study aimed to answer questions relating to the guidance that the mothers described, the experiences they had with the encounter and the developments that were needed.

The study utilized a qualitative approach using semi-structured interviews. One interview was held face-to-face and six of the interviews were conducted via telephone. The interview had open questions, and data was analyzed by means of a qualitative content analysis.

The results showed deficiencies in the guidance of gestational diabetes treatment, especially in the implementation of individualized counseling. Guidance was considered routine and non-specific to individual needs of the mothers. The professional competence of the nursing staff was important for the guidance experience. The responses revealed shortcomings in the nurses' knowledge and guidance skills. In addition, follow-up guidance and peer support were missing. The results can be used to support and develop the work of nurses at the maternity clinic and the activities of the Diabetes Association in the future.

The results support the idea that the guidance for the treatment of gestational diabetes is often implemented according to the same formula and the guidance is not individually targeted. Guidance is often shifted to follow-ups at the maternity clinic, leading to multiple treatment relationships during pregnancy. This affects the establishment of relational trust and the realization of the encounter. A suggestion for further studies is to interview nurses at the maternity clinic about the topic and find out their thoughts on why the encounter does not always happen and what development suggestions they have in order to improve guidance.

Key words: gestational diabetes, counseling, preventive counseling, interaction, encounter, pregnancy, maternity healthcare

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	RASKAUSDIABETES	7
	2.1 Raskausdiabeteksen määritelmä	7
	2.2 Raskausdiabeteksen hoito	8
	2.2.1 Veren glukoosipitoisuuden omaseuranta.....	8
	2.2.2 Ruokavalio.....	9
	2.2.3 Lääkehoito	10
	2.2.4 Liikunta	11
	2.3 Raskausdiabeteksen vaikutukset äitiin ja lapseen	12
3	OHJAUS	13
	3.1 Ohjauksen määritelmä	13
	3.2 Ohjausmenetelmät.....	14
	3.3 Raskausdiabeetikon hoidonohjaus.....	16
	3.3.1 Motivoiva haastattelu.....	18
	3.4 Ohjauksen vaikuttavuus	20
4	VUOROVAIKUTUS OHJAUKSESSA	22
	4.1 Vuorovaikutus käsitteenä	22
	4.2 Vuorovaikutusorientaatiot ohjauksessa.....	23
	4.2.1 Asiantuntijakeskeinen vuorovaikutusorientaatio	23
	4.2.2 Asiakaskeskeinen vuorovaikutusorientaatio	23
	4.2.3 Dialoginen vuorovaikutusorientaatio.....	24
	4.3 Kohtaaminen käsitteenä.....	25
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	27
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	28
	6.1 Laadullinen tutkimus	28
	6.2 Opinnäytetyön suunnittelu.....	29
	6.3 Aineistonkeruu	30
	6.4 Aineiston analyysi	32
7	TUTKIMUSTULOKSET.....	36
	7.1 Vastaajien taustatiedot.....	36
	7.2 Hoitohenkilökunnan ammatillinen osaaminen	36
	7.3 Kohtaaminen	42
	7.4 Äidin omahoitoon sitoutuminen	49
	7.5 Ohjauksen kehittäminen.....	51
	7.6 Yhteenveto tuloksista	54

8	POHDINTA	57
8.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	57
8.2	Tulosten tarkastelu	60
8.3	Opinnäytetyön arviointi.....	65
8.4	Jatkotutkimusehdotukset.....	68
	LÄHTEET.....	69
	LIITTEET	74
	Liite 1. Julkaisu Facebook-ryhmissä	74
	Liite 2. Haastattelukysymykset.....	75
	Liite 3. Tiedote tutkimuksesta	76
	Liite 4. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta	79

1 JOHDANTO

Raskausdiabeteksen esiintyvyys on erityisesti viime vuosien aikana ollut kasvussa. Vuonna 2008 diagnosoitujen raskausdiabetesten määrä oli noin 6% raskaana olevista ja vuonna 2017 sen esiintyvyys oli kasvanut 15%:iin kaikista raskaana olevista. Raskausdiabeteksen hyvään hoitoon sekä sen ennaltaehkäisyyn ja raskauden jälkeiseen hoitoon tulisi kiinnittää huomiota. (Koivusilta & Koski 2019, 23.)

Raskausdiabetes on riski myöhemmin ilmenevälle tyypin 2 diabetekselle ja se saattaa olla enne myös tyypin 1 diabeteksestä. Sairastettu raskausdiabetes voi lisätä myöhemmin ilmaantuvan tyypin 2 diabetesriskiä jopa seitsemänkertaiseksi verrattuna sellaisiin äiteihin, jotka eivät ole sairastaneet raskausdiabetesta. Ylipaino ja raskausdiabetes yhdessä lisäävät entisestään myöhempää riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen. Raskausdiabeteksen uusiutumisriski kasvaa merkittävästi niillä, jotka ovat sen kerran sairastaneet. (Koivusilta & Koski 2019, 23.)

Halkoaho, Kavilo ja Pietilä (2009, 22) tuovat esille artikkelissaan, että raskausdiabeteksen sairastaneiden naisten ohjauksesta on julkaistu hoitotieteessä vasta vähän tietoa. Jos raskausdiabeteksen hoidonohjaus aloitetaan riittävän varhaisessa vaiheessa, on tyypin 2 diabeteksen myöhempi kehittyminen ehkäistävissä. Ohjauksella on mahdollista lisätä terveysvalintojen pysyvyyttä. (Halkoaho ym. 2009, 22.)

Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Diabetesliiton kanssa. Suomen Diabetesliitto ry on kansanterveys- ja potilasjärjestö, joka toimii diabeteksen ja siihen liittyvien lisäsairauksien ehkäisemiseksi sekä hoidon kehittämiseksi. Se antaa tukea diabeetikoille ja heidän läheisilleen sairauden kanssa elämisessä sekä pyrkii edistämään diabeetikoiden elämänlaatua. (Diabetesliitto 2019a; Diabetesliitto 2019b.) Diabetesliiton sivuilla on tarjolla verkkovalmennuksia tyypin 1 ja 2 diabeetikoille sekä odottaville äideille ja raskausdiabeteksen sairastaneille.

2 RASKAUSDIABETES

2.1 Raskausdiabeteksen määritelmä

Raskaus- eli gestaatiidiabeteksella tarkoitetaan sokeriaineenvaihdunnan häiriötä, joka ilmenee ensimmäistä kertaa raskauden aikana. Raskausdiabetes voidaan diagnosoida kahden tunnin sokerirasituskokeella. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013.)

Sokerirasituskoe tehdään tavallisesti raskauden ollessa viikoilla 24-28. Poikkeuksellisesti sitä ei tarvitse tehdä, jos kyseessä on alle 25-vuotias normaalipainoinen ensisynnyttäjä, jonka lähisukulaisilla ei esiinny tyypin 2 diabetesta. Lisäksi alle 40-vuotiaalle normaalipainoiselle uudelleensynnyttäjälle, joka ei ole sairastanut aiemmin raskausdiabetesta eikä aiempi lapsi ole ollut suurikokoinen, ei tarvitse tehdä sokerirasituskoea. (Terveyskylä 2019a.) Jos raskaana olevalla on riskitekijöitä sairastumiselle kuten aiemmassa raskaudessa esiintynyt raskausdiabetes, painoindeksi yli 35 kg/m², munasarjojen monirakkulaoireyhtymä, sokerivirtsaisuutta alkuraskauden aikana, lähisuvussa tyypin 2 diabeteksen esiintyminen tai kortisonilääkitys suun kautta, niin sokerirasituskoe tehdään jo alkuraskaudessa raskausviikoilla 12-16. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013.)

Raskausdiabetes todetaan, jos sokerirasituskokeessa ilmenee yksikin poikkeava arvo. Raja-arvoiksi on määriteltä paastoarvo 5,3 mmol/l tai enemmän, tunnin jälkeinen arvo 10,0 mmol/l tai enemmän ja kahden tunnin jälkeinen arvo 8,6 mmol/l tai enemmän. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013.) Raskausdiabeteksen diagnosoiminen on tärkeää, jotta insuliinihoitoa tarvitsevat korkean riskin äidit pystytään havaitsemaan. Hoitamattoman raskausdiabeteksen seurauksena lapsilla esiintyy enemmän ongelmia ennen synnytystä, sen aikana ja sen jälkeen. (Kaaja & Teramo 2015, 457.)

Raskausdiabeteksen kehittymiseen vaikuttaa pääasiassa insuliiniresistenssi eli elimistön heikentynyt teho käyttää haiman tuottamaa insuliinia sekä haiman puutteellinen insuliinin erityy (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013). Haima

erittää elintärkeää insuliinia, joka säätelee verensokeripitoisuutta. Insuliinin tehtävänä on kuljettaa ravinnosta saatu sokeri verenkierrosta kudoksiin. Normaalisti haima kykenee valmistamaan insuliinia elimistön tarpeen mukaan lisää, jolloin sokeripitoisuus veressä ei kasva liian suureksi. Raskausdiabeteksessä insuliinin määrä ei lisäännä sen tarvetta vastaavaksi, jolloin verensokeripitoisuus pääsee kasvamaan liian suureksi. (Diabetesliitto 2019c.)

Raskausdiabetekselle altistavat erityisesti liikapaino, suvussa oleva taipumus diabetekseen, yli 40-vuoden ikä, aiemmassa synnytyksessä makrosominen eli suurikokoinen lapsi, aiempi raskausdiabetes, sokerivirtsaisuus aamuvirtsassa sekä munasarjojen monirakkulaoireyhtymä. Noin puolella raskaana olevista naisista Suomessa on raskausdiabeteksen syntyyn vaikuttavia riskitekijöitä. (Diabetesliitto 2019c.)

2.2 Raskausdiabeteksen hoito

2.2.1 Veren glukoosipitoisuuden omaseuranta

Raskausdiabeteksen toteamisen jälkeen raskausdiabeetikolle ohjataan neuvolassa verensokerin oma- eli kotiseuranta. Sen avulla on mahdollista löytää sellaiset raskausdiabeetikot, jotka tarvitsevat insuliinihoitoa raskauden aikana. Omaseuranta auttaa raskausdiabeetikkoa ymmärtämään, millaisia vaikutuksia ruokavaliolla ja liikunnalla on verensokeripitoisuuteen. Verensokerin omaseuranta on merkittävä osa raskausdiabeteksen hoidon toteutumista. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013.) Hyvällä omaseurannalla on mahdollista vähentää sikiön makrosomian riskiä (Luukkaala, Tulokas & Uotila 2011).

Glukoositasapainon omaseuranta tarkoittaa sitä, että potilas seuraa veren sokeripitoisuutta ottamalla itse sormenpäästä verinäytteitä. Omaseurannan tavoitteet ovat ennen aamiaista tai muuta ateriaa alle 5,5 mmol/l ja tunnin kuluttua ateriarista alle 7,8 mmol/l. Mittauksia tehdään ennen aamiaista ja tunti aterioiden syömisestä jälkeen sekä tarvittaessa ennen pääaterioita. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013.)

2.2.2 Ruokavalio

Äidin raskausaikaisella ravitsemuksella on vaikutusta muun muassa sikiön kasvuun, raskauden kestoon, lapsen aivojen kehitykseen ja oppimiseen sekä aikuisiän sairastuvuuteen. Äidin raskautta edeltävä painoindeksi sekä raskaudenaikainen painonnousu ovat olleet lisääntyviä haasteita äitiyshuollossa viimeisten vuosikymmenten aikana. Epäterveellinen ruokavalio vaikuttaa olennaisesti raskaudenaikaiseen liialliseen painonnousuun. Sen seurauksen äidin riski sairastua raskausdiabetekseen ja pre-eklampsiaan eli raskausmyrkytykseen lisääntyy. Lisäksi virtsatie- ja haavatulehdusten sekä sikiökuolemien riski ja keisarileikkausten määrä lisääntyy. (Erkkola & Virtanen 2013.)

Ruokavalio on raskausdiabeteksen hoidon lähtökohta (Orell-Kotikangas 2007, 73). Raskausdiabeetikon ruokavaliossa seurataan yleisiä raskausajan ravitsemussuosituksia ja diabeteksen yleisiä ravitsemushoitosuosituksia. Ravitsemushoidon antaminen vaatii toistuvia ohjauksetoja. Asiantunteva, laadukas, asiakaslähtöinen, perusteltu ja havainnollistava ohjaus on tärkeää ravitsemusohjausta annettaessa. Raskausdiabeetikolle annetaan vinkkejä sopivista ruoista, ruoka-aineista, valmisteiden valinnasta sekä ruoanvalmistustavoista. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013).

Ruokavaliohoidon perustana on energiansaannin rajoittaminen ja säännöllinen ateriaritmi. Raskaus lisää vuorokautista energiantarvetta noin 200-300 kilokalorilla. Päivittäinen energiantarve vaihtelee raskaana olevilla usein 1500-1800 kilokalorin välillä äidin koosta riippuen. (Orell-Kotikangas 2007, 74.) Jos raskaana oleva on normaalipainoinen, tarvitaan energiaa enemmän. Silloin suositeltava päivittäinen energiantarve on yksilöllisesti määräytyen noin 2000-2200 kilokaloria vuorokaudessa. (Terveyskylä 2019b.)

Raskausdiabetesta sairastavan ruokavalion tulee koostua monipuolisesta ja ravitsevasta ruoasta, joka sisältää reilusti runsaskuituisia viljavalmisteita, kasviksia, hedelmiä ja marjoja sekä sopivasti vähärasvaisia maitovalmisteita, lihaa, kalaa, kanaa ja kasviöljyjä. Sopivat annoskoot ja säännöllisestä ateriaritmistä huolehtiminen auttavat painonhallinnassa. Aamupalan jälkeen verensokeri usein nousee

herkemmin ja sen vuoksi raskausdiabeetikon aamupalan tulisi olla tavallista pienempi. Verensokeri pysyy tasaisena, kun ateriavälit ovat tiheitä, annoskoot pieniä ja kuidun saanti riittävää. (Terveyskylä 2019c.)

Ruokavalio-ohjausta annettaessa tulisi ottaa huomioon muun muassa äidin aiemmat tottumukset ruokavalioon ja syömiseen liittyen, etninen tausta, elämäntilanne ja fyysinen tila. Ruokavalio tulee suunnitella yhdessä äidin kanssa siten, että äiti pystyy sitä noudattamaan. Äidit toivovat selkeitä kirjallisia materiaaleja ja kaipaavat usein motivointia ja kannustusta. (Orell-Kotikangas 2007, 75.)

Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suosituksen (2013) mukaan ravitsemushoidon tavoitteena on turvata energian ja ravintoaineiden riittävä saanti, pitää raskaana olevan verensokeritasapaino normaalina, vähentää insuliinihoidon tarvetta, ehkäistä raskaana olevan liiallista painonnousua, sikiön liikakasvua, raskausdiabeteksen uusiutumista sekä äidin myöhempää sairastumista raskausdiabetekseen ja vähentää lapsen ylipainon sekä sydän- ja verisuonitautien riskiä.

2.2.3 Lääkehoito

Osalla raskaana olevista insuliinin heikentynyt vaikutus kudoksissa on niin suuri, että pelkkä ruokavaliohoito ei riitä. Tällöin aloitetaan lääkehoito ruokavaliohoidon rinnalle. Vaihtoehtoina on tabletti- tai insuliinihoito. Monissa tapauksissa tabletti- ja insuliinihoito joudutaan yhdistämään, kun pelkkä tablettihoito ei riitä. Aloitettu lääkehoito jatkuu raskauden loppuun saakka. Ajoissa aloitetulla lääkehoidolla voidaan ehkäistä sikiön liikakasvua ja mahdollisia synnytyskomplikaatioita. Lääkehoidon aloittamisen jälkeen ruokavaliohoito ja liikunta ovat yhä tärkeitä verensokeritasapainon säätelyssä. (Terveyskylä 2019d.)

Raskausdiabeteksen tablettihoitona käytetään metformiinia. Lievässä raskausdiabeteksessä se on verrattavissa insuliinin tehoon sikiön makrosomian ehkäisyssä. Metformiinia ei suositella käytettävän ensisijaisena lääkkeenä raskausdiabeteksen hoidossa, koska noin 30% raskausdiabeetikoista tarvitsee sen rinnalla insuliinihoitoa. Metformiini voi aiheuttaa suolisto-oireita osalle raskaana olevista, minkä vuoksi lääkitys aloitetaan pienellä annoksella. Aloitusannos on 500

mg kerran päivässä esimerkiksi 2-3 päivän ajan, jonka jälkeen sitä jatketaan suuremmalla annoksella asteittain. Metformiinilääkitys lopetetaan vuorokausi ennen suunniteltua synnytystä, sillä se voi aiheuttaa synnytysverenvuotoa. (Raskausdiabetes: Käypähoito -suositus 2013; Terveyskylä 2019d.)

Insuliini on hormoni, jonka seurauksena verensokeripitoisuus elimistössä laskee. Kun haima ei tuota insuliinia elimistön tarvetta vastaavasti, tarvitaan pistoksina annettua insuliinia. Annos määräytyy elimistön yksilöllisen tarpeen mukaan. Insuliinihoito aloitetaan pienellä annoksella ja sitä nostetaan, kunnes verensokeriarvot saadaan sopivalle tasolle. Raskaana olevan omat verensokerimittaukset ovat keskeisiä insuliiniannoksen säätelyssä. (Terveyskylä 2019d.)

2.2.4 Liikunta

Liikunnasta on hyötyä painonhallinnassa sekä verensokeritasapainon säätelyssä (Orell-Kotikangas 2007, 75). Liikunta on suositeltavaa, jos äidillä ei ole ilmennyt raskauden aikana komplikaatioita kuten pre-eklampsiaa tai sikiön hidastunutta kasvua (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013). Liikunta tehostaa insuliinin toimintaa elimistössä ja auttaa verensokereiden hallinnassa (Terveyskylä 2019c).

Raskausajan liikuntasuositukset ovat samat kuin koko väestölle tarkoitetut terveysliikuntasuositukset. Kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa, kuten reipasta kävelyä, tulisi harrastaa vähintään 150 minuuttia viikoittain tai raskasta liikuntaa, kuten juoksua, 75 minuuttia viikoittain. Lihaskuntoa ja -kestävyyttä ylläpitäviä tai kehittäviä liikkumismuotoja tulisi harrastaa vähintään kahtena päivänä viikossa. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013; Liikunta: Käypä hoito -suositus 2016.)

Raskauden vaikutukset liikkumiseen tulee kuitenkin huomioida ja harjoittelun teho ja laatu sovittaa äidin kunto ja raskauden kesto huomioiden. Erityisesti arki- ja hyötyliikunta on tärkeää raskausdiabeetikoille. Suositeltavia liikuntamuotoja raskausaikana on muun muassa uinti, pyöräily, kävely, hiihto tai ohjatut raskausaikaiset jumpparyhmät. (Peränen 2008, 151.)

2.3 Raskausdiabeteksen vaikutukset äitiin ja lapseen

Raskausdiabetes tavallisesti korjaantuu synnytyksen jälkeen (Diabetesliitto 2019c). Se kuitenkin lisää raskaana olevan äidin riskiä sairastua raskaudenaikaiseen kohonneeseen verenpaineeseen eli raskaushypertensioon. Myös riski sairastua pre-eklampsiaan lisääntyy raskausdiabeteksen myötä. (Tarnanen, Kaaja, Kinnunen & Vuorela 2013). Raskausdiabetekseen sairastuu toistamiseen kolmannes potilaista ja raskausdiabetes lisää riskiä sairastua myöhemmin tyypin 2 diabetekseen (Raskausdiabetes: Käypähoito -suositus 2013).

Raskausdiabetes lisää sikiön riskiä kasvaa makrosomiseksi. Makrosomisen lapsen määritelmä on, että täysiaikaisena syntynyt lapsi painaa syntyessään yli 4,5 kg. Sikiön makrosomia lisää synnytyskomplikaatioiden riskiä ja lapsella on lisääntynyt riski kärsiä hapenpuutteesta synnytyksen yhteydessä. (Tarnanen ym. 2013).

Synnytyksen jälkeen vauvan verensokeri saattaa laskea liian matalaksi, minkä vuoksi verensokereita seurataan (Diabetesliitto 2019c). Riskinä on, että vastasyntyneen aivojen energiansaanti häiriintyy, mikä voi vaatia normaalia tiheämpää ruokintaa. Tarvittaessa vastasyntyneelle voidaan aloittaa sokeri-infuusio, jos verensokeriarvo laskee alle 1,5 mmol/l. (Tarnanen ym. 2013.) Raskausdiabeetikoiden lapsilla on myöhemmin suurentunut riski ylipainoon sekä glukoosiaineenvaihdunnan häiriöihin (Raskausdiabetes: Käypähoito -suositus 2013).

3 OHJAUS

3.1 Ohjauksen määritelmä

Eloranta ja Virkki (2011, 7) määrittelevät ohjauksen hoitotyön auttamismenetelmäksi, jossa vuorovaikutuksen avulla on tarkoituksena tukea asiakkaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä. Sen lisäksi ohjauksella tarkoitetaan yritystä edistää asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla (Kyngäs ym. 2007, 25). Ohjaus-käsitettä voidaan verrata myös informointiin, tiedon antamiseen, neuvontaan, opetukseen ja opastukseen (Kettunen, Laitinen-Väänänen, Mäkelä & Vänskä 2011, 15-16).

Ohjauksessa asiakas on aktiivinen ongelmanratkaisija. Hoitajan tehtävä on pyrkiä tukemaan asiakasta päätöksenteossa. Asiakkaalle ei ensisijaisesti tulisi tarjota valmiita ratkaisuja ongelmiin. Ohjaus on suunnitelmallisempaa verrattuna muihin keskustelumuotoihin, mutta se pitää sisällään myös tiedon antamista, jos asiakkaalla ei itsellään ole taitoa ratkaista tilannetta. Ohjauksen tulee olla tasa-arvoista asiakkaan ja työntekijän välillä. (Kyngäs ym. 2007, 25.)

Lain mukaan potilaan on saatava tietoa omasta terveydentilastaan, hoidostaan sekä muista hoitoon oleellisesti liittyvistä asioista. Tieto on annettava riittävän selkeästi, jotta potilas ymmärtää sen sisällön (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Lipponen (2014, 17) toteaa, että potilasohjauksella on oleellinen rooli hoitotyössä ja sitä tulisi kehittää, sillä ohjaustarpeen lisääntyessä potilaat tietävät entistä paremmin oikeutensa. Tietoisuus sairauksista ja niiden hoidosta on lisääntynyt. Hän tuo esille, että hoitoaikojen lyhentyessä ohjaus on annettava lyhyemmässä ajassa kuin aiemmin.

Ohjauksen avulla pystytään vaikuttamaan asiakkaan kokemuksiin ja valmiuksiin positiivisella tavalla. Ohjauksella tehdään mahdolliseksi asiakkaan osallistuminen hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon. Jotta asiakas kykenee osallistumaan päätöksentekoon, tarvitsee hän riittävästi tietoa. Tiedon määrä itsessään ei kerro tiedon riittävydestä, vaan asiakkaan on ymmärrettävä annettu tieto ja osattava soveltaa sitä omassa elämässään. (Eloranta & Vilkki 2011, 15.)

Hoitotyössä ohjauksella on merkittävä rooli asiakkaan hoidon toteutumisessa. Jokaisen hoitotyötä tekevän työntekijän tulee ohjata asiakkaita. Ohjauksessa korostuu suunnitelmallinen toteutus erilaissa ohjaustilanteissa osana asiakkaan muuta hoitoa. Sekä asiakkaiden että heidän omaistensa ohjausta pidetään tärkeänä ja olennaisena hoitotyön toteutumisen kannalta. Hoitajilla on päävastuu ohjauksesta. Ohjauksella pyritään siihen, että asiakas löytää omia voimavarojaan. Tavoitteena on myös kannustaa asiakasta kantamaan vastuuta omasta terveydestään sekä huolehtimaan siitä mahdollisimman hyvin. (Kyngäs ym. 2007, 5.)

Ohjaustilanteen onnistumisen kannalta on tärkeää välittää ohjattavalle sellainen tunne, että hänen asiaansa pidetään merkityksellisenä. Tämä voidaan osoittaa tilanteeseen keskittymisellä. Ohjaaja voi ilmaista keskittymistä esimerkiksi katsekontaktin avulla, etsimällä sopivan viestintätyylin sekä huolehtimalla, että sanaton ja sanallinen viestintä eivät riitele keskenään. Asiakkaalle tulee antaa tilaa ja aikaa kertoa asiansa ilman keskeytyksiä. Kuuntelua voidaan ilmaista tarkentavilla kysymyksillä, ilmeillä, eleillä ja kommentteilla. (Eloranta & Virkki 2011, 66.)

3.2 Ohjausmenetelmät

Hoitotyössä voidaan käyttää erilaisia ohjausmenetelmiä tiedon omaksumisen helpottamiseksi. Sopivia ohjausmenetelmiä valitessa tulee huomioida asiakkaan kyky omaksua asioita sekä ohjauksen päämäärä. Erilaisia ohjausmenetelmiä ovat muun muassa yksilöohjaus, ryhmäohjaus ja audiovisuaalinen ohjaus. (Kyngäs ym. 2007, 73, 74, 104, 116.)

Ohjaus toteutetaan usein suullisesti, koska vuorovaikutusta pidetään ohjauksen lähtökohtana. Molemminpuolinen vuorovaikutus antaa asiakkaalle tilaa kysyä, oikeista väärinkäsitykset sekä mahdollisuuden saada tukea hoitajalta. Suullinen ohjaus voi toteutua yksilö- tai ryhmäohjauksena ja sen ohella voidaan käyttää erilaisia tukimateriaaleja. Yksilöohjaus tukee asiakaslähtöisyyttä ja mahdollistaa asiakkaan aktiivisuuden ja motivaation tukemisen, jatkuvan palautteen antamisen sekä vapaamuotoisen ilmapiirin. (Kyngäs 2007, 74.) Asiakkaat arvostavat

suullista kasvokkain toteutuvaa yksilöohjausta ja he kokevat hyötyvänsä siitä eniten. Kasvokkain tapahtuva ohjaaminen mahdollistaa myös non-verbaalisten viestien havainnoinnin ja niihin tarttumisen. (Hentinen & Kyngäs 2009, 111.)

Yksilöllistä ohjausta tukeva kirjallinen materiaali voi edistää asiakkaan hoitoon sitoutumista. Kirjallinen materiaali on tärkeää, koska ohjaukselle jää nykyisin ennistä vähemmän aikaa. Sen tulee olla ohjaustilanteeseen sopivaa ja tukea sisällöllisesti muuta ohjausta. Kirjallinen materiaali antaa asiakkaalle mahdollisuuden läpikäydä suullisessa ohjauksessa käsiteltyjä asioita myöhemmin. Sitä voidaan hyödyntää myös siten, että asiakas voi ennalta tutustua niihin asioihin, joita ohjauksessa myöhemmin suullisesti käsitellään. Kirjallisen ohjauksena etuna voidaan pitää sitä, että asiakas saa rauhassa perehtyä asioihin ja miettiä omassa elämässään järjestettäviä asioita. Asioiden etukäteen pohtiminen helpottaa niistä keskustelua ja niiden puheeksi ottamista. (Hentinen & Kyngäs 2009, 115.)

Ryhmäohjaus on tehokas ohjauskeino etenkin elämäntapaohjausta annettaessa. Sen etuna on, että osallistujat saavat vertaistukea muilta ryhmän jäseniltä. Ryhmää käytetään työmenetelmänä usein silloin, kun halutaan jakaa tietoa ja opettaa taitoja monelle ihmiselle samaan aikaan. Muun muassa diabeteksen ensitietoryhmät ja synnytysvalmennusryhmät ovat viestinnältään usein yhdensuuntaisia, joissa asiantuntija välittää tietoa osallistujille. (Kettunen ym. 2011, 87-88.)

Ryhmäohjauksessa yhteinen tavoite vahvistaa osallistujien ryhmään kuulumisen tunnetta. Ryhmässä yksi tärkeimmistä ominaisuuksista on ryhmäläisten välinen merkityksellinen vuorovaikutus, joka ei aina toteudu sanallisessa muodossa. Vuorovaikutus ryhmässä voi toteutua myös esimerkiksi internetin välityksellä. Hoitajan rooli ryhmäohjauksessa pohjautuu asiantuntemukseen ja aiheen hallintaan. Ryhmätyöskentelyn onnistumisen edellytyksenä on hoitajan hyvät ryhmäohjaustaidot. (Kyngäs ym. 2007, 104-105, 108.)

Audiovisuaalisella ohjauksella tarkoitetaan erilaisten teknisten laitteiden välityksellä annettavaa tietoa ja tukea (Kyngäs ym. 2007, 116). Teknologian hyödyntäminen ohjauksessa voi toteutua muun muassa videoiden, äänitallenteiden, puhe-
limen ja internetin avulla. Teknologian avulla voidaan antaa tietoa tehokkaasti,

mutta emotionaalinen tuki jää vähäiseksi. Internet tarjoaa paljon tietoa sairauksista ja niiden hoidosta, mutta lähdekriittisyys on tärkeä muistaa tietoa etsittäessä. Erilaiset keskustelupalstat tarjoavat asiakkaille vertaistuen lähteitä, mutta on hyvä huomioida myös siellä jaettavan tiedon mahdollinen vääristyminen. (Hentinen & Kyngäs 2009, 113.) Video-ohjauksesta hyötyvät erityisesti sellaiset asiakkaat, joilla on haasteita lukea kirjallista materiaalia (Kyngäs ym. 2007, 116).

Puhelinohjauksen perustana voi olla asiakkaan yhteydenotto terveydenhuoltoon esimerkiksi ohjeiden hakemisen yhteydessä tai hoitajan yhteydenotto asiakkaaseen esimerkiksi hoidon seurannan yhteydessä. Puhelinohjaus voidaan määrittellä terveyden- ja sairaanhoidon ohjaukseksi. Se pitää sisällään kokonaisuudessaan asiakkaan terveydentilaan liittyvää ohjauksen yksilöllisesti kohdennetusta ohjauksesta yleiseen ohjaukseen. Palveluohjauksella taas tarkoitetaan palveluista tiedottamista esimerkiksi aukioloaikojen suhteen. (Kyngäs ym. 2007, 118.)

3.3 Raskausdiabeetikon hoidonohjaus

Diabeetikon hoidonohjauksessa korostuu ohjauksen oikea-aikaisuus, tarvelähtöisyys, jatkuvuus, suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus asiakkaan yksilöllisyys huomioiden (Diabeetikon hoidonohjauksen järjestäminen, toteutus ja sisältö 2016). Asiakaslähtöisyys on laadukkaan hoidonohjauksen kulmakivi (Kyngäs 2008, 27). Eloranta ja Virkki (2011, 54) toteavat ensikontaktin olevan merkityksellinen, sillä positiivinen kokemus ensimmäisestä kohtaamisesta antaa hyvän lähtökohdan ohjaussuhteelle.

Ohjauksen tarve määräytyy asiakkaan omien lähtökohtien pohjalta. On tärkeää huomioida esimerkiksi se, mitä asiakas tietää sairaudesta entuudestaan sekä millaisia odotuksia hänellä on ohjausta kohtaan. Jos tieto sairaudesta on ilmennyt vasta äskettäin, saattaa asiakas olla vielä kriisivaiheessa, jolloin uuden tiedon vastaanottaminen on haasteellista. Toisaalta samojen asioiden toistaminen saattaa tuntua asiakkaan näkökulmasta vähättelevältä, jos hänellä on entuudestaan paljon tietoa sairaudesta. (Eloranta & Virkki 2011, 26.) Ohjaus tulee pyrkiä rakentamaan asiakkaan lähtökohdat huomioiden, jotta hän pystyy hyödyntämään

parhaalla mahdollisella tavalla ohjauksessa oppimiaan tiedollisia ja taidollisia valmiuksia (Kyngäs 2008, 30).

Asiakkaan fyysiset taustatekijät kuten ikä, siviilisääty ja koulutustausta voivat vaikuttaa siihen, miten hän kykenee ottamaan ohjausta vastaan. Myös ohjaajan fyysiset taustatekijät kuten ikä ja koulutustausta voivat vaikuttaa ohjaukseen esimerkiksi ohjausvalmiuksien sekä ohjaukseen asennoitumisen suhteen. Psyykkisten taustatekijöiden kannalta keskeistä on sekä asiakkaan että hoitajan motivaatio. Asiakkaan oma motivaatio vaikuttaa hänen tahtoonsa omaksua hoitoonsa liittyviä asioita sekä siihen, kokeeko hän käsiteltävät asiat itselleen tärkeiksi. Hoitajan motivaatio näkyy siinä, miten innostuneesti hän keskittyy asiakkaan taustatekijöiden selvittämiseen sekä ohjaussuhteen rakentamiseen. (Kyngäs 2008, 30, 33.)

Sekä asiakkaan että hoitajan arvomaailma ohjaa sitä, miten asioita lähestytään. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa. (Kyngäs 2008, 35-36.) Ohjattavan omien voimavarojen vahvistamisen lisäksi on tärkeää huomioida läheiset ja heiltä saatava tuki. Ohjauksessa tulee muistaa, että asiakas on samanaikaisesti sekä yksilö että erilaisten yhteisöjen jäsen. (Eloranta & Virkki 2011, 57.) Asiakkaalta voidaan kysyä, haluaako hän jonkun läheisensä osallistuvan ohjaukseen. Elinympäristöllä on osaltaan vaikutusta siihen, kuinka asiakas oppii omahoitoonsa ja toteuttaa sitä. (Kyngäs 2008, 35-36.)

Ohjaustilanne sekä -ympäristö on merkityksellinen. Ohjaus edellyttää turvallista, rauhallista ja siistiä ympäristöä, jotta ohjattavaan asiaan voidaan keskittyä ilman häiriötekijöitä. Ympäristö vaikuttaa siihen, miten asiakas kokee ohjaustilanteen. Rauhallisella ja siistillä ympäristöllä voidaan välittää asiakkaalle tunne siitä, että hänen asiansa on tärkeä. Riittävä ohjaukseen varattu aika vahvistaa asiakkaan tunnetta siitä, että hänen asiansa on tärkeä ja siihen syvennyttään. (Kyngäs 2008 36-37.)

Hoidonohjaukseen sisältyy yksilöllisen hoitosuunnitelman laatiminen, jossa tulee näkyä hoidon tarve, tavoite, toteutus ja keinot, tuki, seuranta ja arviointi sekä suunnitelman vastuuhenkilö. Hoitoon osallistuvien tulee kokoontua säännöllisesti ja ohjaukseen osallistuvien riittävästä ammattitaidosta ja ohjaustaidoista sekä nii-

den ylläpitämisestä tulee huolehtia. Eri toimijoiden välinen yhteistyö ja moniammatillisuus on tärkeää. Hoidonohjauksen päävastuu on ohjausta antavalla hoitajalla sekä lääkäriellä, mutta hoidon toteuttamisen päävastuu jää diabeetikolle itselleen. Sen vuoksi on tärkeää, että asiakas tietää riittävästi sairaudestaan ja osallistuu hoitoonsa aktiivisesti. (Diabeetikon hoidonohjauksen järjestäminen, toteutus ja sisältö 2016.)

3.3.1 Motivoiva haastattelu

Motivoiva vuorovaikutus on asiakaslähtöisessä hoidonohjauksessa tärkeää. Motivoivalla haastattelulla tarkoitetaan asiakaskeskeistä ohjausmenetelmää, joka pohjautuu ammattilaisen ja asiakkaan väliseen yhteistyöhön. Pyrkimyksenä on löytää asiakkaan motivaatio elämäntapamuutokseen sekä vahvistaa sitä. Motivoitumisen kannalta tärkeää on selvittää asiakkaan omat arvot, tavoitteet, muutoksen merkitys ja käytettävissä olevat voimavarat. Keskeisiä periaatteita motivoivassa haastattelussa ovat empatian osoittaminen, asiakkaan itseluottamuksen ja omien kykyjen vahvistaminen, nykyisen ja tavoiteltavan tilanteen välillä olevan ristiriidan voimistaminen sekä väittelyn välttäminen ja vastarinnan myötäileminen. (Järvinen 2014.)

Toimiva yhteistyösuhde on edellytys motivoinnin toteutumiselle. Keskustelun avulla pyritään ymmärtämään, hyväksymään ja antamaan asiakkaalle kokemus kohdatuksi tulemisesta. Kun asiakas tuntee tulleensa kuulluksi, hänen luottamuksensa ja valmiutensa muutosta kohtaan heräävät. Sujuva keskustelu ohjaajan ja asiakkaan välillä auttaa muutostarpeiden tunnistamisessa ja löytämisessä. Ohjaajan aito, kunnioittava, lämmin, ystävällinen ja myötätuntoinen asennoituminen ja toiminta ovat tärkeitä tekijöitä muutokseen motivoimisessa. (Salo-Chydenius 2015, 134-135.)

Asiakkaan itseluottamuksen ja omien kykyjen vahvistuminen edellyttää, että ammattilainen pyrkii tunnistamaan ja vahvistamaan niitä. Asioista pyritään löytämään aluksi hyvät puolet ja pienetkin edistymiset. Nykyisen ja tavoiteltavan tilanteen välillä olevan ristiriidan voimistamisella pyritään havainnollistamaan asiakkaalle ristiriitaa nykyisen käyttäytymismallin ja asiakkaan tavoitteiden ja arvojen

välillä. (Järvinen 2014.) Ohjaajan on kuitenkin tärkeä välttää väittelevää keskustelutapaa pyrkiessään tuomaan ristiriitaa esille (Eloranta & Virkki 2011, 65). Ammattilaisen ei tule provosoitua, vaikka asiakas ei toimisi suunnitellulla tavalla. Asiakasta ei tule kritisoida valinnoistaan, vaan häntä kohtaan tulee osoittaa ymmärrystä. (Järvinen 2014.) Yhteistyöorientoituneen, kuuntelevan ja ymmärtävän vuorovaikutuksen avulla voidaan edesauttaa asiakkaan sisäisen motivaation löytämistä (Absetz & Hankonen 2017).

Avointen kysymysten käyttäminen on yksi motivoivan haastattelun perustaidoista. Avointen kysymysten avulla pyritään siihen, että asiakas kertoo tilanteestaan, tunteistaan ja ajatuksistaan. (Oksanen 2014, 145.) Avoimet kysymykset voidaan aloittaa esimerkiksi sanoilla mitä, miten, miksi, kuinka ja kerro. Motivoivassa haastattelussa pyrkimyksenä on, että asiakas puhuu enemmän kuin ammattilainen. Empatian osoittaminen ohjauksessa välittää asiakkaalle tunteen, että ammattilainen on kiinnostunut hänestä ja hänen asioistaan. Ammattilainen voi osoittaa kiinnostusta katsekontaktilla, tarkkaavaisella kuuntelulla ja hyväksyvällä äänitelyllä. (Järvinen 2014.)

Yhtenä motivoivan haastattelun perusmenetelmänä käytetään reflektivoivaa eli heijastavaa kuuntelua (Järvinen 2014). Sillä tarkoitetaan ohjaajan tietoista kommentointia asiakkaan kerrontaan. Heijastavan kuuntelun perustana on, että aiheiden sisällöt ovat asiakkaasta lähtöisiä ja keskustelussa pyritään pysymään asiakkaan omissa ilmaisuissa. Ohjaajan tulee välttää neuvomista. Hänen tehtävänä on lisäkysymyksillä syventää keskustelua tai poimia lisää keskustelunaiheita. Reflektivoivan kuuntelun avulla on mahdollisuus tarttua asiakkaan muutospuheeseen ja herätellä keskustelussa uutta näkökulmaa. (Oksanen 143, 147.) Lisäksi sen avulla voidaan tehokkaasti osoittaa asiakkaalle, että häntä kuunnellaan. Yhteenvetoja tekemällä voidaan koota keskeisimmät asiat siitä, mitä ammattilainen on ymmärtänyt. Samalla voidaan osoittaa asiakkaalle, että hän on tullut kuulluksi. (Järvinen 2014.)

Muutosprosessin edistymiseen vaikuttaa se, onko asiakas etukäteen motivoitunut elämäntapamuutokseen ja haluaako hän tukea konkreettiseen toimintaan vai täytyykö motivaatiota ensin herätellä tai vahvistaa (Absetz & Hankonen 2017). Motivoivaa haastattelua voidaan pitää onnistuneena, jos keskustelun päätteeksi

asiakkaalla on mielessään suunnitelma elämäntapamuutoksen aloittamisesta. Suunnitelma elämäntapamuutoksesta on usein toteuttamiskelpoinen, jos asiakas suunnittelee sen itse omiin arvoihinsa, tarpeisiinsa, tavoitteisiinsa ja resursseihinsa pohjautuen. Asiakkaalle tulee antaa aikaa motivoitumiselle, eikä sitä voi kiirehtiä. Jokainen asiakas motivoituu muutokseen omassa tahdissaan. (Järvinen 2014.)

3.4 Ohjauksen vaikuttavuus

Laadukkaalla ohjauksella voidaan edistää asiakkaan terveyttä. Vaikutukset voivat näkyä muun muassa asiakkaan toimintakyvyssä, elämänlaadussa, hoitoon sitoutumisessa, itsehoidossa, kotona selviytymisessä sekä itsenäisessä päätöksenteossa. Ohjauksella on havaittu olevan vaikutusta myös asiakkaan masentuneisuuden, ahdistuksen sekä yksinäisyyden tunteen vähenemiseen. Lisäksi sillä pystytään edistämään asiakkaan tiedon määrää sekä ymmärrystä ja muistamista omaan hoitoonsa liittyviin asioihin. Onnistunut ohjaus voi edellyttää useita ohjauksetoja. (Kyngäs ym. 2007, 25, 145.)

Kyngäs ym. (2007, 147) ovat määritelleet vaikuttavalle ohjaukselle ominaisia piirteitä. Jotta ohjaus olisi vaikuttavaa, sen tulee perustua asiakkaan omaan arviointiin ja tavoitteet tulee asettaa yhdessä asiakkaan kanssa. Vaikuttava ohjaus edellyttää erilaisten vuorovaikutus- ja ohjaustapojen käyttöä, sosiaalista tukea ja positiivista seuranta.

Asiakkaat kokevat ohjauksen usein riittämättömänä. Ohjauksen sisältö voi vaihdella ja olla ristiriitaista, jolloin ohjauksen hyöty jää usein pieneksi. Ohjauksen ajoittaminen ja oikea kesto voivat olla puutteellisia. Ohjauksen oikea-aikaisuus mahdollistaa asiakkaan omahoidon toteutumisen ja voimavarojen vahvistamisen. Henkilökunnan vähäinen määrä ja sen aiheuttama kiire heijastuvat ohjauksen saantiin ja asiakkaan hoitoon osallistumiseen. Onnistunutta ohjausta hankaloittaa joustamaton ohjaus, jossa ei huomioida ohjattavan elämäntilannetta ja ongelmia yksilöllisesti. Asiakkaat saattavat myös kokea ohjauksen epäselvänä. (Eloranta & Virkki 2011, 16.)

Erityisesti pienten lasten äideille raskausdiabeteksen omahoitoon motivoituminen sekä parempien terveysvalintojen tekeminen voi olla vaikeaa. Raskausdiabeetikoiden ohjauksessa voimavaralähtöinen ohjaus voi olla hyödyllistä opastaessa heitä kohti terveellisempiä valintoja ja elämänlaatua parantavaa muutosta. Hoidonohjaus on aktiivista vuorovaikutuksellista toimintaa ohjaajan ja ohjattavan välillä. Raskausdiabeetikon omien voimavarojen huomioiminen on erityisen tärkeää ohjauksen sisältöä mietittäessä. Ohjauksen tavoitteena on hyvä omahoito, jonka myötä voidaan saavuttaa mahdollisimman hyvä terveys ja elämänlaatu. (Halkoaho ym. 2009, 23-24.)

4 VUOROVAIKUTUS OHJAUKSESSA

4.1 Vuorovaikutus käsitteenä

Vuorovaikutus merkitsee sitä, että siinä osallisena olevat ihmiset vuorotellen vaikuttavat toisiinsa. Vuorovaikutus vaatii vähintään kaksi henkilöä sekä jonkin asiasisällön, joka siirtyy ihmisten välillä. Onnistunut vuorovaikutustilanne riippuu siitä, osaako toinen henkilö viestittää asiasisällön ymmärrettävässä muodossa, kuunteleeko toinen henkilö viestiä, kuuleeko hän sen ja miten asiasisältö tulkitaan. Parhaimmillaan vuorovaikutustilanteessa kaksi osapuolta voivat oppia toinen toiseltaan ja osapuolten pyrkimyksenä on omien näkemystensä laajentaminen. (Mäkisalo-Ropponen 2012, 99.)

Vuorovaikutus muodostuu moninaisista, vastavuoroisista suhteista, joissa osapuolet vaikuttavat toisistaan ja vastaavat erilaisiin odotuksiin. Toinen ihminen tulee kohdata subjektina, jolla on oma näkökulmansa asioihin sekä omat kokemuksensa. Tätä voidaan luonnehtia myös intersubjektiivisuudeksi, jolla tarkoitetaan yhteisen ymmärryksen ja kokemuksen saavuttamista ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Asiakkaan kohtaaminen objektina voi muuttaa vuorovaikutusta yksisuuntaiseksi ohjaamiseksi, jolloin toisen ihmisen ainutlaatuisuuden kunnioittaminen katoaa. (Sorjonen 2015; Mönkkönen 2018, 76.)

Vuorovaikutuksen haasteena on se, että osapuolet tulkitsevat asioita eri tavalla. Erilaiset merkitykset ohjaavat ihmisten ajattelua ja toimintaa. Ihmiset luovat myös uskomuksia muiden päämääristä ja merkityksistä, mikä vaikuttaa vuorovaikutuksen kulkuun. Toinen osapuoli voi esimerkiksi tulkita toisen puheen riittäväksi, jolloin hän voi vastata siihen puolustellen. Väärinkäsityksille on olemassa suurempi riski, jos asioista ei puhuta avoimesti. (Mäkisalo-Ropponen 2012, 101.)

4.2 Vuorovaikutusorientaatiot ohjauksessa

4.2.1 Asiantuntijakeskeinen vuorovaikutusorientaatio

Asiantuntijakeskeisessä vuorovaikutuksessa pääosassa on ohjaaja tai asiantuntija. Ohjaaja määrittelee ohjauksessa läpikäytävät asiat ja johdattelee vuorovaikutusta. Ohjauksen lähtökohtana on ohjaajan asiantuntijuus ja kokemukset sekä neuvojen ja ohjeiden antaminen. Ohjaajan antamat merkitykset, tulkinnat ja ymmärrys käsiteltävästä asiasta vaikuttavat ohjaustilanteeseen. (Vänskä ym. 2011, 52.)

Tyypillisiä piirteitä asiantuntijakeskeiselle vuorovaikutukselle ovat asiantuntijan kontrolli ja tilanteen ohjailu sekä suljetut kysymykset. Asiantuntija saattaa keskeyttää asiakkaan puheen tai puhua enemmän kuin asiakas. Asiantuntijakeskeisesti orientoituneelle ohjaajalle ominaista on ohjaustilanteen dominointi ja oman roolin korostaminen ohjauksessa. (Vänskä ym. 2011, 53.) Ammatilaisen tarkoituksena on usein osoittaa omaa pätevyyttään kertomalla asioita asiakkaalle. Asiakkaan luottamus ammatilaisen osaamiseen vahvistaa asiantuntijakeskeisyyttä ja saa työntekijän korostamaan omaa asemaansa vuorovaikutuksessa. Asiakkaan aktiivisuus ja vastuu omasta tilanteesta voi tällöin jäädä puutteelliseksi. (Mönkkönen 2018, 48.)

4.2.2 Asiakaskeskeinen vuorovaikutusorientaatio

Asiakaskeskeisessä vuorovaikutusorientaatiossa ohjaustilanne muodostuu asiakkaan ehdoilla. Asiakas määrittelee läpikäytävät asiat ja johdattelee vuorovaikutusta omien tarpeidensa pohjalta. Asiakkaan omat näkemykset, kokemukset ja tarpeet ovat keskeisessä roolissa ohjaustilanteessa. Asiantuntijan rooli on kuulla ja kuunnella asiakasta sekä olla asiakkaan apuna ja tukena oman tilanteensa hahmottamisessa ja ratkaisujen löytämisessä. (Vänskä ym. 2011, 54-55.)

Asiakaskeskeisessä vuorovaikutuksessa lähtökohtana on asiakkaan kunnioittaminen, yksilöllisyys sekä tarvetta tulla aidosti kuulluksi. Asiakasta pyritään aktivoimaan ja hänen omaa tietämystään pyritään hyödyntämään ohjauksessa. (Mönkkönen 2018, 66-67.) Asiakaskeskeinen vuorovaikutusorientaatio edistää asiakkaan tilanteen kartoittamista ja sitä voidaan hyödyntää esimerkiksi ohjausprosessin alkuvaiheissa (Vänskä ym. 2011, 56-57).

Mönkkönen (2018, 67-68) nostaa esille myös asiakaskeskeisen vuorovaikutuksen ongelmia. Hän toteaa, että asiakkaan tarpeet eivät yksin ratkaise palvelujen toteuttamistapaa ja toimiva vuorovaikutus kärsii, jos edetään kokonaan toisen osapuolen ehdoilla. Pelkästään toisen osapuolen ehdoilla etenevä vuorovaikutus ei tuo kummallekaan osapuolelle uusia näkemyksiä. Vaikka asiakaskeskeinen käsite itsessään on positiivinen, se saattaa hankaloittaa vastavuoroisen kohtaamisen kehittämistä asiakastyössä. (Mönkkönen 2018, 67-68.)

4.2.3 Dialoginen vuorovaikutusorientaatio

Dialogisuutta voidaan pitää kolmantena keskeisenä vuorovaikutusorientaationa asiantuntijakeskeisen ja asiakaskeskeisen vuorovaikutuksen rinnalla. Vastavuoroisuus on keskeinen osa dialogista vuorovaikutusta. Siinä jokainen osapuoli saa mahdollisuuden vaikuttaa vuorovaikutuksen etenemiseen ja olla osana tilanteen luomista. Asiakassuhteessa se merkitsee sitä, että suhde on molemminpuolista ymmärryksen rakentamista, jossa edetään molempien osapuolten ehdoilla. (Mönkkönen 2018, 87.)

Asiantuntijat ovat määritelleet dialogin avoimeksi ja suoraksi keskusteluksi, jonka pyrkimyksenä on yhteisen ymmärryksen saavuttaminen. Dialogissa hyväksytään ihmisten erilaiset näkemykset ja ymmärretään se, että kenenkään yksittäinen näkemys ei vastaa koko totuutta. Tilanteisiin pyritään löytämään ratkaisuja antamalla tilaa erilaisille näkemyksille ja eri osapuolten kuulluksi tulemiselle. Kuulluksi tuleminen voi olla voimia antava kokemus asiakkaalle. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2016.)

Dialogisuus vaatii luottamuksellisen suhteen asiantuntijan ja asiakkaan välille. Puheeksi ottamisessa ajoitus on tärkeää ja työntekijän tulee malttaa odottaa asiakkaan osallistumista. Jos työntekijä esimerkiksi esittää ilmenneen huolensa liian varhaisessa vaiheessa, asiakas saattaa sulkeutua tilanteessa. Tämän seurauksena vuorovaikutus lukkiutuu ja asiakas saattaa kaunistella omia asioitaan tai kertoa niistä yleisesti hyväksyttävällä tasolla. (Mönkkönen 2018, 93.)

Dialogisuus edellyttää ammattilaiselta kunnioitusta, kiinnostusta ja myötätuntoa asiakasta kohtaan. Ammattilaisen tulee ymmärtää, ettei hän voi tietää asiakkaan puolesta tämän tarpeita. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2016.) Tilanteen etenemistä voidaan luonnehtia osapuolten yhteiseksi prosessiksi. Dialogisessa vuorovaikutuksessa pyrkimyksenä on, että ohjaaja ja ohjattava yhdessä tutkivat sitä, mikä ohjattavan elämässä on totta ja mahdollista. Heillä on yhteinen tavoite saada ohjattava voimaantumaa siten, että hän kykenisi tekemään kestäviä valintoja ja ratkaisuja. Ohjaajan roolia voidaan kuvata rinnalla kulkijaksi, tutkijaksi ja mahdollistajaksi. Ohjaaja työskentelee tilanteessa ohjaustyön asiantuntijana, kun taas ohjattava on oman elämänsä asiantuntija sekä ratkaisujen tekijä. (Vänskä ym. 2011, 58, 60.)

Täydellisen yhteisymmärryksen saavuttaminen vuorovaikutuksessa on haasteellista, koska osapuolet tulkitsevat asioita omien taustojen ja kokemustensa kautta. Asiakastyössä ja moniammatillisessa vuorovaikutuksessa voidaan sen vuoksi puhua riittävän yhteisymmärryksen saavuttamisesta. (Mönkkönen 2018, 93.)

4.3 Kohtaaminen käsitteenä

Asiakkaan kohtaamisessa painotetaan usein tasavertaista kohtaamista ja asiakaslähtöisyyttä. Asiakaskeskeisyydellä korostetaan, että asiakas on osallisena oman hoitonsa suunnittelussa. Asiakkaan kohtaamiseen liittyy erilaisia vuorovaikutuksen ilmiöitä samalla tavalla kuin ihmisten väliseen kohtaamiseen yleensä. Ihmiset ovat vuorovaikutuksessa kukin omalla tavallaan. Asenne, jolla kohtaamme toisen ihmisen, on merkityksellinen vuorovaikutuksen kannalta. (Mönkkönen 2018, 14.)

Taito kohdata toinen ihminen on yksi tärkeimpiä osaamisvaatimuksia sosiaali- ja terveysalalla. Aito kohtaaminen on asia, jota voi harjoitella, mutta siinä ei voi koskaan olla täysin valmis. Jokainen vuorovaikutustilanne on ainutlaatuinen, jolloin tilanteiden etukäteen harjoittelemisen on vaikeaa. (Mäkisalo-Ropponen 2012, 7.) Kohtaaminen ei sisällä vain yksilöllistä minää, vaan se vaatii olennaisena osana myös toisen ihmisen. Hoitotyössä keskeistä on se, millainen on hoitajan ja potilaan kohtaaminen, millainen on kohtaamisen luonne ja mitkä keskeiset asiat heijastuvat siihen ja siinä. (Heikkinen & Laine 1997, 7-8.)

Potilaan kunnioittava kohtaaminen on potilaan oikeus (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Taito kohdata toinen ihminen liittyy sosiaalisten taitojen hallintaan. Ihmiset oppivat vuorovaikutustaitoja jo varhaislapsuudessa ja niitä kehitetään koko elämän ajan. Hoitotyössä kohtaaminen toteutuu toisen ihmisen kunnioittamisen ja tasavertaisuuden kautta. Asiakkaan sukupuolen, kansalaisuuden, kielen, vakaumuksen tai elämänkatsomuksen ei tule vaikuttaa kohtaamiseen eikä kanssakäymisen laatuun. Kosketus, ilmeet, eleet, sanat ja puhe, hoitotoimenpiteet, huolehtiminen, välittäminen ja hoitaminen ovat merkittävässä roolissa kohtaamisen toteutumisessa. (Haho 2014.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata raskausdiabeteksen hoidonohjauksessa tapahtuvan yksilöllisen kohtaamisen toteutumista äitien näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa raskausdiabeteksen ohjauksesta sekä ohjauksen ongelmista ja haasteista, jotta raskausdiabeetikoiden hoidonohjausta voitaisiin tulevaisuudessa parantaa. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää Diabetesliiton toiminnassa sekä terveydenhoitajien hoidonohjauksen ongelmiin ja haasteisiin puuttumisessa.

Tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Millaista ohjaus on äitien kuvaamana?
2. Millaisia kokemuksia äideillä oli kohtaamisesta?
3. Millaisia kehittämistarpeita äidit kokivat kohtaamiseen liittyen?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Laadullinen tutkimus

Tämä opinnäytetyö on toteutettu kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Laadullisessa tutkimuksessa pyrkimyksenä ei ole saada yleistettävää tietoa, sillä kyseessä on ihmisten kertomukset, tarinat ja merkitykset. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää totuudenmukaista tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisessa terveystutkimuksessa tutkimus kohdistuu ihmisen terveyteen ja siihen yhteydessä oleviin tekijöihin. (Kylmä & Juvakka 2007, 16-17.)

Kiviniemi (2018, 73) kuvaa laadullista tutkimusta prosessiksi. Tutkija tekee aineistonkeruun itse, jolloin kerättyyn aineistoon liittyvien näkemysten ja tulkintojen voidaan olettaa edistyvän tutkijan tietoisuudessa tutkimusprosessin mennessä eteenpäin. Tällöin voidaan puhua tutkimustoiminnan ymmärtämisen lisäksi myös tietynlaisesta oppimistapahtumasta. Prosessiksi sitä voidaan kuvailla myös siksi, että tutkimuksen etenemisen eri vaiheet eivät automaattisesti ole ennalta järjestävissä selkeisiin vaiheisiin, vaan ne voivat muotoutua uudelleen tutkimuksen edetessä. Tutkijan pyrkimyksenä onkin tuoda esille tutkittavien ajattelutapa tutkittavana olevasta ilmiöstä tai ymmärtää ihmisen toimintaa tietyssä ympäristössä. (Kiviniemi 2018, 73.)

Laadullisen tutkimuksen avulla voidaan paremmin ymmärtää asiakkaan ja hoitajan todellisuuksia (Kylmä ja Juvakka 2007, 190). Se auttaa tutkimaan hoitotilanteen vuorovaikutusta ja ongelmia. Tässä tutkimuksessa on pyritty selvittämään raskausdiabeetikoiden ohjauksessa tapahtuvan kohtaamisen toteutumista kysymällä laadullisen tutkimuksen keinoin äitien ohjaukokemuksista. Laadullisen tutkimukseen on olemassa erilaisia lähestymistapoja, mutta ihminen on välttämätön osa sen toteutumista (Kylmä & Juvakka 2007, 16; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 65).

6.2 Opinnäytetyön suunnittelu

Opinnäytetyön aihe valikoitui helmikuussa 2019 pitkän pohdinnan jälkeen. Raskausdiabetes aiheena tuntui mielenkiintoiselta ja sopivalta terveydenhoitajan ammattia ajatellen. Raskausdiabeteksen yleistyessä tulisi hoidonohjauksen toteutumiseen kiinnittää entistä enemmän huomiota. Lisäksi yhteistyötahona toimiva Diabetesliitto esitti toiveen ohjauksessa tapahtuvan kohtaamisen tutkimisesta.

Prosessikirjoittaminen voidaan kuvata vaiheisiin. Ideointi- ja suunnitteluvaiheessa aletaan hakemaan uutta tietoa valitusta aiheesta. Tietoa voidaan hankkia muun muassa aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen ja erilaisiin aineistoihin perehtymällä, keskustelemalla, haastattelemalla tai tekemällä koejärjestelyjä. Kerättyä tietoa aletaan pohtimaan, jäsentämään ja rajaamaan. Kun tietoa haetaan ja aineistoa tutkitaan, voidaan lopulta tarkentaa aiheen valintaa siihen, mitä kyseisestä aiheesta halutaan sanoa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 32.)

Tutkimuksen lopullinen aihe valikoituu neuvottelu- ja harkintavaiheen jälkeen. Onnistuneen tutkimuksen vaatimuksena pidetään usein sitä, että tekijä on kiinnostunut aiheesta. Aiheen sopivuutta oman alan opinnäytetyöksi tulee pohtia ja siitä tulee olla saatavilla tarpeeksi kirjallista tietoa. Myös mahdollisuutta tutkimuksen toteuttamiseksi tulee pohtia aihetta valittaessa. Esimerkiksi suunniteltujen henkilöiden kieltäytyminen tutkimuksesta tai heidän tavoittamisensa voi joissain tapauksissa osoittautua liian työlääksi, jolloin aihetta on mietittävä uudelleen. (Hirsjärvi ym. 2014, 66, 77, 79.)

Kylmä ja Juvakka (2007, 66) toteavat laadullisen analyysin vievän yleensä paljon aikaa. Tutkimuksen toteuttamista varten laadittiin aikataulullinen suunnitelma, jonka toteutumisesta pidettiin kiinni. Tutkimusprosessin aikataulullinen eteneminen esitellään seuraavassa taulukossa (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Kuvaus tutkimuksen aikataulullisesta etenemisestä

Tutkimuksen vaihe	Ajankohta
Aiheen valinta ja yhteistyökumppanin tapaaminen	Maaliskuu 2019
Tutkimussuunnitelman valmistelu	Huhtikuu 2019
Tutkimusluvan hakeminen	Toukokuu 2019
Tutkimukseen osallistujien rekrytointi	Toukokuu 2019
Tutkimusaineiston keruu ja tekstiksi kirjoittaminen	Kesä-heinäkuu 2019
Tutkimusaineiston analysointi	Elo-syyskuu 2019
Tutkimuksen raportointi	Lokakuu 2019
Tutkimusraportin viimeistely	Marras-joulukuu 2019

6.3 Aineistonkeruu

Hyvän tutkimustavan mukaista on selvittää, edellyttääkö tutkimus eettistä ennakkoarviointia ja tuleeko sille hakea tutkimuslupaa. Jos tutkimusta varten rekrytoidaan henkilöitä tietystä organisaatiosta, niin lupaa haetaan kohdeorganisaatiolta. (Kettunen 2018.) Tätä opinnäytetyötä varten on pyydetty tutkimuslupa Suomen Diabetesliitolta.

Kylmä ja Juvakka (2007, 16) tuovat esille, että laadullista tutkimusta tehdessä voidaan käyttää monia erilaisia aineistonkeruumenetelmiä. Tutkimushaastattelu on yksi käytetyimmistä menetelmistä tiedonhankinnassa. Se on joustava tutkimusmenetelmä ja sitä voidaan soveltaa erilaisiin tarkoituksiin. Keskustelu on luontevin tapa kerätä tietoa, kun halutaan kuulla ihmisten mielipiteitä, käsityksiä ja uskomuksia tai selvittää, miksi ihmiset toimivat tietyllä tavalla tai miten he kokevat erilaiset tapahtumat. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 11.)

Haastattelumuotoja on erilaisia. Eroavaisuudet haastattelumuotojen välillä ilmenevät pääasiassa strukturointiasteen perusteella eli siinä, miten tarkkoja kysymyksiä on tehty ja miten ne jäsennetään. Erilaisia haastattelumuotoja kvalitatiivisessa tutkimuksessa ovat muun muassa strukturoimaton haastattelu, puolistrukturoitu haastattelu ja teemahaastattelu. Vapaamuotoiset ja puolistrukturoidut

haastattelumenetelmät ovat yleisimmin käytettyjä. Haastattelun etuina voidaan pitää suoraa vuorovaikutuksellista kontaktia tutkittavan kanssa. Erityisesti kasvotusten haastattelussa korostuu sanattoman viestinnän merkitys vastausten tulokinnassa. Haastatteluaiheiden järjestystä voidaan muunnella. (Hirsjärvi & Hurme, 2011, 34-35, 43-44). Kylmän ja Juvakan (2007, 88) mukaan haastattelut voidaan jaotella myös osallistuvien ihmisten määrän mukaan yksilöhaastatteluihin ja ryhmähaastatteluihin, tai toteutustavan mukaan kasvotusten tapahtuviin haastatteluihin ja puhelinhaastatteluihin.

Tässä tutkimuksessa on käytetty aineistonkeruumenetelmänä puolistrukturoitua haastattelua. Puolistrukturoidussa haastattelussa kysymykset ovat kaikille samat, mutta valmiita vastausvaihtoehtoja ei käytetä, vaan haastateltavat vastaavat kysymyksiin omin sanoin. (Eskola & Vastamäki 2016, 29.)

Haastatteluja varten toiveena oli löytää raskausdiabeteksen sairastaneita äitejä. Tarkoituksena oli saada haastateltavat Suomen Diabetesliitto ry:n kautta. Tutkimukseen pyydettiin haastateltavia Diabetesliiton tarjoamaan Raskausdiabeteksen jälkeen -verkkovalmennukseen osallistuneista raskausdiabeetikoista. Diabetesliitto toteutti kyselyn verkkovalmennukseen osallistuneille ja liitti sen yhteyteen mahdollisuuden ilmoittautua haastateltavaksi tätä opinnäytetyötä varten. Neljä raskausdiabeteksen sairastanutta äitiä antoi Diabetesliiton kautta yhteystietonsa haastatteluun osallistumista varten. Kyseisiin äiteihin oltiin yhteydessä sähköpostitse. Ilmoittautuneista kaksi vastasi sähköpostiviestiin ja heidät haastateltiin puhelinhaastattelujen muodossa.

Koska aineisto olisi jäänyt pieneksi tällä otannalla, haastateltavia lähdettiin etsimään Facebook-ryhmien kautta. Julkaisu (Liite 1) jaettiin Raskausdiabeteksen vertaistuki -ryhmässä sekä Helmikuiset 2019 -ryhmässä. Kummatkin olivat suljettuja ryhmiä. Molempien ryhmien kautta ilmoittautui vapaaehtoisia haastateltavia. Facebookin kautta löytyi neljä raskausdiabetekseen sairastunutta äitiä haastattelua varten. Yksi haastateltavista löytyi äitiysneuvolan kautta.

Alkuperäisenä tarkoituksena oli haastatella kaikki äidit kasvotusten. Suurin osa haastateltavista asui kuitenkin pitkän matkan päässä, minkä vuoksi haastattelut toteutettiin puhelinhaastatteluina. Vain yksi äideistä asui lähellä tutkijaa, jolloin

haastattelu onnistuttiin toteuttamaan kasvotusten. Yhteensä kuusi äideistä haastateltiin puhelimitse. Kaikki haastattelut nauhoitettiin. Kylmä ja Juvakka (2007, 88) mainitsevat puhelinhaastattelun eduksi sen, että tutkijan ei tarvitse liikkua paikasta toiseen aineistonkeruun vuoksi eikä haastattelun toteuttamisesta aiheudu matkakuluja. Puhelinhaastattelu on toimiva aineistonkeruumenetelmä, jos kasvotusten haastattelu ei ole mahdollista. Puhelinhaastattelun negatiivisena puolena voidaan pitää sanattoman viestinnän puutetta, mikä voi hankaloittaa vastausten tulkitsemista. (Kylmä & Juvakka 2007, 89.)

Haastattelukysymykset (Liite 2) olivat avoimia kysymyksiä ja haastateltavilta toivottiin mahdollisimman kuvailevia vastauksia. Haastattelun pilotoinnilla testattiin kysymysten toimivuutta sekä ajankäyttöä. Ensimmäisen haastattelun toteuttaminen kasvotusten oli hyödyllistä myöhemmin toteutettuja puhelinhaastatteluja varten. Haastateltavia pyydettiin etukäteen varaamaan tunti aikaa haastattelua varten. Kaikki haastattelut toteutuivat ilman häiriötekijöitä. Tutkija ei tehnyt haastattelujen aikana laajoja muistiinpanoja, vaan pyrki kuuntelemaan haastateltavien puhetta mahdollisimman tarkasti. Äänitallenteiden avulla tutkija pystyi palaamaan haastatteluihin myöhemmin.

6.4 Aineiston analyysi

Haastatteluaineiston analyysi aloitetaan haastattelujen litteroinnilla eli niiden muuttamisella tekstimuotoon. Tekstiksi avatut ääni- tai kuvatallenteet muodostavat tutkimusaineiston. Haastattelujen litteroinnilla on tärkeä merkitys myös aineiston analyysin kannalta, sillä se on keino perehtyä omaan aineistoon. Litterointia voidaankin pitää analyysin ensimmäisenä vaiheena. Koska nauhoitettu aineisto sisältää paljon informaatiota, on kaiken täsmällinen kirjaaminen äänitallenteen avulla melko mahdotonta. Tekstimuotoista versiota voidaan siksi pitää yhtenä tulkitsemina tilanteesta, ei täsmällisenä kuvauksena. Sitä voidaan käyttää muistiinpanona alkuperäisestä haastattelutilanteesta, jotta haastattelut olisivat helpommin analysoitavassa muodossa. (Nikander & Ruusuvaara 2017, 427, 437-438.) Kaikki haastattelut litteroitiin viimeistään kolmantena päivänä haastattelusta.

Tämän opinnäytetyön haastatteluaineisto on analysoitu sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida erilaisia dokumentteja, kuten kirjoja, haastatteluja tai keskusteluja, systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysin tarkoituksena on saada kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Tällä analyysimenetelmällä aineisto muunnetaan sopivaan muotoon johtopäätösten tekoa varten. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117.)

Aineiston keräämisen ja litteroinnin jälkeen, se analysoidaan, jotta tutkimuksen tulokset voidaan tuoda esille. Sisällönanalyysin päämääränä on tuottaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä kerätyn aineiston avulla. Sitä voidaan pitää perustyövälineenä laadullisen aineiston analyysissa. Induktiivisessa sisällönanalyysissa tekstin sanoja ja ilmaisuja jaotellaan niiden käsitteellisten merkitysten perusteella. Oleellista on tunnistaa tutkittavasta ilmiöstä sisällöllisiä väittämiä. Kaikkea tietoa ei ole tarkoitus analysoida, vaan tärkeää on etsiä vastauksia tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Laadullista tutkimusta tehdessä on tavallista, että tutkimustehtävät voivat tarkentua aineiston keruun tai analyysin aikana. (Kylmä & Juvakka 2007, 112-113.)

Kylmä ja Juvakka (2007, 116) toteavat aineistolähtöisen analyysin päävaiheina olevan yleiskuvan hahmottaminen aineistosta, pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Haastattelujen kokonaisuuden hahmottaminen mahdollistaa niiden yksityiskohtaisemman analyysin. Aineiston pelkistämisen eli redusoinnin pohjana oli alkuperäisilmausujen merkitseminen haastatteluaineistoon erilaisin värikorostuksin. Aineistosta lähdettiin etsimään pelkistettyjä ilmaisuja, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Jokaiseen pelkistettyyn ilmaukseen lisättiin tunniste, jotta tutkija tiesi, mistä haastattelusta ilmaisu oli poimittu. (Kylmä & Juvakka 2007, 117; Tuomi & Sarajärvi 2018, 122-123.)

Kun pelkistetyt ilmaukset oli kerätty, niitä lähdettiin vertailemaan ja etsimään niiden sisällöistä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Tätä ryhmittelyvaihetta kutsutaan kluseroinniksi. Sekä tutkimusaineisto että tutkimuksen tekijän tulkinta vaikuttavat pelkistettyjen ilmausujen yhdistelyyn. Pelkistetyt ilmaukset yhdisteltiin ensiksi alaluokiksi, jonka jälkeen niitä alettiin yhdistelemään sisällöllisin perustein yläluokiksi. Tässä vaiheessa puhutaan abstrahoinnista eli käsitteiden muodosta-

misesta pelkistysten avulla. Abstrahointia jatkettiin yhdistämällä pääluokat yhdistäviksi luokiksi. Aineistosta nousi esille yhteensä neljä (4) yhdistävää luokkaa. Asteittain etenevällä aineiston pelkistämällä, ryhmittelyllä ja abstrahoinnilla saadaan synteesi, joka antaa vastauksen tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. (Kylmä & Juvakka 2007, 118-119; Tuomi & Sarajärvi 2018, 125.) Aineistoinalyysia on kuvattu esimerkin avulla taulukossa (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Esimerkki aineistolähtöisestä sisällönanalysistä

PELKISTETYT ILMAUKSET	ALALUOKAT	YLÄLUOKAT	YHDISTÄVÄ LUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> -Monipuolisen ohjauksen saaminen -Ensimmäisessä raskaudessa ohjauksen kattavuus -Äidin kokemus siitä, että terveydenhoitajan vinkeistä oli hyötyä -Ohjauksen positiiviset vaikutukset näkyneet painon kurissa pysymisenä -Tunne siitä, että terveydenhoitajan ammattitaito ja tietämys on jäänyt 1990-2000-luvuille -Vanhentuneen tiedon antaminen -Kukaan ei selittänyt, millä tavalla korkeat verensokerit voi vaikuttaa sikiöön -Terveydenhoitajan epävarmuus ohjausta antaessa 	<ul style="list-style-type: none"> Ohjauksen kattavuus Ohjauksen hyödyllisyys Vanhentunut ammattitaito ja tietämys Puutteet tiedon antamisessa 	<ul style="list-style-type: none"> Ohjaustaidot Tiedolliset puutteet 	<ul style="list-style-type: none"> Hoitohenkilökunnan ammatillinen osaaminen
<ul style="list-style-type: none"> -Aiemmin sairastetun raskausdiabeteksen vaikutukset seuraavassa raskausdiabeteksessä saatuun ohjaukseen -Neuvolasta tullut oletus siitä, että asiakas tietää, koska on aiemmin sairastanut raskausdiabeteksen -Äidin ammatin vuoksi oletettiin, että hän tietää ravitsemuksesta -Alkuohjauksessa oletettiin, että kaikki ylipainoiset syövät epäterveellisesti -Äidille sanottiin, ettei hän ole yhtään raskausdiabeetikon näköinen -Äidin toive siitä, että ylipainoon ja korkeaan ikään ei takerruttaisi ohjauksessa liikaa, vaan mietittäisiin enemmän sitä, miten saadaan mahdollisimman hyvä ja onnistunut raskaus sekä terve vauva ja terve äiti -Äidin lohduttaminen -Paljon tukea neuvolasta -Henkisen tuen saaminen terveydenhoitajalta -Äitiä ohjattiin rentoutumaan ja sanottiin, ettei kaikki voi olla pingottamista -Rauhoittelua neuvolasta -Rauhoittelu ja keskustelu puhelimitse -Pelkojen kääntyminen positiiviseksi kokemukseksi ohjauksen myötä -Pistospelosta keskusteleminen -Äidin pelkojen huomioiminen ja ajan varaaminen keskustelua varten 	<ul style="list-style-type: none"> Asiakkaan taustatietojen vaikutus ohjaukseen Ammattihenkilöiden oletukset Äidin riskitekijät vaikuttivat negatiivisesti ohjaukseen Hoitajilta saatu tuki Äidin rauhoittelu Pelkojen käsittely 	<ul style="list-style-type: none"> Henkilökunnan asenteet ja ennakkoluulot Tuen saaminen 	<ul style="list-style-type: none"> Kohtaaminen

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Vastaajien taustatiedot

Opinnäytetyön tutkimukseen osallistui seitsemän (7) raskausdiabetekseen sairastunutta äitiä. Haastateltavat olivat iältään 27-41-vuotiaita. Neljä äideistä oli sairastanut kaksi tai kolme raskausdiabetesta ja kolme äideistä oli sairastanut yhden raskausdiabeteksen tai sairasti raskausdiabetesta ensimmäistä kertaa.

Kuusi äideistä oli saanut raskausdiabetekseen liittyvää ohjausta sekä neuvolan terveydenhoitajalta että äitiyspoliklinikan diabeteshoitajalta. Yksi äiti oli saanut raskausdiabetekseen liittyvää ohjausta pelkästään äitiyspoliklinikalla.

7.2 Hoitohenkilökunnan ammatillinen osaaminen

Henkilökunnan ammatillinen osaaminen vaikutti olennaisesti ohjaukokemukseen. Yhdistävänä tekijänä se sisälsi yhdeksän (9) yläluokkaa. Yläluokat on lueteltu alla olevassa taulukossa (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Hoitohenkilökunnan ammatillisen osaamisen yläluokat

Yläluokka	Yhdistävä tekijä
Ohjaustaidot	Hoitohenkilökunnan ammatillinen osaaminen
Tiedollinen osaaminen	
Tiedolliset puutteet	
Hoitoon liittyvä ohjaus	
Luottamus henkilökunnan ammattitaitoon	
Epäluottamus henkilökunnan ammattitaitoon	
Käytetyt ohjausmenetelmät	
Omahoidon ohjaus	
Elintapaohjaus	

Ohjaustaidot nousivat esille vastauksista äitien kuvaillessa saamaansa ohjausta. Ohjauksen kattavuus, hyödyllisyys, sujuvuus, selkeys, kesto ja joustavuus olivat äitien mukaan tärkeitä tekijöitä hyvän ohjaukokemuksen kannalta. Kattava ohjaus sisälsi monipuolisesti erilaisten ohjausmenetelmien käyttöä ja ohjaukseen

oli varattu riittävästi aikaa. Terveystenhoitajien antamat konkreettiset neuvot koettiin hyödyllisiksi. Ohjauksen hyödyllisyys ilmeni erään äidin mukaan painon kurissa pysymisenä raskausaikana. Sujuva ohjaus oli äitien mukaan asioiden nopeaa etenemistä diagnoosin saamisen jälkeen. Jotkut äideistä mainitsivat, että ohjaustilanteiden jälkeen ei jäänyt epäselvyyksiä. Äidit arvostivat sitä, jos heillä oli mahdollisuus varmistaa asioita ja heidän kysymyksilleen annettiin tilaa.

Ammattihenkilöiden **tiedollinen osaaminen** nähtiin yhtenä tärkeänä tekijänä ammatillisen osaamisen kannalta. Asiantuntevan ja ammatillisen ohjauksen tärkeys korostui vastauksissa. Erityisesti äitiyspoliklinikan henkilökunnan raskausdiabeteksen hoitoon ja ohjaukseen liittyvää asiantuntijuutta arvostettiin. Terveystenhoitajan tietämys tuli esille asiaan perehtyneisyytenä. Suurin osa äideistä koki saaneensa hyvät perustiedot raskausdiabetekseen liittyen. Raskausdiabeteksestä ja sen riskeistä annettiin tietoa jokseenkin kattavasti, mutta riskien suhteen toivottiin lisää painotusta. Äidit toivoivat kattavampaa keskustelua tyyppin 2 diabetekseen sairastumisriskistä sekä painotusta raskausdiabeteksen vakavuuden suhteen.

Useat äidit olivat saaneet mahdollisuuden moniammatilliseen ohjaukseen, joka toteutui yhteistyössä muun muassa ravitsemusterapeutin, fysioterapeutin tai diabeteshoitajan kanssa. Moniammatillisen ohjauksen avulla eri ammattiryhmien tiedollista osaamista voitiin hyödyntää. Eräs äiti koki, että yksilöllisimmän ohjauksen raskausaikana sai ravitsemusterapeutilta. Yksi äideistä kuitenkin toi esiin moniammatillisen ohjauksen sekä kollegoiden puutteen, mikä hänen mukaansa näkyi terveystenhoitajan kaavoihin kangistuneena ohjauksena ja motivaation puutteena.

Joidenkin äitien vastausten perusteella terveystenhoitajilla oli **tiedollisia puutteita** osaamisessa. Äidit olivat saaneet ohjauksessa vanhentunutta tietoa tai kokivat, että terveystenhoitajan ammattitaito ja tietämys olivat vanhentuneita. Ohjauksen kattamattomuus ilmeni niukan ohjauksen saamisena sekä erilaisten ohjausmenetelmien vähäisenä hyödyntämisenä. Lisäksi terveystenhoitajilla oli ajantasaisen tiedonpuutetta asiakkaan voinnista. Eräs äiti kertoi, että terveystenhoitaja ei ollut katsonut sokerirasituskokeen tuloksia Omakannasta, eikä tiennyt äidin raskausdiabetesdiagnoosista.

Hän on tehny pitkän uran, mut mul on semmonen olo vaan, että nyt hänen ammattitaitonsa, ihan kauheeta sanoo, mut et nyt hänen ammattitaitonsa on jääny sinne ehkä 90-luvun – 2000-luvun alkuun, niin sen vuoksi en halua kysyä häneltä mitään sen ihmeellisempää.

Tiedon antaminen oli puutteellista joidenkin äitien saaman ohjauksen kohdalla, mikä herätti huolta kyseisissä äideissä. Erityisesti korkean verensokerin vaikutuksista sikiölle kaivattiin lisätietoa. Tiedollisten puutteiden osalta esiin nousi myös terveydenhoitajan epävarmuus raskausdiabeteksen ohjaukseen liittyen. Tämä ilmeni esimerkiksi siten, että terveydenhoitaja ei suostunut ottamaan kantaa raskausdiabetekseen liittyviin asioihin, vaan ohjasi äidin olemaan suoraan yhteydessä äitiyspoliklinikalle. Epävarma terveydenhoitaja tai terveydenhoitaja, joka ei ottanut kantaa asioihin, aiheutti äideissä epäluottamusta ammattilaisen tietämystä kohtaan.

[Terveydenhoitaja] ei ottanu sit oikeen kantaa mihinkään asiaan, et aina sano sit, että soita sinne polille, jos sulla on siitä diabeteksestä kysyttävää.

Hoitoon liittyvä ohjaus nähtiin vastausten perusteella tärkeänä, mutta sen toteutumisessa ilmeni ristiriitoja. Vastausten mukaan onnistunut ohjaus edellytti asioiden loppuun asti hoitamista. Äidit pitivät tärkeänä, että ohjauksessa käytiin asioita huolellisesti läpi laidasta laitaan. Lisäksi jälkiohjauksen tarpeellisuutta korostettiin, sillä osa äideistä koki jääneensä ohjauksen suhteen tyhjän päälle synnytyksen jälkeen. Onnistuneella omahoidon ohjauksella oli merkittävä rooli ohjaukokemuksen sekä omahoitoon motivoitumisen kannalta. Kokemus hyvästä hoidosta lisäsi positiivista asennetta koko raskaudenaikaisesta hoito- ja ohjausprosessia kohtaan.

Omahoidon ohjaus toteutui hyvin lähes kaikkien äitien kohdalla. Se sisälsi verensokeritasapainon seurannan ja säätelyn ohjausta, ruokavalio-ohjausta sekä liikuntaan liittyvää ohjausta. Vastauksista selvisi, että omahoidon ohjaukselle oli useiden äitien kohdalla varattu riittävästi aikaa. Sekä neuvolasta että äitiyspoliklinikalta saatu omahoidon ohjaus koettiin pääasiassa onnistuneena.

Erityisesti verensokeritasapainon seurantaan ja säätelyyn liittyvä ohjaus oli monipuolista ja annettiin havainnollistavan opastuksen avulla. Insuliinihoitoa tarvitsevat äidit saivat harjoitella pistämistä ja verensokerin mittaamista vastaanotolla. Insuliinin pistämiseen liittyvät ohjeet annettiin tarkasti.

Omahoidon ohjaukseen liittyen vastauksissa ilmeni jonkin verran ristiriitaa ja kahden äidin kohdalla ohjaus ei toteutunut yhtä hyvin. Toinen äideistä toi esille merkittäviä puutteita terveydenhoitajan antamassa omahoidon ohjauksessa. Omahoidon ohjaukseen liittyvä suullinen sekä kirjallinen ohjaus annettiin suppeasti. Terveydenhoitaja ei opastanut uuden verensokerimittarin käyttöä, vaan ohjasi äitiä lukemaan itse käyttöohjeet. Ohjaus oli äidin tarpeeseen nähden liian vähäistä.

Ja se kesti sen maksimissaan viis minuuttii, ku hän anto ne mittausvälineet. Ja sit myös, kun hän anto sen uuden sokerimittarin, sen älymittarin, niin sano, et tos on noi ohjeet, et lue sieltä, että miten sitä käytetään.

Elintapaohjaus toteutui ruokavalioon, liikuntaan sekä painonhallintaan liittyvänä ohjauksena. Lähes kaikista vastauksista ilmeni ruokavalio-ohjauksen saaminen. Kohtuullisiin annoskokoihin ja tiheisiin ateriaväleihin ohjaaminen oli yleistä. Lisäksi äitejä oli ohjattu kokeilemaan erilaisia ruokia sopivan verensokeritasapainon löytämiseksi.

Konkreettiset neuvot ruokavalion suhteen koettiin hyödyllisinä. Eri aterioille kaivattiin esimerkkejä hyvistä ruoka-aineista. Eräs äiti kertoi, että terveydenhoitajan kanssa käytiin läpi eri ruoka-aineiden sisältämiä hiilihydraattimääriä ja vertailtiin eri aamupalavaihtoehtojen sisältämiä ravintoarvoja. Esimerkkien avulla havainnollistettu ohjaus oli monille tarpeellista. Osa äideistä kertoi täyttäneensä ruokapäiväkirjaa ja läpikäyneensä sitä yhdessä ammattilaisen kanssa. Joustavaa ohjausta arvostettiin ruokavalion suhteen. Erikoistilanteisiin kuten juhlissa herkuteluun kaivattiin ohjausta.

Puutteet ruokavalio-ohjauksessa liittyivät erityisesti ohjauksen yksilölliseen kohdentamiseen. Äidit kaipasivat yksilöllisempää ohjausta, sillä terveydenhoitajat antoivat ruokavalio-ohjeita usein rutiininomaisesti kaikille raskausdiabeetikoille,

eikä äitien omia ruokavalioon liittyviä kokemuksia välttämättä otettu lainkaan huomioon. Osalla äideistä ei ollut entuudestaan tietoa terveellisistä elintavoista tai ravitsemuksesta, minkä vuoksi muutos koettiin aluksi rajuna. Asiakkaan omista ruokailutottumuksista ei aina kysytty ohjausta annettaessa. Osa äideistä olisi kaivannut enemmän ohjausta ruokavalion suhteen. Eräs äiti jäi vaille ohjausta esimerkiksi säännöllisen ruokarytmin ja pienten ateriakokojen suhteen.

Yksi äideistä kertoi, että annettu ruokavalio-ohjaus oli täysin epäsopiva hänelle. Äitiä ohjattiin vähentämään päivittäistä kalorimäärää 1600-1800 kilokaloriin, jonka hän koki itselleen liian vähäiseksi. Kyseisellä äidillä oli entuudestaan paljon tietoa ravitsemukseen liittyvistä asioista. Häntä painostettiin myös lihan syöntiin eikä hänen omia kokemuksiaan ruokavalion suhteen otettu huomioon. Hänen mukaansa ohjauksessa tehtiin ruokavalion suhteen paljon olettamuksia, jotka eivät pitäneet paikkansa. Toisen äidin kohdalla terveydenhoitajan ohjaus ruokavalioon liittyen oli epämääräistä eikä terveydenhoitaja kertonut vältettävistä ruoka-aineista tai antanut lainkaan tietoa eri ruoka-aineiden sisältämistä ravintomääristä.

*Se sano, et kuhan syö vähän, niin pitäis pystyy syömään kaikkee.
Enkä mä todellakaan pysty syömään kaikkee. Mul nousee heti arvot,
jos mä syön esimerkiks vaaleet leipää.*

Äidit pitivät tärkeänä, että ruokavalioon liittyvä ohjaus jatkuisi synnytyksen jälkeen. Myös ennen raskausdiabeteksen toteamista annettava ruokavalio-ohjaus nähtiin tärkeänä. Yksi äideistä ajatteli, että aikaisemmin annettulla ruokavalio-ohjauksella hänellä olisi ollut mahdollisuus korjata tilannetta ruokavaliolla eikä lääkehoitoa olisi välttämättä tarvinnut aloittaa. Ruokavalioon ja ravitsemukseen liittyvä tuen ja ohjauksen tarve korostui lähes kaikkien äitien kohdalla.

Terveydenhoitaja antoi konkreettisia vinkkejä arkiliikunnan lisäämiseen. Liikuttamiseen liittyvä ohjaus nousi esille joidenkin äitien vastauksista, mutta äidit eivät kertoneet liikunnan suhteen saamastaan ohjauksesta yhtä paljon kuin ruokavalion suhteen saadusta ohjauksesta. Liikunnan vaikutuksista esimerkiksi verensokeritasapainoon oli keskusteltu ammattilaisen kanssa. Raskausdiabeteksen myötä tehty elintapamuutos koettiin pääasiassa myönteisenä.

Myös liikunnan suhteen annetussa ohjauksessa nousi esiin puutteita. Eräs äiti kertoi, että ohjauksessa oletettiin kaikkien raskausdiabeetikoiden liikkuvan vähän. Liikkumiseen kaivattiin myös vertaistukea erityisesti raskauden jälkeen. Toiveena oli esimerkiksi äitiryhmät, joissa läpikäydään ja mietitään arkeen sekä liikuntaan liittyviä asioita raskauden jälkeen.

Luottamus henkilökunnan ammattitaitoon oli vastausten perusteella merkittävää onnistuneen ohjauksen kannalta. Systemaattinen seuranta lisäsi luottamusta ammattilaisia kohtaan. Vastauksista kävi ilmi luottamus omaa terveydenhoitajaa kohtaan. Erään äidin kokemuksen mukaan äitiyspoliklinikalla osattiin kuitenkin vastata raskausdiabetekseen liittyviin kysymyksiin paremmin kuin neuvolassa.

Äitipolilla, kun ne keskittyy siihen raskausdiabetekseen, niin musta siellä oli ammattitaitoisia ihmisiä ja ne osas vastata ehkä paremmin mun kysymyksiin, kun ihan tavallinen terveydenhoitaja osas vastata.

Epäluottamus henkilökunnan ammattitaitoon ilmeni erityisesti yhden äidin vastauksista. Hän koki pärjäävänsä paremmin ilman terveydenhoitajan apua, eikä halunnut kysyä omalta terveydenhoitajaltaan neuvoja. Hän kuivaili, että oli helpompi antaa terveydenhoitajan sanomisten mennä toisesta korvasta sisään ja toisesta ulos. Näin ollen äiti ei kyennyt luottamaan terveydenhoitajan antamiin ohjeisiin. Niukan ohjauksen antaminen ja asioista ympärilyyoreästi kertominen lisäsivät epäluottamusta terveydenhoitajan ammattitaitoa kohtaan.

Ja silti mä sain niin niukan ohjeistuksen, nii mä aattelin, kun mul tuli semmonen olo, et eiks hän tiedä, et sen takia hän ohjaa ja sanoo kaikkii niin vähän ja sillain ympärilyyoreesti.

Käytetyt ohjausmenetelmät vaihtelivat alueittain. Osa äideistä oli saanut monipuolisesti ohjausta erilaisia ohjausmenetelmiä hyödyntäen. Suurin osa oli saanut ohjausta yhtä tai kahta eri ohjausmenetelmää apuna käyttäen.

Yleisimmin ohjausta annettiin suullisesti. Se toteutui usein yksilöohjauksena terveydenhoitajan tai diabeteshoitajan vastaanotolla. Suullisesti annetun ohjauksen koettiin perustuvan faktatietoon ja sitä tuettiin yleensä kirjallisella materiaalilla.

Käytettiin sanallista ohjausta, joka oli lähinnä kannustavaa, huumorilla höystettyä ja perustui faktapohjaan.

Lähes kaikki äidit olivat saaneet kirjallista ohjausta, joka annettiin yleensä esitteiden muodossa. Esitteiden suhteen kaivattiin yksilöllisempää ohjausta ja niiden läpikäyminen suullisesti yhdessä ammattilaisen kanssa koettiin hyödylliseksi. Osa äideistä kaipasi lisää kirjallista materiaalia tai oli saanut vanhentunutta tietoa sisältäviä esitteitä.

Ja ruokaohjeistuksena oli Diabetesliiton sellanen pikkunen läpäke ja sitten itseasiassa neuvolassa oli aika vanha sellanen joku vuoden 2006 A4-esite, jota en kyllä ihan hirveesti lueskellu.

Suurin osa oli saanut puhelinohjausta tai heille oli tarjottu siihen mahdollisuus. Hoitajat pystyivät puhelinsovellusten avulla seuraamaan joidenkin äitien verensokeriarvoja. Äideille tarjottiin puhelinaikoja ja hoitajan kanssa käytiin puhelimitse läpi verensokeriarvoihin liittyviä asioita. Lisäksi usealle äideistä oli tarjottu ohjausta sähköpostitse. Äidit pystyivät lähettämään hoitajalle sähköpostitse kysymyksiä. Hyviä yhteydenottomahdollisuuksia neuvolaan ja äitiyspoliklinikalle nähtiin tärkeinä.

7.3 Kohtaaminen

Kohtaaminen yhdistävänä tekijänä sisälsi kaksitoista (12) yläluokkaa. Yläluokat on koottu alla olevaan taulukkoon (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Kohtaamisen yläluokat

Yläluokka	Yhdistävä tekijä
Henkilökunnan asenteet ja ennakkoluulot Tuen saaminen Onnistunut vuorovaikutus Vuorovaikutukseen liittyvät haasteet Hoitoon liittyvät haasteet Rutiininomainen hoito Yksilöllisesti kohdennettu ohjaus Turvattomuuden tunne ohjauksessa Asiakkaan osallistaminen Luottamuksellisuus Terveydenhoitajan persoonallisuus Omaisten osallistaminen	Kohtaaminen

Henkilökunnan asenteet ja ennakkoluulot ilmenivät esimerkiksi asiakkaan taustatietojen vaikutuksena ohjaukseen. Äidit, jotka olivat sairastaneet raskausdiabeteksen aiemmassa raskaudessaan, kokivat saaneensa enemmän ohjausta ensimmäisen raskauden aikana. Tämä nousi esille useamman äidin vastauksista. Yksi äideistä koki, että hän oli unohtanut raskausdiabetekseen liittyviä asioita edellisestä raskaudesta ja olisi kaivannut nykyisessä raskaudessa enemmän ohjausta. Neuvolasta oli annettu verensokerimittausvälineet ilman opastusta ja oletettu äidin osaavan suorittaa mittaukset, koska hänellä oli aikaisemmin ollut raskausdiabetes.

Ammattihenkilöiden oletukset näkyivät ohjauksessa. Eräs äiti kertoi, että ryhmäohjauksena toteutetussa alkuohjauksessa oletettiin, että kaikki ylipainoiset syövät epäterveellisesti. Äidin nähtiin olevan tietyn tyyppinen ja ohjauksessa lähdettiin liikkeelle vahvoilla ennako-oletuksilla. Toinen äiti kertoi, että hänelle oli sanottu useaan kertaan, ettei hän ole yhtään raskausdiabeetikon näköinen. Neuvolasta oli sanottu, että äidin ei tarvitse käydä alkuraskauden sokerirasituskokeessa, koska hän näyttää ulkoisesti hyväkuntoiselta.

Sitten joka paikassa oli aina vähän sellanen voivottelu, että ethän sinä ole yhtään perusraskausdiabeetikon näköinen tai muuta.

Tuen saaminen koettiin vastausten perusteella yhtenä tärkeimmistä tekijöistä kohtaamisen toteutumisen kannalta. Suurin osa äideistä koki saaneensa tukea hoitajilta. Se ilmeni esimerkiksi äidin lohduttamisena, henkisen tuen saamisena, hoitajilta saatuna kannustuksena sekä äidin rauhoitteluksena. Osa äideistä mainitsi, että ohjauksesta tuli sellainen tunne, että asian kanssa ei ole yksin. Asioista keskusteltiin ja terveydenhoitaja rohkaisi erilaisten keinojen hyödyntämiseen. Yhdellä äideistä oli pistospelko ja hän koki tärkeäksi hoitajalta saadun tuen ja kannustuksen sekä erilaisten vaihtoehtojen tarjoamisen. Terveydenhoitaja oli kannustanut hyödyntämään puolisoa, jos äiti ei itse uskalla pistää insuliinia. Hoitajilta saatu kannustus ja positiivinen palaute oli monelle tärkeää.

Neuvolassa on onnistuttu tosi hyvin kyllä sen raskauden aikana kuuntelemaan sitä henkistä puolta.

Silleen oon kyllä tosi tyytyväinen, et ei oo niinkun sellasta oloa, että jos ois jotain epäselvyyttä, et olisin asian kaa yksin, että tuntuu, että saa kyllä ohjausta ja tukea ja tietoa.

Eräs äiti kertoi, että hänelle tuli luottavainen olo siitä, että huolia ja kysymyksiä käsiteltiin yhdessä ammattihenkilöiden kanssa. Toinen äiti kertoi, että hänellä oli ollut pelkoja ohjaukseen liittyen, mutta ohjauksen myötä pelot hävisivät ja ohjauskokemus oli positiivinen. Äitiä oli ohjattu kirjoittamaan huolia ylös, jotta ne voitiin tapaamisen yhteydessä käydä läpi. Erilaisista peloista ja huolista keskusteltiin ohjausta antaneen hoitajan kanssa. Toisaalta osa äideistä kaipasi pelkojen käsittelyyn lisää tukea terveydenhoitajalta.

Onnistunut vuorovaikutus oli vastausten perusteella kohtaamisen toteutumisen kulmakivi. Ohjaajan tapa sanoa asioista oli äitien mukaan merkityksellistä ohjauskokemuksen kannalta. Eräs äiti koki, että äitiyspoliklinikalla saatu ohjaus oli liukuhihnamaista faktatiedon paukuttamista. Neuvolan ihmisläheistä kohtaamista arvostettiin ja se lisäsi ohjaukseen liittyvää turvallisuudentunnetta. Myös systemaattinen seuranta vahvisti turvallisuudentunnetta. Tärkeitä tekijöitä onnistuneen vuorovaikutuksen kannalta oli tunne siitä, että välitetään sekä kokemus siitä, että oma asia on merkityksellinen. Äitien mielestä oli tärkeää, että heidät otettiin ohjauksessa vakavasti ja kohdattiin empaattisesti.

Äideille oli oleellista, että ohjauksessa ei vähätelty eikä syyllistetty heitä. Monet äidit syyllistivät itseään sairastumisesta ja sen vuoksi pelkäsivät, että myös ohjaus olisi syyllistävä. Muutamat äidit toivat esille, että heidän pelkoihinsa ei suhtauduttu missään vaiheessa vähättelevästi. Eräs äiti kertoi, että hänelle ei koskaan tullut ohjauksessa sellaista oloa, että hän olisi huono ihminen tai tekisi asioita väärin. Hän koki, että esimerkiksi verensokerimittausten unohtamisesta ei syyllistetty ja hoitajat ymmärsivät, jos jotain oli unohtunut. Syyllistämisen suhteen vastauksissa oli ristiriitoja, sillä erityisesti yksi äideistä oli kokenut ohjauksen erittäin syyllistävänä.

Osa koki ohjauksen olleen huolehtivaa, mikä vaikutti positiivisen vuorovaikutuskokemuksen syntymiseen. Eräs äiti kertoi, että hoitajat soittivat puhelimitse kuulumisia, jos käyntien välissä oli pidempi aika. Äidin kuulumisten ja tuntemusten kysymistä tapaamisten yhteydessä pidettiin tärkeänä.

Vuorovaikutukseen liittyvät haasteet vaikeuttivat kohtaamisen toteutumista. Eräs äiti koki, että raskausdiabetekseen liittyvää seuranta ei pidetty tärkeänä neuvolassa, mikä johti epäonnistuneeseen vuorovaikutuskokemukseen. Myös toisella äidillä oli huonoja kokemuksia vuorovaikutuksesta ja ensikokemus terveydenhoitajasta oli huono. Ensikokemukseen oli vaikuttanut muun muassa terveydenhoitajasta välittyneet ennakkoluulot äitiin liittyen. Keskustelevan ja yhteisen sävelen löytäminen ohjaajan kanssa oli hänen mukaansa vaikeaa.

Hoitoon liittyviä haasteita olivat ajan riittämättömyys, epäluottamus hoidon jatkuvuuteen sekä huonot yhteydenottomahdollisuudet neuvolaan. Ajan riittämättömyys ilmeni erityisesti äitiyspoliklinikalla saadussa ohjauksessa ja välittyi asiakkaalle kiireenä sekä nopeina vastaanottokäynteinä. Epäluottamus hoidon jatkuvuuteen ilmeni äidin pelkona seurannan lopettamisesta. Eräs äiti koki haasteellisenä sen, että hänellä ei ollut neuvolan terveydenhoitajan puhelinnumeroa eikä mahdollisuutta laittaa neuvolaan sähköpostia. Hänen mukaansa neuvolaan oli vaikea saada yhteyttä sovittujen aikojen ulkopuolella. Keskitettyyn numeroon pystyi soittamaan ja jättämään omalle terveydenhoitajalle soittopyynnön, mutta terveydenhoitajan ollessa kesälomalla, hän saattoi saada soittopyynnön vasta

kuukauden kuluttua sen jättämisestä. Äitiyspoliklinikalle yhteydenottomahdollisuudet koettiin parempina.

Rutiininomainen hoito vaikutti negatiivisesti kohtaamisen toteutumiseen. Ohjausta annettiin usein yleisellä tasolla ja äidit kokivat, että sitä ei kohdistettu heille. Äitien kokemuksena oli, että kaikki raskausdiabeetikot ohjataan tietyn kaavan mukaan.

...väittäisin, et se on enempi ollu tällänen yleinen [ohjaus], siis tämänönen, että tämä on vaan neuvolan ohjelmassa, että ohjatkaa raskausdiabetesäidit näin.

Kohtaamishaasteena oli, että monen äidin kohdalla heidän tarpeisiinsa ei vastattu. Ohjaus oli asiakkaan tarpeeseen nähden vähäistä ja kattamatonta. Joustamaton ohjaus taas ilmeni rutinoituneena ja kaavoihin kangistuneena työskentelynä. Eräs äiti toi esille, että hänen ammattiaan ei huomioitu ohjausta annettaessa, vaan hänelle näytettiin kädestä pitäen sellaisia asioita, jotka olivat hänelle selviä ammattinsa puolesta. Ohjausta ei sovellettu yksilöllisiä tietotaustoja huomioiden, mikä aiheutti turhautumisen ja ärtymyksen tunteita. Asiakkaan oman tietämyksen huomioimista toivottiin ohjausta antaessa. Toinen äideistä vastaavasti koki, että ohjausta antaneet henkilöt luottivat liikaa siihen, että äiti tietää asioita ammattinsa puolesta.

Nyt mieltien en pyytänyt yksilöllistä ohjausta sen enempää, mitä olisin kuitenkin halunnut.

Yksi vastaajista koki olleensa raskausdiabeteksen suhteen huonosti kohdeltu. Ohjaustilanteissa ja hoitajien tavassa puhua oli puutteita. Äiti ei tullut ohjaustilanteissa kuulluksi eikä hänen omia kokemuksiaan otettu huomioon. Häntä oli kyseenalaistettu omista ruokavalinnoistaan ja hän koki joutuvansa puolustelemaan omia valintojaan.

No mähän en koe, että mä oon kauheen hyvin kohdeltu. Et mä niinkun oon nyt ehkä herkkä näissä. Mut että toivon, ettei niinkun stressiä ois lisätty näin paljon. Se tapa, miten mulle on puhuttu ja miten

mua on sillä lailla kohdeltu, koska asioita voi kuitenkin sanoa niin monella tavalla.

Yksilöllisesti kohdennettu ohjaus toteutui vastausten mukaan kuulluksi tulemisena, yksilöllisen kohtaamisen toteutumisenä sekä äidin tarpeiden huomioon ottamisena. Vain muutama äideistä toi esille, että ohjaus kohdistui heihin yksilöinä ja heidän tarpeensa otettiin huomioon ohjausta antaessa. Esimerkkinä eräs äiti mainitsi, että hänen raskauspahoitteen aiheuttama oireilunsa otettiin ruokavalio-ohjausta annettaessa huomioon. Hoitohenkilökunta oli antanut ohjausta äidin voimavarat huomioiden. Kuulluksi tuleminen toteutui ohjauksessa äitiä ja hänen oloaan kuuntelemalla. Äitien mukaan oli tärkeää, että hoitaja kuunteli, mitä äiti yritti kertoa.

Kyllä määhän koen, että se [ohjaus] kohdistu minuun. Et kuitenkaan just niinkun otettiin se mun jaksaminen siinä kohtaa huomioon, että kun olin tosiaan niin huonovointinen tai pahoinvoiva, niin otettiin se huomioon ainakin siinä.

Turvattomuuden tunne ohjauksessa ilmeni äidin tuntemusten vähättelynä, pelottelevana ohjauksena ja riskeillä uhkailemisena. Äidin tuntemusten vähättely ilmeni ohjaajan naurahduksina ja äidin herkkään tilaan vetoamisella. Erään äidin vastauksista nousi esiin kokemus siitä, että ohjauksessa peloteltiin. Pelottelu liittyi muun muassa ylipainon aiheuttamiin riskeihin ja elintapaohjaukseen. Äiti kertoi, että lääkehoidon aloittaminen toimi varoituksena, jos asiaa ei ottaisi vakavasti. Hän koki, että jatkuvasti varoitettiin insuliinihoidon aloittamisesta ja muistutettiin, että äiti ei saa synnyttää kotipaikkakunnallaan, jos insuliinihoito joudutaan aloittamaan.

...kun koko ajan varoitetaan, että sun on vaan pakko alottaa ne lääkkeet ja ehkä insuliini, että sun kannattaa vaan oikeesti ottaa tää vakavasti ikään kuin sä et ottais vakavasti.

Asiakkaan osallistaminen ohjaukseen toteutui tiedon ymmärtämisen varmistamisella, keskustelevalle ohjaamisella sekä mahdollisuutena kysyä asioita ohjaa-

jalta. Eräs äiti mainitsi, että terveydenhoitaja varmisti suullisesti annetun ohjauksen jälkeen, miten äiti oli annetun tiedon ymmärtänyt. Tällainen menettelytapa tuki annetun ohjauksen sisäistämistä. Keskusteleva ohjaaminen antoi äideille mahdollisuuden tuoda omat näkemyksensä esille. Osa äideistä jäi kaipaamaan tilaa oman asiansa esille tuomiseen. Kysymisen mahdollisuus oli monelle tärkeää ja se antoi äideille mahdollisuuden vaikuttaa ohjauksen kulkuun sekä ohjauksessa läpikäytäviin asioihin.

Luottamuksellisuus koettiin vastausten perusteella tärkeänä. Monien mielestä suhde terveydenhoitajan kanssa oli luottamuksellinen. Luottamuksellisuus ilmeni erään äidin kohdalla siten, että hän oli sopinut terveydenhoitajan kanssa suorittavansa itsenäisesti verenpainemittauksen ja punnitsemisen ennen vastaanotolle tuloa. Äiti koki tällaisen menettelytavan mieleiseksi ja hänellä oli sellainen tunne, että terveydenhoitaja luottaa häneen. Äitien mielestä oli tärkeää, että hoitajille pystyi puhumaan helposti ja kertomaan kaikista raskausdiabetekseen liittyvistä asioista rehellisesti ilman häpeää.

Monet äideistä toivat esille, että **terveydenhoitajan persoonallisuudella** oli vaikutusta kohtaamisen toteutumiseen. Terveydenhoitajan tapa toimia ja suhtautua asioihin vaikutti äitien ohjaukokemuksiin. Yhdellä äideistä oli kokemusta kahden eri terveydenhoitajan antamasta ohjauksesta raskausdiabeteksen suhteen. Hän koki, että ensimmäinen terveydenhoitaja oli ollut loistava ja sen vuoksi hän oli pettynyt toiseen terveydenhoitajaan, jonka ohjaus oli sisältänyt vanhoillisia aatteita. Vastauksista nousi esille äitien ajatus siitä, että jokainen terveydenhoitaja tekee työtä omalla persoonallaan.

Se oli niin hyvä se aiempi terveydenhoitaja, niin tää oli kauhee tiputus tämmöseen vanhan kansan terveydenhoitajaan.

Mulla nyt on osunu [kohdalle] ehkä tämmösiä tiukkapiPOSEMPIA, että ihmisethän tekee oman persoonan kautta töitä ja siinä sitten asiakas saa sen, kenet saa.

Omaisten osallistaminen ohjaukseen nousi esille vain yhden äidin vastauksista. Äidillä oli positiivinen kokemus siitä, että puolison ollessa mukana ohjaustilanteessa myös hänet huomioitiin ohjauksessa. Sekä puoliso että äiti saivat harjoitella insuliinikynällä pistämistä vastaanotolla hoitajan kanssa. Puolisolle oli annettu tietoa siitä, miten äidin tulisi syödä raskausaikana sekä millaisia ruoka-aineita kannattaa ostaa. Lisäksi äidin tukena olemiseen oli annettu ohjausta. Toimenkin äideistä mainitsi puolison olleen tärkeä tuki raskausdiabeteksen hoidon suhteen, mutta hän ei tuonut esille sitä, oliko puoliso ollut osallisena ohjaustilanteissa.

7.4 Äidin omahoitoon sitoutuminen

Äidin omahoitoon sitoutuminen yhdistävänä tekijänä sisälsi kolme (3) yläluokkaa, joita olivat sairauden herättämät tunteet, ohjauksen herättämät tunteet sekä äidin tarpeet ohjaukseen liittyen.

Sairauden herättämät tunteet koettiin vastausten perusteella voimakkaina. Äidit mainitsivat muun muassa pelon, hädän ja häpeän tunteita. Monet syyllistivät itseään sairastumisesta ja pelkäsivät omilla teoillaan vahingoittaneensa vauvaa. Eräs äiti kertoi, että hänellä oli ollut huoli siitä, ovatko korkeat verensokeriarvot ehtineet aiheuttaa vauvalle peruuttamatonta haittaa. Vastauksista nousi esiin vahvasti myös epäonnistumisen tunteet.

Ja just se sellanen syyllistäminen, että mä oon itte aiheuttanu tän. Mä oon jotenkin itte aiheuttanu tän homman ja mä jotenkin omalla toiminnallani nyt vahingoitan tätä vauvaa.

...lähes heti tuli semmonen olo tosi vahvasti, mikä myös mua itteeni yllätti, et mä oon niinkun epäonnistunu äitinä. Et vauva ei oo edes syntynyt ja mul tuli niinkun heti semmonen olo, et mä oon epäonnistunu niinkun nyt jo.

Ennen sairastumista raskausdiabeteksen ei ajateltu koskettavan itseä. Yksi äideistä kertoi, että hän ei ollut osannut varautua raskausdiabetekseen eikä hänellä

ollut siitä etukäteen minkäänlaista tietoa. Diagnoosi oli tullut yllätyksenä ja järkytyksenä. Osa äideistä oli ottanut raskausdiabetesdiagnoosin hyvin raskaasti. Sairastuminen koettiin henkisesti raskaana prosessina ja eräs äiti toi esiin ajatuksen siitä, että ei enää halua tulla uudelleen raskaaksi raskausdiabetekseen sairastumiseen liittyvän pelon vuoksi.

Kyl se semmonen henkisesti raskas prosessi oli nää molemmat raskaudet. Näiden jälkeen on tavallaan tullu semmonen, että ei enää raskaaksi, ei enää diabetesta. On tullu vähän semmonen olo, että antakaa mun olla.

Ohjauksen herättämät tunteet vaihtelivat eri äitien kohdalla. Monia äideistä yhdisti pelko siitä, että ohjaus olisi ollut syyllistävää. Eräs äiti koki ohjaustilanteiden jälkeen olonsa lohduttomaksi ja väsyneeksi, ja kertoi tunteiden olleen pinnassa. Hänen mukaansa voimaantumisen kokeminen ei ohjauksessa toteutunut. Vastauksista ilmenevä ristiriita oli, että osa äideistä koki olevansa turvassa ohjauksessa, mutta ainakin kaksi äideistä oli kokenut turvattomuuden tunnetta ja pelkoa esimerkiksi seurannan lopettamisesta. Ohjauksessa saadut kehu saivat osan äideistä herkistymään, koska he kokivat tehneensä paljon työtä omahoidon onnistumiseksi.

Että siitä aina oikein kyyneleet nousi silmiin, koska mä tein niin kaiken. Ja sit kun se sanottiin mulle, että sä oot tehny tosi upeeta työtä.

Esille nousi myös **äitien tarpeita ohjaukseen liittyen**. Monet kaipasivat paljon tukea sekä ammattilaisilta että muilta raskausdiabeetikoilta. Kannustuksen saaminen koettiin tärkeänä ja omahoitoon sitoutumisesta toivottiin positiivista palautetta ammattilaisilta. Yksi vastaajista kertoi tarvinneensa paljon vakuuttelua sen suhteen, että raskausdiabetekseen sairastuminen ei automaattisesti ollut seurausta hänen omista valinnoistaan tai teoistaan. Äideillä oli tarve läpikäydä omia tuntemuksiaan yhdessä ammattilaisten kanssa.

7.5 Ohjauksen kehittäminen

Äideiltä kysyttiin kehittämistarpeita ohjaukseen liittyen. Ohjauksen kehittäminen yhdistävänä tekijänä piti sisällään kahdeksan (7) yläluokkaa, jotka esitetään alla olevassa taulukossa (taulukko 5).

TAULUKKO 5. Ohjauksen kehittämisen yläluokat

Yläluokka	Yhdistävä tekijä
Ohjausmenetelmien hallinta Vertaistuen piiriin ohjaaminen Aktiivinen kuuntelu Ohjauksen oikea-aikaisuus Voimavarojen vahvistaminen Hoitosuhteen jatkuvuus Jälkiohjaus	Ohjauksen kehittäminen

Ohjausmenetelmien hallinta nähtiin tärkeänä kehittämiskohtana ohjauksessa. Vain yhdelle äideistä oli tarjottu mahdollisuutta osallistua ryhmäohjaukseen. Suurin osa äideistä jäi kaipaamaan sitä. Kirjallisen ohjauksen puute ilmeni muun muassa siten, että esitteitä ei annettu automaattisesti, vaan niitä joutui itse pyytämään. Kirjallisten ohjeiden sisältöön toivottiin parannuksia. Eräällä paikkakunnalla esitteet olivat yli kymmenen vuotta vanhoja ja niissä oli ajantasaisen tiedon puutetta. Yksi äideistä toivoi, että esitteistä olisi saanut tietoa, jos jotain poikkeavaa ilmeni esimerkiksi verensokeriarvojen suhteen. Toinen äiti mainitsi, että oli pyytänyt neuvolasta hiilihydraatteihin liittyviä kirjallisia ohjeita, mutta sellaisia ei ollut saatavilla. Erityisesti hiilihydraattien suhteen kaivattiin kirjallista materiaalia suullisesti annetun ruokavalio-ohjauksen tueksi. Annetut esitteet eivät usein koskettaneet äitien omaa ruokavaliota.

Niissä esitteissä oli ehkä jotenkin enemmän sitä, että jätä limpparit tai hampurilaiset pois, mutta kun ne ei ehkä ollu omaa ruokavaliota, niin ne ei sitten koskettanu itteä millään tavalla.

Monet äideistä kaipasivat **vertaistuen piiriin ohjaamista**. Vertaistukea toivottiin muilta raskausdiabeetikoilta terveydenhoitajalta saadun tuen ja ohjauksen lisäksi. Vertaistuki nähtiin tärkeänä osana raskauden jälkeisen elämäntapamuutoksen

ylläpitämistä. Sen hankkimista pidettiin vaikeana, koska kontaktia alueen muihin raskaana oleviin ei ollut. Vaikka terveydenhoitaja koettiin empaattisena, hoitosuhteessa esiintyvä valta-asetelma asiakkaan ja ammattilaisen välillä ei mahdollistanut samanlaista tukea kuin vertaistuen saaminen muilta raskausdiabetesta sairastavilta äideiltä.

Hän on se ammatillinen työntekijä ja minä oon se hänen asiakas. Siin on niinkun semmonen asetelma, että se on kuitenkin eri, että jos sais sitä vertaistukea joltain toiselta raskaana olevalta, jolla on samanlainen tilanne.

Äitien toiveena oli erilaisiin internetin tarjoamiin vertaistukiryhmiin ohjaaminen. Monet toivat esille, että internetissä olevista vertaistukiryhmistä ei kerrota tai niihin ei ohjata. Äidit olivat itse löytäneet vertaistukea esimerkiksi Facebookin vertaistukiryhmästä. Internetin tarjoamien mahdollisuuksien lisäksi äidit toivoivat kasvokkain toteutuvia vertaistukiryhmiä, joissa voisi tavata muita äitejä. Eräs äiti mainitsi, että netissä tapahtuva keskustelu jää usein pintapuoleiseksi ja hän toivoi vertaistukea esimerkiksi avoimen kahvilan muodossa.

Aktiivinen kuuntelu nousi esille tärkeänä kehittämiskohtana erityisesti kohtaamisen toteutumisen kannalta. Terveydenhoitajan aito kiinnostus asiakasta kohtaan oli äideille tärkeää. Ohjauksessa kaivattiin enemmän tilaa kuulluksi tulemiselle. Läsnä olevan kohtaamisen nähtiin toteutuvan siten, että terveydenhoitajat kyselivät tarkasti, kiire ei välittynyt ja asioiden läpikäymiseen varattiin riittävästi aikaa. Hoitajan ilmeiden ja eleiden vaikutus näkyi äitien kokemuksissa.

Vastauksista nousi esiin ohjauksen **oikea-aikaisen kohdentamisen** kehittäminen. Eräs äiti toivoi, että raskausdiabetekseen liittyvää tietoa oltaisiin annettu varhaisemmassa vaiheessa. Hän ajatteli, että varhaisemmin annettun tiedon avulla hän olisi voinut kiinnittää ruokavalionsa aikaisemmin huomioita. Hän toi esille, ettei ollut osannut ajatella ruokavalion haittoja tai ollut miettinyt verensokereihin liittyviä asioita koskaan aikaisemmin. Ruokavalio-ohjausta ei annettu neuvolassa ennen raskausdiabetesdiagnoosin saamista. Hän toivoi, että monipuolista elintapaohjausta annettaisiin raskauden alusta alkaen, vaikka äiti ei sairastaisikaan raskausdiabetesta.

Ohjauksen toivottiin olevan enemmän **voimavaroja vahvistavaa**. Eräs äiti toivoi kunnioittavaa kohtaamista sekä positiivisempaa otetta ohjaukseen. Hän toivoi, että hänen riskitekijöihinsä ei oltaisi takerruttu ohjauksessa liikaa vaan ohjaus olisi kohdistettu enemmän siihen, miten saadaan mahdollisimman hyvä ja onnistunut raskaus sekä terve äiti ja vauva niillä lähtökohdilla, jotka äidillä oli. Myös pelkojen käsittelyyn toivottiin lisää tukea terveydenhoitajalta.

Se, että ehkä positiivisemmän kautta haettais sitä motivaatio ei pelottelun ja uhattelun kautta. Kun tähän menee kuitenkin aika paljon voimavaroja tälläseen muutokseen ja prosessointiin.

Yhtenä kehittämistavoitteena nousi esille **hoitosuhteen jatkuvuus**. Pysyvän hoitosuhteen puuttuminen koettiin negatiivisena tekijänä kohtaamisen toteutumisen kannalta. Monet äideistä saivat raskausdiabetekseen liittyvää ohjausta äitiyspoliklinikalla, mutta raskauden seuranta jatkui samaan aikaan neuvolassa. Vastauksen perusteella äitejä turhautti, että heidän täytyi kertoa samat asiat uudelleen sekä äitiyspoliklinikalla että neuvolassa.

Mieluummin kävisin näitä mun oman neuvolan terveydenhoitajan kaa lävitte, koska se on mulle tuttu ihminen ja se on aina sama ihminen ja sitten kun mä käyn siellä, niin tottakai me muutenkin aina jutellaan ja se aina kysyy, että miten mulla on mennyt sokereitten kaa ja näin, niin sitten tuntuu, että mä vähän kahteenkin paikkaan kerron asioita.

Äitien mukaan oli tärkeää, että he pystyivät luottamaan siihen, että ohjausta antava henkilö tietää asiakkaaseen liittyvät asiat. Pysyvän hoitosuhteen aikana äidit oppivat itsekkin tuntemaan hoitajaa sekä hänen suhtautumistaan asioihin. Eräs äiti toi esille, että äitiyspoliklinikan hoitajat eivät muodostuneet yhtä läheisiksi henkilöiksi kuin neuvolan terveydenhoitaja. Sen vuoksi monet toivoivatkin, että raskausdiabeteksen ohjaus olisi enemmän oman neuvolan terveydenhoitajan vastuulla, eikä ohjausta keskitettäisi pelkästään äitiyspoliklinikalle.

No itseasiassa unelmatilannehan olis se, että sä jatkaisit saman hoitajan kanssa ja siinä niinkun olis sitä ohjausta.

Äideillä oli negatiivisia kokemuksia hoitosuhteen katkeamisesta lapsen syntymän jälkeen, kun äitiysneuvolan terveydenhoitaja vaihtui lastenneuvolan terveydenhoitajaan. Monet kokivat, että äidistä huolehtiminen loppuu, kun siirrytään lastenneuvolaan ja terveydenhoitaja vaihtuu. Erityisesti hoitajien jatkuva vaihtuvuus koettiin negatiivisena tekijänä ohjauksen kannalta. Eräs äiti toi esille, että vaihtuvat sijaiset ärsyttivät. Sijaisista tuli äidille sellainen tunne, että asioita piti selitellä paljon, eivätkä sijaiset tienneet tarpeeksi äidin asioista. Äiti halusi keskustella asioistaan mieluummin oman terveydenhoitajansa kuin sijaisten kanssa.

Jälkiohjaus jäi monen äidin kohdalla puutteelliseksi. Vastausten perusteella jälkiohjaus unohdettiin ja äidin hyvinvointia ei enää otettu huomioon raskauden jälkeen. Synnytyksen jälkeisestä sokerirasituskokeesta muistutettiin, mutta muuten vastuu jäi äidille itselleen. Erityisesti terveellisten elintapojen pysyvyys raskauden jälkeen mietitytti äitejä. Äidit toivoivat, että diabetekseen sairastumisriskistä keskusteltaisiin neuvolassa myös lapsen syntymän jälkeen. Eräs äiti mainitsi, että synnytyksen jälkeen raskausdiabetes tuntui selätetyltä. Hän kertoi, että lastenneuvolaan siirryttäessä hänelle tuli sellainen tunne, että ei enää viitsi kysyä itseensä liittyviä asioita, koska silloin keskitytään lapseen.

7.6 Yhteenveto tuloksista

Tutkimustulokset muodostivat neljän (4) aihealueen kokonaisuuden. Esille nousseet pääkohdat olivat hoitohenkilökunnan ammatillinen osaaminen, kohtaaminen, äidin omahoitoon sitoutuminen sekä ohjauksen kehittäminen.

Hoitohenkilökunnan ammatillisen osaamisen vaikutukset heijastuivat äitien ohjaukokemuksiin. Tärkeinä koettiin ammattilaisten ohjaustaidot. Raskausdiabetekseen liittyvää tiedollista osaamista ja asiantuntijuutta arvostettiin. Suurin osa vastaajista koki saaneensa hyvät perustiedot raskausdiabetekseen liittyen, mutta erityisesti riskeihin liittyvään keskusteluun toivottiin lisää panostusta. Moniamma-

tillisen ohjauksella oli tulosten perusteella positiivisia vaikutuksia hoidonohjaukseen. Erityisesti ravitsemusterapeutilta saatu yksilöllinen ohjaus koettiin hyödylliseksi.

Tiedolliset puutteet tulivat ilmi muun muassa vanhentuneen tiedon antamisena sekä ohjauksen kattamattomuutena. Puutteet tiedon antamisessa herättivät huolta yksittäisten vastausten perusteella. Hyvällä omahoidon ohjauksella oli merkittävä rooli raskausdiabeetikoiden hoidon onnistumisen kannalta. Erityisesti ruokavalioon liittyvän ohjauksen tärkeys korostui.

Kohtaamisen merkitys nousi esille kaikkien osallistujien vastauksista. Henkilökunnan asenteilla ja ennakoluuloilla oli vaikutusta kohtaamisen toteutumiseen. Ohjaus jäi usein suppeaksi, jos äidillä oli taustalla aikaisemmin sairastettu raskausdiabetes. Ammattihenkilöt saattoivat olettaa kaikkien raskausdiabeetikoiden syövän huonosti tai liikkuvan vähän.

Tuen saaminen oli raskausdiabeetikoille ensiarvoisen tärkeää. Hoitajilta kaivattiin tukea, kannustusta ja positiivista palautetta. Tuen saaminen ilmeni muun muassa lohduttamisena, äidin rauhoittamisena ja kannustamisena. Tulosten pohjalta voidaan sanoa, että onnistunut vuorovaikutus toimi kohtaamisen toteutumisen perustana. Neuvolan ihmisläheistä kohtaamista sekä hoitohenkilökunnan empaattisuutta ja ymmärtävyyttä arvostettiin. Syyllistämätön ohjaus oli vastaajien mukaan erityisen tärkeää. Vuorovaikutuksen osalta keskeinen haaste oli, joidenkin äitien kokemus siitä, että heidän asiaansa pidetty tärkeänä. Hoitoon liittyvät haasteet kuten ajan riittämättömyys, epäluottamus hoidon jatkuvuuteen sekä huonot yhteydenottomahdollisuudet neuvolaan hankaloittivat onnistuneen kohtaamisen toteutumista.

Rutiininomainen hoito nousi tulosten perusteella merkittäväksi ongelmaksi onnistuneen kohtaamisen kannalta. Ohjausta ei kohdennettu riittävän yksilöllisesti, vaan se annettiin usein yleisellä tasolla. Tulosten perusteella raskausdiabeetikot hoidetaan saman kaavan mukaan. Äitien tarpeisiin ei aina vastattu, mikä ilmeni asiakkaan tarpeeseen nähden liian vähäisenä tai kattamattomana ohjauksena.

Äidin omahoitoon sitoutumiseen vaikutti tulosten perusteella sairauden herättämät tunteet, ohjauksen herättämät tunteet sekä äidin tarpeet ohjaukseen liittyen. Sairauden herättämät tunteet ilmenivät voimakkaina ja vastaajat kertoivat syyllistäneensä itseään sairastumisesta. Korkeiden verensokerien pelättiin vahingoittavan vauvaa. Sairastuminen koettiin epäonnistumisena ja henkisesti raskaana prosessina. Ohjauksen herättämät tunteet vaihtelivat yksilöllisten kokemusten perusteella. Yksittäisistä vastauksista ilmeni lohduton ja väsynyt olo ohjaustilanteiden vuoksi. Äidit kaipasivat omien tunteidensa läpikäymistä yhdessä ammattilaisten kanssa.

Ohjauksen kehittämisen suhteen toivottiin parannuksia ohjausmenetelmien hallintaan, vertaistuen piiriin ohjaamiseen, aktiiviseen kuunteluun, ohjauksen oikea-aikaiseen kohdentamiseen, voimavarojen vahvistamiseen, hoitosuhteen jatkuvuuteen sekä jälkiohjaukseen. Ryhmäohjausta ei usein tarjottu ja kirjalliseen ohjaukseen kaivattiin parannuksia. Vertaistuen piiriin ohjaamista toivottiin useiden vastausten perusteella. Muilta raskausdiabeetikoilta saatu tuki nähtiin tärkeänä ja vertaistukea haettiin usein omatoimisesti esimerkiksi internetin vertaistukiryhmistä.

Kuulluksi tulemiselle kaivattiin enemmän tilaa ja terveydenhoitajan aito kiinnostus oli tulosten perusteella tärkeää. Tiedon antamista varhaisemmassa vaiheessa toivottiin yksittäisten vastauksien perusteella. Erityisesti ruokavalio-ohjausta toivottiin neuvolasta jo ennen raskausdiabetesdiagnoosin saamista. Voimavaroja vahvistava ohjaus nähtiin tärkeänä. Hoitosuhteen katkeamisen negatiiviset vaikutukset nousivat esille useista vastauksista ja ohjauksen toteutuminen samanaikaisesti sekä äitiyspoliklinikalla että neuvolassa koettiin haasteellisena. Hoitosuhde katkesi usein synnytyksen jälkeen, jolloin siirrytään lastenneuvolan puolelle. Tämän seurauksena raskauden jälkeinen ohjaus jäi usein puutteelliseksi ja äidin hyvinvoinnin huomioiminen unohtui raskauden jälkeen.

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Laadullinen tutkimus tulee toteuttaa hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, jotta se voi olla eettisesti hyväksyttävä ja luotettava. Tutkija on itse vastuussa hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta. Opinnäytetyötä tehtäessä on noudatettu rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä. Tutkimusta varten on hankittu tutkimuslupa Suomen Diabetesliitolta. Opinnäytetyö on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu asianmukaisesti Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjetta noudattaen. Lisäksi tutkimustulokset on tallennettu ja säilytetty huolellisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-7.) Tutkimusta varten otetut äänitallenteet hävitettiin niiden tekstiksi avaamisen jälkeen.

Hyvän tieteellisen käytännön loukkauksia ovat vilppi tieteellisessä toiminnassa sekä piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Vilppiin tai piittaamattomuuteen hyvästä tieteellisestä käytännöstä ei ole työssä sorruttu. Opinnäytetyö tekstiviittaukset ja lähdeluettelo on tehty huolellisesti ja tarkastettu useaan kertaan. Kaikkien lähteiden alkuperäisyys on varmistettu. Työstä esille nousseet havainnot on pyritty esittämään sellaisena kuin ne on haastatteluista alkuperäisenä ilmenneet. Aikaisempiin tutkimustuloksiin on viitattu asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 8-9.)

Opinnäytetyössä on huolehdittu tutkittavien suojasta. Tutkimukseen osallistujia informoitiin tiedotteella ennen haastattelujen toteuttamista. Siinä kuvattiin selkeästi ja ymmärrettävästi työn tarkoitus ja tavoite sekä tutkimuksen kulku. Tiedotteessa painotettiin osallistumisen vapaaehtoisuutta sekä korostettiin, että osallistujat voivat kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, keskeyttää osallistumisensa tai peruuttaa suostumuksensa milloin tahansa tutkimuksen aikana. Osallistujille kerrottiin, että heillä on oikeus kieltää itseään koskevan aineiston käyttö jälkikäteen. Haastateltavia tiedotettiin siitä, että tutkimukseen osallistumisesta ei ole heille välttämättä henkilökohtaista hyötyä. Henkilötietojen käsittely tapahtui vain

tutkimustarkoitusta varten ja se kerrottiin osallistujille. Lisäksi osallistujille kerrottiin, että tutkimuksen tulokset esitetään siten, että heitä ei voida tunnistaa. (Liite 3.) Tiedotteen mukana tutkimukseen osallistuneille on lähetetty suostumuslomake allekirjoitettavaksi (Liite 4). Kaikki tutkimukseen osallistujat palauttivat sen allekirjoitettuna tutkijalle. Tiedote ja suostumus läpikäytiin vielä puhelimitse ennen haastattelun aloittamista. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 155-156.)

Tutkimusta tehtäessä on tarkoitus välttää virheitä, minkä vuoksi kaikissa tutkimuksissa tulee arvioida tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. (Hirsjärvi ym. 2014.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä esitellään menetelmäkirjallisuudessa pohjautuen Guban ja Lincolnin (1985, 290) määrittelemiin arviointikriteereihin, joita ovat totuusarvo, sovellettavuus, kiinteys ja neutraalius. Laadulliseen tutkimukseen liittyvässä menetelmäkirjallisuudessa luotettavuuden arviointikriteerit ovat muokkautuneet uskottavuudeksi, vahvistettavuudeksi, riippuvuudeksi ja siirrettävyydeksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 197-198). Kylmä ja Juvakka (2007, 128) ovat tuoneet esille teoksessaan myös refleksiivisyyden yhtenä luotettavuuskriteerinä. Laadullisen tutkimuksen yleisimmin käytetyt arviointikriteerit on kuvattu alla olevassa kuviossa (kuvio 1).



KUVIO 1. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteerit (Kylmä & Juvakka 2007, 128).

Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimustulokset ja analyysin vaiheet on esitetty työssä selkeästi. Tällöin pystytään tarkastelemaan analyysiprosessia

sekä tulosten validiteettia. (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen 2015, 198.) Validiteetti kertoo sen, miten hyvin tutkimuksessa käytetty tutkimusmenetelmä mittaa sitä tutkittavan ilmiön ominaisuutta, mitä on tarkoituskin mitata. Käytetyt menetelmät eivät aina kerro totuutta siitä, mitä tutkija ajattelee tutkivansa. Vastaajat saattavat esimerkiksi ymmärtää esitetyt kysymykset eri tavalla kuin tutkija on tarkoittanut. Tämä voi johtaa siihen, että tuloksia ei voida pitää pätevinä. (Hirsjärvi ym. 2014, 231.) Validiteetin käyttämistä laadullisen tutkimuksen arviointikriteerinä on kuitenkin kritisoitu ja sitä käytetäänkin enemmän määrällisen tutkimuksen arvioinnissa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 160).

Haastattelukysymykset mietittiin tarkkaan, jotta ne vastaisivat parhaalla mahdollisella tavalla tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että haastattelukysymykset pilotoitiin ennen varsinaisia haastatteluja niiden toimivuuden ja ajankäytön varmistamiseksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 205). Tutkimuskysymykset muokkautuivat hieman haastattelujen jälkeen, sillä alkuperäiset tutkimuskysymykset pyrkivät selvittämään kohtaamisen toteutumista neuvolassa, mutta suurin osa äideistä oli saanut raskausdiabetekseen liittyvää ohjausta myös äitiyspoliklinikalla. Sen vuoksi tutkimuskysymykset muutettiin sellaiseen muotoon, että tutkimustulokset vastaavat niihin paremmin.

Vahvistettavuus toteutui työssä siten, että tutkija on kirjoittanut tutkimusprosessin edetessä muistiinpanoja muun muassa haastattelutilanteista sekä omista oivaluksistaan. Laadullisen tutkimuksen suunnitelma täydentyy usein tutkimusprosessin edetessä, jolloin tutkimuspäiväkirjan merkitys korostuu. Työn heikkoutena voidaan pitää sitä, että tutkija ei ole kirjoittanut systemaattisesti tutkimuspäiväkirjaa, joka olisi voinut tukea tutkimuksen etenemistä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Haastatteluin kerättyä aineistoa on tarkasteltu useaan kertaan ja sitä analysoitiin huolellisesti sisällönanalyysin avulla. Opinnäytetyön raportissa on annettu havainnollistava otos aineistolähtöisen sisällönanalyysin kulusta, jotta voidaan osoittaa, miten tutkija on päätenyt tiettyihin tuloksiin ja johtopäätöksiin (taulukko 2). (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tämä vahvistaa työn uskottavuutta, sillä luokitellut ja kategoriat kattavat aineiston hyvin. Opinnäytetyön ohjaaja on tarkastanut sisällönanalyysin vaiheet ja oikeellisuuden. Ohjaajan palautteet ovat antaneet lisänäkemymiä aineiston analysoimiselle. Opinnäytetyön raportissa on esitetty

suoria lainauksia haastatteluteksteistä tutkimuksen luotettavuuden osoittamiseksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 198).

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on keskeinen tekijä. Hänen tulee ymmärtää omien tulkintojensa vaikutukset aineistoon sekä tutkimusprosessiin. Yksin työskennellessä omalle tutkimukselle saattaa sokeutua, jolloin riskinä voidaan pitää tutkimuksen virheellisiä päätelmiä. Tutkimuksen edetessä tutkija vakuuttuu johtopäätöksistään, vaikka ne eivät välttämättä kuvaa todellisuutta. (Eskola & Suoranta 2000, 210; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 197.) Havaintojen luotettavuus ja puolueettomuus on varmistettu siten, että tutkija on pyrkinyt ymmärtämään ja kuuntelemaan haastateltavia sekä heidän vastauksiaan sellaiseenaan ilman suodatusta. Tämä ei kuitenkaan ole täysin ongelmaton ja on huomioitava, että tutkijan omat kokemukset sekä sukupuoli, ikä tai muu vastaava tekijä voi vaikuttaa siihen, miten hän asiat havainnoi ja tulkitsee. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 160.) Tämänkaltainen pohdinta kuvaa tutkimuksen refleksiivisyyttä (Aaltonen & Högbäck 2015, 10).

Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin tulokset ovat sovellettavissa muuhun kontekstiin. Opinnäytetyössä on esitetty taustatietoja tutkimukseen osallistujista, osallistujien valinnasta, tutkimusympäristöstä sekä aineiston keruumenetelmistä, mikä on edellytys siirrettävyyden kannalta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 198.)

8.2 Tulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin kohtaamisen toteutumista saadun ohjauksen, ohjauksen herättämien tunteiden, yksilöllisen ohjauksen toteutumisen sekä kehittämistarpeiden kautta. Aineistosta nousi esille neljä (4) teemaa, jotka vastasivat jokainen osaltaan tutkimuskysymyksiin. Esiin nousseet teemat olivat henkilökunnan ammatillinen osaaminen, kohtaaminen, äidin omahoitoon sitoutuminen sekä ohjauksen kehittäminen.

Hoitohenkilökunnan ammatillinen osaaminen muodostui ensimmäiseksi teemaksi sisällönanalyysin avulla. Ammatillisen osaamisen kannalta keskeistä oli

henkilökunnan ohjaustaidot, tiedollinen osaaminen, käytetyt ohjausmenetelmät, omahoidon ohjaus sekä elintapaohjaus. Raskausdiabetekseen liittyvän tiedon antaminen ja riskeistä keskusteleminen nähtiin tulosten perusteella tärkeänä. Osa äideistä koki, että raskausdiabeteksen yhteydestä tyypin 2 diabeteksen riskiin tulisi keskustella enemmän (Crowther ym. 2015). Monipuolinen ohjausmenetelmien hyödyntäminen, moniammatillisen ohjauksen tarjoaminen sekä ammattihenkilön asiantuntijuus raskausdiabeteksen suhteen oli äitien mukaan tärkeää ohjauksen onnistumisen kannalta. Tiedolliset puutteet ilmenivät muun muassa kattamattomana ohjauksena ja terveydenhoitajan epävarmuutena.

Raskausdiabetekseen liittyvää tietoa haetaan usein internetistä. Haasteena on internetistä löydetyn tiedon luotettavuuden arviointi. (Dayyani, Lou, Rowlands, & Terkildsen Maindal 2019, 8.) Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että äidit hakevat tukea internetin tarjoamista vertaistukiryhmistä. Vertaistukiryhmissä jaetaan raskausdiabetekseen liittyvää tietoa ja vastauksista ilmeni, että äidit pääasiassa luottivat sieltä saatuun tietoon. Tuloksista ilmennyt epäluottamus hoitohenkilökunnan ammatilliseen osaamiseen voi johtaa siihen, että internetistä saadun tiedon luotettavuutta ei välttämättä varmisteta ammattilaiselta.

Raskausdiabetekseen sairastuneet naiset arvostivat heille annettua tietoa ja saatuja ohjeita raskausdiabetekseen liittyen. Dayyanin ym. (2019, 7) tekemän kvalitatiivisen tutkimuksen mukaan joissain tapauksissa annettu tieto ymmärrettiin väärin. Muun muassa verensokereihin liittyvää tietoa ei aina ymmärretty oikein johtuen esimerkiksi huonosta kielitaidosta. Opinnäytetyön tutkimustuloksista ilmeni, että äidit arvostivat varmistamisen mahdollisuutta ohjauksessa. Myös Nilssonin (2012, 57) tutkimuksen mukaan raskausdiabeteksen sairastaneet naiset kokivat, että heillä oli ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ohjaajalle. Ohjausta antavat ammattilaiset voivat varmistaa tiedon sisäistämistä esimerkiksi pyytämällä äitiä kertomaan, miten hän on annetun tiedon ymmärtänyt.

Kohtaaminen muodostui toiseksi keskeiseksi teemaksi tulosten perusteella. Kohtaamisen toteutumisen kannalta keskeistä oli tuen saaminen, rutiininomainen hoito sekä yksilöllisesti kohdennettu ohjaus. Yksilöllisesti kohdennetun ohjauksen toteuttaminen on puutteellista. Raskausdiabeteksen hoito koettiin kaavamaisena

ja kaikkia raskausdiabeetikoita hoidettiin saman mallin mukaan. Tuloksista ilmeni, että äidit kokevat olevansa vain yksi raskausdiabeetikko muiden joukossa. Hoitohenkilökunnan asenteet ja ennakkoluulot näkyivät ohjauksessa ja vaikuttivat kohtaamiseen. Aikaisemmin sairastettu raskausdiabetes, oletukset äitien tietämyksestä tai elintavoista vaikuttivat kohtaamisen toteutumiseen usein negatiivisesti.

Devsam, Bogossian, & Peacock (2012) ovat julkaisseet katsausartikkelin naisten kokemuksista raskausdiabetekseen liittyen. Tutkimukset osoittavat, että naisten saama tuki ammattilaisilta vaikutti heidän kokemuksiinsa merkittävästi. Naiset, jotka saivat tukea ammattilaisilta, kokivat mahdollisuutensa pitkäkestoisiin elintapamuutoksiin parempina. Kaikilla ei ollut tulosten mukaan positiivisia kokemuksia kohtaamisesta terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Jotkut naisista kokivat turhautumista tapaan, jolla terveydenhuollon ammattilaiset kertoivat heille diagnoosista. Kyseiseen katsausartikkeli tukee tämän opinnäytetyön tuloksia myös sen suhteen, että empaattinen kohtaaminen on ensiarvoisen tärkeää raskausdiabetesta sairastaville naisille.

Tony Dunderfelt (2016, 28-30) toteaa henkisen yhteyden tarkoittavan samaa aaltopituutta henkilöiden välillä. Sen seurauksena ihmiset voivat puhua keskenään vapaasti ja tuoda esille erilaisia mielipiteitä ja näkemyksiä. Kun henkinen yhteys ei toimi, seuraa tyhjä ja turhautunut olo. Tutkimustulokset osoittavat, että ohjaajan ja ohjattavan välisellä henkisellä yhteydellä on tärkeä merkitys kohtaamisen toteutumisen kannalta. Helposti lähestyttävä hoitaja nähtiin vastausten perusteella tärkeänä. Samanhenkisyys, luottamuksellisuus ja persoonallisuuserot vaikuttivat kohtaamisen toteutumiseen. Vain kolme seitsemästä äidistä koki tulleen kohdatuksi hyvin.

Äitien omahoitoon sitoutuminen muodostui kolmanneksi keskeiseksi aihealueeksi tulosten pohjalta. Omahoitoon sitoutumiseen liittyi sairauden herättämät tunteet, ohjauksen herättämät tunteet sekä äidin tarpeet ohjaukseen liittyen. Äidit toivat esille monipuolisesti ohjauksen sekä sairauden herättämiä tunteita. Erityisesti sairauteen liittyvät tunteet koettiin voimakkaina ja esille nousi pelon, hädän häpeän ja syyllisyyden tunteita. Äidit olivat huolissaan vauvojensa terveydestä ja

voinnista. Epäonnistumisen tunne oli vahvasti läsnä raskausdiabetesdiagnoosin saamisessa. Ohjauksen pelättiin usein olevan syyllistävä.

Devsamin ym. (2012, 70) mukaan äidit kuvasivat raskausdiabetesdiagnoosin aiheuttamia tunteita shokkina, järkytyksenä, paniikkina, pelkona, pettymyksenä ja huolena, mikä tukee tämän opinnäytetyön tuloksia. Lisäksi Devsam ym. (2012, 70) mainitsevat, että äidit syyllistivät usein itseään raskausdiabeteksestä. Diagnoosi tuli äideille usein yllätyksenä. Äidin tunteiden huomioiminen ohjauksessa on keskeistä ja sairauden herättämien erilaisten tuntemusten läpikäymisellä yhdessä hoitajan kanssa voidaan parantaa äidin omahoitoon sitoutumista. Äidit kaipaavat tukea sairauden aiheuttamien tunteiden läpikäymiseen ja he toivovat ohjaustilanteisiin omaistensa läsnäoloa (Halkoaho & Kavilo 2009, 22).

Tutkimustulokset osoittavat, että äidit eivät osanneet ennen diagnoosin saamista ajatella sairauden koskettavan itseä. Sairaus koettiin henkisesti raskaaksi prosessiksi. Devsam ym. (2012) esittävät artikkelissaan tämän opinnäytetyön tulosten kanssa yhteneväisiä havaintoja raskausdiabetesta sairastavien naisten huolenaiheiden suhteen. Naisten merkittävimpiä huolenaiheita raskausdiabeteksen suhteen olivat huoli omasta ja lapsensa terveydestä, raskausdiabeteksen vakavuudesta sekä pelko tyypin 2 diabetekseen sairastumisesta. Äidit olivat huolissaan korkeiden verensokereiden vaikutuksesta vauvan terveydelle. Äidit tunsivat olevansa vastuussa vauvansa terveydestä. Äidit pelkäsivät myös oman terveytensä puolesta ja kokivat, etteivät halua tulla raskaaksi uudelleen. (Devsam ym. 2012, 72.) Uusien elintapojen omaksuminen koettiin haasteellisena (Dayyani ym. 2019, 7).

Neljäntenä aihealueena tuloksista esille nousi ohjauksen kehittäminen. Kaksi merkittävintä kehittämistarvetta oli vertaistuen piiriin ohjaaminen sekä jälkiohjauksen tarve. Baumanin ym. (2010, 134) mukaan äidit kokivat sosiaalisen tuen auttavan heitä noudattamaan terveellisiä elintapoja. Sosiaalisen tuen saaminen muilta raskausdiabeetikoilta osoittautui tämän opinnäytetyön tulosten perusteella tärkeäksi tekijäksi. Vertaistuen tarve ilmeni useista vastauksista ja monet mainitsivat erilaisia ideoita vertaistuen saamiseksi. Äidit mainitsivat esimerkiksi vertaistukiryhmät internetissä sekä raskausdiabetesta sairastaville tarkoitetun avoimen kahvilan.

Vertaistuen hankkiminen koettiin vaikeaksi ja neuvolasta kaivattiin vertaistuen piiriin ohjaamista. Erityisesti elintapojen ylläpitämiseen kaivattiin tukea muilta raskausdiabeetikoilta. Naiset kokivat usein olevan melko yksin raskausdiabeteksen kanssa (Dayaani ym. 2019, 7). Myös Hassanin (2013) opinnäytetyön tulosten perusteella yksi merkittävimmistä raskausdiabeteksen hoidonohjausta edistävästä tekijöistä oli sosiaalinen tuki. Hoidonohjausta heikentäväksi tekijäksi kyseisen tutkimuksen tulosten perusteella ilmeni henkisen tuen puute.

Nykyinen ohjaus painottuu useimmiten suulliseen yksilöohjaukseen ja kirjallisen materiaalin jakamiseen. Erilaisia ohjausmenetelmiä tulisi pohtia ja huomioida se, että pelkästään tiedon jakaminen ei takaa sitä, että asiakas sisäistää saamansa ohjeet ja ymmärtää muutoksen tärkeyden oman terveytensä hyväksi. (Halkoaho ym. 2009, 22, 25.) Opinnäytetyön tutkimustulokset osoittavat, että äidit kaipaavat terveydenhoitajilta ohjausmenetelmien parempaa hallintaa sekä monipuolisempaa käyttöä. Kirjallisen ohjauksen antaminen ei takaa sitä, että asiakas ymmärtää ohjauksen sisällön. Hoitajan olisi hyvä läpikäydä suullisesti kirjallinen materiaali ja antaa asiakkaalle tilaa kysyä. Asiakkaan ohjaukseen osallistamisella voidaan parantaa annetun tiedon sisäistämistä.

Osa äideistä jäi vastausten perusteella kaipaamaan ryhmäohjausta. Dayaani ym. (2019, 7) mukaan ryhmäohjaukset olivat raskausdiabeetikoiden keskuudessa pidettyjä, sillä se auttoi äitejä ymmärtämään, etteivät he ole yksin raskausdiabeteksen kanssa. Opinnäytetyön tutkimuksista kävi ilmi, että vain yhdelle äideistä oli tarjottu ryhmäohjausta.

Tämän opinnäytetyön tulokset vastaavat Baumanin ym. (2010,134) artikkelissa esiteltyjä tuloksia sen suhteen, että useimmat naiset toivoivat lisää yksilöllisesti kohdennettua tietoa erityisesti ruokavalioon liittyen. Ruokavaliosta ja ravitsemuksesta keskusteltiin ammattilaisen kanssa, mutta haasteena on ohjauksen yksilöllisempi kohdentaminen ja äitien omien kokemusten huomioon ottaminen ruokavalioon liittyvissä asioissa.

Ohjauksen oikea-aikainen kohdentaminen nousi opinnäytetyön vastausten pohjalta yhdeksi kehittämiskohdaksi. Baumanin ym. (2010, 134) artikkelista nousee

esille äitien toive varhaisesta tiedon antamisesta sekä tiedon oikea-aikaisesta kohdentamisesta. Korpimäki (2016) toteaa raskautta edeltävän painonhallinnan olevan tärkeää alkuraskauden raskausdiabetesriskin pienentämiseksi. Hän painottaa, että alkuraskaudessa raskausdiabetekseen sairastuneiden elintapaohjaukseen ja terveydentilan seurantaan sekä raskauden aikana että sen jälkeen tulisi kohdentaa erityistä huomiota.

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella äidit kokivat, että raskauden jälkeinen ohjanta jäi puutteelliseksi. Raskauden jälkeen hoitosuhde katkeaa, millä on vaikutusta seuraavaan raskauteen, tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn sekä koko perheen terveyden edistämiseen. Elintapaohjauksen jatkamisella raskausdiabeteksen jälkeen pystyttäisiin ennaltaehkäisemään tyypin 2 diabetekseen sairastumista. (Koivusilta & Koski 2019, 26.)

8.3 Opinnäytetyön arviointi

Kuten johdannossa mainittiin, tuovat Halkoaho ym. (2009, 22) esille artikkelissaan, että raskausdiabeteksen sairastaneiden naisten ohjauksesta on julkaistu hoitotieteessä vasta vähän tietoa. Laadullinen tutkimus soveltui hyvin tutkimustavaksi, kun lähdettiin tutkimaan sellaista ilmiötä, josta ei vielä tiedetä paljoa tai siitä halutaan selvittää uusia näkökulmia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 66). Opinnäytetyön aihetta valitessa kuunneltiin yhteistyötahon eli Diabetesliiton esittämiä toiveita. Tämä osoittaa sen, että aiheen valinnassa on pohdittu aiheen eettisyyttä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 154).

Laadullisessa tutkimuksessa ei tavoitella yleistettävyyttä samalla tavalla kuin määrällisessä tutkimuksessa. Otos on tällöin harkinnanvarainen ja tutkimukseen osallistuvien henkilöiden tulee edustaa tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman hyvin ja monipuolisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 67.) Tähän tutkimukseen osallistuneet äidit valikoitiin sen perusteella, että jokainen heistä oli sairastanut raskausdiabeteksen ja saanut siihen liittyvää ohjausta joko neuvolassa tai äitiyspoliklinikalla. Tutkimuskysymykset korjattiin sellaiseen muotoon, että niiden kannalta ei ollut oleellista, oliko tutkimukseen osallistuva saanut oh-

jausta neuvolassa vai äitiyspoliklinikalla. Sen vuoksi tutkimusta ei rajattu neuvolassa saatuun ohjaukseen, vaan kaikki raskausdiabetekseen liittyvä ammattilaisilta saatu ohjaus nähtiin hyödyllisenä tutkimuksen kannalta.

Tutkimuksessa kerätty aineisto oli laaja. Avoimet kysymykset tuottivat kuvailevia vastauksia ja vastaajat kertoivat kokemuksistaan avoimesti. Laajan aineiston vuoksi on mahdollista, että tutkija saattaa ohittaa joitain tutkimuksen kannalta oleellisia asioita litterointia tehdessään. Sen vuoksi tutkija käsittelee aineistonsa itse ja pyrki avaamaan aineiston sanasta sanaan kirjoittaen (Kylmä & Juvakka 2007, 111). Eskola ja Suoranta (2000, 62) ovat esitelleet aineiston koon määrittämiseksi muotoutuneita sääntöjä. He tuovat esille, että aineistoa on riittävästi, kun uudet haastattelut eivät enää tuota uutta tietoa tutkimuskysymysten kannalta. Tämä tarkoittaa aineiston saturaatiota eli kylläntymistä. Tässä tutkimuksessa vastaajien antamat tiedot sisälsivät jonkin verran ristiriitaisuuksia toisiinsa nähden, mutta siitä huolimatta voidaan sanoa aineiston saturoituneen haastattelujen edetessä. Aineisto alkoi tiettyjen teemojen osalta toistaa itseään. Saturoituminen voidaan yhdistää tulosten yleistettävyyteen, vaikka se ei olekaan ensisijaisena pyrkimyksenä laadullista tutkimusta tehtäessä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 99-100.)

Tuomi ja Sarajärvi (2018, 185) toteavat laadullisen tutkimuksen olevan joustavampaa määrälliseen tutkimukseen verrattuna, mutta siitä huolimatta tutkimuksen tulee noudattaa analyyttistä tarkkuutta ja teorian tulee olla yhteneväinen. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys on yhteneväinen tutkimustulosten kanssa. Viitekehystä täydennettiin tutkimustulosten raportoimisen jälkeen. Käsitteet on määritelty johdonmukaisesti ja selvästi. Työssä käytetyt lähteet ovat vertailukelpoisia ja valitut artikkelit on valittu huolella luotettavista tietokannoista. Tiedonhaku toteutettiin muun muassa Medic- ja Cinahl Complete (EBSCO)-tietokantoja sekä Tampereen korkeakoulujen TuniLib:in hakutoimintoa hyödyntäen. Lähteiden ajantasaisuuden varmistamiseksi työhön on pyritty valikoimaan alle kymmenen vuotta vanhoja lähteitä. Osa lähteistä on vanhempia, mutta niiden käyttöä on harkittu tarkkaan ja todettu niiden lisäävän työn sisällöllistä rikkautta. Uudemmissa lähteissä on esimerkiksi saatettu viitata vanhempiin lähteisiin, jolloin alkuperäiseen lähteeseen viittaaminen on perusteltua.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata raskausdiabeteksen hoidonohjauksessa tapahtuvan yksilöllisen kohtaamisen toteutumista äitien näkökulmasta. Kohtaaminen käsitteenä avattiin viitekehyyksessä ja onnistuneen kohtaamisen perusedellytystä eli vuorovaikutusta käsiteltiin teoriaosuudessa laajasti. Tutkimus toteutui laadullisena tutkimuksena puolistrukturoidun haastattelun avulla. Avointen kysymysten muodossa kerätty aineisto antoi tutkijalle kattavat ja kuvailevat vastaukset. Puolistrukturoitu haastattelu tiedonkeruumenetelmänä palveli erinomaisesti tätä tutkimusta. Haastateltavat kertoivat paljon omakohtaisia kokemuksia esimerkkien kautta, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Haastattelujen nauhoittaminen mahdollisti haastatteluista saatujen laajojen vastausten tarkan tallentamisen. Tutkimustulosten raportissa kuvataan äitien kokemuksia monipuolisesti erilaisista näkökulmista.

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa raskausdiabeteksen ohjauksesta sekä sen ongelmista ja haasteita, jotta raskausdiabeteksen hoidonohjausta voitaisiin tulevaisuudessa parantaa. Äitiysneuvolatyössä terveydenhoitajat kohtaavat yhä enenevässä määrin raskausdiabetesta sairastavia äitejä, minkä vuoksi he ovat keskeisessä asemassa raskausdiabeteksen hoidonohjaajina. Opinnäytetyön tutkimustulokset antavat uutta tietoa ohjauksen kehittämistä varten sekä tuovat esille äitien näkökulmia saamastaan ohjauksesta, mikä voi olla hyödyksi terveydenhoitajille heidän omien näkökulmiensa laajentamiseksi.

Opinnäytetyön yhtenä heikkoutena voidaan mainita, että aineistoa on analysoinut vain yksi henkilö, jolloin virhepäätelmien mahdollisuus korostuu (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 197). Toisena heikkoutena analyysivaiheessa oli, että tutkija lähti liian aikaisin ryhmittelemään aineistoa, jolloin tulosten informaatioarvo väheni (Kylmä & Juvakka 2007, 118). Tämä korjaantui siten, että analyysin tekemisessä palattiin taakse päin ja jatkettiin aineiston käsittelyä maltillisemmin. Sisällönanalyysia vaikeutti vastausten sekoittuminen ja monitulkintaisuus. Monet vastauksista olisivat sopineet useamman tutkimuskysymyksen alle. Lisäksi alkuperäiset pääluokat eivät erottuneet riittävän selkeästi toisistaan, minkä vuoksi niitä piti yhdistellä ennen tutkimustulosten raportointia.

Tutkimuskysymyksinä olivat, millaista ohjaus on äitien kuvaamana, millaisia kokemuksia äideillä oli kohtaamisesta sekä millaisia kehittämistarpeita äidit kokivat

kohtaamiseen liittyen. Näihin kysymyksiin vastattiin opinnäytetyön tulosten raportissa. Johtopäätöksiä on esitetty tuloksiin pohjautuen tulosten tarkastelussa. Opinnäytetyön tutkimustuloksia on vertailtu aiemmissa tutkimuksissa ilmenneisiin tuloksiin. Tuloksia tullaan hyödyntämään Diabetesliiton toiminnassa. Lisäksi niitä voidaan hyödyntää kaikkien raskausdiabeteksen hoidonohjausta toteuttavien ammattilaisten työn tukena ja kehittämisenä. Raskausdiabeteksen yleisyyden vuoksi aihe on tärkeä. Sitä on tutkittu eri näkökulmista myös kansainvälisesti. Mielenkiintoista on, että opinnäytetyön tuloksissa ilmeni kansainvälisiin tutkimuksiin nähden paljon yhteneväisyyksiä. Tämä osoittaa aiheen olevan globaalisti merkityksellinen.

8.4 Jatkotutkimusehdotukset

Raskausdiabetesta sairautena on tutkittu sekä Suomessa että kansainvälisesti monipuolisesti eri näkökulmista. Ohjauksen toteutumisen näkökulmasta tietoa on kuitenkin julkaistu vasta vähän. Erityisesti ohjauksen yksilöllisessä kohdentamisessa on puutteita. Ohjauksen yksilöllisen kohdentamisen kehittämiseen tulisi kiinnittää tulevaisuudessa entistä enemmän huomiota.

Tarpeellista olisi tutkia raskausdiabeteksen hoidonohjausta eri näkökulmista. Ohjauksista antavien terveydenhoitajien näkökulmia ohjauksen toteutumisesta ja sen yksilöllisestä kohdentamisesta olisi tärkeää selvittää. Uusien tutkimusten avulla voitaisiin syventyä keinoihin, joilla terveydenhoitajat pystyisivät tarjoamaan yksilöllisempää ohjausta raskausdiabeetikoille.

Ammattilaisen ja ohjaajan välinen onnistunut vuorovaikutus on perusta ohjauksen toteutumiselle. Erityisesti ohjauksessa tapahtuvaa vuorovaikutusta tulisi tutkia vielä tarkemmin sekä ammattilaisen että asiakkaan näkökulmista. Vuorovaikutus on laaja-alainen asia ja sen vuoksi sen tutkiminen eri osapuolten näkökulmista voisi olla hyödyksi hoidonohjauksen kehittämisessä.

LÄHTEET

Absetz, P. & Hankonen, N. 2017. Miten auttaa potilaita omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elintapoja? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 133 (10), 1015-21.

Aaltonen, S. & Högbacka, R. 2015. Refleksiivisyyden ulottuvuudet. Teoksessa Aaltonen, S. & Högbacka, R. (toim.) *Umpikujasta oivallukseen. Refleksiivisyys empiirisessä tutkimuksessa*. Tampere: Juvenes Print.

Bauman, A. E., Blignault, I., McLean, M., Razee, H., Smith, B. J., Van der Ploeg, H. P. & Wah Cheung, N. 2010. Beliefs, barriers, social support, and environmental influences related to diabetes risk behaviours among women with a history of gestational diabetes. *Health Promotion Journal of Australia* 21 (2), 130-137.

Crowther, C., Hague, W., Middleton, P., Shute, E. & Van Ryswyk, E. 2015. Women's views and knowledge regarding healthcare seeking for gestational diabetes in the postpartum period: A systematic review of qualitative/survey studies. *Diabetes Research and Clinical Practice* 110, 109-122.

Dayyani, I., Lou, S., Rowlands, G. & Terkildsen Maindal, H. 2019. A qualitative study about the experiences of ethnic minority pregnant women with gestational diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.

Devsam, B., Bogossian, F. & Peacock, A. 2012. An interpretive review of women's experiences of gestational diabetes mellitus: Proposing a framework to enhance midwifery assessment. Review article. *Women and Birth* 26, 69-76.

Diabeetikon hoidonohjauksen järjestäminen, toteutus ja sisältö. 2016. Käypä hoidon työryhmä Tyypin 2 diabetes. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

Diabetesliitto. 2019a. Diabetesliiton organisaatio. [Nettijulkaisu]. Päivitetty 28.5.2019. Luettu 11.12.2019.

Diabetesliitto. 2019b. Voitamme diabeteksen – joka päivä. [Nettijulkaisu]. Päivitetty 15.10.2019. Luettu 11.12.2019.

Diabetesliitto. 2019c. Raskausdiabetes. [Nettijulkaisu]. Päivitetty 8.4.2019. Luettu 7.8.2019.

Dunderfelt, T. 2016. *Läsnäoleva kohtaaminen*. Jyväskylä: PS-kustannus.

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2016. *Teemahaastattelu: Opit ja opetukset*. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. 4. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. *Ohjaus hoitotyössä*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Erkkola, M. & Virtanen, S. 2013. Suositeltavat ruokavalinnat raskauden aikana. Lääkärilehti 68 (10), 739-745.

Guba, E. & Lincoln, Y. 1985. Naturalistic Inquiry. United States of America: Sage Publications.

Haho, Annu. 2014. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Alkuperäinen julkaisu Sairaanhoidaja -lehdessä 8/2009. Luettu 31.7.2019. Saatavilla internetissä: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/asiakkaan-ja-potilaan-kohtaaminen/>

Halkoaho, A. & Kavilo, M. 2007. Synnyttäneiden naisten terveys. Tutkimus terveyteen vaikuttavista tekijöistä raskausdiabeteksen sairastaneiden ja normaalin sokerirasitustuloksen raskausaikana saaneiden välillä. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Halkoaho, A., Kavilo, M. & Pietilä, A-M. 2009. Voimavaroja tukeva hoidonohjaus. Sairaanhoidaja -lehti 10/2009, 22-25.

Hassan, Hamdi Abdi. 2013. Raskausdiabeteksen hoidonohjaus: Mitkä tekijät edistävät tai estävät raskausdiabeteksen hoidonohjausta? Laurea-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Hentinen, M. & Kyngäs, H. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Heikkinen, R-L. & Laine, T. 1997. Kohtaamisen näkökulmia. Teoksessa Heikkinen, R-L. & Laine, T. (toim.) Hoitava kohtaaminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. 19. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. 3.-5.-painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kettunen, J. 2018. Selvitä, tarvitsetko tutkimuksellesi luvan. Vastuullinen tiede. tutkimusetiikka ja tiedeviestintä suomessa. Julkaistu 15.3.2018. Luettu 11.7.2019. Saatavilla internetissä: <https://www.vastuullinentiede.fi/fi/tutkimuksen-suunnittelu/selvit%C3%A4-tarvitsetko-tutkimuksellesi-luvan>.

Kettunen, T., Laitinen-Väänänen, S., Mäkelä, J. & Vänskä, K. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveystieteiden ohjaustyössä kehittyminen. 1. painos, Helsinki: Edita.

Kiviniemi, K. 2018. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 5. uudistettu ja täydennetty painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Koivusilta, K. & Koski, S. 2019. Neuvolat saavat raskausdiabeetikoilta kiitosta – raskauden jälkeen hoitopolku katkeaa. *Diabetes ja lääkäri* 2/2019, 23-26.

Korpimäki, S. 2016. Alkuraskauden raskausdiabeetikoiden elintavat ja terveydentila sekä alkuraskauden raskausdiabetesta selittävät tekijät. Helsingin yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kyngäs, H. 2008. Hoidonohjauksen lähtökohtia. Teoksessa Kotisaari, S., Olli, S., Rintala, T.-M. & Simonen, R. (toim.) *Diabeetikon hoidonohjaus*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Liikunta. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016 (viitattu 30.9.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypa-hoito.fi

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Luukkaala, T., Tulokas, S. & Uotila, J. 2011. Verensokerin omaseuranta raskausdiabeteksessa vähentää sikiön makrosomian riskiä. *Suomen lääkärilehti* 12/2011, 995-1001.

Mäkisalo-Ropponen, M. 2012. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Mönkkönen, K. 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä. Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus Oy.

Nikander, P. & Ruusuvuori, J. 2017. Haastatteluaineiston litterointi. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P., Ruusuvuori, J. (toim.) *Tutkimushaastattelun käsikirja*. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Vastapaino.

Nilson, L. 2012. Raskausdiabetekseen sairastuneiden naisten ohjaus erikoissairaanhoidossa. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Oksanen, J. 2014. Motivointi työvälineenä. 2. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Orell-Kotikangas, H. 2007. Diabetes ja raskaus. Teoksessa Aro, E. (toim.) *Diabetes ja ruoka – teoriaa ja käytäntöä terveydenhuollon ja ravitsemisalalan ammattilaisille*. Suomen Diabetesliitto ry. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Peränen, N. 2008. Raskausdiabeetikon hoidonohjaus. Teoksessa Kotisaari, S., Olli, S., Rintala, T.-M. & Simonen, R. (toim.) Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Raskausdiabetes. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Diabetesliiton lääkäriineuvoston ja Suomen Gynekologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013. (viitattu 30.9.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi.

Salo-Chydenius, S. 2015. Motivaatio. Teoksessa Partanen, A. & Holmberg, J. & Inkinen, M. & Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. 2015. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Sorjonen Marja-Leena. 2015. Intersubjektiivisuus ja vuorovaikutus, Helsingin yliopisto. [Nettijulkaisu]. Päivitetty 16.2.2015. Luettu 16.11.2019. <https://www.aka.fi/fi/tiedepoliittinen-toiminta/huippuyksikot/paattyneet/huippuyksikot-2012-2017/sorjonen/>

Tarnanen, K., Kaaja, R., Kinnunen, T & Vuorela, P. 2013. Raskausdiabeteksen huolellinen hoito edistää sekä odottavan äidin että syntyvän lapsen hyvinvointia. Käypä hoidon potilasversiot. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013.

Teramo & Kaaja. 2015. Raskausdiabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M.-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. 8. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Dialogisuus ammattilaisen ja perheen välillä. [Nettijulkaisu]. Päivitetty 14.6.2016. Luettu 10.11.2019. https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/varhainen-avoin-yhteistoiminta/dialogisuus_ammattilaisen_ja_perheen_valilla

Terveyskylä. 2019a. Raskausdiabeteksen toteaminen ja sokerirasitus. [Nettijulkaisu]. Päivitetty 22.10.2019. Luettu 3.11.2019. <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/raskaus-ja-synnytys/raskausajan-ongelmat/raskausdiabetes/raskausdiabeteksen-toteaminen-ja-sokerirasitus>

Terveyskylä. 2019b. Painonhallinta ja liikunta. [Nettijulkaisu]. Päivitetty 19.6.2019. Luettu 7.8.2019. <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/raskaus-ja-synnytys/raskausajan-ongelmat/raskausdiabetes/painonhallinta-ja-liikunta>

Terveyskylä. 2019c. Raskausdiabeetikon ruokavalio. [Nettijulkaisu]. Päivitetty 19.6.2019. Luettu 6.8.2019. <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/raskaus-ja-synnytys/raskausajan-ongelmat/raskausdiabetes/ruokavalio>

Terveyskylä. 2019d. Raskausdiabeteksen lääkehoito. [Nettijulkaisu]. Päivitetty 19.6.2019. Luettu 7.8.2019. <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/raskaus-ja-synnytys/raskausajan-ongelmat/raskausdiabetes/raskausdiabeteksen-l%C3%A4%C3%A4kehoito>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

LIITTEET

Liite 1. Julkaisu Facebook-ryhmissä

Hei!

Opiskelen terveydenhoitajaksi Tampereen ammattikorkeakoulussa ja teen opinnäytetyötä raskausdiabeteksen hoidonohjaukseen liittyen. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Diabetesliiton kanssa. Kaipaisin vielä yhtä tai kahta haastateltavaa tutkimustani varten. Haastatteluun tulisi varata aikaa noin tunti ja pyrin toteuttamaan haastattelut kesän aikana kasvotusten tai puhelimitse. Henkilötietojasi käsitellään vain kyseistä tutkimusta varten ja tulokset esitetään niin, ettei sinua voida tunnistaa. Jos olisit kiinnostunut osallistumaan haastatteluun, olisitko yhteydessä minuun yksityisviestillä tai sähköpostitse XXX. Olisin erittäin kiitollinen ajastasi!

Liite 2. Haastattelukysymykset

1. Kerrotko siitä tilanteesta, kun sait tietää, että sinulla on raskausdiabetes?
2. Kerrotko minulle millaista ohjausta olet saanut raskauden aikana neuvolassa?
3. Kerrotko siitä tilanteesta, kun sait ohjausta? Kuvailletko saamaasi ohjausta?
4. Kuvailletko omin sanoin, miltä sinusta tuntui siinä tilanteessa?
5. Mitä eri keinoja terveydenhoitaja käytti antaessaan neuvontaa?
 - Suullinen ohjaus: sanaton ja sanallinen viestintä
 - Yksilöohjaus
 - Ryhmäohjaus
 - Kirjallinen potilasohjaus / esitteet tms.
 - Video-ohjaus
 - Puhelinohjaus
6. Mikä oli hyvää toimintaa, mikä ei ollut hyvää toimintaa? Miten kehittäisit saamaasi ohjausta konkreettisesti?
7. Miten terveydenhoitaja huomioi sinun yksilöllisen tarpeesi? / Saitko yksilöllistä ohjausta?
8. Miten ohjaus mielestäsi onnistui raskausaikana neuvolassa? Entä raskauden jälkeen?

Liite 3. Tiedote tutkimuksesta

1 (3)

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

23.6.2019

Tutkimuksen nimi

Miten raskausdiabeetikot ovat kokeneet saamansa ohjauksen raskausaikana? – Raskausdiabeetikoiden hoidonohjauksessa tapahtuvan kohtaamisen toteutuminen äitien näkökulmasta.

Pyyntö osallistua tutkimukseen

Teitä pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa tutkitaan raskausdiabeteksen hoidonohjauksessa tapahtuvan yksilöllisen kohtaamisen toteutumista äitien näkökulmasta. Samalla tutkitaan raskausaikana annettavan ohjauksen ongelmia ja haasteita, jotta raskausdiabeetikoiden hoidonohjausta voitaisiin tulevaisuudessa parantaa. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää Diabetesliiton toiminnassa sekä terveydenhoitajien hoidonohjauksen ongelmiin ja haasteisiin puuttumisessa. Olen arvioinut, että sovellutte tutkimukseen, koska olette sairastaneet raskausdiabeteksen. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja Teidän osuuttanne siinä. Perehdyttyänne tähän tiedotteeseen voitte esittää kysymyksiä tutkimuksesta, jonka jälkeen Teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Diabetesliiton kanssa. Suomen Diabetesliitto ry on kansanterveys- ja potilasjärjestö, joka toimii diabeteksen ja siihen liittyvien lisäsairauksien ehkäisemiseksi sekä näiden hoidon kehittämiseksi.

Tampereen ammattikorkeakoulun opettaja on arvioinut tutkimussuunnitelman ja hyväksynyt sen tutkimuksen etenemiseksi.

Vapaaehtoisuus

Tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, keskeyttää osallistumisenne tai peruuttaa suostumuksenne milloin tahansa tutkimuksen aikana. Ottakaa tuolloin yhteys tutkijaan.

Tutkimuksen tarkoitus

2 (3)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, kuinka raskausdiabeetikot ovat kokeneet saamansa hoidonohjauksen ja sen aikana tapahtuvan yksilöllisen kohtaamisen. Pyrin tutkimusosiossani myös kuvailemaan haastatteluista saamieni vastausten pohjalta ohjaustilanteita ja sitä, mikä ohjaustilanteissa on ollut hyvää ja mikä ei ole ollut hyvää sekä sitä, millaisia keinoja ohjauksessa on käytetty. Tarkoitukseni on haastatella viittä raskausdiabeteksen sairastanutta äitiä tutkimusta varten.

Tutkimuksen kulku

Tutkimukseen osallistuvat henkilöt haastatellaan tilanteen mukaan joko kasvotusten tai puhelimitse. Haastattelukysymykset ovat avoimia kysymyksiä. Avointen kysymysten lisäksi käytetään tarkentavia kysymyksiä. Haastatteluun tulisi varata aikaa noin tunti. Haastattelut nauhoitetaan. Tarvittaessa haastattelija lähettää haastateltaville muutamia tarkentavia kirjallisia lisäkysymyksiä sähköpostitse avointen kysymysten muodossa.

Tutkimuksen mahdolliset hyödyt

On mahdollista, ettei tähän tutkimukseen osallistumisesta ole Teille hyötyä. Tutkimus saattaa kuitenkin auttaa selvittämään raskausdiabeteksen hoidonohjauksen ongelmia ja haasteita sekä tulevaisuudessa parantamaan raskausdiabetesta sairastavien äitien ohjausta neuvolassa.

Henkilötietojen käsittely tutkimuksessa

Henkilötietojanne käsitellään vain tutkimustarkoitusta varten. Henkilötietojen käsittelyn perusteena on Teidän nimenomainen suostumuksenne. Teistä kerätään seuraavat tunnistelliset henkilötiedot: nimi, osoite ja sähköpostiosoite. Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Tulokset esitetään niin, että Teitä ei voida tunnistaa. Henkilötietojanne käytetään vain tähän tutkimukseen. Mikäli Teillä on kysyttävää henkilötietojenne käytöstä, ottakaa yhteyttä Emilia Naskaliin.

Lisätiedot

3 (3)

Jos teillä on mitä tahansa tutkimukseen liittyviä kysymyksiä, esittäkää ne Emilia Naskalille.

Tutkijan yhteystiedot

Terveystieteiden tutkimuskeskus

Emilia Naskali

Tampereen ammattikorkeakoulu

Puh. XXX

Sposti: XXX

Liite 4. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

1 (2)

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Tutkimus: Miten raskausdiabeetikot ovat kokeneet saamansa ohjauksen raskausaikana? – Raskausdiabeetikoiden hoidonohjauksessa tapahtuvan kohtaamisen toteutuminen äitien näkökulmasta.

Tutkimuksen toteuttaja: Tampereen ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelija Emilia Naskali

Minua _____ on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tutkimukseen, jonka tarkoituksena on selvittää, kuinka raskausdiabeetikot ovat kokeneet saamansa hoidonohjauksen ja sen aikana tapahtuvan yksilöllisen kohtaamisen.

Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani kirjallisen tutkimustiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta henkilötietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti, minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Tiedot antoi Emilia Naskali 23/06/2019.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen. Olen saanut riittävät tiedot oikeuksistani, tutkimuksen tarkoituksesta ja sen toteutuksesta sekä tutkimuksen hyödyistä ja riskeistä. Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Tiedän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista. Olen selvillä siitä, että voin peruuttaa tämän suostumukseni koska tahansa syytä ilmoittamatta.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkimushenkilöksi.

Tutkittavan nimi

Tutkittavan osoite

Päivämäärä

Allekirjoitus

Suostumus vastaanotettu

2 (2)

Tutkijan nimi

Päivämäärä

Allekirjoitus

Alkuperäinen allekirjoitettu tutkittavan suostumus skannataan ja lähetetään tutkijalle.
Tutkimustiedote ja kopio allekirjoitetusta suostumuksesta lähetetään tutkittavalle.