

TIETOA, TAITOA JA VOIMAA RASKAUS- DIABEETIKON OMAHOIDON ARKEEN

Ryhmäohjaus ruokavalio- ja
liikuntaohjauksessa

Laura Breu, Monna Kurvinen, Jonna Mikander & Kaisa Vartiainen

Opinnäytetyö

| | | | |
|---|------------|--------------------|------|
| Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala | | | |
| Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma | | | |
| Työn tekijä(t) Laura Breu, Monna Kurvinen, Jonna Mikander & Kaisa Vartiainen | | | |
| Työn nimi Tietoa, taitoa ja voimaa raskausdiabeetikon omahoidon arkeen. Ryhmäohjaus ruokavalio- ja liikuntaohjauksessa. | | | |
| Päiväys | 28.10.2013 | Sivumäärä/Liitteet | 56/7 |
| Ohjaaja(t) Lehtori Marja-Anneli Hynynen (TtM) | | | |
| Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala äitiyspoliklinikka / kättilö Mari Väättäinen | | | |
| Tiivistelmä <p>Raskausdiabetes on glukoosiaineenvaihdunnan häiriö, joka todetaan ensimmäisen kerran raskauden aikana. Siihen sairastuneilla naisilla on kohonnut riski sairastua myöhemmin tyypin 2 diabetekseen. Raskausdiabetes on riski syntyvälle lapselle sikiöaikana ja syntymän jälkeen. Hoidon perustana on raskausdiabeetikon omahoito, jossa onnistumiseen tarvitaan terveydenhuollon ammattilaisten antamaa ohjausta. Ruokavalio- ja liikuntaohjaus voidaan toteuttaa ryhmäohjauksena. Ruokavalio ja liikunta yhdistettynä terveellisiin elämäntapoihin ovat keskeisessä asemassa raskausdiabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä, jonka tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa raskausdiabeetikoille ruokavalio- ja liikuntaohjaus Kuopion yliopistollisen sairaalan äitiyspoliklinikalla. Keväällä 2013 järjestettiin kaksi voimaannuttavaa ohjauksetta. Ohjauksettojen aiheena olivat raskausdiabeetikon ruokavalio ja liikunnan merkitys raskausdiabeteksen hoidossa. Kehittämistyössä kuvattiin kirjallisuuskatsauksen avulla ryhmäohjausta ohjausmuotona raskausdiabeetikoiden omahoidon tukemisessa.</p> <p>Kehittämistyön tavoitteena oli tukea raskausdiabeetikoiden omahoidoa ja ennaltaehkäistä tyypin 2 diabetesta ruokavalio- ja liikuntaohjauksen avulla sekä lisätä ymmärrystä ruokavalion ja liikunnan merkityksestä raskausdiabeteksen hoidossa. Kehittämistyö toteutettiin yhteistyössä Kuopion yliopistollisen sairaalan äitiyspoliklinikan kanssa, jonka käyttöön tuotettiin raskausdiabeetikoiden ryhmä- ja yksilöohjaukseen soveltuvaa ohjausmateriaalia.</p> | | | |
| Avainsanat raskausdiabetes, ryhmäohjaus, ruokavalio, liikunta, omahoito | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|------------|------------------|------|
| Field of Study Social Services, Health and Sports | | | |
| Degree Programme Degree Programme in Nursing | | | |
| Author(s) Laura Breu, Monna Kurvinen, Jonna Mikander & Kaisa Vartiainen | | | |
| Title of Thesis Knowledge, skills and energy for the self-care of GDM patients. Group counselling in the diet and exercise guidance. | | | |
| Date | 28.10.2013 | Pages/Appendices | 56/7 |
| Supervisor(s) Senior Lecturer Marja-Anneli Hynynen (TtM) | | | |
| Client Organisation/Partners Kuopio University Hospital Maternity Outpatient Clinic / midwife Mari Väätäinen | | | |
| Abstract <p>Gestational diabetes mellitus (GDM) is a disorder of glucose metabolism, which appears initially during pregnancy. Women suffering from GDM have a higher risk of being diagnosed with type 2 diabetes later in their lives. GDM also causes risks for fetuses and newborn babies. The basis of treatment for GDM is patients' self-care, which requires guidance by a health care professional. Support for diet and exercise can be produced by group counselling. A vigorous diet and proper exercise together with healthy living habits are in the center of prevention and treatment for GDM.</p> <p>The aim of the thesis is the planning and creation of diet and exercise counselling for women suffering from GDM in the maternity outpatient clinic of Kuopio University Hospital. Initially, two empowering counselling sessions were organized in the spring of 2013. The sessions concentrated on the diet of a patient suffering from GDM, and the significance of exercise in the treatment of GDM. The thesis portrays group counselling as a method of support for the patients' self-care utilizing medical literature.</p> <p>The main objectives of this thesis are: the support of the self-care of GDM patients, prevention of type 2 diabetes by diet and exercise counselling and improvement in knowledge and understanding of a proper diet and exercise in the treatment of GDM. The thesis was made in co-operation with the maternity outpatient clinic of Kuopio University Hospital. Relevant guidance material for group and private counselling was also provided for the maternity outpatient clinic of Kuopio University Hospital.</p> | | | |
| Keywords gestational diabetes mellitus, group counselling, diet, exercise, self-care | | | |
| | | | |

SISÄLTÖ

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 7 |
| 2 | RASKAUSDIABETES..... | 9 |
| 2.1 | Raskausdiabeteksen määritelmä | 9 |
| 2.2 | Raskausdiabeteksen vaikutus äidin hyvinvointiin | 11 |
| 2.3 | Raskausdiabeteksen vaikutus sikiön kasvuun ja hyvinvointiin | 12 |
| 2.4 | Raskausdiabeteksen vaikutus vastasyntyneen hyvinvointiin..... | 13 |
| 3 | RASKAUSDIABETEKSEN HOITO | 15 |
| 3.1 | Raskausdiabeetikon ruokavalio | 15 |
| 3.1.1 | Raskausdiabeetikon ruokavalion keskeiset periaatteet..... | 16 |
| 3.1.2 | Raskaana olevan ruokavalion erityissuositukset..... | 19 |
| 3.2 | Raskausdiabeetikon liikunta | 20 |
| 3.2.1 | Liikunnan vaikutus äidin hyvinvointiin | 22 |
| 3.2.2 | Liikunnan vaikutus sikiön hyvinvointiin..... | 22 |
| 3.3 | Raskausdiabeetikon veren glukoosipitoisuuden omaseuranta | 23 |
| 3.4 | Raskausdiabeetikon insuliinihoito | 23 |
| 4 | RASKAUSDIABEETIKON OHJAUS JA OMAHOIDON TUKEMINEN | 25 |
| 4.1 | Voimaannuttava terveyden edistäminen | 25 |
| 4.2 | Voimaannuttava ryhmäohjaus | 26 |
| 4.3 | Voimaannuttava ryhmänohjaaja | 28 |
| 5 | KEHITTÄMISTYÖN VAIHEET | 30 |
| 5.1 | Ruokavalio- ja liikuntaohjauksen suunnittelu..... | 31 |
| 5.2 | Ruokavalio-ohjauksen toteutus..... | 33 |
| 5.3 | Liikuntaohjauksen toteutus | 39 |
| 5.4 | Kehittämistyön päättäminen ja arviointi..... | 42 |
| 6 | POHDINTA..... | 44 |
| 6.1 | Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus..... | 44 |
| 6.2 | Ruokavalio- ja liikuntaohjauksen arviointi..... | 45 |
| 6.3 | Kehittämistyöprosessin ja ammatillisen kehittymisen arviointi..... | 47 |
| 6.4 | Työn johtopäätökset ja kehittämishaasteet | 49 |
| | LÄHTEET..... | 51 |

LIITTEET

Liite 1 Kehittämistyössä käytetyt keskeiset tutkimukset

Liite 2 Palaverimuistiot toimeksiantajan kanssa

Liite 3 Mainos

Liite 4 Hyödyllisiä ravitsemukseen ja ruokavalioon liittyviä www-osoitteita

Liite 5 Tavoitekeskustelu

Liite 6 Ruokavalio-ohjauksen palautelomake

Liite 7 Liikuntaohjauksen palautelomake

1 JOHDANTO

Raskausdiabetesta esiintyy maailmanlaajuisesti yhä enemmän. Suomessa vuonna 2010–2011 synnyttäjistä 13 prosenttia oli raskausdiabeetikoita ja määrä on ollut vuosia noususuuntainen. Synnyttäjistä joka kolmas oli ylipainoinen (Vuori & Gissler 2012, 2–3). Ylipaino on raskausdiabeteksen yksittäinen riskitekijä (Raatikainen, Härmä & Randell 2010, 1105).

Raskausdiabeetikolla tarkoitetaan raskaana olevaa, jolla on todettu glukoosiaineenvaihdunnan häiriö ensimmäisen kerran raskauden aikana (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008). Tässä kehittämistyössä raskausdiabetesta sairastavasta käytetään termiä raskausdiabeetikko Käypä hoito -suosituksen mukaisesti.

Raskausdiabeteksen hoidon kulmakiviä ovat säännöllinen ja terveellinen ruokavalio, liikunta, veren glukoosipitoisuuden omaseuranta ja lääkehoito (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2013). Raskausdiabeetikon hoidon ja hoidonohjauksen tarkoituksena on turvata äidin, sikiön ja perheen hyvinvointi raskausaikana sekä saavuttaa hyvä veren glukoositasapaino (Peränen 2008, 150; Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008). Halkoahon ja Kavilon (2007, 47) mukaan raskausdiabeetikot tarvitsevat paljon tietoa ja ohjausta ravitsemuksesta ja liikunnasta elintapamuutostensa tueksi.

Tämä opinnäytetyö oli kehittämistyö, jonka tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa ruokavalio- ja liikuntaohjaus ryhmäohjauksena raskausdiabeetikoille. Ryhmäohjauksen tavoitteena oli tiedon lisääminen, taitojen tunnistaminen ja käyttäytymiseen liittyvien riskitekijöiden vähentäminen. Ruokavalio- ja liikuntaohjaus järjestettiin Kuopion yliopistollisen sairaalan äitiyspoliklinikalla. Kuopion yliopistollisen sairaalan äitiyspoli-klinikka on lähetepoli-klinikka, jossa seurataan ja hoidetaan oman erikoissairaanhoido-alueen riskiraskauksia, tehdään sikiöseulontoja ja tarjotaan sovittuja palveluita Itä-Suomen alueen keskussairaaloille. Äitiyspoliklinikalla toimii myös erityispoli-klikoita kuten raskaana olevien diabeetikoiden vastaanotto. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2013.)

Kehittämistyössä kuvattiin kirjallisuuskatsauksen avulla ryhmäohjausta ohjausmuoto-na raskausdiabeetikoiden omahoidon tukemisessa. Lisäksi tuotettiin ohjausmateriaa-

lia Kuopion yliopistollisen sairaalan äitiyspoliklinikan henkilökunnalle raskausdiabeetikoiden yksilö- ja ryhmäohjaukseen.

Kehittämistyön tavoitteena oli tukea ruokavalio- ja liikuntaohjauksella raskausdiabeetikoiden omahoitoa ja siten ennaltaehkäistä tyypin 2 diabetesta. Tavoitteena oli myös auttaa raskausdiabeetikoita ymmärtämään ruokavalion ja liikunnan merkitys raskausdiabeteksen hoidossa.

Toteutetusta ruokavalio- ja liikuntaohjauksesta oli hyötyä ryhmään osallistuneille raskausdiabeetikoille, vastaanottoaikojen yhteydessä ohjaukseen osallistuneille ja äitiyspoliklinikan henkilökunnalle. Ohjaukseen osallistuneiden tieto lisääntyi ja he saivat valmiuksia tehdä terveyttä edistäviä valintoja arjessaan. Tuotettu ohjausmateriaali jäi äitiyspoliklinikan henkilökunnan käyttöön, mistä he saivat työvälineeksi ruokavalio- ja liikuntaohjausmateriaalia. Ohjausmateriaalista hyötyvät tulevaisuudessa äitiyspoliklinikalla ruokavalio- ja liikuntaohjausta saavat asiakkaat. Kehittämistyöprosessissa tieto raskausdiabeteksestä sekä ruokavalion, liikunnan ja ryhmäohjauksen merkityksestä raskausdiabeetikon omahoidon tukemisessa lisääntyi. Kehittämistyöryhmäläisten ohjaustaidot kehittyivät raskausdiabeetikoiden ohjauksessa.

2 RASKAUSDIABETES

Raskausdiabetes (gestational diabetes mellitus) on yleistynyt 1990-luvulta lähtien kaikkialla maailmassa. Suomen syntymärekisteritietojen mukaan vuosina 2010–2011 glukoosirasituskokeen tulos oli patologinen 13 prosentilla kaikista synnyttäjistä. Eri sairaaloiden välillä raskausdiabeteksen esiintyvyys vaihteli 3–24 prosenttia sairaanhoitopiirien erilaisten diagnostisten kriteereiden vuoksi. (Vuori & Gissler 2012, 3.)

2.1 Raskausdiabeteksen määritelmä

Raskaus- eli gestaatiidiabeteksella tarkoitetaan raskauden aikana ensimmäisen kerran todettua glukoosiaineenvaihdunnan eli verensokeritasapainon häiriötä. Raskausdiabeteksen kehittymiseen vaikuttavat insuliiniresistenssi sekä haiman beetasolujen riittämätön insuliinin erityis. (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008.) Insuliiniresistenssillä tarkoitetaan elimistön heikentyntä kykyä reagoida insuliiniin ja sen veren glukoosipitoisuutta alentavaan vaikutukseen (Ilanne-Parikka, Rönnemaa, Saha & Sane 2011, 505). Insuliiniresistenssi voimistuu erityisesti raskauden jälkimmäisellä puoliskolla, mikä johtuu kehon rasvamäärän kasvusta ja raskauden aikaisten insuliinieritystä heikentävien hormonien erityksen lisääntymisestä. Haiman beetasolujen eli insuliinia tuottavien solujen toimintahäiriön syinä ovat insuliiniresistenssiin nähden heikentynyt insuliinin erityis, autoimmuunihäiriöt ja monogeeninen eli perinnöllinen syy. (Ilanne-Parikka ym. 2011, 503; Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008.)

Raskausdiabetes ilmenee yleensä jo ensimmäisessä raskaudessa. Monipuolinen, terveellinen ruokavalio, sopiva energiansaanti ja säännöllinen liikunta auttavat ehkäisemään raskausdiabeteksen syntymistä. Sen sijaan raskausdiabeteksen riskiä lisäävät energian, tyydyttyneiden eli kovien rasvojen ja sokerin liiallinen saanti, vähäinen kuidun määrä ruokavaliossa sekä vähäinen liikunta ennen raskautta ja raskauden aikana. (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008.) Raatikaisen ym. (2010, 1105) mukaan ylipainoisilla (BMI 25–29,9 kg/m²) on 2,4-kertainen riski sairastua raskausdiabetekseen. Lihavuuteen (BMI 30–34,9 kg/m²) liittyy jopa nelinkertainen riski sairastua raskausdiabetekseen ja vaikeasti lihavilla (BMI 35–39,9 kg/m²) riski on kahdeksankertainen. Painoindeksi (BMI) lasketaan jakamalla paino (kg) pituuden (m) neliöllä (Ilanne-Parikka ym. 2011, 503). Raskausdiabetekseen sairastuvista suoma-

laisista yli puolella ei kuitenkaan todeta altistavia riskitekijöitä, kuten ylipainoa, lähisukulaisen diabetesta, korkeaa ikää tai aiemmassa raskaudessa epäiltyä tai todettua glukoosiaineenvaihdunnan häiriötä (Raatikainen ym. 2010, 1105).

Kaksi tuntia kestävä glukoosirasituskoetehdään pääsääntöisesti kaikille raskaana oleville raskausviikoilla 24–28. Glukoosirasituskoetta ei poikkeuksellisesti tehdä, jos kyseessä on raskauden alussa normaalipainoinen (painoindeksi alle 25 kg/m²), alle 25-vuotias ensisynnyttäjä ja hänen lähisuvussaan ei ole ilmennyt tyypin 2 diabetesta. Glukoosirasituskoetta ei ole tarvetta tehdä myöskään alle 40-vuotiaille normaalipainoisille uudelleensynnyttäjäille, joiden aiemmassa raskaudessa glukoosiaineenvaihdunta on ollut normaali eikä lapsi ole painanut syntyessään yli 4 500 grammaa. (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008.)

Glukoosirasituskoetehdään ensisijaisesti äitiysneuvolassa. Aluksi laskimosta otetaan paastoverinäyte, jonka jälkeen tutkittava juo viiden minuutin kuluessa 300 millilitraa vettä, johon on lisätty 75 grammaa sokeria. Seuraavat verinäytteet otetaan yhden ja kahden tunnin kuluttua. Raskausdiabetes todetaan, jos mikä tahansa rasisituskoetehtä otetuista arvoista on koholla. Diagnostiset veren glukoosipitoisuuden raja-arvot ovat paastoarvo $\geq 5,3$ millimoolia/litra (mmol/l), tunnin arvo $\geq 10,0$ mmol/l ja kahden tunnin arvo $\geq 8,6$ mmol/l. (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008.)

Glukoosirasituskoeteajoitetaan jo raskausviikoille 12–16, jos sairastumisriski on erityisen suuri: raskausdiabetes aiemmissa raskauksissa, munasarjojen monirakkulaoireyhtymä, vaikea lihavuus (BMI yli 35 kg/m²), glukoosia aamuvirtsassa, lähisukulaisen tyypin 2 diabetes tai suun kautta käytettävä kortikosteroidihoito. Alkuraskaudessa glukoosirasituskoeteessa normaalin tuloksen saaneille on syytä toistaa glukoosirasituskoete myöhemmillä raskausviikoilla. (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008.)

Glukoosirasituskoete tehdään kaikille raskausdiabeetikoille synnytyksen jälkeen. Insuliinihoitoisille raskausdiabeetikoille glukoosirasituskoete tehdään 6–12 viikon kuluttua synnytyksestä. Muut raskausdiabeetikot käyvät glukoosirasituskoeteessa noin vuosi synnytyksen jälkeen. Synnytyksen jälkeisen glukoosirasituskoeteen raja-arvoina ovat paastoarvo alle 6,1 mmol/l ja kahden tunnin arvo alle 7,8 mmol/l. Painoa, verenpainetta, vyötärön ympärysmittaa ja veren lipidipitoisuuksia seurataan 1–3 vuoden välein kaikilta raskausdiabeteksen sairastaneilta. Glukoosirasituskoeteen tuloksen ollessa normaali, seurantaväliksi riittää kolme vuotta. Seurantaväli on yksi vuosi, jos

glukoosirasituskokeessa todetaan heikentynyt glukoosinsieto tai veren glukoosipitoisuuden suurentunut paastoarvo. (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2013.)

2.2 Raskausdiabeteksen vaikutus äidin hyvinvointiin

Raskausdiabetes on merkittävä tyypin 2 diabeteksen puhkeamista ennustava sairaus (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008). Ruokavaliohoitoisista raskausdiabeetikoista noin 40 prosenttia sairastuu tyypin 2 diabetekseen kymmenen vuoden kuluessa (Lauenborg ym. 2004, 1197). Raskausdiabeetikon riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen lisää etenkin raskauden aikainen lihominen ja synnytyksen jälkeinen ylipaino. Sairastumista on voitu vähentää elintapaohjauksella. (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008.) Pitkäkestoinen imetys on myös suositeltavaa raskausdiabeetikoille, sillä imetys auttaa painonhallinnassa ja voi siten ehkäistä tyypin 2 diabetekseen sairastumista. (Kaaja 2006, 7.)

Sairastetun raskausdiabeteksen on havaittu lisäävän myöhempää diabetesriskiä yli seitsenkertaiseksi verrattuna ei-diabeetikoihin. Raskausdiabetesta voidaankin pitää naiselle ensimmäisenä merkinä alttiudesta sairastua insuliiniresistenssiin liittyviin sairauksiin. Ensimmäisen viiden vuoden aikana raskauden jälkeen diabeteksen ilmaantumisen todennäköisyys on suurin. Kymmenen vuoden kuluessa ilmaantuvuus tasaantuu. Tyypin 2 diabetekseen sairastumisriskiä lisäävät erityisesti ylipaino, lähisukulaisen diabetes ja insuliinihoidon tarve raskauden aikana. Diabetesvaaraa ennustavat myös äidin yli 35-vuoden ikä, suuri kahden tunnin arvo raskaudenaikaisessa glukoosirasituskokeessa, poikkeava glukoosiaineenvaihdunta synnytyksen jälkeen sekä raskaudet raskausdiabeteksen jälkeen. (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008; Teramo & Kaaja 2011, 508–509; Virkamäki & Niskanen 2010.)

Pirkolan (2010, 49) mukaan ylipainoisella raskausdiabeetikolla on erittäin suuri riski sairastua tyypin 2 diabetekseen tai kärsiä hypertensiosta eli kohonneesta verenpaineesta 20 vuoden kuluessa synnytyksestä. Ylipaino ennen raskautta on myös itsenäinen riskitekijä edellä mainituille sairauksille, vaikka raskausdiabetesta ei esiintyisikään. Normaali-painoisella raskausdiabeetikolla on ainoastaan myöhemmän diabeteksen vaara.

Raskausdiabeetikolla raskauden aikaisen hypertension ja pre-eklampsian eli raskausmyrkytyksen riski on suurentunut (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus

2008; Suhonen 2009, 70). Suomessa näiden yhteenlaskettu esiintyvyys raskausdiabeetikoilla on noin 20 prosenttia (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008).

Raskausdiabetes näyttäisi uusiutuvan helposti seuraavissa raskauksissa. Uusiutumisen riskiä lisäävät edellisessä raskaudessa todettu varhainen glukosiaineenvaihdunnan häiriö, insuliinihoito raskauden aikana, vastasyntyneen makrosomia, äidin ylipaino ennen raskautta, suuri painonnousu raskauksien välillä, monisyntyisyys, synnytysten välillä vain vähän aikaa sekä äidin yli 35-vuoden ikä. (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008.)

2.3 Raskausdiabeteksen vaikutus sikiön kasvuun ja hyvinvointiin

Teramon, Suhosen ja Hiilesmaan (2007, 507) mukaan sikiön makrosomia on raskausdiabeteksen tärkein komplikaatio. Makrosomia tarkoittaa raskauden keston nähden suurta syntymäpainoa tai sikiön yli 4500 gramman syntymäpainoa. Vartalon ympärysmitta on suuri suhteessa pään ympärykseen, sillä sikiön ihonalainen rasvakudos ja sisäelinrasva lisääntyvät. Sikiön makrosomia johtuu äidin hyperglykemian eli veren korkean glukosipitoisuuden ja sikiön hyperinsulinemian eli lisääntyneen insuliininerityksen voimakkaasta yhteisvaikutuksesta. (Ilanne-Parikka ym. 2011, 504; Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008.)

Äidin lihavuus, suuri painonnousu raskauden aikana, raskausdiabeteksen vaikeusaste ja aiempi makrosominen lapsi ovat makrosomian riskitekijöitä. Aterianjälkeinen korkea veren glukosipitoisuus voi olla yhteydessä sikiön makrosomian riskiin. (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008.) Sen sijaan Teramon ym. (2007, 509) mukaan glukosirasituskokeen tai veren glukosipitoisuuden vuorokausikäyrän arvot, mukaan lukien aterianjälkeiset veren glukosiarvot eivät itsenäisesti selitä makrosomiaa. Äidin ikä, painoindeksi ja veren glukosipitoisuuden vuorokausikäyrän paastoarvo voivat olla itsenäisiä sikiön makrosomiaan vaikuttavia tekijöitä. Suhosen (2009, 70) mukaan glukosirasituskokeessa veren glukosipitoisuuden paastoarvo ennustaa paremmin sikiön makrosomiaa kuin kahden tunnin veren glukosipitoisuuden arvo.

Makrosomian seurauksena kohdunsisäisen hapenpuutteen, olkapunosvaurioiden, äidin synnytysvaurioiden, sektioiden eli keisarileikkausten sekä perinataalikuolleisuuden määrä ovat selvästi lisääntyneet (Teramo ym. 2007, 507). Perinataalikuolleisuus

della tarkoitetaan kuolleina syntyneiden tai ensimmäisen elinviikon aikana kuolleiden lasten osuutta kaikista syntyneistä lapsista (Nuutila 2011, 357). Makrosomia lisää riskiä myös hartiadystokiaan eli sikiön hartioiden juuttumiseen äidin lantioon synnytyksen aikana (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008).

Teramon ym. (2007, 509) mukaan ruokavaliohoitoisten raskausdiabeetikoiden lapsilla makrosomian esiintyvyys ei merkittävästi poikkea terveiden äitien lasten makrosomian esiintyvyydestä. Sen sijaan insuliinihoitoisten raskausdiabeetikkojen lapsista makrosomisten lasten osuus on neljä kertaa niin suuri kuin ruokavaliohoitoisten raskausdiabeetikkojen lapsista. Wong ja Jalaludin (2011, 434) sekä Suhonen (2009, 10) toteavat, että insuliinihoitoisten raskausdiabeetikoiden sikiöt ovat syntymäpainoltaan kookkaampia kuin ruokavaliohoitoisten. Suhosen (2009, 10) mukaan insuliinihoitoisilla raskausdiabeetikoilla esiintyy myös enemmän synnytysvaurioita ja tarvetta sektioon. Yhdistetyllä ruokavalio- ja insuliinihoidolla voidaan vähentää riskiä synnyttää yli 4000 grammaa painava lapsi (Alwan, Tuffnell & West 2011, 2).

Perinataalikomplikaatiot ovat insuliinihoitoisten raskausdiabeetikkojen lapsilla noin 3-5 kertaa yleisempiä kuin ei-diabeetikkojen raskauksissa. Sikiön epämuodostumien esiintyvyys ei ole olennaisesti lisääntynyt raskausdiabeteksessä. (Teramo & Kaaja 2011, 509.) Perinataalikuolleisuus on insuliinihoitoisilla raskausdiabeetikoilla 2-3 kertaa suurempi kuin muulla väestöllä (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2013). Raskausdiabeteksen tehostetulla hoidolla, johon kuuluvat ruokavalio- ja insuliinihoito voidaan vähentää vakavien perinataalikomplikaatioiden, kuten hartiadystokian, sikiön kuoleman tai hermovaurioiden esiintyvyyttä (Alwan ym. 2011, 8).

Raskausdiabeetikon sikiön keuhkot kypsyvät hitaammin kuin terveiden äitien lapsilla, joten suunniteltaessa synnytystä ennen raskausviikkoa 38, suositellaan otettavaksi lapsivesinäytettä, jotta voidaan varmistua sikiön keuhkojen kypsytyksestä (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008).

2.4 Raskausdiabeteksen vaikutus vastasyntyneen hyvinvointiin

Äidin raskausdiabeteksen hoitotasapaino on yhteydessä vastasyntyneen komplikaatioiden esiintyvyyteen ja vakavuuteen. Vastasyntyneen riski hypoglykemiaan eli alhaiseen veren glukoosipitoisuuteen on suurentunut raskausdiabeteksessä. Hypoglykemian rajana vastasyntyneellä pidetään veren glukoosiarvoa 2,6 mmol/l. Äidin hy-

perglykemia välitty sikiölle, jolloin sikiön insuliinin tuotanto lisääntyy. Hyperinsulineemia voi johtaa vakavaan hypoglykemiaan, kun lapsen glukoosin saanti äidiltä loppuu synnytyksen jälkeen. (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008.)

Raskausdiabeetikoiden vastasyntyneistä 5-24 prosentilla esiintyy hypoglykemiaa. Hypoglykemiaa esiintyy enemmän ennenaikaisilla lapsilla, makrosomisilla lapsilla ja insuliinihoitoisten raskausdiabeetikoiden lapsilla. Insuliinihoitoisten raskausdiabeetikoiden vastasyntyneillä hypoglykemian esiintyvyys on kolminkertainen ja hoitamattomien raskausdiabeetikoiden vastasyntyneillä 10-kertainen verrattuna terveiden äitien vastasyntyneisiin. Suurimmillaan hypoglykemian esiintyvyys on ensimmäisten elintuntien aikana, mutta sitä voi esiintyä vielä 48 tunnin kuluttua syntymästä. (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008.)

Raskausdiabeetikoiden vastasyntyneistä 5-30 prosentilla esiintyy hengitysvaikeuksia. Hengitysvaikeuksille altistavat muun muassa lapsen ennenaikaisuus, äidin huono glukoositasapaino ja sektio, johon liittyy useammin vastasyntyneen keuhkojen toiminnan hidastunut sopeutuminen ja vastasyntyneen ohimenevä hengitysvaikeus. (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008.)

Raskausdiabeetikoiden vastasyntyneillä esiintyy myös hematologisia ongelmia, joita ovat polysytemia (punasolujen tilavuusosuus eli hematokriitti yli 0.65) ja hyperbilirubinemia. Polysytemia on yhteydessä äidin huonoon glukoositasapainoon ja se altistaa vastasyntyneen hyperbilirubinemialle eli poikkeavan runsaalle kellastumiselle. Raskausdiabeetikoiden sairaimmilla vastasyntyneillä voi esiintyä hypokalsemiaa eli veren matalaa kalsiumpitoisuutta, joka johtuu viiveestä lisäkilpirauhasen toiminnan käynnistymisessä. (Ilanne-Parikka, Rönnemaa, Saha & Sane 2009, 496; Järvenpää 2009, 289; Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008.)

Pirkolan (2010, 65) mukaan äidin raskautta edeltävä ylipaino ja raskausdiabetes lisäävät syntyvän lapsen riskiä ylipainoisuuteen ja keskivartalolihavuuteen nuoruusiässä. Raskausdiabetes lisännee lapsen riskiä myöhempään metaboliseen oireyhtymään eli aineenvaihdunnan häiriöön, glukoosiaineenvaihdunnan häiriöön ja ylipainoon (Ilanne-Parikka ym. 2011, 506; Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008).

3 RASKAUSDIABETEKSEN HOITO

Neuvolassa annetaan elintapaohjausta läpi raskauden. Ruokavalio- ja liikuntaohjausta tehostetaan, kun raskausdiabetes todetaan. Raskausdiabeteksen hoidolla ja hoidonohjauksella turvataan äidin, sikiön ja koko perheen hyvinvointi raskausaikana. (Peränen 2008, 150.) Raskausdiabeteksen hoidon tavoitteena on mahdollisimman hyvä glukoositasapainon löytäminen. Ensisijaisena hoitona on ruokavaliohoito, mutta osa raskausdiabeetikoista tarvitsee ruokavaliohoidon tueksi myös lääkehoitoa. (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008.)

Hui ym. (2006, 169–170) toteavat, että liikunta- ja ruokavalio-ohjauksella voidaan vähentää äidin runsasta painonnousua raskausaikana, raskausdiabeteksen esiintymistä, sikiön makrosomiaa sekä sikiön painoon liittyviä synnytystoimenpiteitä. Sen sijaan Luodon ym. (2011, 9) mukaan liikunta- ja ravitsemusohjauksella ei ole suurta merkitystä raskausdiabeteksen ilmaantuvuuteen. Niillä voidaan kuitenkin vaikuttaa sikiön syntymäpainoon. Lindmark, Smide ja Leksell (2010, 19) ovat tutkimuksessaan todenneet raskausdiabeetikoiden saavan hyvin ohjausta ruokavaliohoidosta, mutta liikunnan osuus osana elintapamuutoksia jää vähemmälle huomiolle ohjauksessa.

3.1 Raskausdiabeetikon ruokavalio

Ruokavalio-ohjaus on raskausdiabeteksen keskeinen hoitokeino (Peränen 2008, 150). Raskauden aikana terveellinen ruokavalio ylläpitää äidin terveyttä, turvaa sikiön kasvua ja normaalia kehitystä sekä ehkäisee ravitsemuksellisten ongelmien syntyä (Hasunen ym. 2004, 71).

Raskausdiabeetikon ruokavalio-ohjauksen tavoitteena on turvata raskausdiabeetikon energian ja ravintoaineiden riittävä saanti sekä ehkäistä äidin liiallista painonnousua raskausaikana. Raskauden aikaisen painonnousun olisi suositeltavaa jäädä 7–8 kiloon, jolloin päivittäinen energiansaanti olisi noin 1600–1800 kilokaloria vuorokaudessa. (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008.) Toisen ja kolmannen raskauskolmanneksen aikana päivittäinen energiantarve kasvaa noin 200–300 kilokalorin verran. Äidin ikä, painoindeksi ja fyysinen aktiivisuus vaikuttavat energiantarpeeseen. (Kinnunen & Luoto 2004, 4735.) Ruokavalio-ohjauksella pyritään pitämään raskausdiabeetikon veren glukoosipitoisuus normaalina (4,0–6,0 mmol/l) ja vähentä-

mään insuliinihoidon tarvetta (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008). Ruokavalio-ohjauksessa on tärkeää huomioida myös ne raskausdiabeetikot, jotka eivät uskalla syödä riittävästi peläten verengluukoosin liiallista nousua (Hasunen ym. 2004, 83). Ruokavalio-ohjauksella voidaan ehkäistä raskausdiabeteksen uusiutumista, äidin myöhempää sairastumista diabetekseen sekä sikiön makrosomiaa (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008).

Ruokavalio-ohjaus on keskeistä tyypin 2 diabeteksen hoidossa ja ehkäisyssä. Diabeetikot kaipaavat kohdennettua ruokavalio-ohjausta onnistuakseen elintapamuutoksissa, koska elintarvikevalikoima muuttuu jatkuvasti. Ruokavalio-ohjauksen tavoitteena on antaa diabeetikoille valmiuksia muuttaa ruokailutottumuksiaan ja tukea omahoidon onnistumisessa tarjoamalla ongelmanratkaisukeinoja. (Poskiparta, Kasila, Vähäsarja, Kettunen & Kiuru 2007, 21.)

3.1.1 Raskausdiabeetikon ruokavalion keskeiset periaatteet

Raskausdiabeetikon ruokavaliossa noudatetaan yleisiä raskausajan ja diabeteksen ravitsemussuosituksia (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008). Säännöllisestä ateriaritmistä raskausdiabeetikko saa apua annoskokojen rajoittamiseen ja painonhallintaan (Virtanen ym. 2008, 5). Lautasmallia (Kuva 1) voi hyödyntää opastettaessa sopivaa aterioiden kokoa ja annosten koostumusta (Hasunen ym. 2004, 83). Säännöllinen ateriaritmi auttaa ruoan ja mahdollisen lääkityksen yhteensovittamisessa. Vuorokauden aikana on suositeltavaa nauttia vähintään neljä ateriaa ja yhdestä kahteen välipalaa ruokatottumusten ja liikunnan mukaan. Säännöllinen, tiheä ateriaritmi sekä pienet annoskoot helpottavat myös alkuraskauden pahoinvointia sekä loppuraskaudessa ilmenevää täyteläistä oloa. (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008; Virtanen ym. 2008, 5.)



Kuva 1. Lautasmalli (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2013).

Hiilihydraattien rajoittaminen alle puoleen vuorokauden kokonaisenergiansaannista ja niiden tasainen jakaminen päivän jokaiselle aterialle ehkäisee aterianjälkeistä veren glukoosipitoisuuden nousua ja insuliinihoidon tarvetta. Jos veren glukoosipitoisuus suurenee aamiaisen jälkeen yli 7,8 mmol/l, aamiaisen hiilihydraattimäärää on syytä pienentää ja tarvittaessa syödä välipala aamupäivällä. Hiilihydraateissa tulisi suosia hitaasti imeytyviä eli kuitupitoisia ja välttää nopeasti imeytyviä eli vähäkuituisia hiilihydraatteja. Kuitupitoiset hiilihydraatit pitävät veren glukoosipitoisuuden tasaisena pidempään ja kylläisyyden tunnetta yllä. (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008.)

Täysjyväviljavalmisteet sisältävät runsaasti kuitua, B-vitamiineja sekä kivennäisaineita, ja niitä on tärkeää sisällyttää jokaiselle aterialle. Täysipainoiseen ateriaan kuuluu perunaa, pastaa tai riisiä. Vähäkuitupitoisten tuotteiden sijaan suositetaan täysjyväpastaa ja -riisiä. (Hasunen ym. 2004, 28; Virtanen ym. 2008, 7.) Kuidun suositeltava kokonaisvuorokausiannos on 32–36 grammaa (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008). Kasviksia, hedelmiä ja marjoja suositellaan sisällytettävän raskausdiabeetikon ruokavalioon vähintään puoli kiloa päivässä. Kasviksista, hedelmistä ja marjoista saadaan tärkeää ravintokuitua, vitamiineja, kivennäisaineita ja antioksidantteja, mutta vain vähän energiaa. Osa kasviksista nautitaan kypsentämättöminä ja palkokasveilla voidaan korvata myös lihaa. (Virtanen ym. 2008, 7.)

Raskausdiabeetikon ruokavaliossa proteiinin saanti nousee hieman hiilihydraatteja rajoitettaessa. Proteiinien suositeltava osuus raskausdiabeetikon ruokavaliossa on

20–25 prosenttia vuorokauden kokonaisenergiansaannista. Suositeltavia proteiinin lähteitä ovat kala, kana, vähärasvainen liha sekä palkokasvit, mantelit ja pähkinät. (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008.)

Sokeroitujen ja luontaisesti makeiden ruokien ja juomien käyttöä tulee rajoittaa, koska sokerin nauttiminen nostaa veren glukoosipitoisuutta nopeasti (Hasunen ym. 2004, 83). Suositeltava kohtuullinen sokerin määrä ruokavaliossa on 30 grammaa vuorokaudessa. Useat elintarvikkeet sisältävät runsaasti lisättyä sokeria, mikä olisi huomioitava vuorokauden kokonaissokerimäärässä. (Virtanen ym. 2008, 9.) Makeutusaineista raskauden aikana suositelluimpia ovat aspartaami, asesulfaami ja sukraloosi, jotka eivät vaikuta veren glukoosipitoisuuteen (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008).

Pehmeiden eli tyydyttymättömien rasvojen suosiminen parantaa glukoosinsietoa ja ehkäisee diabeettisten aineenvaihduntahäiriöiden pahenemista (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008). Ruokavaliossa olisi hyvä olla rasvaa 30–40 prosenttia vuorokauden kokonaisenergiansaannista eli 60–80 grammaa vuorokaudessa, josta vähintään kaksi kolmasosaa tyydyttymätöntä rasvaa (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008). Suosimalla kalaa vähintään kahdesti viikossa ja pehmeitä rasvoja päivittäin taataan välttämättömien rasvahappojen riittävä saanti äidille ja sikiön kehitykselle (Hasunen ym. 2004, 74; Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008).

Leivän päällä, leivonnassa, ruoanvalmistuksessa ja salaatikastikkeissa suositetaan tyydyttymätöntä rasvaa sisältäviä tuotteita, kuten kasvimargariinia, rypsiöljyä tai rypsiöljypohjaisia salaatikastikkeita. Voi, maitorasvaa sisältävät rasvaseokset, kovetetut leivontamargariinit, kookosrasva ja palmuöljy sen sijaan sisältävät runsaasti tyydytynyttä rasvaa. Kovan eli tyydyttyneen eläin- ja piilorasvan saantia voidaan vähentää valitsemalla rasvattomia tai vähärasvaisia maitotuotteita, leikkeleitä ja lihoja. Maitotuotteista valitaan vähärasvaiset vaihtoehdot, kuten alle 17 prosenttia rasvaa sisältävät juustot. Lihatuotteista valitaan vähärasvaisia, alle 7 prosenttia rasvaa sisältäviä vaihtoehtoja tai siipikarjan lihaa. Leikkeleissä suositeltuja vaihtoehtoja ovat täysliha-valmisteet, jotka sisältävät rasvaa alle 4 prosenttia tai vähärasvaiset leikkele- ja ruokamakkarat. (Virtanen ym. 2008, 7.)

3.1.2 Raskaana olevan ruokavalion erityissuositukset

Raskauden loppupuolella runsas suolansaanti lisää nesteen kertymistä kudoksiin, nostaa verenpainetta ja kuormittaa munuaisia. Raskauden aikana suolan käytön vähentäminen onkin perusteltua. Suolan kokonaisvuorokausiannoksen tulisi jäädä alle kuuden gramman. (Hasunen ym. 2004, 73; Virtanen ym. 2008, 11.) Leipätuotteista suositellaan suolaa alle 0,7 prosenttia sekä puuroissa, myseleissä ja muroissa alle 1,0 prosenttia sisältäviä tuotteita (Virtanen ym. 2008, 7). Juustoista suositaan tuotteita, jotka sisältävät suolaa alle 1,2 prosenttia. Leikkeleissä suositeltuja vaihtoehtoja ovat täyslihavalmisteet, jotka sisältävät suolaa alle 2,0 prosenttia tai vähärasvaisia leikkele- ja ruokamakkaraita, joiden suolapitoisuus on alle 1,5 prosenttia. (Virtanen ym. 2008, 7.)

Raskauden aikana tiettyjen ruoka-aineiden käyttöä rajoitetaan sikiön normaalin kasvun ja kehityksen takaamiseksi. Maksaa, maksaruokia eikä maksamakkaraa suositella lainkaan raskauden aikana. Maksa sisältää runsaasti A-vitamiinia ja raskasmetalleja, joiden nauttiminen raskauden aikana voi altistaa sikiön epämuodostuma- ja keskenmenoriskille. Kalalajeista hauen syöntiä on perusteltua välttää raskausaikana sen keräämän elohopean vuoksi. Suositeltavaa on myös rajoittaa sisävesien isokokoisien ahvenen, kuhan ja mateen syöntiä, sillä ne sisältävät runsaasti saasteita. Itämeren alueelta kalastettua isoa silakkaa ja lohta voi syödä 1-2 kertaa kuukaudessa. (Hasunen ym. 2004, 71.)

Lakritsia ja salmiakkia ei suositella syötävän yli 50 grammaa päivässä. Lakritsin ja salmiakin sisältämä glykyrritsiini aiheuttaa muun muassa turvotusta ja verenpaineen nousua. Kofeiinin saantia on hyvä rajoittaa raskausaikana 300 milligrammaan vuorokaudessa, joka vastaa noin kolmea kahvikupillista. Kofeiinin saannin vaikutuksista sikiön hyvinvoinnille ei ole riittävästi tietoa. Listerioosia aiheuttavan listeriabakteerin tartuntavaaran vuoksi raskaana oleville ei suositella tyhjiöpakattujen kylmäsavustettujen ja graavisuolattujen kalavalmisteiden, mädin, pateiden eikä pastöroimattomien maitotuotteiden käyttöä kuumentamattomana. Raakana syödyt vihannekset on hyvä pestä ja kuoria sekä pakastevihannekset ja -marjat kuumentaa ennen syömistä. Raskaana olevan on tärkeää nauttia myös pihvinsä kypsänä. (Hasunen ym. 2004, 72–73.)

Vitamiinien ja kivennäisaineiden tarve lisääntyy raskauden aikana ja samanaikaisesti myös ravintoaineiden imeytyminen tehostuu (Hasunen ym. 2004, 74). Kaikille ras-

kaana oleville suositellaan ruokavaliosta saadun D-vitamiinin lisäksi D-vitamiinivalmistetta 10 mikrogrammaa vuorokaudessa ympäri vuoden (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2011). Ruokavalion D-vitamiinin lähteitä ovat kala, maitovalmisteet ja margariini. Kalsiumin tarve kasvaa raskauden aikana ja sen saanti vaikuttaa sikiön luuston kehittymiseen. Kalsiumia saadaan runsaasti muun muassa maitotuotteista. Jos raskaana oleva käyttää maitovalmisteita alle suositusten, on kalsiumlisa tarpeen. (Hasunen ym. 2004, 78–79.)

Raskaana olevilla raudan saanti ruoasta jää usein tarpeeseen nähden vähäiseksi. Raskaana oleva saa ruokavaliosta noin puolet tarvitsemastaan raudasta, joten toinen puoli on saatava joko elimistön rautavarastoista tai rautalisävalmisteesta. Folaatin tarve lisääntyy raskauden aikana ja suomalaisten naisten folaatin saannin on todettu jäävän alle suositusten. Raskautta suunnitteleville ja raskauden alkuvaiheessa oleville naisille, joiden folaatin saanti ruokavaliosta on vähäistä, suositellaan 0,4 milligramman foolihappolisää tablettina. Alkuraskauden aikaisella folaatin puutteella voi olla merkitystä sikiön hermoston sulkeutumishäiriöiden synnyssä. Folaattia on runsaasti täysjyväviljatuotteissa, tuoreissa kasviksissa, hedelmissä ja marjoissa. (Hasunen ym. 2004, 74–76, 78.)

Erilaisten rohdosvalmisteiden käyttöä on syytä välttää koko raskauden ajan, sillä niiden vaikutuksia sikiöön ja raskauden kulkuun on tutkittu vain vähän. Raskaana olevan on syytä välttää alkoholin käyttöä kokonaan, koska sikiölle turvallista käyttömäärää ei ole tiedossa. (Hasunen ym. 2004, 72, 74.)

3.2 Raskausdiabeetikon liikunta

Raskaus ei ole este liikunnan harrastamiselle. Liikunta raskausaikana parantaa kuntoa, kohentaa mielialaa, auttaa selviämään raskausajan tuomasta fyysisestä rasituksesta ja nopeuttaa palautumista synnytyksestä. Liikunnalla voi ehkäistä liiallista painonnousua, selkävaivoja, suonikohjuja ja jalkojen turpoamista sekä raskausdiabeteksen ilmaantumista. (Terveysliikuntasuosituksen 2011.)

Raskausajan liikuntasuositus on yhteneväinen koko väestön terveystieteiden kanssa. Raskauden aikaisella liikunnan harrastamisella voi olla edullisia vaikutuksia raskausdiabeteksen hoidossa. Vaikutus tehostuu, jos hoitoon liitetään liiallisen painonnousun ehkäisemiseen tähtääviä ruokavaliomuutoksia. (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008.) Jos liikunnan harrastamisen rajoittamiselle ei ole lääke-

tieteellisiä syitä, tulisi raskaana olevia kehottaa kohtuulliseen liikunnan harrastamiseen (Korpi-Hyövälti 2004, 34).

Liikunta laskee veren glukoosipitoisuutta ja verenpainetta, vähentää kehon rasvamäärää, parantaa veren rasva-arvoja ja insuliiniherkkyyttä eli elimistön kykyä reagoida insuliinin veren glukoosipitoisuutta laskevaan tehoon. Liikunta ehkäisee myös tehokkaasti tyypin 2 diabeteksen kehittymistä ja verenkiertoelinten sairauksia. (Ilanne-Parikka ym. 2011, 505; Laaksonen & Lakka 2007, 18, 22.)

Ennen raskautta aktiivisesti liikuntaa harrastanut voi jatkaa liikuntaharrastustaan entiseen tapaan. Liikuntatottumuksista kannattaa keskustella terveydenhuollon ammattilaisten kanssa ja tarvittaessa keventää harjoittelua ohjeiden tai omien tuntemusten perusteella. Riittävä nesteiden nauttiminen liikunnan yhteydessä on tärkeää. Raskaana olevan kannattaa välttää lajeja, joissa on suuri putoamisvaara, nopeita suunnanvaihdoksia ja iskuja. Vatsamakuulla tapahtuvaa harjoittelua, laitesukellusta ja 16. raskausviikon jälkeen selinmakuulla tapahtuvaa harjoittelua suositellaan välttämään. (Karhula 2005, 22; Terveysliikuntasuositukset 2011.) Loppuraskauden aikana selinmakuulla oleminen voi aiheuttaa supiinioireyhtymän, jolloin kohtu painaa alaonttolaskimoa estäen laskimopaluun raajoista ja aiheuttaen pyörryttävän, pahanolon tunteen (Väyrynen 2009, 179). Jos liikunnan aikana ilmenee vuotoa synnytyselimistä, voimakkaita ja kivuliaita supistuksia, yleisvoinnin heikkoutta, rintakipua tai pohkeen kipelymistä, joka voi viitata laskimotukokseen, tulee liikunta keskeyttää välittömästi. Muiden vaivojen ilmetessä raskausaikana tulee keskustella lääkärin kanssa liikunnan jatkamisesta. (Terveysliikuntasuositukset 2011.)

Liikuntaa aiemmin harrastamattoman kannattaa aloittaa liikkuminen rauhallisesti ja lisätä harjoituskertoja ja -aikaa vähitellen. Liikunta, jonka aikana puhuminen onnistuu, on sopivan rasittavaa. Aloittelijalle sopivia lajeja ovat muun muassa reipas kävely, hiihto, sauvakävely ja uinti. Hengästyttävää liikuntaa tulisi olla vähintään 2,5 tuntia viikossa. Liikuntakerrat on hyvä jakaa vähintään kolmelle eri viikonpäivälle. Jo kymmenen minuutin reippaalla liikunnalla on terveyttä edistäviä vaikutuksia. Lihaskuntoa tulisi myös harjoittaa kaksi kertaa viikossa, esimerkiksi kuntosalilla tai voimistelemalla. (Terveysliikuntasuositukset 2011.)

3.2.1 Liikunnan vaikutus äidin hyvinvointiin

Symons Downs ja Ulbrecht (2006, 238) toteavat, että raskausajan liikunnan tärkein hyöty on veren glukoositasapainon säätely. Raskaudenaikainen liikunta heikentää veren glukoosipitoisuuden liiallista nousua (Karhula 2005, 21). Raskauden jälkeisestä liikunnasta on hyötyä painon kontrolloinnissa (Symons Downs & Ulbrecht 2006, 238). Raskausaikana liikuntaa aktiivisesti harrastavilla ja urheilijoilla painon nousu raskausaikana on vähäisempää kuin liikuntaa harrastamattomilla (Karhula 2005, 21–22).

Liikunnan vaikutukset kohdistuvat lähinnä äidin hengitys- ja verenkiertoelimistöön. Raskausaikana äidin hengityksen minuuttitilavuus ja kertahengitystilavuus kasvavat niin levossa kuin rasituksessa. Raskausajan fysiologisiin muutoksiin äidin elimistössä kuuluu leposykkeeseen nousu. Aerobista eli sykettä nostavaa liikuntaa harrastavilla raskaana olevilla on kuitenkin matalampi leposyke kuin liikuntaa harrastamattomilla. Nopeista verenkierron vaihteluista voi koitua raskaana olevalle verenpaineen laskua ja pyörtymisvaaraa. (Karhula 2005, 20.)

3.2.2 Liikunnan vaikutus sikiön hyvinvointiin

Snapp ja Donaldson (2008) toteavat, että liikunta raskausaikana pienentää sikiön makrosomian riskiä raskausdiabeetikoilla. Ennenaikaisen synnytyksen riski ei kasva liikuntaa aktiivisesti harrastavilla (Karhula 2005, 21).

Raskaana olevan yhtäjaksoinen rasittava liikunta voi aiheuttaa sikiön verenkierron, hapen ja glukoosin saannin vähenemistä. Lyhytaikaisilla hapenpuutoksilla ei ole vaikutusta sikiön kasvuun. Runsas ja jatkuvaa kehon painon kannattelua edellyttävä liikunta, kuten juoksu, voi pienentää sikiön syntymäpainoa. Harva odottaja kuitenkaan liikkuu niin aktiivisesti ja intensiivisesti. Sikiön syntymäpainon väheneminen johtuu suuremmilta osin sikiön rasvakudoksen pienenemisestä. Näin ollen raskausajan liikunta voi vähentää myös sikiön makrosomiaa. (Karhula 2005, 20–21.)

Äidin rasittavasta liikunnasta voi aiheutua sikiölle bradykardiaa eli sydämen harvaylöntisyyttä tai takykardiaa eli sydämen tiheälyöntisyyttä. Sikiön sykkeen palautuminen normaaliksi voi kestää äidin rasittavan liikunnan jälkeen yli puoli tuntia, kun taas kevyen tai kohtuullisen rasittavan liikunnan jälkeen se normalisoituu nopeasti. Näistä sykemuutoksista ei ole kuitenkaan raportoitu aiheutuvan haittoja sikiön hyvinvoinnille. (Karhula 2005, 20.)

3.3 Raskausdiabeetikon veren glukoosipitoisuuden omaseuranta

Veren glukoosipitoisuuden omaseurannalla seurataan raskausdiabeetikon veren glukoositasapainoa (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008). Veren glukoosipitoisuuden omaseurannalla on edullisia vaikutuksia raskausdiabeteksen hoidossa. Omaseurannan avulla voidaan tehostaa ruokavaliohoitoisten raskausdiabeetikoiden hoitoa, tunnistaa insuliinihoitoa tarvitsevat raskausdiabeetikot ja pienentää makrosomian riskiä. (Tulokas, Luukkaala & Uotila 2011, 999–1000.) Verenglukoosin omaseuranta opetetaan äidille neuvolassa, kun raskausdiabetesdiagnoosi on tehty (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008). Vääräsmäen (2001, 62–63) mukaan veren glukoosipitoisuuden omaseuranta motivoi äitiä hoitamaan itseään raskausaikana ja ottamaan vastuuta omasta hoidostaan.

Omaseurannassa raskausdiabeetikko mittaa veren glukoosipitoisuuden sormenpäätään ennen aamiaista ja tunti aterioiden jälkeen. Tarvittaessa veren glukoosipitoisuus voidaan mitata myös ennen muita aterioita. Tavoitearvot veren glukoosipitoisuuden omaseurannassa ovat ennen aamiaista tai muuta ateriaa alle 5,5 mmol/l ja tunti aterian jälkeen alle 7,8 mmol/l. Omaseurantamittauksia ohjataan tekemään kahtena päivänä viikossa tai yksilöllisesti veren glukoosiarvojen perusteella. Kun veren glukoosipitoisuus on asettunut omaseurannan tavoitearvoihin, voidaan mittauksia harjennuksen mukaan harventaa. Jos raskausdiabetekseen on aloitettu insuliinihoito, omaseuranta toteutetaan säännöllisesti. (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008; Teramo & Kaaja 2011, 508–509.)

Tulokkaan ym. mukaan (2011, 999) vastasyntyneen paino on merkitsevästi pienempi veren glukoosipitoisuuden omaseuranta toteuttavilla kuin heillä, jotka eivät toteuta omaseuranta. Lisäksi omaseuranta auttaa raskausdiabeetikkoa oppimaan, kuinka ruokavalio ja liikunta vaikuttavat veren glukoosipitoisuuteen (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008; Tulokas ym. 2011, 1000).

3.4 Raskausdiabeetikon insuliinihoito

Kaajan (2006, 6) mukaan noin 15 prosenttia raskausdiabeetikoista tarvitsee ruokavalioidon lisäksi insuliinihoitoa. Wong ja Jalaludin (2011, 434) toteavat glukoosirasituskokeen paasto- ja kahden tunnin arvon, äidin painoindeksin raskauden alkaessa ja raskausdiabeteksen toteamisajankohdan olevan insuliinihoidon tarvetta

ennustavia yksittäisiä tekijöitä. Raskausdiabeteksen seulonnan tärkein tavoite onkin löytää ne potilaat, joille ruokavaliohoito ei riitä. Ensisijaisena lääkehoitona raskausdiabeteksessa on insuliinihoito. (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008.)

Insuliinihoito aloitetaan, kun ateriaa edeltävät veren glukoosiarvot ovat toistuvasti yli 5,5 mmol/l ja/tai aterian jälkeiset arvot ovat toistuvasti 7,8 mmol/l tai suurempia. Insuliinihoito aloitetaan synnytyssairaalan äitiyspoliklinikalla ja sitä jatketaan yleensä synnytykseen saakka. Insuliinihoito suunnitellaan jokaiselle äidille yksilöllisesti, jotta äidin normaali veren glukoositasapaino saavutettaisiin. Insuliiniannoksia säädelään oma-seurannan veren glukoosiarvojen perusteella. Insuliinihoito voidaan toteuttaa iltainsuliinina tai monipistoshoitona riippuen hoidonvasteesta. Ehdotonta estettä suun kautta otettavien diabeteslääkkeiden, kuten metformiinin käytölle raskaus aikana ei ole, mutta insuliinihoito joudutaan usein aloittamaan niiden rinnalle riittävän hyvän sokeritasapainon saavuttamiseksi. Lisäksi suun kautta otettavien diabeteslääkkeiden käytöstä ei ole tarpeeksi tutkittua tietoa, jotta niiden käyttöä voitaisiin yleisesti suositella raskausdiabeteksen hoitoon. (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008.)

Insuliinihoitoisen raskausdiabeetikon veren glukoosipitoisuutta seurataan synnytyksen aikana noin 1-2 tunnin välein. Raskauden aikainen insuliinihoito loppuu synnytyksen jälkeen ja äidin veren glukoosiarvoja seurataan seuraavien kolmen päivän ajan aamuisin ja jokaisen aterian jälkeen. Näin pyritään selvittämään, tarvitseeko äiti insuliinihoitoa myös raskauden jälkeen. (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2008.)

4 RASKAUSDIABEETIKON OHJAUS JA OMAHOIDON TUKEMINEN

Omahoidolla (self-care) tarkoitetaan potilaan aktiivista osallistumista hoitoonsa sekä elintapamuutostensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Omahoidossa tuetaan raskausdiabeetikon kykyä tehdä päätöksiä ja ratkaista ongelmia. Omahoidon tukemisessa ammattihenkilö suunnittelee yhdessä raskausdiabeetikon kanssa sopivan hoidon asiakkaan elämäntilanteen ja elintavat huomioiden. (Routasalo & Pitkälä 2009, 5–6.)

Lindmark ym. (2010, 19) tuovat esille, että raskausdiabeetikot tiedostavat riskin sairastua myöhemmin tyypin 2 diabetekseen ja tietävät, millä keinoilla sairastumista voi ehkäistä, mutta kokevat elintapamuutosten tekemisen haastavaksi. Raskausdiabeetikot kaipaavat siis lisää ohjausta sekä tietoa ravitsemuksesta ja liikunnasta onnistuakseen elintapamuutoksissaan (Halkoaho & Kavilo 2007, 47). Raskausdiabetesdiagnoosin tuomista haasteista, hankaluuksista ja muutoksista huolimatta raskausdiabeetikot ovat valmiita omaksumaan uudet elintavat ja tasapainottamaan elämänsä saavuttaakseen parhaan mahdollisen terveydentilan sekä itselleen että syntyvälle lapselleen (Persson, Winkvist ja Mogren 2010, 454).

Tiedon lisääminen, taitojen tunnistaminen ja käyttäytymiseen liittyvien riskitekijöiden vähentäminen ovat raskausdiabeetikoiden ohjauksen tavoitteena. Tässä kehittämissä näihin pyritään voimaannuttavan ryhmäohjauksen avulla.

4.1 Voimaannuttava terveyden edistäminen

Terveyden edistämistä voidaan tarkastella yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasoilla. Käsitteellä kuvataan terveyden edistämisen mahdollisuuksien parantamista: sen ensisijaisena tarkoituksena ei ole muuttaa ihmisten terveyskäyttäytymistä. (Vertio 2003, 29.) Yksilötasolla terveyden edistämisen tavoitteena ovat tiedon lisääminen, taitojen tunnistaminen ja käyttäytymiseen liittyvien riskitekijöiden vähentäminen. Tarkoituksena on sairauksien ehkäisy, hoito ja kuntoutus sekä terveyden ylläpitäminen. Terveyskasvatus ja -neuvonta, terveystarkastukset ja seulonnat ovat keinoja, joilla terveyden edistämistä toteutetaan yksilön ja yhteisön tasolla. Yhteiskunnallisesti terveyden edistäminen on toimia, jotka suojelevat terveyttä ja mahdollistavat käyttäytymismallin muutoksen. Yksilö- ja yhteisötason tekemät valinnat riippuvat yhteiskunnan luomista edellytyksistä. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 15–16.)

Terveyden edistämistä voidaan katsella promootion ja prevention näkökulmista. Promootiolla pyritään luomaan mahdollisuuksia ihmisten elämänlaadun parantamiseksi. Promootio on pyrkimystä luoda elinoloja ja kokemuksia, jotka tukevat yksilöä ja auttavat yhteisöä selviytymään. Promootio on voimavara- ja terveyslähtöistä toimintaa, joka toteutuu lähinnä yhteisön ja yhteiskunnan tasoilla. Preventio taas tarkoittaa sairauksien ennaltaehkäisyä. Siinä on ongelmakeskeinen eli sairauslähtöinen lähestymistapa. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 13–15.)

Ryhmäohjauksella pyritään voimaannuttavaan (empowerment) terveyden edistämiseen, jolloin osallistujilla on mahdollisuus esittää huolenaiheitaan ja osallistua terveyttä edistävien keinojen etsintään. Voimaannuttavan terveyden edistämisen tarkoituksena on, että ryhmään osallistujat pystyvät jatkossa paremmin vaikuttamaan omiin terveyttä koskeviin päätöksiinsä. Voimaannuttavalla terveyden edistämällä raskausdiabeetikkojen ryhmäohjauksessa pyritään itsehoidon tukemiseen. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 63.)

4.2 Voimaannuttava ryhmäohjaus

Voimaannuttava ryhmäohjaus (group counselling) perustuu hyvään vuorovaikutukseen ja tavoitteiden asettamiseen. Se sopii hyvin elintapamuutosten tueksi ja apuvälineeksi. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 101–102.) Dove, Morrison, Reimer ja Wice (2009, 361) toteavat, että ryhmäohjaus voi olla tehokas hoitomuoto myös tyypin 2 diabeetikkojen hoidonohjauksessa. Ryhmä alkaa toimia itsenäisesti, kun vuorovaikutus tapahtuu ryhmän jäsenten välillä, eikä elintapaohjaus ole pelkästään asiantuntijälähtöistä. Parhaimmillaan ryhmäohjaus voimaannuttaa sekä ryhmään osallistuneita että ryhmäohjaajaa. (Vänskä ym. 2011, 87, 92.)

Yksilö- ja ryhmäohjausta verrattaessa on pohdittava niiden sopivuutta, etuja ja haittoja. Ryhmäohjauksen tärkeä etu osallistujille on mahdollisuus jakaa kokemuksia. Ryhmään osallistujat tuovat ilmi erilaisia ongelmia ja ratkaisuvaihtoehtoja, joista toiset osallistujat saavat tukea omien ongelmiansa ratkaisuun. Osallistujat hyväksyvät ja oppivat erilaisia tapoja ajatella asioista. Yksilöohjauksessa samanlaista vertaistukea, kokemusten läpikäymistä ja ongelmanratkaisu-ajatusmallia ei synny. (Vänskä ym. 2011, 87, 92.) Lindmarkin ym. (2010, 20) mukaan ryhmäohjauksesta saatu vertaistuki ja tieto diabeteksen riskeistä lisäävät raskausdiabeetikoiden motivaatiota ja kiinnostusta elintapamuutosten tekemiseen.

Ryhmäohjauksessa kustannukset ovat pienemmät kuin yksilöohjauksessa. Ryhmäohjaus ei korvaa yksilöohjausta, vaan täydentää sitä. Ryhmästä saatava vuorovaikutuksellinen tuki on merkittävä etu yksilöohjaukseen nähden. Ryhmän dynamiikka eli keskinäinen vuorovaikutus antaa voimaa ryhmäläisille motivoitumiseen, mikä on elintapaohjauksen suurin haaste. (Turku 2007, 87–88, 92.)

Elintapaohjauksessa, jossa tavoitteena on ohjattavien motivoituminen omahoitoon, riittävän pieni ryhmäkoko on eduksi. Sopiva ryhmäkoko on noin 8-12 osallistujaa. Isommassa ryhmässä ohjaus voi jäädä pintapuoleiseksi ja yksilöllisyys kärsiä. (Turku 2007, 89.) Ohjauksessa tulisi huomioida osallistujan voimavarat, elämänhistoria ja elinympäristö (Halkoaho & Kavilo 2007, 63).

Ryhmäohjauksen tavoitteena on synnyttää toimiva ryhmä, esimerkiksi erilaisilla tutustumis- ja ryhmäytymisharjoituksilla. Varsinaiseen työskentelyyn kuuluvat muutosmotivaation herättely ja vahvistaminen, muutosvastarinnan käsittely, toimintasuunnitelman tekeminen sekä muutosten kokeilu ja arviointi. Elintapamuutosten ohjaus on hyvä aloittaa keskustelulla ryhmän osallistujien tilanteesta ja suhtautumisesta muutokseen. Yleensä ryhmäläisillä on paljon tietoa elintapamuutosten hyödyistä ja tarpeellisuudesta. Tätä tietoa voidaan vahvistaa esimerkiksi keräämällä havaintoja osallistujien omista liikunta- ja ruokailutottumuksista. Voimaannuttavassa ryhmäohjauksessa työskennellään voimavara- ja lähtökohtaisesti eli keskitytään ensin asioihin, jotka osallistujilla on hyvin. Myöhemmin keskitytään asioihin, joita on tarve kehittää. (Vänskä ym. 2011, 102, 104.)

Ryhmäohjauksessa kannustetaan osallistujia tekemään tietoisia päätöksiä ja valintoja terveyskäyttäytymisestään. Ryhmän jäsenten sitoutuminen ryhmään ei ole aina taakka elintapamuutokseen sitoutumiselle. Joillekin ryhmän jäsenille syy osallistua voi olla esimerkiksi halu seurustella ilman sen suurempaa muutoshalua ja motivaatioita aktiiviseen työskentelyyn. Kun ihmisellä on tavoite ja päämäärä, katsotaan hänen olevan motivoitunut. (Turku 2007, 33, 90.)

Toiminnan hyvä suunnittelu auttaa osallistujaa muutosten ylläpitämisessä ja repsahdusten ymmärtämisessä. Osallistujan on pidettävä mielessä tavoite, jonka haluaa saavuttaa. Näin osallistuja sitoutuu muutoksen tekemiseen ja hänen motivaationsa kasvaa. Tavoitteet on myös hyvä jakaa osatavoitteisiin, jotka ovat mitattavissa olevia ja konkreettisia. Pienten, osatavoitteiden saavuttaminen kasvattaa pysyvyyden tunnetta. (Vänskä ym. 2011, 102, 106.) Selkeät, yhteiset tavoitteet ja suunnitelmat hel-

pottavat ryhmän toimintaa ja ryhmän arviointia toiminnan päättyessä (Laine, Ruishalme, Savola, Sivén & Välimäki 2009, 60–61).

Motivoinnissa tärkeintä on luottamus ja yhteistyön korostaminen. Motivoiva ohjaus-tyyli houkuttelee muutokseen ja valmentaa ohjattavia. Ohjauksen aikana ohjattavia tuetaan aktiivisesti tutkimaan motivaatioon vaikuttavia ristiriitoja. Luottamuksellisen ilmapiirin luonnissa on tärkeää antaa ohjattaville tunne hyväksytyksi tulemisesta ja kunnioituksesta. (Turku 2007, 34.)

4.3 Voimaannuttava ryhmänohjaaja

Jokainen ryhmänohjaaja on oma persoonallisuutensa, hänellä on omat vahvuutensa ja heikkoutensa sekä toimintatapansa (Kaukkila & Lehtonen 2007, 58). Ryhmänohjaajan innostus ja motivaatio ryhmän toimintaa kohtaan tuovat luottamusta, ja mahdollisesti motivoivat ryhmän jäseniä (Absetz, Yoshida, Hankonen & Valve 2008, 255). Ryhmänohjaajan avoimuus ja aitous helpottavat uusien asioiden ja ihmisten kohtaamista sekä luovat ryhmänohjaajasta rehellisen kuvan. Ryhmän jäsenien kunnioittaminen, vastavuoroisuuden hyväksyminen ja yksityisyyden kunnioittaminen ovat tärkeitä ominaisuuksia ryhmänohjaajalle (Kaukkila & Lehtonen 2007, 60). Ryhmänohjaajan on hyvä tuoda omat heikkoutensa avoimesti esille, mikä helpottaa myös ryhmän jäseniä myöntämään omia epäonnistumisiaan (Laine ym. 2009, 228).

Ryhmänohjaajan tehtävänä on yhdessä ryhmän kanssa suunnitella ja toteuttaa ryhmän toimintaa (Laine ym. 2009, 229). Absetz ym. (2008, 253) toteavat, että innostunut ja motivoitunut ohjaaja johdattaa yhdessä ryhmän kanssa osallistujat kohti tavoiteltuja tuloksia. Toimivissa ryhmissä saadaan parempia tuloksia. Ryhmän jäsenien merkitys toistensa innoittajina korostuu. Ryhmänohjaajan tehtävänä on rohkaista ryhmäläisiä keskustelemaan ja ratkaisemaan ongelmia aktiivisesti keskenään. Ryhmänohjaajan on huomioitava kaikki ryhmään osallistujat tasavertaisina ja antaa heille kokemus siitä, että he ovat tärkeitä ryhmälle ja sen toiminnalle. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 68–69; Laine ym. 2009, 229.) Ryhmänohjaaja kulkee ryhmän mukana heidän kokemuksissaan ja kuuntelee heidän muutospuheitaan. Ryhmänohjaajan tehtävänä on tukea, kannustaa ja opastaa osallistujia. (Vänskä ym. 2011, 96.)

Ryhmänohjaajalta odotetaan asiantuntemusta sekä mahdollisesti vastauksia ja ratkaisuja ryhmäläisten kysymyksiin (Kaukkila & Lehtonen 2007, 68). Motivoivassa ja voimaannuttavassa ohjauksessa on kuitenkin tärkeää, että ohjattavat osallistuvat itse

aktiivisesti elintapojensa muutosten pohdintaan ja suunnitteluun. Muutoshalu lähtee ryhmän osallistujasta itsestään. Ryhmänohjaajan tehtävänä ei ole antaa valmiita vastauksia, vaan hän haastaa ryhmän osallistujat kohti itsenäistä ongelmanratkaisua. Ryhmänohjaaja voi pyytää ryhmän jäseniä esittämään toiveita ryhmänohjaajan toimintaa kohtaan. (Turku 2007, 90, 116–117, 121.)

Ryhmänohjaaja tarvitsee työnsä tueksi riittävän tietoperustan, kykyä valita oikeat ohjausmenetelmät, ohjausmotivaatiota sekä riittävät henkiset voimavarat ohjauksen onnistumiseksi. Omia ohjaustapojaan refleктоimalla ryhmänohjaaja voi kehittää ohjaustaan. Pyytämällä palautetta ryhmältä saa ryhmänohjaaja arvokkaita neuvoja oman ohjauksensa kehittämiseen. Tuloksellisuus parantaa ryhmänohjaajan arvostusta omaa työtään kohtaan ja auttaa jaksamaan työssä. (Turku 2007, 114–115, 117–118, 120.) Absetzin ym. (2008, 253) mukaan ryhmän ohjaaminen kehittää ammatillisesti ja vaikka ohjaaminen vie voimia, se myös voimaannuttaa.

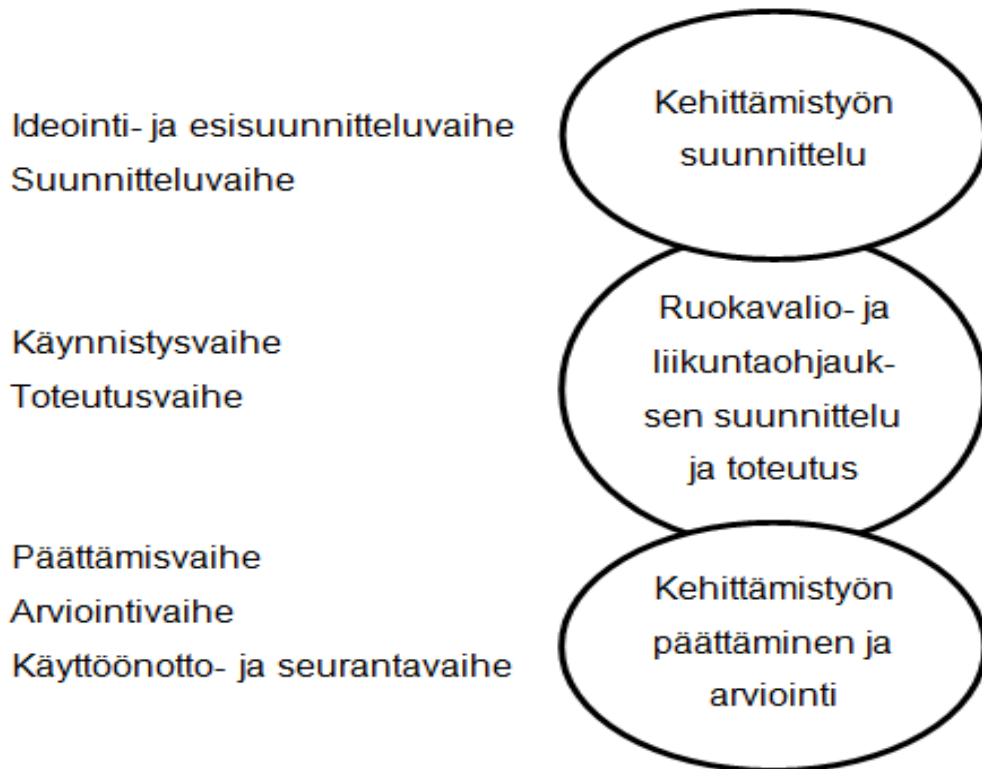
Pelkkä elintapamuutosten onnistuminen ei ole ohjauksen onnistumisen ainoa kriteeri. Osallistujien aktiivinen osallistuminen ryhmän toimintaan sekä elintapamuutostyövälineiden käytön oppiminen ja omaksuminen ovat keskeisiä onnistuneessa ohjauksessa. (Absetz ym. 2008, 255.)

5 KEHITTÄMISTYÖN VAIHEET

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa ruokavalio- ja liikunta-aiheinen ryhmäohjaus raskausdiabeetikoille Kuopion yliopistollisen sairaalan äitiyspoliklinikalla. Kehittämistyön tavoitteena oli raskausdiabeetikoiden omahoidon tukeminen ja tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäiseminen ruokavalio- ja liikuntaohjauksen avulla. Tavoitteena oli raskausdiabeetikoiden tiedon lisääminen ruokavalion ja liikunnan merkityksestä raskausdiabeteksen hoidossa.

Terveystieteiden kehittämissuunnitelmien tavoitteena on luoda uusia tai parantaa jo olemassa olevia palveluja, menetelmiä ja järjestelmiä. Kehittämissuunnitelmilla etsitään uusia toimintamuotoja ja -tapoja. Kehittäminen kohdistuu tuotettaviin palveluihin, organisaatioon ja sen rakenteisiin, toimintakäytäntöihin sekä henkilöstön osaamiseen. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 55.) Tässä kehittämistyössä lisättiin raskausdiabeetikoiden tietoisuutta ruokavalion ja liikunnan merkityksestä raskausdiabeteksen hoidossa järjestämällä ohjausta Kuopion yliopistollisen sairaalan äitiyspoliklinikalla. Lisäksi henkilökunnan käyttöön tuotettiin ohjausmateriaalia raskausdiabeetikoiden yksilö- ja ryhmäohjaukseen. Heikkilän ym. (2008, 57) mukaan laadukkaaseen kehittämistyöhön kuuluvat suunnittelu, tavoitteiden asettaminen, järjestelmällinen toiminta, toiminnan ja menetelmien arviointi sekä aikaisemman kokemus- ja tutkimustiedon hyödyntäminen.

Heikkilä ym. (2008, 58) jakavat kehittämistyön prosessin seitsemään vaiheeseen. Kehittämistyön vaiheet liittyvät toisiinsa muodostaen tavoitteellisen toimintakokonaisuuden. Tässä kehittämistyössä toimintakokonaisuus jaetaan kolmeen vaiheeseen (Kuva 2) mukailleen Heikkilää ym. (2008, 58). Jokainen vaihe arvioidaan ennen seuraavaan vaiheeseen siirtymistä muun muassa kehittämistyöryhmän palaverissa. Vaiheisiin on mahdollista palata myöhemmin kehittämistyön edetessä.



Kuva 2. Kehittämistyön vaiheet mukailen Heikkilää ym. (2008)

5.1 Ruokavalio- ja liikuntaohjauksen suunnittelu

Tämän kehittämistyön ideointi, suunnittelu ja työstäminen alkoivat keväällä 2012. Aihe muodostui kehittämistyöryhmän kiinnostuksen pohjalta. Kehittämistyölle etsittiin toimeksiantaja työelämästä. Kuopion yliopistollisen sairaalan äitiyspoliklinikka lupautui työn tilaajaksi. Henkilökunta koki aiheen ajankohtaiseksi ja raskausdiabeetikoiden ryhmäohjauksen tarpeelliseksi. Heikkilän ym. (2008, 61) mukaan kehittämistyö voi osoittautua merkitykselliseksi, jollei sen pohjalla ole todellista ongelmaa tai tarvetta. Tämän takia kehittämistyön aiheeksi valittiin tärkeä, ajankohtainen ja kehittämistyöryhmälle mielekäs aihe, joka palveli myös toimeksiantajan tarpeita. Kehittämistyön suunnitelmaa ryhdyttiin työstämään yhdessä toimeksiantajan yhteyshenkilöiden kanssa äitiyspoliklinikan tarpeita ja toiveita vastaaviksi (Liite 1).

Kehittämistyön ideointiin käytettiin suunnitteluvaiheessa paljon aikaa, jonka myös Heikkilä ym. (2008, 61) toteavat tärkeäksi. Ideointivaiheessa on olennaista luova ideointi, aiheen täsmennys ja rajaus (Heikkilä ym. 2008, 61). Kehittämistyön aihetta täsmennettiin ja rajattiin toimeksiantajan toiveiden mukaan. Äitiyspoliklinikan henkilökunta korosti raskausdiabeetikon ruokavalio- ja liikuntaohjauksen merkitystä tyyppin 2

diabeteksen ennaltaehkäisyssä, mikä huomioitiin ohjauksen sisällön suunnittelussa. Yhteisten tavoitteiden ja päämäärien selvittämisen ja toteutumisen kannalta on olennaisen tärkeää yhteistyö toimeksiantajan kanssa kehittämistyön suunnitteluvaiheessa, kuten Kettunen (2009, 54) ja Heikkilä ym. (2008, 68) toteavat. Tässä kehittämistyössä tiivistä yhteistyötä tehtiin toimeksiantajan ja ohjaavan opettajana kanssa koko kehittämistyöprosessin ajan.

Kehittämistyön suunnittelu- ja toteutusvaiheessa tehtiin aiheeseen liittyviä tiedonhakuja ja perehdyttiin raskausdiabeteksen ja ryhmäohjauksen teoriaan. Tiedonhakuun pyydettiin ohjausta Savonia-ammattikorkeakoulun informaatioilta. Teoriatietoa haettiin Medic- ja CINAHL -tietokannoista sekä aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta.

Yhteisellä suunnittelulla saadaan toimeksiantaja ja heidän asiakkaansa hyötymään kehittämistyöstä mahdollisimman paljon. Onnistunut suunnittelu on pohja kehittämistyön menestykselle. (Heikkilä ym. 2008, 68–69; Kettunen 2009, 54.) Ruokavalio- ja liikuntaohjauksen sisältöä suunniteltiin yhdessä toimeksiantajan yhteyshenkilöiden, myös raskausdiabeteksestä vastaavan hoitajan kanssa. Toimeksiantajan kanssa sovittiin, että ruokavalio- ja liikuntaohjausmateriaali valokuvataan ja jätetään äitiyspoliklinikan käyttöön.

Ruokavalio- ja liikuntaohjaus suunniteltiin järjestettäväksi kahtena torstai-iltana Kuopion yliopistollisen sairaalan äitiyspoliklinikalla tai Savonia-ammattikorkeakoulun liikuntasalissa. Ohjauksen ajankohdaksi valittiin torstai, koska äitiyspoliklinikalla toimii torstaisin raskaana olevien diabeetikoiden vastaanotto. Keskittämällä ryhmäohjaus samalle päivälle diabeetikoiden vastaanottoaikojen kanssa, saataisiin raskausdiabeetikoita mahdollisesti helpommin osallistumaan ryhmäohjaukseen. Ohjaukseen varattiin molemmille kerroille aikaa kaksi tuntia.

Ruokavalio- ja liikuntaohjausta mainostettiin Kuopion yliopistollisen sairaalan äitiyspoliklinikalla, synnytysosasto 2:lla sekä Kuopion keskustan, Pyörön ja Saarijärven neuvoloissa kehittämistyöryhmän tekemillä mainoksilla (Liite 2). Lisäksi mainos lähetettiin sähköpostilla Savonia-ammattikorkeakoulun terveysalan opiskelijoille ja henkilökunnalle. Äitiyspoliklinikan henkilökunta tiedotti järjestettävästä ruokavalio- ja liikuntaohjauksesta vastaanotolla käyville asiakkaille. Ohjauksen ryhmäkooksi suunniteltiin 15 ensimmäiseksi ilmoittautunutta raskausdiabeetikkoa.

Ruokavalio- ja liikuntaohjauksen suunnitteluvaiheessa askarrettiin ohjauskertoja varten monipuolista ohjausmateriaalia. Ohjauspöydille askarrettiin kartonkikortteja ku-

vaamaan elintarvikkeiden sisältämää sokerin, kuidun ja rasvan määrää. Postereita askarrettiin ohjauspisteisiin ja niissä kuvattiin säännöllistä ateriarytmiä, liikunnan hyötyjä ja terveyttä edistäviä valintoja. Ruokavalio-ohjausta varten kerättiin tyhjiä tuotepakkauksia, kuten maitopurkkeja, liha- ja margariinipakkauksia sekä limonadipulloja havainnollistamisen avuksi. Lindmark ym. (2010, 19) ovat todenneet tutkimuksessaan, että raskausdiabeetikoiden saama ohjaus on hyödyllistä antaa ensin suullisesti ja myöhemmin käyttää apuna kirjallista materiaalia tiedon omaksumisessa. Ryhmäohjaustilanteita varten työstettiin jaettavaa materiaalia ja tilattiin jaettavia esitteitä muun muassa UKK-instituutilta ja Diabetesliitolta.

Ryhmäohjauksen tavoitteena oli paneutua ruokavalion ja liikunnan vaikutuksiin raskausdiabeteksen hoidossa. Ryhmäohjauksessa oli tarkoitus tuoda esille ruokavalioon ja liikuntaan liittyviä asioita käytännönläheisesti. Ohjauksessa vältettiin ammattikielen käyttöä. Ohjauksen onnistumisen kannalta oli tärkeää, että ruokavalioon ja liikuntaan liittyvä tieto esitettiin ymmärrettävästi ja siten, että sitä pystyttäisiin soveltamaan arjessa. Ryhmäohjauksessa annettiin konkreettisia esimerkkejä, kuinka ruokavaliota voi muuttaa terveellisemmäksi ja lisätä arkiliikuntaa. Äitejä rohkaistiin esittämään kysymyksiä ja tavoitteena oli saada aikaan keskustelua ryhmässä.

Liikuntaohjaus suunniteltiin toteutettavaksi ruokavalio-ohjauksen tavoin neljän eri pisteen avulla, joissa käsitellään asiakaslähtöisesti liikunnan terveyshyötyjä raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Ryhmään osallistujilta suunniteltiin kysyttävän ruokavalio-ohjauksen lopuksi halukkuutta osallistua ohjattuun liikuntaan toisella ohjauskerralla. Ryhmään osallistujien toiveiden pohjalta järjestettävä jumppatuokio sisältäisi muutamia, helppoja lihaskuntoharjoitteita ja lopuksi pienen venyttelytuokion. Pienen osallistujamäärän vuoksi liikuntaohjaus järjestettiin äitiyspoliklinikan vastaanottoaikojen yhteydessä, joten ohjauksen sisältöä jouduttiin muuttamaan.

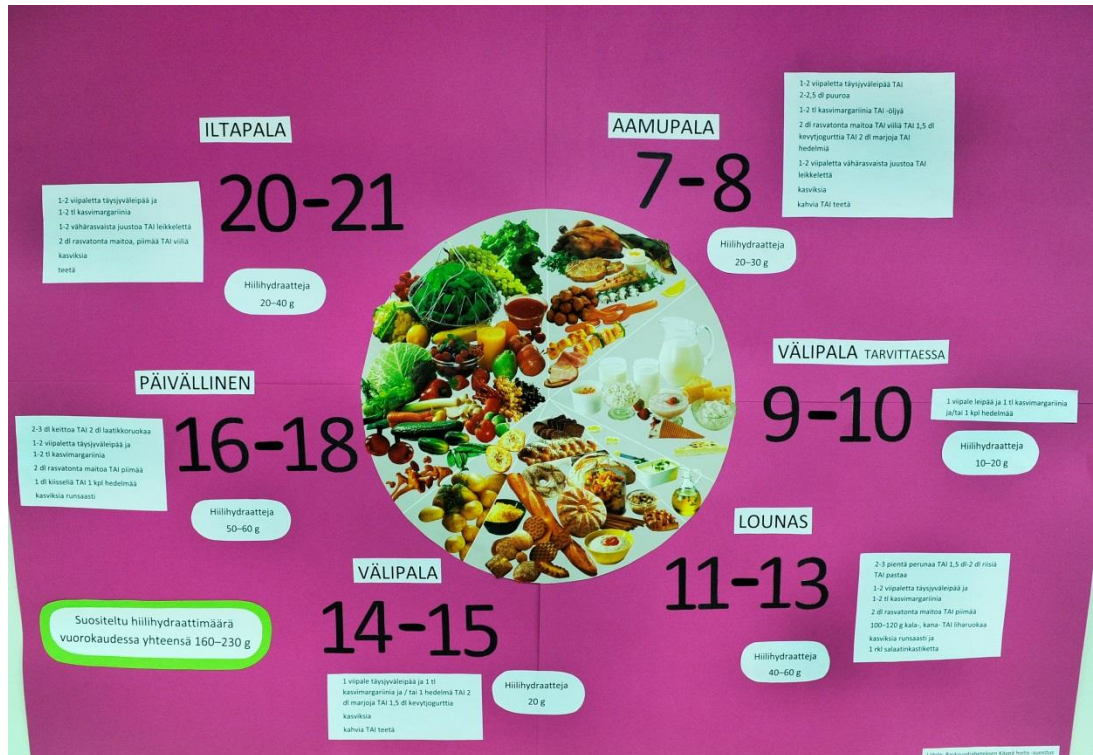
5.2 Ruokavalio-ohjauksen toteutus

Ensimmäisen voimaannuttavan ohjauskerran aiheena oli ruokavalio-ohjaus. Tehokkaasta mainonnasta huolimatta ryhmään ilmoittautui vain kaksi raskausdiabeetikkoa. Toimeksiantajan yhteyshenkilön toiveesta ohjauspisteet koottiin äitiyspoliklinikan tiloihin jo päivällä vastaanottoaikojen ajaksi. Näin äitiyspoliklinikan henkilökunta ja vastaanotolla käyvät asiakkaat pystyivät perehtymään ohjausmateriaaliin, vaikka eivät osallistuneet varsinaiseen ryhmäohjaukseen.

Ryhmäohjauksen alussa ryhmään osallistujat ja toimeksiantajan yhteyshenkilö toivotettiin tervetulleeksi sekä esiteltiin ryhmänohjaajat. Ruokavalio-ohjaus ideoitiin voimaannuttava terveyden edistämisen näkökulma huomioiden. Ryhmäohjaus toteutettiin neljän ohjauspisteen avulla, jotka valittiin raskausdiabeetikon ruokavalion keskeiset periaatteet huomioiden. Ohjauksessa korostettiin säännöllisen ateriarytmin merkitystä, sokerin määrää elintarvikkeissa, rasvan laadun ja määrän seuranta sekä kuidun saannin lisäämistä ruokavaliossa. Ruokavalio-ohjauksessa kerrottiin sydänmerkitystä tuotteista, joiden huomiointi helpottaa tekemään parempia valintoja rasvan laadun ja määrän sekä suolan määrän suhteen ruokakaupassa asioidessa.

Jokaisesta aiheesta oli koottuna erillinen ohjauspiste, jotka ryhmään osallistujat kiersivät yhdessä ryhmänohjaajien kanssa keskustellen ja kokemuksia jakaen. Näin välitettiin ryhmänohjaajien luennoita ja ryhmään osallistujilla oli mahdollisuus vertaistukeen.

Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositusta mukaillen seinälle oli askarreltu säännöllistä ateriarytmiä esittelevä posterit (Kuva 3). Posteriin koottiin suositellut ateriaajat, hiilihydraattimäärät ja esimerkkejä aterioille valittavista ruoka-aineista ja -määristä. Ryhmään osallistujille korostettiin hiilihydraattien jakamista tasaisesti päivän jokaiselle aterialle, joita tulisi olla neljästä kuuteen. Raskausdiabeetikon on hyvä rajoittaa hiilihydraattien saantia vuorokaudessa 160–230 grammaan. Hiilihydraattien rajoittaminen ja jakaminen päivän jokaiselle aterialle ehkäisee aterianjälkeisiä korkeita verensokeriteita ja siten insuliinihoidon tarvetta. Säännöllinen ja tiheä ateriarytmi lisäksi ylläpitää kylläisyyden tunnetta ja mahdollistaa pienemmät ateriakoot.



Kuva 3. Säännöllinen ateriarytmi.

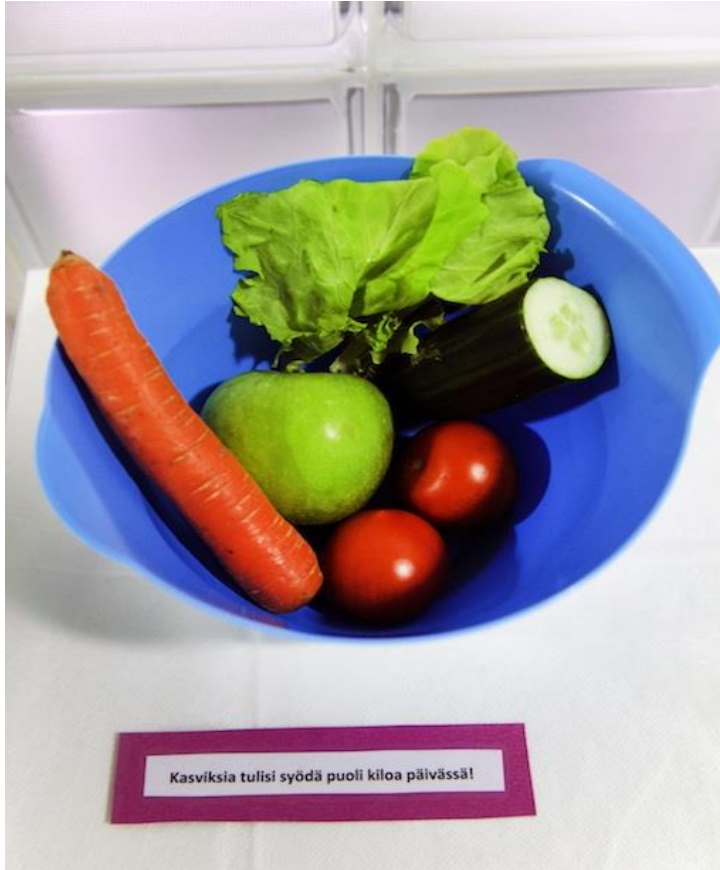
Maito- ja lihatuotteiden sisältämää rasvan määrää ja laatua esiteltiin maito- ja lihatuotteissa tuotepakkausten ja askarreltujen kartonkikorttien avulla. Korteihin oli eritelty tuotteiden sisältämä rasvan määrä kokonaisuudessaan ja tyydyttyneen rasvan osuus. Maitotuotteista esillä oli rasvaton, kevyt ja täysmaito. Rasvattomasta, kevyt- ja täysmaidosta oli laskettu, kuinka paljon rasvaa kertyy, kun juo maitoa kuusi desilitraa vuorokaudessa. Viikossa kertyvää rasvan määrää havainnollistettiin laittamalla vastaava määrä voita lasiin (Kuva 4). Tällä konkretisoitiin maitotuotteiden välistä eroa rasvan määrässä.



Kuva 4. Rasvan määrä maidossa.

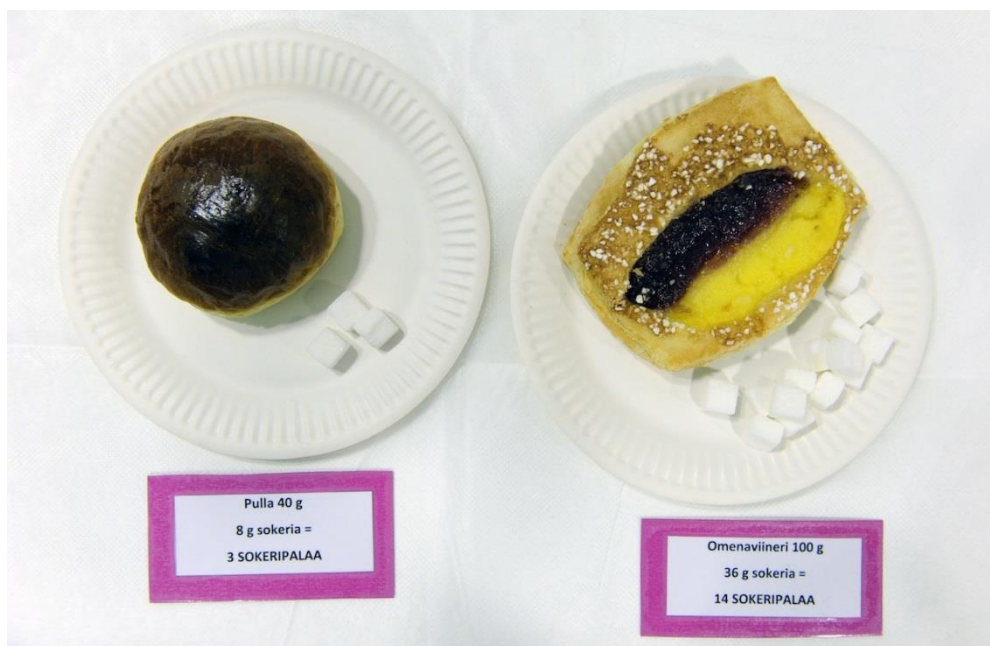
Juustosta ja leikkeleestä oli esillä vähärasvainen ja rasvaisempi vaihtoehto. Sikanautajajauhelihan ja siipikarjanlihan rasvapitoisuuden eroa havainnollistettiin tuotepakkauksen avulla. Leivänpäällys- ja ruuanvalmistusrasvan laatua esiteltiin tuotepakkauksilla. Ryhmään osallistujille jaettiin Margariiniyhdistyksen Huolehdi rasvan laadusta! -esitteitä, joissa kuvataan vähittäiskaupan margariinien, kasvirasvavevitteiden ja juoksevien kasviöljyvalmisteiden koostumusta rasvan suhteen.

Leipä-, pasta-, riisi- ja hiutaletuotteiden kuidun määrää havainnollistettiin kartonkikortteilla ja tuotepakkauksilla. Raskausdiabeetikon arjessa tekemiä valintoja helpottamaan esiteltiin vähä- ja runsaskuituisia vaihtoehtoja. Ryhmään osallistujille kerrottiin riittävän kuidun saannin pitävän veren glukoosipitoisuuden tasaisena, estävän erityisesti aterianjälkeistä veren glukoosipitoisuuden nousua, hillitsevän näläntunnetta sekä edesauttavan suolen toimintaa. Leipätuotteissa korostettiin tuotepakkauksen ravintosisältöön tutustumista, sillä hyvin kuitua sisältävissä (yli 6g/100g) leipätuotteissa voi olla korkea suolapitoisuus (yli 0,7 prosenttia). Kasviksia ja hedelmiä oli esillä suositeltu vuorokausiannos eli puoli kiloa (Kuva 5). Tarkoituksena oli havainnollistaa, että puoli kiloa on noin viisi kourallista kasviksia tai vihanneksia. Hedelmiä suositeltiin syötäväksi vain yksi kerrallaan päivän aterioille jaettuna niiden sisältämän hedelmäsokeerin vuoksi, mikä nostaa äkillisesti veren glukoosipitoisuutta.



Kuva 5. Puoli kiloa kasviksia.

Sokerimäärää ruoka-aineissa havainnollistettiin sokerinäyttelyllä. Sokerinäyttelyyn valittiin yleisesti käytettävistä ruoka-aineista piilosokeria sisältäviä tuotteita, kuten muro- ja myslipakkaus, tavallinen ja sydänmerkitty jogurtti, karkkipussi, suklaapatukka, hillo, pulla, viineri, tuoremehu, sokeria sisältävä ja sokeriton virvoitusjuoma sekä energiajuoma. Tuotteiden vierelle aseteltiin niiden sisältämä sokerimäärä sokeripaloina (Kuva 6). Tuotteiden vierellä oleviin kartonkikortteihin oli kirjoitettu tuotteen koko ja sen sisältämä sokerin määrä grammoina ja sokeripaloina. Sokerin ja muiden nopeiden hiilihydraattien välttämistä suositellaan, jotta veren glukoosipitoisuus ei nouse nopeasti. Makeutusaineiden, kuten aspartaamin, asesulfaamin ja sukraloosin kohtuullisen käytön kerrottiin olevan raskauden aikana turvallista.



Kuva 6. Piilosokerin määrän havainnollistaminen.

Ohjauksen lopuksi hyödynnettiin lattialle aseteltua jana-asteikkoa, jossa oli numerot yhdestä kymmeneen. Jana-asteikko -ohjauspisteellä edettiin Tavoitekeskustelua (Liite 3) mukailten. Jokainen osallistuja asettui janalle kohtaan, jossa koki olevansa sillä hetkellä ruokailutottumustensa osalta. Ryhmään osallistujat kertoivat, mitä hyvää heidän ruokailutottumuksissaan on, ja miksi he valitsivat juuri kyseisen numeron janalta. Sen jälkeen osallistujat siirtyivät janalla numeroon, johon he halusivat päästä ja perustelivat, millä ruokavaliota koskevilla muutoksilla se olisi mahdollista. Kaksi ryhmänohjaajista ja toimeksiantajan yhteyshenkilö osallistuivat jana-asteikolle ryhmään osallistujien kanssa jakamaan omia kokemuksiaan. Kaksi ryhmänohjaajaa jäi ohjaajien rooliin. Tällä menettelyllä mahdollistettiin välittömämpi ohjaustunnelma.

Ryhmään osallistujille jaettiin mukaan otettavia esitteitä ja ohjeita, joihin raskausdiabeetikot voivat halutessaan palata myöhemmin. Jaettavina materiaaleina olivat ryhmänohjaajien laatima lista hyödyllisistä ravitsemukseen ja ruokavalioon liittyvistä www-osoitteista (Liite 4) sekä Savonia-ammattikorkeakoulun ravitsemuksen lehtorin laatimia terveellisiä ruokaohjeita. Ohjauksen sisällön tueksi oli tilattu Diabetesliiton tyyppin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake sekä Maito ja Terveiden ja Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry:n tuottama Ruokaa kahdelle, äidille ja lapselle - raskaus- ja imetysajan ravitsemus -ohjelehtinen.

5.3 Liikuntaohjauksen toteutus

Toisen voimaannuttavan ohjauksen aiheena oli liikunta. Liikuntaohjauksella käsiteltiin liikunnan merkitystä raskausaikana ja synnytyksen jälkeen. Liikuntaohjaus toteutettiin keskustelemalla raskaana olevien kanssa ja tutustuen yhdessä liikuntasuosituksiin ja liikuntaresepteihin. Ohjauksessa korostettiin liikunnan terveyttä edistävää näkökulmaa ja kannustettiin osallistujia liikkumaan säännöllisesti raskausaikana ja sen jälkeen. Voimaannuttavassa ohjauksessa pyrittiin huomioimaan äitien yksilölliset tarpeet ja mahdollisuudet harrastaa liikuntaa. Liikunta-ohjauksessa huomioitiin tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy ja osallistujille painotettiin omasta terveydestä huolehtimisen tärkeyttä myös raskauden jälkeen.

Liikuntaohjaukselta varten koottiin kaksi ohjauspistettä, joissa käsiteltiin liikunnan hyötyjä raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Ensimmäisessä ohjauspisteessä oli seinällä posterit liikunnan hyödyistä raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen (Kuva 7).



Kuva 7. Liikunnan hyödyt raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen.

Pöydälle oli koottu askarreltu esittely eri liikuntamuodoilla saavutettavasta energiankulutuksesta puolen tunnin (Kuva 8) ja tunnin aikana. Esimerkkeinä liikuntamuodoista oli muun muassa jooga, sauvakävely, uinti, pyöräily ja kävely. Arkiliikunta, kuten sii-

vous tai ruohonleikkuu, oli myös huomioitu esimerkeissä. Pöydälle oli koottu esimerkkejä eri ruoka-aineiden sisältämistä energiamääristä havainnollistamaan energiankulutusmääriä. Esimerkkeinä toimivat muun muassa lautasmalli, suklaapatukka ja omena.

Jos liikut puoli tuntia, kulutat:

| | | |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Golf 183 kcal | Hiihto 271 kcal | Sivous 166 kcal |
| Jooga 110 kcal | Pyöräily 148 kcal | Ruohonleikkuu 220 kcal |
| Uinti 148 kcal | Kävely 125 kcal | Portaiden nousu 148 kcal |
| Juoksu (reipas) 478 kcal | Tanssi 204 kcal | Säuväkävely 150 kcal |
| Vesijumpka 148 kcal | Kuntosali 220 kcal | |

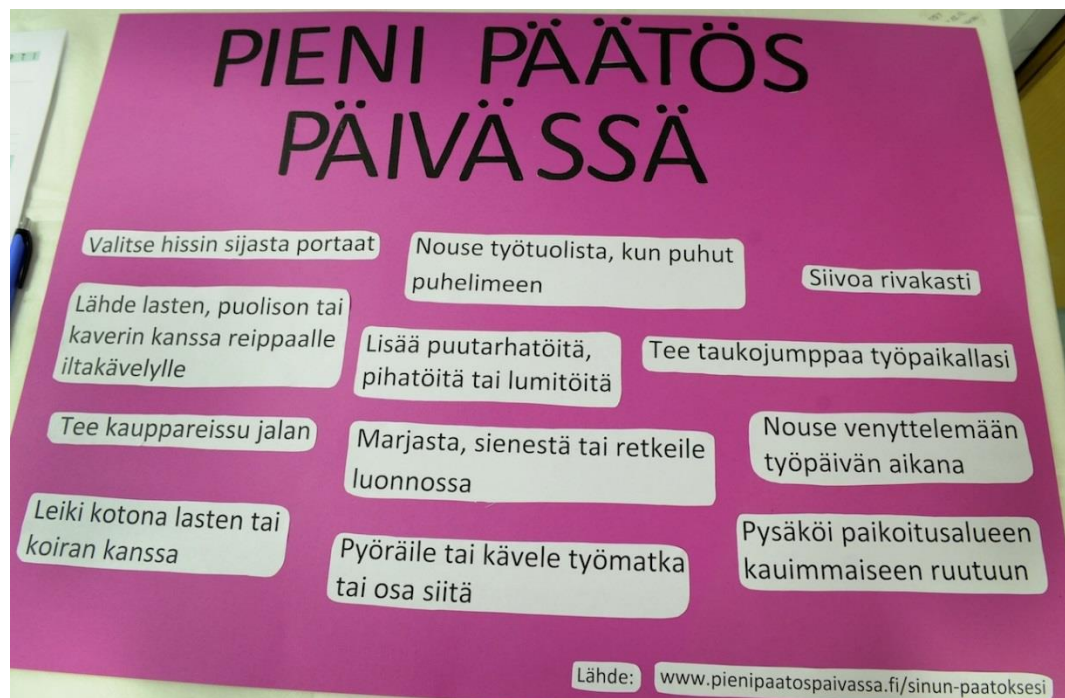
Kuva 8. Liikuntamuotojen energiankulutus.

Toisessa ohjauspisteessä esillä oli UKK-instituutin, Suomen Reuma-, Lääkäri- ja Sydänliiton, KKI-ohjelman sekä Jyväskylän yliopiston Terveiden edistämisen tutkimuskeskuksen laatima Liikkumisresepti sekä UKK-instituutin laatima Liikuntapiirakka (Kuva 9). Ohjauspisteellä oli osallistujille täytettäviä versioita liikuntapiirakasta ja liikkumisreseptistä. Liikkumisreseptin täyttämällä osallistujat saivat selkeämmän käsityksen oman liikkumisen riittävydestä terveyden kannalta ja ohjeita rasittavuudeltaan sopivan liikunnan harrastamiseen. Liikuntapiirakan osallistujat saivat täyttää itse oman fyysisen aktiivisuutensa mukaan, jonka jälkeen sitä oli mahdollista vertailla liikuntasuosituksen mukaiseen mallikappaleeseen.



Kuva 9. Liikuntasuosituksen mukainen liikuntapiirakka.

Ohjauspisteellä oli kehittämistyöryhmän laatima arkiliikunnan lisäämistä kuvaava ”Pieni päätös päivässä” -posterit (Kuva 10). Posterin avulla korostettiin, että pienillä valinnoilla arjessa voi lisätä arki- ja hyötyliikunnan määrää.



Kuva 10. Pieni päätös päivässä -posterit.

Liikuntaohjaukseen suunniteltua jana-asteikkoa ei voitu toteuttaa puuttuvan tilan ja ryhmän takia. Liikuntaohjauksessa jaettiin ohjaukseen osallistuneille mukaan otettavaa materiaalia. Jaettavia esitteitä olivat UKK-instituutin Liikkumisen ja ruokailun seuranta-päiväkirja sekä UKK-instituutin Liikunta raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen -ohjelehtinen.

Kuopion yliopistollisen sairaalan sairaalavalokuvaaja kuvasi ruokavalio- ja liikuntaohjauskerroilla käytetyn ohjausmateriaalin. Ruokavalio- ja liikuntaohjauksesta jäi kattava ja havainnollistava ohjausmateriaali äitiyspoliklinikan käyttöön, jota he voivat hyödyntää yksilö- ja ryhmäohjauksessa. Seinille askarrellut posterit jätettiin äitiyspoliklinikalle vastaanottoaulaan asiakkaiden luettavaksi.

Äitiyspoliklinikan henkilökunnalla oli mahdollisuus työajallaan kiertää ohjauspisteillä ja perehtyä ruokavalio- ja liikuntaohjausmateriaaliin. Henkilökunta osallistui aktiivisesti ja osoitti kiinnostusta ohjausta kohtaan. Ruokavalio- ja liikuntaohjauksesta pyydettiin kirjallista palautetta äitiyspoliklinikan henkilökunnalta kehittämistyöryhmän laatimalla palautelomakkeella (Liite 5, Liite 6).

5.4 Kehittämistyön päättäminen ja arviointi

Päättämisvaiheeseen lukeutuvat tuotoksen luovuttaminen toimeksiantajalle, kehittämistyön arviointi ja lopullisen raportin laatiminen. Kehittämisen aikana saadut kokemukset ja kehittämistarpeet on keskeistä tallentaa, kerätä ja siirtää eteenpäin. (Heikkilä ym. 2008, 121.) Heikkilän ym. (2008, 122) mukaan loppuraportin kirjoittaminen on tärkeä osa kehittämistyön päättämistä. Loppuraportissa määritellään kehittämistarpeet, mitä kehittämistyön aikana on saavutettu, ja mitkä ovat kehittämistyön tulokset.

Heikkilä ym. (2008, 127, 130) toteavat, että kehittämistyötä on olennaista arvioida koko kehittämisprosessin ajan. Kehittämistyön arviointivaiheessa pohditaan muun muassa, päästiinkö kehittämistyölle esitettyihin tavoitteisiin, ja millainen vaikutus kehittämistyöllä saavutettiin. Tässä kehittämistyössä näitä seikkoja arvioitiin pohdinnassa. Kehittämistyön arvioinnissa voidaan hyödyntää joko sisäistä tai ulkoista arviointia (Heikkilä ym. 2008, 128). Ravitsemus- ja liikuntaohjauksen arviointiin tässä kehittämistyössä osallistuivat sekä toimeksiantaja että kehittämistyöryhmä. Toimeksiantajalta pyydettiin kirjallista palautetta palautelomakkeella. Heikkilän ym. (2008, 130) mukaan opinnäytetyönä toteutettavan kehittämistyön arviointiin kuuluvat ammatillisen kehittymisen arviointi sekä kehittämistyön raportin ulkoasun ja kirjallisen ilmaisun

arviointi. Näiden arviointiin osallistuivat kehittämistyön ohjaava opettaja ja yliopettaja sekä kehittämistyöryhmä tekemällä itsearviointin.

Kehittämistyön hyötyjä arvioidaan käyttöönotto- ja seurantavaiheessa. Ihanteellista olisi, että kehittämistyön elinkaari jatkuisi myös päättämisvaiheen jälkeen. Toimeksiantajan toteuttama tuotoksen käyttöönotto ja juurtuminen osaksi pysyviä käytäntöjä on tärkeä kehittämistyön tavoite. (Heikkilä ym 2008, 132–133.) Tässä kehittämistyössä tuotetusta ohjausmateriaalista Kuopion yliopistollisen sairaalan äitiyspoliklinikan henkilökunta sai työvälineen yksilö- ja ryhmäohjaukseen.

6 POHDINTA

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa ruokavalio- ja liikunta-aiheinen ryhmäohjaus raskausdiabeetikoille Kuopion yliopistollisen sairaalan äitiyspoliklinikalla. Ryhmäohjaukseen oli haasteellista saada osallistujia, vaikka ohjausta mainostettiin useassa paikassa. Ryhmämuotoiseen ruokavalio-ohjaukseen osallistui vain kaksi henkilöä. Ruokavalioaiheisen ryhmäohjauksen lisäksi ruokavalio- ja liikuntaohjaus järjestettiin äitiyspoliklinikan vastaanottoaikoina, jotta mahdollisimman moni sai terveyttä edistävää ohjausta.

Kehittämistyön aihe oli ajankohtainen. Halkoaho ja Kavilo (2007, 47) toteavat raskausdiabeetikoiden tarvitsevan lisää ohjausta ja tietoa ravitsemuksesta ja liikunnasta onnistuakseen elintapamuutosten tekemisessä. Kohderyhmäksi valittiin raskausdiabeetikot raskausdiabeteksen yleisyyden vuoksi (Vuori & Gissler 2012, 3). Toimeksiantaja osoitti kiinnostusta aihetta kohtaan ja piti sitä tärkeänä, sillä raskausdiabeetikoiden ohjaus on lähes päivittäistä kättilön työssä äitiyspoliklinikalla.

6.1 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Kehittämistyö tehtiin eettisyyden huomioiden. Suunnitteluvaiheessa hankittiin Kuopion yliopistollisen sairaalan vaatima tutkimuslupa, joka haettiin naistentautien ja synnytysklinikan ylihoitajalta. Kehittämistyötä tehdessä huomioitiin toimeksiantajan ja ohjaavan opettajan kehittämistoiveita ja -ideoita, joiden mukaan kehittämistyössä edettiin. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan pääsihteeriltä pyydettiin lupa käyttää Lautasmalli-kuvaa kehittämistyön raportissa.

Selvittämällä lähdeaineiston ikä, laadullisuus ja uskottavuus voidaan arvioida lähteen luotettavuutta (Vilkkä & Airaksinen 2003, 72). Tämän kehittämistyön luotettavuuden perustana ovat tietoperustaan valitut kotimaiset ja kansainväliset tutkimukset vuodesta 2000 eteenpäin. Tietoa haettiin Medic- ja CINAHL -tietokannoista sekä aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta. Tiedonhakuja tehtiin seuraavilla hakusanoilla: raskausdiabetes, raskaus, diabetes, tyypin 2 diabetes, ryhmäohjaus, ruokavalio, liikunta, makrosomia, voimaannuttava terveyden edistäminen, voimaannuttava ryhmäohjaus, voimavaralähtöisyys, patient education, peer group, group processes, gestational diabetes mellitus, diabetes mellitus type 2, counselling, diet, exercise, motor activity ja physical activity. Tiedonhaun tuloksista valittiin keskeisimmät kehittämistyön aihee-

seen liittyvät aineistot, jotka koottiin tutkimustaulukkoon (Liite 7). Tutkimustaulukkoon eriteltiin tutkimuksen tekijät, julkaisun nimi ja ajankohta, tutkimusaihe menetelmiseen, kohderyhmä, aineistonkeruu sekä keskeisimmät tutkimustulokset. Taulukko luotiin selkeyttämään lähteinä käytettyjen tutkimusten valintaa, sillä olennaisten lähteiden löytäminen ja valinta koettiin haasteelliseksi. Vaikka tiedon haussa hyödynnettiin informaattikkoa, on joitakin keskeisiä tutkimuksia voinut jäädä huomioimatta.

6.2 Ruokavalio- ja liikuntaohjauksen arviointi

Kehittämistyön valmista tuotosta voidaan arvioida tulosten vaikuttavuudella, käyttökelpoisuudella, vakuuttavuudella, siirrettävyydellä ja uutuusarvolla (Heikkilä ym. 2008, 112). Ohjaukseen osallistuneet raskausdiabeetikot saatiin tietoisiksi ruokavalion ja liikunnan merkityksestä raskausdiabeteksen hoidossa. Ohjauksella tuettiin heidän omahoitoaan ja siten pyrittiin tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn. Näillä lisättiin kehittämistyön vaikuttavuutta. Ruokavalio- ja liikuntaohjauksen käyttökelpoisuus varmistettiin valokuvaamalla ohjauskerroille tuotettu ohjausmateriaali. Näin ollen ohjausmallia ja -materiaalia voidaan hyödyntää jatkossa yksilö- ja ryhmäohjauksessa. Äitiyspoliklinikan henkilökunta kokosi valokuvista ohjauskansion, jota he käyttävät yksilöohjauksessa vastaanotolla. Äitiyspoliklinikalta saadun palautteen mukaan ohjausmateriaalista kootun kansion käyttö raskausdiabeetikoiden ruokavalio- ja liikuntaohjauksessa on hyvä tuki ohjauksen antajalle ja saajalle. Ohjattava saa konkreettisia esimerkkejä helpottamaan terveellisten valintojen tekemistä arjessa sekä tietoa raskausdiabeetikon ruokavalion pääperiaatteista ja liikunnan hyödyistä. Ohjauksen vakuuttavuutta lisää ohjauksen sisällön suunnittelu tutkitun tiedon ja valtakunnallisten suositusten mukaisesti. Tietolähteet valittiin kriittisesti käyttäen uusinta saatavissa olevaa tietoa.

Ruokavalio- ja liikuntaohjauspisteisiin koottiin keskeisimmät ja tärkeimmät asiat raskausdiabeetikon hoitoa ajatellen. Posterit tehtiin selkeiksi ja helposti luettaviksi. Ohjausmateriaalit tehtiin mahdollisimman konkreettisiksi ja havainnollistaviksi esimerkeiksi, jotta ohjaukseen osallistujien olisi helppo lähestyä ohjaajia ja he saisivat mahdollisimman paljon tietoa elintapamuutostensa tueksi. Etenkin rasva- ja sokeriohjauspisteet herättivät kysymyksiä ja keskustelua aiheesta.

Toteutetusta ruokavalio- ja liikuntaohjauksesta oli hyötyä ryhmään osallistuneille raskausdiabeetikoille, vastaanottoaikojen yhteydessä ohjaukseen osallistuneille ja äi-

tiyspoliklinikan henkilökunnalle. Raskausdiabeetikot hyötyivät ohjauksesta, sillä konkreettisten esimerkkien avulla he saivat lisää valmiuksia valita kaupassa terveellisiä elintarvikkeita ja tunnistaa sokerin, rasvan ja kuidun määrä sekä hiilihydraattien lähteet ruokavalioistaan. Ohjaus auttoi ymmärtämään ruokavalion merkityksen raskausdiabeteksen hoidossa. Raskausdiabeetikot saivat tietoa ateriarytmin tärkeydestä osana terveellistä ja säännöllistä ruokavaliota.

Raskausdiabeetikot saivat tietoa liikunnan terveyshyödyistä raskauden aikana ja sen jälkeen. Heille kerrottiin lajeista, joita on turvallista harrastaa raskausaikana. Raskausdiabeetikot hyötyvät järjestetystä ohjauksesta myös synnytyksen jälkeen. Ruokavalio- ja liikuntaohjauksen tavoitteena oli lisätä raskausdiabeetikoiden tietoa terveellisistä elintavoista ja ennaltaehkäistä tyyppin 2 diabeteksen esiintyvyyttä.

Äitiyspoliklinikan henkilökunnalta pyydettiin palautetta ruokavalio- ja liikuntaohjauksesta. Ohjaajat koettiin helposti lähestyttäväksi ja esiintyminen luontevaksi. Henkilökunta kuvasi ohjaajien tietoperustan olevan vahva, kysymyksiin annettiin hyviä ohjeita ja ohjaamista kuvattiin kuuntelevaksi, asiantuntevaksi ja voimavaralähtöiseksi. Heidän mielestään ohjauspisteet oli koottu hyvin ja tuotteet valittu harkiten. Kehittämiseksi henkilökuunta mainitsi, että sokeripisteeseen olisi voinut ottaa muiden tuotteiden lisäksi hedelmiä ja marjoja. Henkilökunnan mielestä ohjauksessa onnistunutta olivat havainnollistavat kuvat, konkreettiset esimerkit ja selkeä esittely ateriarytmistä. Ohjaustilanteet olivat keskustelevia ja avoimia. Ohjauspisteet kiinnostivat asiakkaita ja henkilökuuntaa pitkin päivää. Henkilökunnan mielestä ohjaukseen oli varattu riittävästi aikaa. Liikuntaohjauksessa esitetyt liikuntalajit oli mietitty raskaana oleville sopiviksi.

Ryhmään osallistujien mielestä ohjauspisteet olivat hyvät ja kattavat henkilöille, joilla raskausdiabetes on vasta diagnosoitu ja joilla ei ole aikaisempaa tietoa raskausdiabeteksestä. Ohjauspisteet olivat hyvää kertausta jo aiemmin raskausdiabeteksen sairastaneelle.

Ruokavalio- ja liikuntaohjauksesta oli hyötyä myös yhteiskunnan tasolla. Lisäämällä tietoa raskausdiabeteksen hoidosta, terveellisistä elintavoista ja omahoidon tärkeydestä voidaan ennaltaehkäistä raskausdiabetesta, vakavia komplikaatioita raskausaikana ja myöhemmin tyyppin 2 diabeteksen esiintyvyyttä (Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2013). Merkittävin hyöty yhteiskunnalle on kuitenkin se, että hyvällä elintapaohjauksella voidaan saada aikaan elintapamuutoksia raskausdiabeteksen aikana. Hyvillä elintapamuutoksilla voidaan raskausdiabeteksen sairastamisen jäl-

keen ennaltaehkäistä tyypin 2 diabetesta. Tyypin 2 diabetes on suomalaisessa yhteiskunnassa merkittävä kansansairaus, joka kuormittaa jatkuvasti terveydenhuoltoa ja lääkekustannuksia. (Bäckmand ym. 2011, 10; Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus 2013.) Ryhmäohjauksen hyöty yhteiskunnalle on ryhmäohjauksen edullisuus yksilöohjaukseen verrattuna (Turku 2007, 87). Ryhmäohjaus palvelee kerralla suurempaa asiakasryhmää. Keskeisimpänä ryhmäohjauksen etuna kuitenkin havaitsimme osallistujien saaman vertaistuen ja motivoituneisuuden omahoitoon.

Ohjauksen siirrettävyys on tulevaisuudessa mahdollista kehittämistyössä tuotetun ruokavalio- ja liikuntaohjausmallin ansiosta. Ruokavalio- ja liikuntaohjausmallia voidaan käyttää muidenkin kohderyhmien kuin raskausdiabeetikoiden ohjauksessa. Ohjausmalli on sovellettavissa esimerkiksi painonhallintaryhmiin ja tyypin 2 diabeetikkojen ohjaukseen. Ruokavalio- ja liikuntaohjausmallia sekä olemassa olevaa materiaalia voidaan hyödyntää äitiyspoliklinikan lisäksi neuvoloissa tai muissa terveydenhuollon yksiköissä tapahtuvaan ohjaukseen. Vastaavaa ruokavalio- ja liikuntaohjausta ryhmäohjauksena ei ole toteutettu aikaisemmin äitiyspoliklinikalla, mikä lisää ohjauksen uutuusarvoa.

6.3 Kehittämistyöprosessin ja ammatillisen kehittymisen arviointi

Kehittämistyö eteni suunnitelmallisesti. Kehittämistyön aihetta tarjottiin toimeksiantajalle oman kiinnostuksen pohjalta, mikä motivoi entisestään työn tekemiseen. Kehittämistyöryhmälle aihe oli uusi, sillä kehittämistyöprosessin alussa kättilötyön opinnot eivät olleet vielä alkaneet. Kehittämistyön suunnitteluvaiheessa laadittiin tarkka aikataulu kehittämistyön tekemiselle ja siinä pysyttiin hyvin. Kehittämistyön jokaisessa vaiheessa pyydettiin aktiivisesti palautetta. Rakentavaa palautetta ja ohjausta saatiin prosessin aikana ohjaavalta opettajalta ja toimeksiantajan yhteyshenkilöltä. Kehittämistyön aikana tehdyt muistiinpanot ja tapaamismuistiot olivat apuna kehittämistyön raportin kirjoittamisessa.

Kehittämistyön tekemisestä saatiin hyvää kokemusta projektimuotoisesta ryhmätyöskentelystä. Kehittämistyöryhmäläisillä ei ollut aiempaa kokemusta näin laajasta kirjallisesta työstä. Prosessin kokonaisuuden hallinta ja prosessissa eteneminen koettiin haastavaksi. Prosessin laajuus ja kehittämistyön eri vaiheet selkenivät kuitenkin työn edetessä. Ohjaavan opettajan tuki ja ohjaus helpottivat työssä etenemistä prosessin

mukaisesti. Kehittämistyön toteutus poikkesi alkuperäisestä suunnitelmasta, joten uuden sisällön työstäminen vaati kehittämistyöryhmältä joustavuutta.

Kehittämistyön työsuunnitelmaan laadittiin SWOT-analyysi (Kuvio 1), johon koottiin kehittämistyöryhmän sisäisiä vahvuuksia ja heikkouksia sekä ulkoisia mahdollisuuksia ja uhkia. Kehittämistyöprosessin aikana vahvuuksiksi nousivat lisäksi kehittämistyöryhmäläisten luovuus ohjausmateriaalien teossa sekä joustavuus ja sinnikkyys pitkäkestoisessa prosessissa. Työsuunnitelmavaiheessa ennakoitujen heikkouksien lisäksi vieras ja uusi kehittämistyöaihe sekä muiden opintojen ja työelämän tuoma kiire koettiin haasteeksi. Kehittämistyöprosessin aikana ilmaantuvien ulkoisiin mahdollisuuksiin ja uhkiin oli varauduttu jo suunnitelmavaiheessa. Kun ruokavalio- ja liikuntaohjausryhmään ei saatu riittävää määrää osallistujia, toimeksiantajan yhteyshenkilö tuki kehittämistyöryhmää ehdottamalla ohjauksen järjestämistä vastaanottoaikojen yhteydessä. Haasteen kehittämistyön tekemiselle muodosti myös raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositusten päivittyminen kesken kehittämistyöprosessin. Tietoperustan oltua lähes valmis, päivitetty raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus julkaistiin ja aiempi julkaisu poistettiin.

| Vahvuudet | Heikkoudet |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Kiinnostus aihetta kohtaan ○ Oma osaaminen ○ Atk-taidot ○ Sitoutuminen työskentelyyn | <ul style="list-style-type: none"> ○ Yhteisen ajan löytäminen ○ Henkilökohtaiset vastoinkäymiset ○ Erimielisyydet ○ Kokemattomuus kehittämistyöprosessista |
| Mahdollisuudet | Uhat |
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Osaava ohjaaja ○ Kiinnostunut toimeksiantaja ○ Terveystiedon edistäminen ○ Toimintamallien luominen ○ Joustava aikataulu | <ul style="list-style-type: none"> ○ Ryhmään ei saada osallistujia ○ Tilan löytäminen ○ Odottamattomat tilanteet |

Kuvio 1. Kehittämistyön SWOT-analyysi.

Kehittämistyöprosessin aikana kehittämistyöryhmäläisten vuorovaikutustaidot kehittivät. Ryhmätyöskentelyssä opittiin kärsivällisyyttä, toisten mielipiteiden huomiointia

ja kompromissien tekoa. Jokainen kehittämistyöryhmäläinen toi ryhmään omia näkemyksiään ja ideoitaan. Jokaisella oli omat vahvuusalueensa työn tekemisessä ja jokaisen tuomia ideoita huomioitiin kehittämistyöprosessissa. Työskentely neljän hengen kehittämistyöryhmässä sisälsi myös haasteita. Yhteisen ajan löytäminen ja työn tasapuolinen jakaminen oli ajoittain vaikeaa. Työn tekemistä jaettiin, minkä takia työn kokoaminen yhtenäiseksi oli toisinaan työlästä ja aikaa vievää.

Ohjaustilanteessa ohjauspisteet suunniteltiin siten, että jokainen ryhmänohjaaja oli vastuussa yhdestä ohjauspisteestä. Kokonaisuudesta oltiin kuitenkin vastuussa yhdessä ja ohjauspisteillä täydennettiin toinen toistaan. Neljän hengen kehittämistyöryhmässä ohjaamisen haasteiksi nousivat ohjauksen tasapuolinen toteuttaminen ja ohjaustilanteessa toisten ohjaajien päälle puhumisen välttäminen.

Kehittämistyöprosessi tuki kehittämistyöryhmäläisten kasvamista kättilön ammattiin. Kättilön työssä tarvitaan ohjaustaitoja ja ohjausmenetelmien hallintaa. Ohjauksen onnistuminen edellyttää tietoa raskausdiabeteksen omahoidosta sekä vaikutuksesta äidin, sikiön ja vastasyntyneen hyvinvointiin. Kehittämistyöprosessissa tieto raskausdiabeteksestä sekä ruokavalion, liikunnan ja ryhmäohjauksen merkityksestä raskausdiabeetikon omahoidon tukemisessa lisääntyi. Ruokavalio- ja liikuntaohjauksesta saatiin keinoja motivoida asiakkaita terveellisiin elintapamuutoksiin.

Kehittämistyöryhmäläisten ohjaustaidot kehittyivät kehittämistyön toteuttamisessa. Ohjatessa itsevarmuus lisääntyi ja ohjauksesta saatiin lisää valmiuksia järjestää ryhmäohjausta tulevaisuudessa. Kehittämistyöprosessi vahvisti kehittämistyöryhmäläisten keskinäisiä ohjaustaitoja ja opetti ohjaamaan äitiyspoliklinikan henkilökuntaa.

6.4 Työn johtopäätökset ja kehittämishaasteet

Huolellisista valmisteluista, hyvin suunnitellusta sisällöstä ja aikaisin aloitetusta mainonnasta huolimatta ryhmään ei saatu toivottua määrää osallistujia. Tämän vuoksi kehittämistyön toteutusta jouduttiin muokkaamaan ja ryhmäohjauksen lisäksi järjestettiin ruokavalio- ja liikuntaohjausta äitiyspoliklinikan asiakkaille vastaanottoaikojen yhteydessä. Ryhmäohjauksen mainonnassa olisi tärkeää jatkossa korostaa raskausdiabeetikoiden saamaa hyötyä ohjauksesta. Esillä olevien mainosten lisäksi mainontaan olisi hyvä liittää suullista informaatiota raskausdiabeetikoiden vastaanottokäyneillä. Mainonnan olisi pitänyt olla vieläkin tehokkaampaa ja paremmin kohdennettua

raskausdiabeetikoille. Mutta miten tavoittaa raskausdiabeetikot, jotka hyötyisivät eniten ryhmämuotoisesta ruokavalio- ja liikuntaohjauksesta?

On todettu, että naiset, jotka osallistuvat ryhmätapaamisiin ovat kiinnostuneempia muuttamaan käyttäytymismallejaan kuin naiset, jotka eivät osallistu (Lindmark ym. 2010, 20). Pienen osallistujamäärän vuoksi pohdittiin, onko suomalaisilla suurempi kynnyks osallistua ryhmäohjaukseen kuin yksilöohjaukseen. Heikot sosiaaliset taidot tai haluttomuus jakaa omia kokemuksiaan voivat olla osasyynä tähän. Raskausdiabeetikot mahdollisesti kokevat, että ohjauksessa syyllistetään heidän elintapatotumuksiaan.

Lindmark ym. (2010, 20) toteavat, että ryhmätapaamisia järjestämällä myös raskauden jälkeen voitaisiin tukea äitejä tekemään pysyviä elintapamuutoksia. Näin voitaisiin edistää naisten terveyttä ja vähentää tyyppi 2 diabeteksen ilmaantuvuutta. Tässä kehittämistyössä toteutettua ruokavalio- ja liikuntaohjausmallia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää neuvoloissa tai muissa terveydenhuollon yksiköissä sekä ryhmä- että yksilöohjauksessa. Myös äitiyspoliklinikan henkilökunta totesi palautteessaan ruokavalio- ja liikuntaohjauksen olevan uudelleen hyödynnettävissä ja siirrettävissä.

Kehittämistyölle asetetuista tavoitteista suurin osa saavutettiin. Haasteeksi nousi ryhmäohjauksen vähäinen osallistujamäärä. Ryhmäohjaus ei toteutunut suunnitelman mukaan. Ruokavalio- ja liikuntaohjauksella onnistuttiin kuitenkin lisäämään raskausdiabeetikoiden tietoa terveellisistä elintavoista ja niiden vaikutuksesta raskausdiabeteksen hoitoon. Ohjauksessa korostettiin terveellisen ruokavalion ja säännöllisen liikunnan merkitystä osana pysyviä elintapamuutoksia. Ruokavalio- ja liikuntaohjauksella lisättiin myös muiden vastaanotolla käyneiden ja äitiyspoliklinikan henkilökunnan tietoa terveellisistä valinnoista arjessa. Ruokavalio- ja liikuntaohjauksen vaikutus tyyppi 2 diabeteksen ilmaantuvuuteen nähdään vasta pidemmällä aikavälillä.

LÄHTEET

Absetz, P., Yoshida, S., Hankonen, N. & Valve, R. 2008. Ryhmänohjaajan roolin ja käsitysten yhteys ohjattavien onnistumiseen elintapamuutoksessa. *Hoitotiede* 5, 248–257.

Alwan, N., Tuffnell, D. J. & West, J. 2009. *Treatments for gestational diabetes*. London: The Cochrane Collaboration.

Bäckmand, H., Himanen, O., Hukka, E., Ilanne-Parikka, P., Koski, S., Kuronen, M., Lahti-Koski, M., Lindström, J., Pajunen, P., Palonen, L., Peltomäki, P., Pölonen, A., Rissanen, A., Sampo, T. & Viialainen, R. (toim.) 2011. *Tartu toimeen – Ehkäise diabetes* [verkojulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 23.9.2013]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b18cb1c2-3fb8-4546-aacd-40b86ce748f8>.

Dove, A., Morrison, N., Reimer, D. & Wice, S. 2009. Group-Based Diabetes Education: Impact on indicators of health outcomes, access and satisfaction over 24 months. *Canadian Journal of Diabetes* 4, 354–362.

Halkoaho, A. & Kavilo, M. 2007. *Synnyttäneiden naisten terveys*. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Hasunen, K., Kalavainen, M., Keinonen, H., Lagström, H., Lyytikäinen A., Nurttila, A., Peltola T. & Talvia, S. 2004. *Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus* [verkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 19.3.2013]. Saatavissa: <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments-archived/vrn/lapsi.perhe.ruoka.pdf>.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. *Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hui, A. L., Ludwig, S. M., Gardiner, P., Seven-huysen, G., Murray, R., Morris, M. & Shen, G. X. 2006. Community-based exercise and dietary intervention during pregnancy: a pilot study. *Canadian Journal of Diabetes* 2, 169–175.

Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) 2009. *Diabetes*. Hakemisto. Helsinki: Duodecim.

Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) 2011. *Diabetes*. Hakemisto. Helsinki: Duodecim.

Järvenpää, A-L. 2009. Vastasyntyneen hoito lapsivuodeosastolla. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) *Kätilötyö*. Tampere: Edita, 279–293.

Kaaja, R. 2006. Diabeteksen hoito raskauden jälkeen. *Diabetes ja lääkäri* 2, 6–10.

Karhula, K. 2005. Raskausajan liikunnan fysiologiset vaikutukset äidin ja sikiön elimistössä. *Terveystoimittaja* 9, 20–23.

Kaukkila, V. & Lehtonen, E. 2007. *Ryhmästä enemmän. Käsikirja ryhmänohjaajan taitoja tarvitsevalle*. Helsinki: SMS-tuotanto Oy.

Kettunen, S. 2009. *Onnistu projektissa*. Helsinki: WSOYpro.

Kinnunen, T. & Luoto, R. 2004. Raskaus, painonhallinta ja krooniset taudit. *Suomen Lääkärilehti* 48, 4734–4735.

Korpi-Hyövälti, E. 2004. Liikunta ja ruokavalio raskausdiabeteksen hoidon perusta. *Terveystoimittaja* 3, 34.

Laaksonen, D. & Lakka, T. 2007. Liikunta on tehokasta täsmälääkettä. *Diabetes ja lääkäri* 6, 18–23.

Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Sivén, T. & Välimäki, P. 2009. *Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla*. 8. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Lauenborg, J., Hansen, T., Moller Jensen, D., Vestergaard, H., Molsted-Pedersen, L., Hornnes, P., Locht, H., Pedersen, O. & Damm, P. 2004. Increasing incidence of diabetes after gestational diabetes. *Diabetes Care* 5, 1194-1199.

Lindmark, A., Smide, B. & Leksell, J. 2010. Perception of healthy lifestyle information in women with gestational diabetes: a pilot study before and after delivery. *European Diabetes Nursing* 1, 16–20.

Luoto, R., Kinnunen, T. I., Aittasalo, M., Kolu, P., Raitanen, J., Ojala, K., Mansikkamäki, K., Lamberg, S., Vasankari, T., Komulainen, T., & Tulokas, S. 2011. Primary prevention of Gestational Diabetes Mellitus and Large-for-Gestational-Age Newborns by Lifestyle Counseling: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *PLoS Medicine* 5, 1–11.

Nuutila, M. 2011. Äitiyshuolto. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 352–359.

Persson, M., Winkvist, A. & Mogren, I. 2010. From 'stun to gradual balance' – women's experiences of living with gestational diabetes mellitus. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 3, 454–462.

Peränen, N. 2008. Raskausdiabeetikon hoidonohjaus. Teoksessa Rintala, T-M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. (toim.) *Diabeetikon hoidonohjaus*. Helsinki: Tammi, 149–152.

Pirkola, J. 2010. *Gestational diabetes long-term, metabolic consequences for the mother and child* [verkkojulkaisu]. University of Oulu. Department of Obstetrics and Gynecology, Department of Paediatrics. Academic dissertation [viitattu 19.8.2013]. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514261701/isbn9789514261701.pdf>.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. 2013. *Naistentautien ja synnytyksen palveluyksikkö* [verkkojulkaisu]. Naistentaudit ja synnytykset. Kuopion yliopistollinen sairaala [viitattu 19.3.2013]. Saatavissa: <http://www.psshp.fi/index.asp?link=5944.5&language=1>.

Poskiparta, M., Kasila, K., Vähäsarja, K., Kettunen, T. & Kiuru, P. 2007. Diabetesta sairastavien ravintorasvojen käytön neuvonta perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 1, 20–28.

Raatikainen, K., Härmä, K. & Randell, K. 2004. Ylipainoisen raskaus. *Suomen Lääkärilehti* 12, 1103–1108.

Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus. 2008 [verkkajulkaisu]. Työryhmä: Kaaja, R., Kivelä, R., Kukkonen-Harjula, K., Peränen, N., Rönnemaa, T., Saramies, J., Soukka, H., Tulokas, S. & Vääräsmäki, M. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Diabetesliiton lääkäriineuvosto ja Suomen Gynekologiyhdistys ry [viitattu 19.3.2013]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50068>.

Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus. 2013 [verkkajulkaisu]. Työryhmä: Kaaja, R., Alenius, H., Kinnunen, T., Komulainen, J., Peränen, N., Rönnemaa, T., Saramies, J., Soukka, H., Teramo, K., Vuorela, P. & Vääräsmäki, M. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Diabetesliiton lääkäriineuvosto ja Suomen Gynekologiyhdistys ry [viitattu 30.8.2013]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50068#s17>.

Routasalo, P. & Pitkälä, K. (toim.) 2009. *Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. *Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä*. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 3/2005. Helsinki: Edita Prima Oy.

Snapp, C. A. & Donaldson, S. K. 2008. Gestational diabetes mellitus: physical exercise and health outcomes. Tiivistelmä. *Biological Research for Nursing* 10.

Suhonen, L. 2009. *Glycemic Control in Diabetic Pregnancies: Effects on Fetal and Maternal Outcome*. University of Helsinki. Department of Obstetrics and Gynecology. Academic dissertation.

Symons Downs, D. & Ulbrecht, J. S. 2006. Understanding exercise beliefs and behaviors in women with gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care* [verkkolehti] 29 [viitattu 18.8.2013]. Saatavissa: <http://care.diabetesjournals.org/content/29/2/236.full.pdf>.

Teramo, K. & Kaaja, R. 2011. Diabetes ja raskaus. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 507–516.

Teramo, K., Suhonen, L. & Hiilesmaa, V. 2007. Sikiön makrosomia raskausdiabeetikoilla ja terveillä. *Suomen Lääkärilehti* 6, 507–511.

Terveysliikuntasuositukset. 2011. Liikunta raskauden aikana [verkkojulkaisu]. UKK-instituutti [viitattu 5.3.2013]. Saatavissa:
http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/terveysliikuntasuositukset/liikunta_raskauden_aikana.

Tulokas, S., Luukkaala, T. & Uotila, J. 2011. Verensokerin omaseuranta raskausdiabeteksessa vähentää sikiön makrosomian riskiä. *Suomen Lääkärilehti* 12, 995–1000.

Turku, R. 2007. *Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus*. Helsinki: Edita.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2011. *Lasten, nuorten ja raskaana olevien sekä imettävien äitien D-vitamiinivalmisteiden käyttö varmistettava* [verkkojulkaisu]. [viitattu 28.8.2013]. Saatavissa:
<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ajankohtaista?bid=3238>.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2013. Lautasmalli [verkkojulkaisu]. Vinkkejä viisaisiin valintoihin [viitattu 30.8.2013]. Saatavissa:
<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/vinkkejä+viisaisiin+valintoihin/lautasmalli/>.

Vertio, H. 2003. *Terveiden edistäminen*. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsinki: Tammi.

Virkamäki, A. & Niskanen, L. 2010. *Raskaus ja diabetes* [verkkojulkaisu]. Endokrinologia [viitattu 18.3.2013]. Saatavissa:
[http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=end01812&p_haku=Raskaus ja diabetes](http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=end01812&p_haku=Raskaus+ja+diabetes).

Virtanen, S., Aro, E., Keskinen, P., Lindström, J., Rautavirta, M., Ventola, A-L. & Virtanen, L. 2008. *Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008* [verkkojulkaisu]. Suomen Diabetesliitto ry [viitattu 19.3.2013]. Saatavissa:
<http://www.diabetes.fi/files/308/Ruokavaliosuositus.pdf>.

Vuori, E. & Gissler, M. 2012. *Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain 2010–2011* [verkkójulkaisu]. Tilastoraportti. THL Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 19.8.2013]. Saatavissa:

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103098/Tr27_12.pdf?sequence=1.

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

Väyrynen, P. 2009. Raskauden ajan muutokset. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) *Kätilötyö*. Tampere: Edita, 174–181.

Wong, V. W. & Jalaludin, B. 2011. Gestational diabetes mellitus: Who requires insulin therapy? *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 51, 432–436.

PALAVERIMUISTIO

Aika 29.5.2012 klo 15.30
Paikka Kuopion yliopistollinen sairaala/Äitiyspoliklinikka 3301

Läsnä Breu Laura, opiskelija
Kurvinen Monna, opiskelija
Mikander Jonna, opiskelija
Vartiainen Kaisa, opiskelija
Mikkonen Seija, diabeteshoitaja
Väätäinen Mari, diabeteshoitaja
Äitiyspoliklinikan osastonhoitaja
Äitiyspoliklinikan opiskelijavastaava

Laatija Breu Laura, opiskelija
Mikander Jonna, opiskelija

Ensimmäinen tapaaminen toimeksiantajan kanssa / Kehittämistyön idean tarkentaminen

Tapaamisessa esiteltiin kehittämistyön suunnitelmaa. Kehittämistyön aiheesta ja toteutustavoista keskusteltiin. Äitiyspoliklinikan henkilökunta osoitti kiinnostusta aiheeseen. Henkilökunta kertoi, että äitiyspoliklinikalle tulevat raskausdiabeetikot ovat raskaudessaan jo niin pitkällä, että he eivät välttämättä hyödy tarjotusta ohjauksesta. Kehittämistyön suunnitelmaa luvattiin miettiä uudelleen ja muuttaa äitiyspoliklinikan asiakkaita parhaiten palvelevaksi.

PALAVERIMUISTIO

| | |
|---------|---|
| Aika | 17.8.2012 klo 12:00 |
| Läsnä | Mikander Jonna, opiskelija Mikkonen Seija, diabeteshoitaja |
| Laatija | Breu Laura, opiskelija Mikander Jonna, opiskelija |

Puhelinkeskustelu toimeksiantajan kanssa

Yhteydenotossa äitiyspoliklinikalle kerrottiin muutetusta kehittämistyön suunnitelmasta. Suunnitelma esiteltiin lyhyesti puhelimitse. Kehittämistyössä korostuu ennaltaehkäisevä elintapaohjaus huomioiden raskausdiabeteksen sairastaneiden lisääntynyt riski sairastua myöhemmin tyyppiin 2 diabetekseen. Tällöin raskauden myöhemmässäkin vaiheessa ryhmään osallistuvat raskausdiabeetikot hyötyvät ohjauksesta. Puhelinkeskustelussa sovittiin, että opiskelijat työstävät kehittämistyön työsuunnitelmaa ja ovat yhteydessä äitiyspoliklinikan diabeteshoitajiin sähköpostitse työsuunnitelman valmistuttua.

PALAVERIMUISTIO

Aika 18.1.2013 klo 14.30
Paikka Kuopion yliopistollinen sairaala/Äitiyspoliklinikka 3301

Läsnä Breu Laura, opiskelija
Kurvinen Monna, opiskelija
Mikander Jonna, opiskelija
Vartiainen Kaisa, opiskelija
Mikkonen Seija, diabeteshoitaja
Väätäinen Mari, diabeteshoitaja

Laatija Breu Laura, opiskelija
Kurvinen Monna, opiskelija
Mikander Jonna, opiskelija

Tapaaminen toimeksiantajan kanssa / Toteutuksen suunnittelu

Tapaamisessa suunniteltiin kehittämistyön toteutusta. Opiskelijat esittelivät ryhmätapaamisten suunniteltua sisältöä. Äitiyspoliklinikan diabeteshoitajat antoivat kehitysideoita ryhmätapaamisia varten ja kommentoivat kirjallista tietoperustaa.

Ryhmätapaamisten ajankohdaksi sovittiin torstai 25.4. ja 2.5.2013 sekä kellonajaksi klo 17.30 alkaen. Ensimmäinen ryhmätapaaminen sovittiin pidettäväksi äitiyspoliklinikan tiloissa ja toinen tapaaminen joko äitiyspoliklinikan tiloissa tai Savonia-ammattikorkeakoulun liikuntasalissa. Opiskelijat varaavat liikuntasalin käyttöönsä.

Tapaamisessa keskusteltiin myös mainoksesta, jolla houkutellaan osallistujia ryhmään. Diabeteshoitajat ehdottivat, että mainokseen laitetaan viimeinen ilmoittautumisajankohta. Tapaamisten ryhmäkooksi sovittiin 15 henkilöä.

Sovittiin, että opiskelijat kuvaavat ravitsemusnäyttelyt, jotta äitiyspoliklinikan henkilökunta pystyy käyttämään ohjausmateriaalia hyödyksi jatkossa ohjauksessaan.

Hei Sinä, SAIRASTATKO RASKAUSDIABETESTA?



**Tunnistatko hiilihydraatit ja rasvan laadun ruokavalio-
si? Sisältyykö säännöllinen
liikunta odotusaikaasi?**

**Tule tutustumaan toisiin raskausdiabeetikoihin sekä
erilaisiin ravitsemustuotteisiin ja liikuntasuosituksiin
torstaina 25.4. ja 2.5.2013 klo 17.30–19.30 Kuopion yli-
opistollisen sairaalan äitiyspoliklinikalle.**

**Ryhmään osallistujille jaetaan
tutustumispasseja Kuopion LadyLinelle!**

**Ilmoittauduthan 12.4. mennessä sähköpostilla osoit-
teeseen: gdm.ryhma@gmail.com**

**Ryhmään mahtuu 15 ensimmäiseksi
ilmoittautunutta.**

TERVETULOA!

**Ryhmätapaamiset järjestetään Savonia-ammattikorkeakoulun kättilöopiskelijoiden opinnäyte-
työnä yhteistyössä Kuopion yliopistollisen sairaalan äitiyspoliklinikan kanssa.**

TAVOITEKESKUSTELU

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tilanne huonoimmillaan

Tilanne parhaillaan

- Asteikolla 1-10, missä kohdassa koet olevasi tällä hetkellä?
- Mitä olet jo tehnyt, että olet päässyt tähän asti?
- Mihin numeroon haluaisit päästä?
- Mistä huomaisit, että olet siirtynyt vaikka (1) yhden askeleen eteenpäin?
- Millaista hyötyä asian saavuttamisesta sinulle olisi?

| | | |
|----------------------------|---|---|
| Avoimet kysymykset | Mitä -kysymyksillä selvitetään faktoja: "Mitä sinulle kuuluu?" Miten -kysymyksillä tapahtumia, tunteita: "Miten päiväsi on lähtenyt käyntiin?" Miksi -kysymyksillä etsitään syytä: "Miksi sinun on vaikea nukahtaa illalla?" | Käytetään hankittaessa tietoa ja neipottamaan keskustelua (Miksi - kysymykset voidaan kokea uhkaavina, joten käytä niitä varoen) |
| Suljetut kysymykset | Ovat yleensä selkeitä kysymyksiä: "Onko...?" "Koskeeko...?" "Syötkö...?" | Käytetään haettaessa jotain yksittäistä ja tarkkaa tietoa tai haluttaessa rajoittaa vastauksen pituutta. |
| Rohkaisu | Palataan takaisin asiakkaan aikaisemmin esille tuomaan asiaan: "Kerroit aikaisemmin, että jonakin päivänä on parempi olla". | Rohkaistaan asiakasta työstämään yksityiskohtaisemmin hänen aikaisemmin esille nostamaansa asiaa. |
| Parafraasit | Palataan asiakkaan sanomaan toistamalla asiakkaan omat sanat: "...pyörryttää joskus?" "...harmittaa koko tilanne?" | Toimii keskustelun edistäjänä. Osoittaa kuuntelijan kiinnostuneisuutta ja auttaa kuuntelijaa varmistumaan siitä, että on ymmärtänyt oikein. |

Hyödyllisiä ravitsemukseen ja ruokavalioon liittyviä www-osoitteita

Kuitutesti

- Testaa päivittäinen saamasi kuidun määrä:
www.leipatiedotus.fi/testit/kuitutesti

Sokeritesti

- Testaa päivittäinen saamasi sokerin määrä:
www.leipatiedotus.fi/testit/sokeritesti

Suomen Sydänliitto

- Helppoja ja nopeita testejä antamaan tietoa omista elintavoistasi:
www.sydanliitto.fi/testit

Sydän-verkkolehti

- Suomen Sydänliitto ry:n ylläpitämä verkkolehti, josta löytyy monipuolisesti kevyempiä ja terveellisempiä ruokaohjeita:
www.sydan.fi/ruokaohjeet

PALAUTELMAKE / RAVITSEMUSOHJAUS 25.4.2013

1. Mitä onnistunutta ohjauksessa oli?

2. Mitä kehitettävää?

3. Ohjaajien toiminta (voimavaralähtöisyys, luontevuus, perustelu, looginen eteneminen jne.)?

4. Tapaamiskertojen sisältö (menetelmän sopivuus, kattavuus, ohjausta tukeva materiaali, ajan riittävyys jne.)?

5. Muuta kommentoitavaa?

KIITOS PALAUTTEESTA! 😊

PALAUTELOMAKE / LIIKUNTAOHJAUS 2.5.2013

1. Mitä onnistunutta ohjauksessa oli?

2. Mitä kehitettävää?

3. Ohjaajien toiminta (voimavara-lähtöisyys, luontevuus, perustelu, looginen eteneminen jne.)?

4. Tapaamiskertojen sisältö (menetelmän sopivuus, kattavuus, ohjausta tukeva materiaali, ajan riittävyys jne.)?

5. Muuta kommentoitavaa?

KIITOS PALAUTTEESTA JA YHTEISTYÖSTÄ! 😊

Taulukko I. Kehittämistyössä käytetyt keskeiset tutkimukset.

| Tekijät, julkaisun nimi ja julkaisuajankohta | Tutkimusaihe ja -menetelmä | Kohderyhmä ja aineistonkeruu | Keskeiset tulokset |
|--|---|---|--|
| Alwan, N., Tuffnell, D. J. & West, J. 2009. <i>Treatments for gestational diabetes</i> . London: The Cochrane Collaboration. | Vertaillaan raskausdiabeteksen hoitokäytänteiden vaikutusta äitiin ja syntyvään lapseen. Määrällinen tutkimus. | 1418 raskausdiabeetikkoa, jotka valittiin kahdeksalla satunnaistetulla otannalla. Aineisto kerättiin Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register -tietokannasta. | Raskausdiabeteksen intensiivinen hoito, ruokavaliohoito ja insuliinihoito, vähentävät perinataalikomplikaatioita ja riskiä synnyttää yli 4000 g painava sikiö. |
| Dove, A., Morrison, N., Reimer, D. & Wice, S. 2009. Group-Based Diabetes Education: Impact on indicators of health outcomes, access and satisfaction over 24 months. <i>Canadian Journal of Diabetes</i> 4, 354–362. | Arvioidaan ryhmämuotoisen diabetesohjauksen vaikutuksia yksilötasolla tyyppin 2 diabeetikoilla. Määrällinen tutkimus. | 244 yli 18-vuotiasta tyyppin 2 diabeetikkoa, joista 60 oli juuri saanut diagnoosin ja 184 aiemmin diagnosoitu. Tutkittavien asiakastytyväisyyttä ryhmätapaamisiin selvitettiin kyselylomakkeella. Tutkitaville tehtiin terveysmittauksia 12 ja 24 kuukauden kohdalla. | Ryhmäohjaus voi olla tehokas hoitokäytäntö äskettäin ja aiemmin tyyppin 2 diabetekseen sairastuneille. Pitkäkestoinen ohjaus on tärkeää. |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>Hui, A. L., Ludwig, S. M., Gardiner, P., Sevenhuysen, G., Murray, R., Morris, M. & Shen, G. X. 2006. Community-based exercise and dietary intervention during pregnancy: a pilot study. <i>Canadian Journal of Diabetes</i> 2, 169–175.</p> | <p>Selvitetään liikunta- ja ruokavalio-ohjauksen hyödyllisyyttä raskaana olevilla lihavuuden ja diabeteksen ehkäisyssä. Määrällinen tutkimus.</p> | <p>52 raskaana olevaa, joilla ei ollut diagnosoitua diabetesta. Fyysistä aktiivisuutta ja ruokailutottumuksia selvitettiin kyselylomakkeella ohjelman alussa ja viimeisen raskauskolmanneksen loppulla. Raskaana oleville tehtiin myös terveystarkastuksia. Synnytyksen jälkeen tieto synnytystavasta, synnytystoimenpiteistä, gestatiivisesta ja lapsen syntymäpainosta saatiin potilastiedoista.</p> | <p>Liikunta- ja ruokavalio-ohjauksella voidaan vähentää äidin runsasta painonnousua raskausaikana, raskausdiabeteksen esiintyvyyttä, sikiön makrosomiaa ja siihen liittyviä synnytystoimenpiteitä.</p> |
| <p>Lindmark, A., Smide, B. & Leksell, J. 2010. Perception of healthy lifestyle information in women with gestational diabetes: a pilot study before and after delivery. <i>European Diabetes Nursing</i> 1, 16–20.</p> | <p>Selvitetään, kuinka raskausdiabeetikot saavat tietoa sairaudestaan raskausaikana ja miten he kokevat terveydenhuollon tarjoaman avun. Laadullinen tutkimus.</p> | <p>Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselyllä, johon vastasi kymmenen naista.</p> | <p>Kirjallista tietoa raskausdiabeteksestä annettiin liian vähän. Raskauden jälkeinen hoito koettiin hyväksi. Raskausdiabeetikoille tulee tarjota mahdollisimman paljon apua terveydenhuollon ammattilaisilta ja tarjota mahdollisuutta vertaistukeen ryhmätapaamisten muodossa.</p> |

| | | | |
|---|---|---|--|
| <p>Persson, M., Winkvist, A. & Mogren, I. 2010. From stun to gradual balance'– women's experiences of living with gestational diabetes mellitus. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> 3, 454–462.</p> | <p>Selvitetään raskausdiabeetikkojen kokemuksia raskausdiabeteksestä ja sairautteen sopeutumisesta. Laadullinen tutkimus.</p> | <p>10 ruotsalaista raskausdiabeetikkoa. Tutkittavia haastateltiin vuosina 1998–2000 ja 2006.</p> | <p>Raskausdiabetesdiagnoosin tuomista haasteista, hankaluuksista ja muutoksista huolimatta äidit ovat valmiita omaksumaan uudet elintavat ja tasapainottamaan elämänsä saavuttaakseen parhaan mahdollisen terveydentilan itselleen ja syntyvälle lapselleen.</p> |
| <p>Pirkola, J. 2010. <i>Gestational diabetes long-term, metabolic consequences for the mother and child</i>. University of Oulu. Department of Obstetrics and Gynecology, Department of Paediatrics. Academic dissertation.</p> | <p>Tarkastellaan raskausdiabeteksen ja ylipainon aiheuttamia riskejä. Arvioidaan raskausdiabeteksen, ylipainon ja metabolisen oireyhtymän esiintyvyyttä. Määrällinen tutkimus.</p> | <p>21 tyypin 1 diabeetikkoäitiä, 25 raskausdiabeetikkoa ja 25 tervettä äitiä. Aineisto kerättiin neuvoloista ja sairaaloista.</p> | <p>Runsas ylipaino ennen raskautta ja raskausdiabetes lisäävät riskiä lapsen ylipainoon. Ylipainon ennaltaehkäisy ja välttäminen on tärkeää äidin ja lapsenmetabolisten tautien ennaltaehkäisyssä.</p> |
| <p>Suhonen, L. 2009. <i>Glycemic Control in Diabetic Pregnancies: Effects on Fetal and Maternal Outcome</i>. University of Helsinki. Department of Obstetrics and Gynecology. Academic dissertation.</p> | <p>Tutkitaan makrosomian ja hermopunosvaurion esiintyvyyttä raskausdiabeetikoiden sikiöillä. Lisäksi selvitetään hypertensiivisten raskauskomplikaatioiden ilmaantumista raskausdiabeetikoilla. Määrällinen tutkimus.</p> | <p>986 raskausdiabeetikkoa, joilla oli kaksi tai kolme poikkeavaa arvoa glukoosirasituskoeksessa ja 203, joilla oli yksi poikkeava arvo. Tutkittavien ryhmä koottiin Helsingin yliopistolisessa sairaalassa vuosina 1987–1988 ja 1988–1997 synnyttäneistä naisista.</p> | <p>Sikiön makrosomiaa, synnytysvaurioita ja tarvetta sektioon esiintyy eniten äideillä, joilla on ollut insuliinihoitoinen raskausdiabetes. Raskausdiabeetikoilla on kohonnut riski preeklampsiaan ja raskauden aikaiseen hypertensioon.</p> |

| | | | |
|--|---|---|---|
| <p>Symons Downs, D. & Ulbrecht, J. S. 2006. Understanding exercise beliefs and behaviors in women with gestational diabetes mellitus. <i>Diabetes Care</i> 2, 236–240.</p> | <p>Tutkitaan raskausdiabeteksen sairastaneiden äitien liikuntaan liittyviä uskomuksia ja heidän liikuntatottumuksia. Laadullinen tutkimus.</p> | <p>28 raskausdiabeetikkoa. Tiedot kerättiin postikyselyllä.</p> | <p>Raskausaikana liikunnan tärkein terveysvaikutus on veren glukoositasapainon säätely ja raskauden jälkeinen painon kontrollointi.</p> |
| <p>Teramo, K., Suhonen, L. & Hiilesmaa, V. 2007. Sikiön makrosomia raskausdiabeetikoilla ja terveillä. <i>Suomen Lääkärilehti</i> 6, 507–511.</p> | <p>Selvitetään makrosomian ja Erbin pareesin esiintymistä raskausdiabeetikoilla. Määrällinen tutkimus.</p> | <p>Aineisto koostui vuosina 1988–1997 yhden lapsen synnyttäneistä raskausdiabeetikoista, joilla oli kaksi tai kolme patologista arvoa glukoosirasituskokeessa.</p> | <p>Molempien raskausdiabeetikko-ryhmien lasten syntymäpainot erosivat verrokki-ryhmän syntymäpainoista. Raskausdiabeetikkojen lapsilla esiintyi merkittävän paljon enemmän Erbin pareesia.</p> |
| <p>Tulokas, S., Luukkaiola, T. & Uotila, J. 2011. Verensokerin omaseuranta raskausdiabeteksessä vähentää sikiön makrosomian riskiä. <i>Suomen Lääkärilehti</i> 12, 995–1000.</p> | <p>Tutkitaan, voiko veren glukoosipitoisuuden omaseurannalla tehostaa raskausdiabeteksen hoitoa myös ruokavaliohoitoisilla raskausdiabeetikoilla. Määrällinen tutkimus.</p> | <p>162 raskausdiabeetikkoa. Veren glukoosipitoisuuden omaseuranta toteutettiin koko raskauden ajan. Hoidon tehoa mitattiin vastasyntyneen syntymäpainolla ja makrosomian esiintyvyydellä.</p> | <p>Raskausdiabeetikoiden hoitoa voidaan tehostaa veren glukoosipitoisuuden omaseurannalla. Omaseurannan avulla voidaan tunnistaa paremmin insuliinihoitoa tarvitsevat raskausdiabeetikot ja siten pienentää makrosomian riskiä.</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>Wong, V. W. & Jalaludin, B. 2011. Gestational diabetes mellitus: Who requires insulin therapy? <i>Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology</i> 51, 432–436.</p> | <p>Etsitään tekijöitä, jotka ennustavat raskausdiabeetikon ruokavaliohoidon epäonnistumista ja insuliinihoidon tarvetta. Määrällinen tutkimus.</p> | <p>612 raskausdiabeetikkoa, jotka synnyttivät vuosien 2007–2009 välillä Liverpoolin sairaalassa, Australiassa.</p> | <p>Raskausdiabeetikon BMI, raskausdiabetesdiagnosin aika suhteessa raskauden keston sekä paastoarvo ja kahden tunnin arvo glukosirasituskoeksessa ovat yksittäisiä insuliinihoidon tarvetta ennustavia tekijöitä. Insuliinihoitoisten raskausdiabeetikoiden sikiöt ovat syntymäpainoltaan kookkaampia kuin ruokavaliohoitoisten raskausdiabeetikoiden sikiöt.</p> |
|--|--|--|---|

