

Elli-Maija Kokko & Anni Halonen

ELÄMÄ RASKAUSDIABETEKSEN JÄLKEEN

Motivoiva ohjelehtinen raskausdiabeteksen sairastaneille naisille

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma


Huhtikuu 2014




MAMK

University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

	Opinnäytetyön päivämäärä 15.4.2014				
Tekijä(t) Anni Halonen & Elli-Maija Kokko	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoitaja				
Nimeke Elämä raskausdiabeteksen jälkeen. Motivoiva ohjelehtinen raskausdiabeteksen sairastaneille naisille.					
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ohjelehtinen raskausdiabeteksen sairastaneille synnyttäneille naisille imetyksen jälkeen Juvan neuvolaa varten. Sen tavoitteena on lisätä naisten tietoisuutta tavoista, joilla riskiä tyyppin 2 diabeteksen puhkeamiseen voidaan vähentää ja ehkäistä sekä saada naiset motivoitumaan terveellisimpiin elämäntapoihin. Ohjelehtinen on tarkoitettu ohjauksen tueksi sekä jaettavaksi jälkitarkastuksessa.</p> <p>Viime vuosina raskausdiabeetikkojen määrä on Suomessa lisääntynyt. Vuonna 2011 glukoosirasituskokeen tulos oli poikkeava 12,5 prosentilla synnyttäjistä. Suomessa noin 50 prosentilla raskaana olevista naisista on raskausdiabeteksen riskitekijöitä ja sairaus ilmaantuu yleensä ensimmäisen raskauden aikana sekä uusiutuu helposti. Noin joka kolmas odottava nainen sairastuu siihen uudestaan. Uudelleen sairastumisen riskiä on mahdollista ennaltaehkäistä jo ennen seuraavaa raskautta välttämällä lihomista ja liikapainoa, syömällä terveellisesti ja lisäämällä liikuntaa. Raskausdiabeteksen sairastaneilla on myös suurentunut riski sairastua tyyppin 2 diabetekseen myöhemmin seuraavien 10–15 vuoden aikana.</p> <p>Kirjallinen ohje tukee suullista ohjausta. Ohjelehtisen ensisijainen tavoite on potilaan terveyttä edistävä ohjaus ja riittävän tiedon saannin turvaaminen. Asiakas saa parhaan mahdollisen hyödyn, kun kirjallinen ohje vastaa hänen tarpeitaan. Naisille, joilla on todettu raskausdiabetes, tulisi tarjota neuvontaa ja ohjausta elämäntapoihin liittyen sisältäen tietoa painonhallinnasta, ruokavaliosta ja liikunnasta.</p> <p>Opinnäytetyön teoriaosuus perustuu tutkittuun ja ajantasaiseen teorian tietoon, jonka pohjalta kehitimme tuotekehitysprosessin kautta ohjelehtisen. Ohjelehtisen teossa huomioimme toimeksiantajan toiveet, ja ohjelehtinen on tehty hyvän potilasoppaan kriteerien pohjalta.</p>					
Asiasanat (avainsanat) raskausdiabetes, ruokavalio, liikunta, painonhallinta, tyyppin 2 diabeteksen ehkäisy					
Sivumäärä 32 + liitteet	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Kieli</td> <td style="width: 33%;">URN</td> </tr> <tr> <td>suomi</td> <td></td> </tr> </table>	Kieli	URN	suomi	
Kieli	URN				
suomi					
Huomautus (huomautukset liitteistä)					
Ohjaavan opettajan nimi Tiina Lybeck	Opinnäytetyön toimeksiantaja Juvan terveystieteiden keskus, äitiysneuvola				

DESCRIPTION

		Date of the bachelor's thesis
Author(s)		Degree programme and option
Anni Halonen & Elli-Maija Kokko		Degree programme in nursing
Name of the bachelor's thesis		
Life after gestational diabetes. A motivating leaflet for women with history of gestational diabetes.		
Abstract		
<p>The purpose of our thesis was to produce a leaflet for the maternity clinic at Juva Health center to be distributed to women who have suffered from gestational diabetes. The leaflet is directed to women who have had an episode of gestational diabetes during their pregnancy. The purpose of the leaflet is to increase women's awareness of the means to reduce the risk of type 2 diabetes and motivate women to lead healthier lifestyles. The leaflet will be used as an aid in treatment and the nursing staff can give it to the patients alongside with preventative nursing.</p> <p>The number of women contracting gestational diabetes has increased in Finland during the past few years. In year 2011 the result of oral glucose tolerance test was distinct in 12.5 percent of pregnant women. In Finland, about 50 percent of pregnant women possess the risk factors of gestational diabetes and the condition appears usually during their first pregnancy and it will relapse easily. Roughly one-third of pregnant women will contract again. Avoidance of weight gain and obesity, healthier eating and increased exercising are ways to reduce the risk of a renewed episode of gestational diabetes before the next pregnancy. Women with a history of gestational diabetes have also an increased risk of getting type 2 diabetes later in their life within the next 10-15 years.</p> <p>A written guide supports and completes the spoken instruction. The primary goal is to give preventative guidance and make sure that the patient will get all the information she needs. The customer gets the best possible benefit when the written leaflet is tailored for her needs. Women with diagnosed gestational diabetes should be given advice and guidance about healthy lifestyle involving information about weight control, nutrition and exercise.</p> <p>Our thesis includes a theory part which is based on current research information, forming the basis for the leaflet which was made using the product development process. The leaflet was written by taking into account the wishes of the commissioner of our thesis and in accordance with the criteria of a good patient guide book.</p>		
Subject headings, (keywords)		
gestational diabetes, nutrition, exercise, weight gain, preventing type 2 diabetes		
Pages	Language	URN
32 + appendices	Finnish	
Remarks, notes on appendices		
Tutor		Bachelor's thesis assigned by
Tiina Lybeck		Juva health center, maternity clinic

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS.....	1
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	2
4	RASKAUSDIABETES	2
4.1	Raskausdiabeteksen riskitekijät ja ennaltaehkäisy	2
4.2	Raskausdiabeteksen toteaminen	3
4.3	Raskausdiabeetikon seurannat synnytyksen jälkeen	4
5	RASKAUSDIABETESTÄ SAIRASTANEEN ELÄMÄNTAPAOHJAUS SYNNYTYKSEN JÄLKEEN.....	6
5.1	Ravitsemus.....	6
5.2	Liikunta ja painonhallinta	12
5.3	Motivoiva ohjaus	14
6	KIRJALLINEN OHJELEHTINEN OSANA ASIAKKAAN OHJAUSTA	15
7	TUOTEKEHITYSPROSESSI	17
7.1	Ongelmien ja kehittämistarpeiden tunnistaminen	17
7.2	Ideointivaihe	18
7.3	Luonnosteluvaihe.....	18
7.4	Kehittelyvaihe	20
7.5	Viimeistelyvaihe	21
8	POHDINTA	22
	LIITTEET	
	1 Kirjallisuuskatsaus	
	2 Ohjelehtinen	

1 JOHDANTO

Viime vuosina raskausdiabeetikkojen määrä on Suomessa lisääntynyt. Vuonna 2011 glukoosirasituskokeen tulos oli poikkeava 12,5 prosentilla synnyttäjistä. (Käypä hoito 2013.) Suomessa noin 50 prosentilla raskaana olevista naisista on raskausdiabeteksen riskitekijöitä (Ilanne-Parikka ym. 2011, 389). Raskausdiabetes ilmaantuu yleensä ensimmäisen raskauden aikana, ja se uusiutuu helposti, sillä noin joka kolmas odottava nainen sairastuu siihen uudestaan. Uudelleen sairastumisen riskiä on mahdollista ennaltaehkäistä jo ennen seuraavaa raskautta välttämällä lihomista ja liikapainoa, syömällä terveellisesti ja lisäämällä liikuntaa. (Käypä hoito 2013.) Raskausdiabeteksen sairastaneilla on myös suurentunut riski sairastua tyypin 2 diabetekseen myöhemmin seuraavien 10–15 vuoden aikana (Tiitinen 2013). Naisille, joilla on todettu raskausdiabetes, tulisi tarjota neuvontaa ja ohjausta elämäntapoihin liittyen. Ohjaus sisältää tietoa painonhallinnasta, ruokavaliosta ja liikunnasta. (NICE 2008).

Pohdimme eri vaihtoehtoja toimeksiantajista opinnäytetyölle ja päädyimme kysymään Juvan neuvolasta, olisiko heillä aihetta. Neuvolasta ilmeni tarve ohjelehtiselle, jonka avulla raskausdiabeteksen sairastaneita naisia saataisiin motivoitumaan terveellisimpiin elämäntapoihin. Ohjelehtinen on suunnattu naisille, jotka ovat sairastaneet raskausdiabeteksen. Ohjelehtisen teossa hyödynnettiin jatkotutkimusaiheita, jotka olivat ilmenneet aikaisemmin tehdyissä opinnäytetöissä. Opinnäytetyössä on huomioitu hyvän potilasoppaan laatukriteerit. Aiheeseen päädyimme neuvolan tarpeen ja aiheen kiinnostavuuden kautta. Alusta asti meille oli selvää, että käytimme tuotekehitysprosessia, sillä opinnäytetyömme tarkoitus oli tuottaa konkreettinen ohje neuvolaan jaettavaksi.

2 TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS

Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimii Juvan terveyskeskuksen neuvola. Äitiysneuvolassa työskentelee kaksi terveydenhoitajaa ja osa-aikainen lääkäri. Terveydenhoitaja ja lääkäri toimivat neuvolassa työparina. Juvalla on vuosittain noin 50 synnyttäjää.

Äitiysneuvolapalveluihin ovat oikeutettuja raskaana olevat naiset, ja neuvolatoimintaan sisältyy mm. raskaana olevan ja synnyttäneen naisen terveyden seuranta ja edis-

täminen sekä sikiön terveen kasvun ja kehityksen seuraaminen. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2013.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä motivoiva ohjeellinen raskausdiabeteksen jälkihoidosta ja siihen liittyvistä seurannoista raskausdiabeteksen sairastaneille naisille. Ohjeellinen toimii jälkihoidossa ohjauksen tukena. Ohjeellisten tavoitteena on lisätä naisten tietoisuutta tavoista, joilla riskiä tyypin 2 diabeteksen puhkeamiseen voidaan vähentää ja ehkäistä sekä saada naiset motivoitumaan terveellisimpiin elämäntapoihin.

4 RASKAUSDIABETES

Raskausdiabeteksellä eli gestatiidiabeteksellä tarkoitetaan poikkeavaa sokeriaineenvaihduntaa (Rintala ym. 2008, 149). Odotusaikana raskaushormonien määrä lisääntyy veressä, minkä vuoksi insuliinin teho alkaa heikentyä toisen raskauskolmanneksen eli viikkojen 14 - 28 aikana. Insuliini erittyy haimasta, ja se säätelee veren sokeripitoisuutta. Insuliinin tehtävänä on kuljettaa ravinnosta saatu sokeri verestä kudoksiin. Haima pystyy yleensä valmistamaan insuliinia elimistön tarpeen mukaan lisää, jolloin veren sokeripitoisuus ei pääse nousemaan liian korkeaksi. Mikäli insuliinin määrä ei lisäännä tarpeen mukaisesti, veren sokeripitoisuus kohoaa. Tätä tilaa kutsutaan raskausdiabetekseksi. (Diabetesliitto 2013.)

4.1 Raskausdiabeteksen riskitekijät ja ennaltaehkäisy

Raskausdiabeteksen riskitekijä on äidin ylipaino - BMI on yli 25 ennen raskautta (Tiitinen 2012). BMI:llä tarkoitetaan painoindeksiä, joka saadaan suhteuttamalla paino pituuteen. Normaalin painoindeksin raja-arvot ovat välillä 18,5 - 25. Painoindeksi on hyvä painon mittari, koska se kuvastaa hyvin rasvakudoksen määrää. Virhelähteitä painoindeksin laskemisessa voivat olla esimerkiksi isot lihakset ja nesteen kertyminen elimistöön. (Mustajoki 2012.)

Munasarjojen monirakkulaoireyhtymä eli PCOS on raskausdiabeteksen riskitekijä ja myös yksi tavallisimpia naisten hormonihäiriöitä. Monirakkulaoireyhtymää esiintyy 5

- 10 prosentilla naisista. Oireyhtymä voi aiheuttaa kuukautisten epäsäännöllisyyttä, kuukautisten poisjäämistä, pitkittyneitä vuotoja ja lapsettomuutta. Naisilla liikakarvoitus tai akne on myös tavallisia oireyhtymän oireita. (Tiitinen 2013b.)

Lisäksi raskausdiabetekselle altistaa aiemmin syntynyt yli 4500 gramman painoinen lapsi ja sikiön makrosomia (Käypä hoito 2013). Makrosomialla tarkoitetaan sikiön suurikokoisuutta eli sitä, että sikiön syntymäpaino täysiaikaisena on yli 4,5 kiloa. Makrosomian toteaminen perustuu kliiniseen ja kaikututkimukseen. Kliinisellä tutkimuksella seurataan kohdun kasvua ja kokoa raskausviikkoihin nähden. Kaikututkimuksella arvioidaan sikiön painoa. Raskausdiabetekselle altistaa myös yli 40 vuoden ikä tai aiemmassa raskaudessa todettu raskausdiabetes (Tiitinen 2013a; Käypä hoito 2013.)

Raskauden aikana raskausdiabeteksen riskiä voidaan pienentää interventiolla, joka pidetään mahdollisimman varhain riskiryhmässä oleville. Interventio tarkoittaa ohjaustilannetta, jolla pyritään vaikuttamaan yksilön tai ryhmän terveydentilaan ja käyttäytymiseen (Kansanterveyslaitos 2007, 4). Intervention avulla pyritään parantamaan ruokavaliota, lisäämään liikuntaa tai ylläpitämään jo opittuja liikuntatapoja sekä välttämään painonnousua. (Käypähoito 2013).

4.2 Raskausdiabeteksen toteaminen

Raskausdiabeteksen toteaminen on tärkeää, jotta löydetään ne äidit, jotka tarvitsevat insuliinihoitoa. Raskausdiabetes todetaan kahden tunnin glukoosi- eli sokerirasituskokeella, ja pääsääntönä pidetään, että se tehdään kaikille raskaana oleville naisille, jotka kuuluvat riskiryhmiin. Suomessa glukoosirasituskoe tehdään yleensä raskausviikoilla 24.- 28. Mikäli edellisessä raskaudessa on todettu raskausdiabetes, äiti on ylipainoinen, BMI on yli 30 tai äidillä on vahva sukurasite tyypin 2 diabeteksen suhteen, tulisi glukoosirasituskoe tehdä jo alkuraskaudesta. Tällöin glukoosirasituskoe tehdään viikoilla 12.–16. Glukoosirasituskokeen tekeminen on erittäin tärkeää, koska sen avulla saadaan tietoa mahdollisen raskausdiabeteksen vaikeusasteesta. (Käypä hoito 2013; Ilanne-Parikka ym. 2011, 389.)

Glukoosirasituskoe tehdään 12 tunnin paaston jälkeen. Rasituskokeessa juodaan 75 grammaa glukoosia sisältävä liuos. Edeltävinä päivinä ennen koetta äidin tulisi nauttia

runsaasti kuitupitoista, hiilihydraatteja sisältävää ravintoa. Glukoosirasituskoeksessa verensokeri mitataan ensin ennen sokeriliuoksen nauttimista ja sen jälkeen yhden ja kahden tunnin kuluttua. (Ilanne-Parikka ym. 2011, 389.) Glukoosirasituskoetta ei tarvitse tehdä, kun kyseessä on alle 25-vuotias normaalipainoinen ensisynnyttäjä, jonka lähisuvussa ei esiinny tyypin 2 diabetesta. Glukoosirasituskoetta ei tarvitse myöskään tehdä alle 40-vuotiaalle normaalipainoiselle uudelleensynnyttäjälle, jolla ei ole aiemmin todettu raskausdiabetesta eikä sikiön makrosomiaa. (Käypä hoito 2013.) Glukoosirasituskoe ei ole vaarallinen sikiölle, vaikka paastoverensokeri olisikin koholla (Ilanne-Parikka ym. 2011, 389).

Raskausdiabeteksen diagnostisiksi raja-arvoiksi suositellaan paastoarvoa yli 5,3 mmol/l, yhden tunnin arvoa yli 10,0 mmol/l ja kahden tunnin arvoa yli 8,6 mmol/l. Mikäli yksikin kolmesta raja-arvosta on poikkeava, kyseessä on raskausdiabetes. (Käypä hoito 2013.)

4.3 Raskausdiabeetikon seurannat synnytyksen jälkeen

Yleensä verensokeritaso normalisoituu lapsen synnyttyä, glukoosirasituskoe uusitaan kuitenkin kaikille raskausdiabetesta sairastaneille synnytyksen jälkeen (Rintala ym. 2008, 152). Glukoosirasituskoe suoritetaan neuvolassa tai terveystieteiden keskuksessa. Insuliinilla hoidetuille glukoosirasituskoe tehdään 6 - 12 viikon kuluttua synnytyksestä, muille raskausdiabeetikoille se tehdään vuoden kuluttua synnytyksestä. Mikäli yksikin arvo on poikkeava (paastoarvo yli 6,1 mmol/l tai kahden tunnin arvo yli 7,8 mmol/l), ohjataan äiti jatkoseurantaan avoterveydenhuollon lääkärille. Glukoosirasituskokeen tuloksen ollessa normaali koe uusitaan kolmen vuoden välein. Jos tulos on suurentunut, seuranta tapahtuu vuoden välein. (Käypä hoito 2013; Hyytinen ym. 2009, 72–73.)

Glukoosirasituskokeen uusiminen on tärkeää, koska osalla raskausdiabeetikoista soke-rinsietokyky heikentyy pysyvästi. Raskausdiabetes altistaa riskille sairastua tyypin 2 diabetekseen. (Suomen diabetesliitto 2011, 22). Jos glukoosirasituskokeessa, joka on tehty raskauden aikana, on ollut kaksi tai kolme poikkeavaa arvoa, on sairastumisriski kakkostyypin diabetekseen jopa 40–60 prosenttia seuraavan 10 - 15 vuoden aikana. (Tiitinen 2012.) Raskausdiabeetikoista sairastuu myöhemmin tyypin 1 diabetekseen noin 5-10 prosenttia (Ilanne-Parikka ym. 2011, 390). Suurentuneen riskin vuoksi jatkossa seurataan äidin painoa, vyötärön ympärysmittaa, veren lipidipi- eli rasva-arvoja

ja verenpainetta 1 - 3 vuoden välein sekä samalla annetaan elämäntapaohjausta. (Käypä hoito 2013; Hyytinen ym. 2009, 72–73.)

Vyötärön ympärysmittaa ja painoindeksiä seuraamalla voidaan tarkkailla viskeraalirasvan osuutta kehosta. Viskeraaliseksi eli sisäelinrasvaksi kutsutaan rasvaa, joka kertyy vatsaontelon sisään suolten ja sisäelinten väliin sekä maksan sisälle. Vatsaonteloon ja sisäelinten väliin kertynyt liikarasva aiheuttaa monia sairauksia, esimerkiksi tyypin 2 diabetesta ja kohonnutta verenpainetta, minkä vuoksi se on tärkeää tunnistaa. Viskeraalisen rasvan kerääntymiseen vatsaonteloon vaikuttavat perimä ja elintavat, esimerkiksi tupakointi, runsas alkoholin käyttö ja vähäinen liikunta. Liikunnan ja laihduttamisen avulla voidaan vähentää viskeraalisen rasvan määrää. (Diabetes 2014; Mustajoki 2012.)

Rasva-aineenvaihdunnan selvittämiseksi ei yksinään riitä veren kolesterolin määrittäminen. Seurannoissa tulee lisäksi selvittää veren kolesterolin kokonaismäärä, HDL- eli hyvä kolesteroli, LDL- eli huono kolesteroli ja triglyseridi eli veren rasvaisuus. Raskausdiabeteksen sairastaneella LDL-kolesterolin tavoitetaso on alle 2,5 mmol/l ja HDL-kolesterolin tavoitetaso on yli 1,1 mmol/l. Mitä suurempi HDL-kolesteroliarvo on, sitä parempi se on. Kokonaiskolesterolin tulisi olla alle 4,5 mmol/l. Veren rasvaisuuden eli triglyseridiarvojen tulee olla alle 1,7. (Ilanne-Parikka ym. 2011, 92.)

Verenpaine mitataan jokaisen vastaanoton yhteydessä. Koholla oleva verenpaine on syytä kontrolloida kotimittauksilla. Verenpaineet kontrolloidaan kotona vähintään neljällä kaksoismittauksella. Verenpaineen hyvä tavoitetaso on 130/80 elohopeamillimetriä tai alle. (Ilanne-Parikka ym. 2011, 92, 93; Suomen Diabetesliitto 2013.)

Seurantatutkimusten avulla pyritään ehkäisemään raskausdiabeteksen uusiutumista ja tyypin 2 diabeteksen sekä valtimotaudin kehittymistä. Lisäksi seurantatutkimusten avulla kartoitetaan metabolista oireyhtymää sairastavat henkilöt, jotta heidät voidaan ohjata hoitoon. Ylipainoisilla on tavoitteena 5 - 10 prosentin pysyvä painon pudotus. (Käypä hoito 2013; Hyytinen ym. 2009, 72–73.)

5 RASKAUSDIABETESTÄ SAIRASTANEEN ELÄMÄNTAPAOHJAUS SYNNYTYKSEN JÄLKEEN

Tekemämme kirjallisuuskatsauksen (liite 1) kautta tarkastelluissa aikaisemmissa tutkimuksissa ilmeni asioita, joita raskausdiabeetikot toivoivat hoidonohjauksessa. Opin näytetyössä keskityimme kyseisiin toiveisiin, ja niiden kautta kokoamme yhteen tärkeimmät asiat, joista raskausdiabetesta sairastavat naiset hyötyisivät synnytyksen jälkeen siten, että tavoitteena olisi pienentää myöhempien sairauksien riskiä.

Raskausdiabeetikoiden hoidonohjauksessa keskeisimpänä toiveina ovat hoidon yksilöllisyys, asiakkaiden senhetkisen elämäntilanteen huomiointi ja se, kuinka he suhtautuvat sairauteensa. Lisäksi jokaiselle asiakkaalle tulisi asettaa selkeät henkilökohtaiset hoidon tavoitteet hoitomyönteisyyden ja motivaation säilyttämiseksi. Kirjallisuuskatsauksessa ilmeni, että raskausdiabetesta sairastavat kokivat saaneensa liian vähän ohjausta ja tarvitsisivat sitä lisää liittyen kokonaisvaltaisesti elämäntapoihin ja niiden merkitykseen raskausdiabeteksessa. Toiveena oli saada lisätietoa liikunnan ja ravitsemuksen merkityksestä sekä raskausdiabeteksen vaikutuksesta vauvaan. Lisäksi tietoa kaivattiin ylipäätään raskausdiabeteksesta, siihen vaikuttavista tekijöistä ja sairastuneiden mahdollisuuksista itse vaikuttaa omaan terveyteensä sekä sairauden ennaltaehkäisyyn. (Halkoaho & Kavilo 2007; Alatalo & Riihelä 2011; Mäkelä 2011; Hassan 2013; Aalto & Kangasoja 2010.)

Raskausdiabetes voi ilmetä raskaudenaikaisesta elämäntapaohjauksesta huolimatta (Luoto 2013). Kuitenkin ylipainoisten raskausdiabetesta sairastaneiden riskiä sairastua tyyppin 2 diabetekseen voi ehkäistä laihduttamalla lähelle normaalipainoa. Riski pienee tällöin 50 prosenttia. Laihduttaminen, terveellinen ruokavalio, kovien rasvojen käytön vähentäminen sekä säännöllisen liikunnan harrastaminen ovat hyviä keinoja, joilla on ennaltaehkäisevä vaikutus sairastumiseen. (Ilanne-Parikka ym. 2011, 390.)

5.1 Ravitseminen

Terveellinen ja monipuolinen ruoka sekä liikunta ovat tärkeitä raskausdiabetesta sairastaneen äidin hyvinvoinnin kannalta (Tampereen yliopistollinen keskussairaala 2014). Keskeisintä hyvän ravitsemuksen saavuttamiseksi on monipuolinen ruokavalio,

säännöllinen ateriarhythmi ja energiantarvetta vastaava ruokamäärä. Monipuolinen ruokavalio on merkittävä keino ehkäistä tyypin 2 diabetesta. (Arffman ym. 2009, 66.)

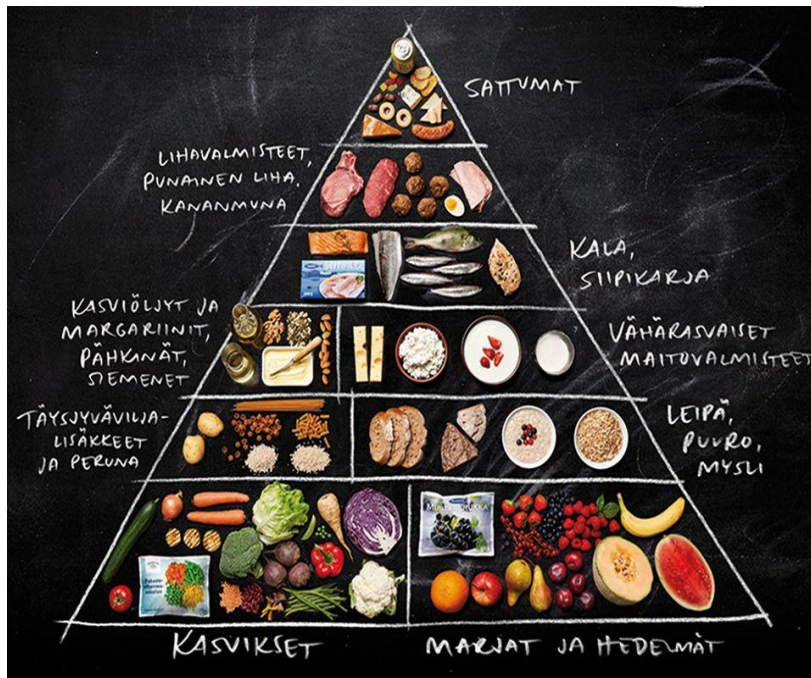
Imettäminen lisää äidin ravinnontarvetta ja kuluttaa ravintoainevarastoja. Äidin ravinnon tarve on sitä suurempi, mitä enemmän maitoa erittyy ja äiti imettää. Energiantarvetta lisää huomattavasti runsas maidoneritys, ja osa siihen tarvittavasta energiasta saadaan elimistöön raskauden aikana kertyneestä rasvasta, mutta suurin osa lisäenergiasta on saatava ruoasta. Äidin ruoan laatu vaikuttaa merkittävästi äidinmaidon koostumukseen, erityisesti rasvan laatuun ja vesiliukoisten vitamiinien (B- ja C-vitamiinit) määriin. (Tampereen yliopistollinen keskussairaala 2014.) Ruokailujen ajoittaminen tasaisesti ja säännöllisesti 3 - 4 tunnin välein ehkäisee painonnousua ja tasaa verensokeritasoja (kuva 1) (Hyytinen ym. 2009, 70). Imettävä äiti tarvitsee noin 600 kaloria (kcal) lisäenergiaa päivässä. Tämä täyttyy esimerkiksi 2 - 3 voileivällä, hedelmällä ja lasillisella maitoa. D-vitamiinia tulisi saada ympäri vuoden 10 mikrogrammaa vuorokaudessa. (Tampereen yliopistollinen keskussairaala 2014; Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2014.)



KUVA 1. Ateriarhythmi (Ropponen 2012)

Raskausdiabetesta sairastaneen äidin ruokavalion pohjana on Valtion ravitsemusneuvottelukunnan asettama ravitsemussuositus, missä kohtuullisten ja monipuolisten annosten kokoamisessa auttaa ruokakolmio (kuva 2) ja lautasmalli (kuva 3). Ruokakol-

mio havainnollistaa terveyttä edistävän ruokavalion kokonaisuutta ja eri ruokaineryhmien suhteellisia osuuksia ruokavaliassa. Kolmion alaosassa olevat ruoka-aineet luovat päivittäisen perustan ruokavaliolle, ja kolmion huipulla olevat ruoka-aineet sen sijaan eivät kuulu päivittäin käytettyinä terveyttä edistävään ruokavalioon. Suositusten mukainen ruokavalio on monipuolista ja vaihtelevaa sekä mahdollistaa hyvänmakuisen mutta terveellisen ruoan. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)



KUVA 2. Ruokakolmio (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014)



KUVA 3. Lautasmalli (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014)

Lautasmallia käyttämällä terveyttä edistävä ruokavalio toteutuu. Lautasen kokoaminen aloitetaan siten, että ensin puolet lautasesta täytetään kasviksilla, esimerkiksi salaatilella, raasteilla tai lämpimillä kasviksilla. Salaatin mausteena voi käyttää öljypohjaista salaatinkastiketta. Perunan, pastan tai riisin osuus annoksesta on noin neljännes. Lautasen viimeinen neljännes jää vähärasvaiselle ja -suolaiselle liha-, kala- tai munaruokalalle. Jälkiruokana voi syödä marjoja ja hedelmiä, jotka täydentävät ateriaa. Noudattamalla ravitsemussuosituksia, jotka on laadittu edistämään terveyttä, voidaan ennaltaehkäistä tyyppin 2 diabetekseen sairastumista. Ateriaan kuuluu lisäksi vähäsuolaista täysjyväleipää, jonka päällä on pehmeää kasvisrasvavevitettä sipaisun verran. (Hyytiäinen ym. 2009; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014; Suomen Sydänliitto ry. 2012; Aro 2012.)

Vihanneksia, juureksia, hedelmiä ja marjoja tulisi syödä ainakin puoli kiloa eli kuusi kourallista päivässä. Määrästä noin puolet tulisi olla kasviksia ja loput marjoja ja hedelmiä. Kasvikset, hedelmät ja marjat sisältävät runsaasti kuitua ja hitaasti imeytyviä hiilihydraatteja. Ne myös nostavat verensokeriarvoja vain vähän ja sisältävät tärkeitä vitamiineja ja kivennäisaineita. Kasviksia, marjoja ja hedelmiä sekä muita kuitua sisältäviä tuotteita suositellaan syötävän useilla aterioilla päivässä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014; Suomen Sydänliitto ry 2012.)

Viljavalvisteisiin luetaan pasta, ohra, riisi, leivät, puurot ja muut täysjyvälisäkkeet. Näitä tulisi käyttää päivittäin noin kuusi annosta. Yksi annos on noin yhden desilitran verran. Käytetyistä viljavalvisteista vähintään puolet tulisi olla täysjyväviljaa, suosien vähäsuolaisia tuotteita. Leivissä kuitupitoisuuden tulisi olla vähintään 6 g/100g. Viljavalvisteille pääruoan lisäkkeenä toinen vaihtoehto on peruna. Peruna sisältää hiilihydraatteja kohtuullisesti ja siitä saa kivennäisaineita (kalium ja magnesium) ja C-vitamiinia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014; Suomen Sydänliitto ry 2012.)

Kala, liha ja kanamuna ovat hyviä proteiinin lähteitä. Kala on myös hyvä D-vitamiinin lähde. Tuotteissa tulisi suosia vähärasvaisia ja vähäsuolaisia vaihtoehtoja. Siipikarja on vähärasvaisempaa ja rasvan laadultaan parempaa kuin punainen liha, jota esimerkiksi sian ja naudan liha ovat. Ruuissa kala, liha ja kananmuna voidaan korvata kasvikunnan hyvillä proteiinin lähteillä, kuten pähkinöillä, siemenillä ja palkokasveilla. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014; Suomen Sydänliitto ry 2012.)

Rasvoja on kahta laatua: pehmeää ja kovaa. Pehmeät rasvat pienentävät veren kokonaiskolesteroli- ja LDL-pitoisuutta ("paha kolesteroli") ja parantavat HDL-pitoisuutta ("hyvä kolesteroli"). Suhteessa HDL-pitoisuuden tulisi olla suurempi kuin LDL-pitoisuuden. Lisäksi pehmeät rasvat saattavat parantaa insuliiniherkkyyttä eli sokeriainevaihduntaa. Kovien rasvojen runsas nauttiminen suurentaa veren LDL-kolesterolipitoisuutta. Välttämällä kovia rasvoja, joita lihavalmistet ja leivonnaiset sisältävät, edistetään painonhallintaa sekä vähennetään insuliiniresistenssiä. Pehmeän rasvan riittävä saanti toteutuu käyttämällä leivän päällä kasviöljypohjaista margariinia, jonka rasvapitoisuus on vähintään 60 prosenttia, valitsemalla öljypohjaisia salaatinkastikkeita, suosimalla leivonnassa ja ruoanvalmistuksessa öljyä tai pullomargariinia sekä syömällä 2 - 3 kala-ateriaa viikossa. Myös pähkinät ja siemenet sisältävät pehmeitä rasvoja. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014; Suomen Sydänliitto ry. 2012; Aro 2012.)

Paras janojuoma on vesi. Päivittäinen nesteentarve on noin 1 - 1,5 litraa. Ruokajuomaksi suositellaan rasvatonta maitoa tai piimää. Mehuja ja sokeroituja virvoitusjuomia on vältettävä niiden suuren energiapitoisuuden takia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014; Hyytinen ym. 2009.)

Lämpimän aterian nauttiminen päivittäin lisää kasvisten syöntiä sekä vähentää runsasenergistien välipalojen syöntiä. Hiilihydraattipitoiset ruoat tulisi jakaa tasaisesti eri arterioille, ja erityisesti huomiota tulisi kiinnittää aamupalan runsaskuituisuuteen ja maltilliseen hiilihydraattimäärään. Hiilihydraattimäärän tunteminen ja laskeminen voi olla hyödyksi, sillä hiilihydraatit kohottavat verengluukoosiarvoja. Runsasenergistien ja sokeristen ruokien syönnin vähentäminen parantaa verengluukoosiarvoja nopeasti ja edistää painonhallintaa. Taulukossa 1 on esimerkki yhden päivän ateriasuunnitelmas- ta. (Hyytinen ym. 2009, 71; Kivelä ym. 2008; Piirainen 2006; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

TAULUKKO 1. Ateriasuunnitelma yhdelle päivälle, energiamäärä 1600-1800 kcal (40-50 E% hiilihydraatteja) (Kivelä ym. 2008)

Ateriat	Esimerkki päivän aterioista	Hiilihydraatit g / ateria
Aamupala klo 7 - 8 (voit halutessasi myös yhdistää aamupalan ja aamupäivän välipalan)	1 - 2 viipaletta täysjyväleipää tai 2 - 2,5 dl -puuroa 1 - 2 tl kasvimargariinia tai -öljyä 2 dl rasvatonta maitoa tai viiliä tai 1,5 dl kevytjogurttia tai 2 dl marjoja tai hedelmä 1 - 2 viipaletta vähärasvaista juustoa tai leikkelettä kasviksia kahvia tai teetä	20 - 30 g
Välipala tarvittaessa klo 9 - 10	1 viipale leipää + 1 tl kasvimargariinia ja / tai 1 kpl hedelmää	10 - 20g
Lounas klo 11 - 13	2 - 3 pientä perunaa tai 1,5 - 2 dl riisiä tai pastaa 1 - 2 viipaletta täysjyväleipää + 1 - 2 tl kasvimargariinia 2 dl rasvatonta maitoa tai piimää 100 – 120 g kala-, kana- tai liharuokaa kasviksia runsaasti + 1 rkl salaattinkastiketta tai leipäateria: esim. 2 - 3 viipaletta täysjyväleipää + 2 - 3 tl kasvimargariinia, 2 - 3 viipaletta vähärasvaista leikkelettä, salaattia, hedelmä ja 2 dl rasvatonta maitoa, piimää tai maustamatonta jogurttia	40 - 60g
Välipala klo 14 - 15	1 viipale täysjyväleipää + 1 tl kasvimargariinia ja / tai 1 hedelmä tai 2 dl marjoja tai 1,5 kevytjogurttia kasviksia kahvia tai teetä	20 g
Päivällinen klo 16 - 18	2 - 3 dl keittoa tai 2 dl laatikkoruokaa 1 - 2 viipaletta täysjyväleipää + 1 - 2 tl kasvimargariinia 2 dl rasvatonta maitoa tai piimää 1 dl kiisseliä tai 1 kpl hedelmää kasviksia runsaasti tai kuten lounas	50 - 60 g
Iltapala klo 20 - 21	1 - 2 viipaletta täysjyväleipää + 1 - 2 tl kasvimargariinia 1 - 2 vähärasvaista juustoa tai leikkelettä 2 dl rasvatonta maitoa, piimää tai viiliä kasviksia teetä	20 - 40 g
Hiilihydraatit yhteensä		160 - 230 g

5.2 Liikunta ja painonhallinta

Liikunta yhdistettynä vähäenergiseen ruokavalioon parantaa laihtumistulosta verrattuna pelkkään ruokavalioon. Painonhallinnassa ja laihtutuksessa tarvitaan aina ruokailutottumusten pysyvää muutosta. Lisäämällä energian kulutusta sisäelinten ympärille kerääntyvän rasvan määrä vähenee jopa silloin, kun liikunnalla ei pyritä pudottamaan painoa; tällöin kehon koostumus muuttuu vaan edullisemmaksi ja kiinteämmäksi. Jo päivittäisellä, vähintään 30 minuutin pituisella kestävyysliikunnalla, voidaan ehkäistä tyypin 2 diabeteksen ilmaantumista. Sairauden jo kehityttyä, voi liikunnalla parantaa verensokeritasapainoa. (Käypä hoito 2012.)

Liikunnan harrastaminen raskauden aikana sekä synnytyksen jälkeen edistää äidin terveyttä ja hyvinvointia. Liikuntaa on hyvä harrastaa raskauden aikana, sillä se ylläpitää ja parantaa äidin yleiskuntoa, ehkäisee mahdollista painonnousua sekä parantaa sokeriaineenvaihduntaa. Lisäksi säännöllinen liikunta pienentää sikiön liikakasvun riskiä ja lapsen syntymistä suurikokoisena. (Luoto 2013; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013a; Tiitinen 2013c.)

Liikunnan tulisi olla kohtuullisen rasittavaa, kestoltaan vähintään 30 minuuttia päivittäin ja liikuntasuorituksia tulisi olla ainakin viitenä päivänä viikossa. Mikäli äiti ei ole harrastanut liikuntaa ennen raskautta, liikunta tulisi aloittaa vähitellen. Raskauden aikana liikuntaa voi harrastaa monipuolisesti. Raskauden puolivälin jälkeen suositellaan kuitenkin välttämään lajeja ja liikuntamuotoja, joissa kohtu joutuu voimakkaaseen hölskyvään liikkeeseen tai siihen voi kohdistua iskuja. Tällaisia liikuntamuotoja ovat esimerkiksi hyppiminen, ratsastaminen ja jalkapallo. (Luoto 2013; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013a; Tiitinen 2013c.)

Liikunnan harrastaminen on hyvä aloittaa synnytyksen jälkeen vähitellen kuunnellen omaa kehoa valiten tuttuja ja turvallisia liikuntamuotoja (Luoto 2013; UKK-instituutti 2013). Synnytyksestä palautuminen on yksilöllistä, ja liikunnan voi aloittaa heti, kun tuntee pystyvänsä siihen. Synnytyksen jälkeinen liikunta parantaa peruskuntoa, virkistää ja kohentaa mielialaa sekä auttaa jaksamaan. Liikunnan säännöllinen harrastaminen synnytyksen jälkeen edistää äidin painon palauttamista raskautta edeltävälle tasolle. Synnyttäneille äideille suositeltu liikuntamuoto on kävely, päivittäinen vähintään puolen tunnin reippailu vauvaa vaunuissa työntäen on hyvä tapa aloittaa kuntoilu.

(UKK-instituutti 2011; Luoto 2013.) Puolen tunnin liikuntakerrat voidaan jakaa myös useampaan, vähintään 10 minuutin jaksoon (Käypä hoito 2012). Lantionpohjalihasten harjoitus on hyvä aloittaa synnytyksen jälkeen, sillä se ehkäisee mahdollisia virtsan-karkailuoireita. Synnytyksen jälkeen tulisi välttää lajeja, joissa esiintyy voimakkaita hyppyjä ja nopeita suunnanmuutoksia, koska nivelsiteet ovat löystyneet hormonaalisten muutosten seurauksena (UKK-instituutti 2011; Luoto 2013.)

Kohtuullisen tehokas liikunta ei vaikuta imettämiseen, rintamaidon määrään tai laatuun, joten synnyttämisen jälkeen liikunnan jatkaminen on turvallista sekä suositeltavaa. Imetys auttaa painon normalisoitumisessa synnytyksen jälkeen ja parantaa insuliinin tehoa, mutta imetyksen aikana ei suositella varsinaista laihduttamista, jottei maidontulo häiriinny. Liikunnan aikana tulee muistaa nauttia riittävästi nesteitä. Paras imetysajankohta on ennen liikuntatuokiota; liikkuminen on mukavampaa, sillä rinnat tulevat kevyemmiksi. Imettäminen vaikuttaa painon laskemiseen ja tavoitteena olisi-kin, että äidin paino olisi imetyksen lopettamisen jälkeen sama kuin ennen raskautta. Raskausajan jälkeen, imettämisen päätyttyä, on voimassa yleinen terveystuotos, jossa mallina voi käyttää liikuntapiirakkaa (kuva 3). (Tampereen yliopistollinen keskussairaala 2014; Luoto 2013; UKK-instituutti 2013; Suomen diabetesliitto 2011, 22.)



KUVA 3. Liikuntapiirakka (UKK-instituutti 2013)

Terveysliikunnan tavoitteena on pitää verenpaine ja veren kolesterolitaso matalana sekä pysyä ihannepainossa. Hyvä terveystoiminta on riittävän usein toistuvaa ja pitkäkestoista fyysistä aktiivisuutta, joka tehokkaasti ja turvallisesti ylläpitää ja parantaa terveystilaa. Terveystilaa koostuu sopivasta painosta ja vyötärön ympäryksestä, lihasvoimasta ja kestävydestä. Reipasta kestävyystoimintaa tulee harrastaa viikossa vähintään 2,5 tuntia, esimerkiksi 30 minuuttia kerrallaan viitenä päivänä viikossa, tai raskaampaa toimintaa vähintään 1,25 tuntia viikossa, jaettuna esimerkiksi kolmeen liikuntakertaan viikossa. Lisäksi on suositeltavaa harjoittaa lihasten voimaa ja kestävyttä ylläpitävää tai lisäävää harjoittelua vähintään kahdesti viikossa. (Terveystilaa ja hyvinvoinnin laitos 2013a; Käypä hoito 2012; Huttunen 2012; UKK-instituutti 2013.)

5.3 Motivoiva ohjaus

Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö, ammattieteenkäytäntö, hoito- ja laatusuositukset sekä terveys- ja hyvinvointiohjelmat ovat ohjauksen perusta. Välttämättä suoraan laissa tai asetuksissa ei ohjausta mainita, mutta laki määrittää asiakkaan aseman. Laki määrittää, että asiakkaalle on annettava riittävästi tietoa, ja tavalla jonka asiakas ymmärtää. Ohjauksen tulee toteutua asiakkaan suostumuksella ja yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Ohjauksen avulla autetaan asiakasta ymmärtämään omaan terveyteen ja terveysongelmien tunnistamiseen liittyvää ennakkotietoa ja ehkäisyä. (Leino- Kilpi & Välimäki 2008, 182). Ohjauksessa tulee kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta, ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä (Eloranta & Virkki, 2011, 11).

Ohjaustarve tulee selvittää, jotta neuvonta onnistuu hyvin. Ennen ohjauksen alkamista on tärkeää tunnistaa, mitä asiakas tietää jo ennestään, mitä hän haluaa tietää sekä mitkä ovat hänen tapansa omaksua uusia asioita. Asiakkaan on hyvä kertoa terveysongelmastaan ja sen syistä. Asiakkaalta itseltään olisi saatava tarkennus siitä, mitä odotuksia hänellä on ohjauksesta sekä sen tuloksista. Riittävä tieto auttaa asiakasta arvioimaan itse, mikä on hänelle parhaaksi. Motivaation avulla asiakas oppii ja sitoutuu hoitoon sekä sen avulla asiakas toimii asetettua tavoitetta ja päämäärää kohti. Ohjauksen avulla muodostetaan tavoite ja etsitään keinot tavoitteen saavuttamiseksi. (Eloranta & Virkki 2011, 62; Kyngäs ym. 2007, 47, 49, 90.)

Ohjaussuhde rakentuu vuorovaikutukselle, vastavuoroisuudelle, luottamukselle ja yhteistyölle. Ohjaussuhteessa molemmat ottavat vastuun ohjausprosessin etenemisestä ja

onnistumisesta. Kumpikaan ei kannu yksin vastuuta, jolloin vastuullisuus ohjaussuhteessa tarkoittaa myös aktiivisuutta. Parhaimmillaan ohjaus on yhdessä pohtimista ja vastavuoroista keskustelua. Tällöin ohjaustilanteessa kohtaavat kaksi asiantuntijaa, toinen on oman elämänsä asiantuntija ja toinen ohjaaja, ohjausprosessin asiantuntija. (Eloranta & Virkki 2011, 55.)

6 KIRJALLINEN OHJELEHTINEN OSANA ASIAKKAAN OHJAUSTA

Potilaslain (1992/785, 5 §) mukaan potilaalle on annettava tiedot hänen terveydentilastaan, hoidon laajuudesta ja vaihtoehdoista sekä riskitekijöistä niin, että hän ymmärtää riittävästi niiden sisällön (Finlex 1992). Kirjallinen ohje tukee suullista ohjausta, ja sen tarkoitus on antaa lisätietoa sairaudesta, riskitekijöistä, hoidosta, jälkihoidosta ja seurannasta sekä sairaudesta toipumisesta. (Eloranta & Virkki 2011, 73.) Ohjelehtisen ensisijainen tavoite on potilaan terveyskasvatus ja riittävän tiedon saannin turvaaminen (Sainio 2009, 11). Kirjallista ohjausta käytetään myös silloin, kun aikaa suulliselle ohjaukselle ei ole riittävästi. Asiakas voi tällöin tarkastaa tietojaan itsenäisesti kirjallisesta ohjeesta. Asiakas saa parhaan mahdollisen hyödyn, kun kirjallinen ohje vastaa hänen tarpeitaan. (Kyngäs ym. 2007, 124.) Lisäksi ohjelehtisen tarkoituksena on auttaa asiakasta sopeutumaan sairauteensa ja auttaa suunnittelemaan elämäänsä eteenpäin sekä tukea asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumista. (Sainio 2009, 11.)

Hyvässä ohjelehtisessä on selkeästi rajattu kohderyhmä. Kohderyhmän määrittäminen on tärkeää, koska ohjelehtisen sisällön ratkaisee se, mille kohderyhmälle ohjelehtinen on tarkoitettu. Ohjeiden perustelu on tärkeää, koska pelkkä neuvominen ei innosta potilasta muuttamaan toimintatapojaan. (Hyvärinen 2005, 1770; Vilkkä & Airaksinen 2003, 38, 39.)

Hyvä ohjelehtinen sisältää selkeän juonen, joka valitaan potilaan näkökulmasta. Juonen ja kappalejakojen avulla asiat liittyvät luontevasti toisiinsa ja ohjelehtinen selkeytyy siten, että lukijan on helpompi seurata ohjetta. Parhaimmillaan hyvä otsikko herättää lukijan mielenkiinnon (Torkkola ym. 2002, 39). Myös otsikoiden avulla ohjelehtinen selkeytyy ja antaa tietoa siitä, mitä asioita ohjeessa käsitellään. Ohjelehtisessä kannattaa käyttää yleiskielen sanoja, koska ne selkeyttävät ja tekevät ohjelehtisestä helpommin ymmärrettävän. (Hyvärinen 2005, 1769–1772.) Lisäksi ohjelehtisessä voidaan käyttää kuvia, jotka tukevat ja täydentävät tekstiä. Hyvin valitut kuvat myös li-

säävät ohjelehtisen luotettavuutta ja kiinnostavuutta sekä helpottavat tekstin ymmärtämistä. (Torkkola ym. 2002, 40.)

Viimeisenä hyvässä ohjelehtisessä ovat yhteystiedot ja viitteet lisätietoihin. Ohjelehtisessä tulee olla tieto, mihin potilas voi ottaa yhteyttä, mikäli hän ei ymmärrä annettuja ohjeita tai hänelle jäi jotain muuta kysyttävää ohjelehtisen luettuaan. (Torkkola ym. 2002, 44.) Ennen ohjelehtisen julkaisemista on hyvä antaa ohjelehtinen luettavaksi ulkopuoliselle, jolloin pahimmat virheet huomataan ja pystytään korjaamaan (Hyvärinen 2005, 1772). Ohjelehtisen sisältöä palvelee hyvä ulkoasu. Ulkoasultaan selkeä ohjelehtinen houkuttelee lukemaan, ja se parantaa ohjelehtisen ymmärrettävyyttä. (Torkkola ym. 2002, 53.)

Kirjallisen ohjelehtisen luotettavuus ja eettisyys

Eettisenä peruskysymyksenä voidaan pitää sitä, että millä oikeudella ammattihenkilökunta pyrkii vaikuttamaan asiakkaan terveystietoon. Ammatilaisen tulee osata perustella terveyttä koskeva tieto kattavasti, jotta hän voi ehdottaa asiakkaalle esimerkiksi elintapojen muutosta. Hoitotyön ammatilaisen vastuulla on asiakkaan kunnioittaminen ja riittävän perustellun tiedon välittäminen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 186.)

Lähdeaineiston valinnassa tulee olla kriittinen, ja käytettävät lähteet tulee valita harkiten. Kriittinen suhtautuminen lähteisiin lisää niiden luotettavuutta. Lähdeaineistoon alustava arviointi ennen perehtymistä auttaa selvittämään, onko se luotettava. Luotettavuuteen vaikuttavat lähteen ikä, laatu ja uskottavuus sekä tiedonlähteen auktoriteetti ja tunnettavuus. Lähteeksi varma valinta on yleensä tunnetun ja asiantuntijaksi tunnetun tekijän ajantasainen ja tuore lähde. Seuraamalla oman alan kirjallisuutta ohjautuu automaattisesti käyttämään ajantasaisia lähteitä. (Vilka & Airaksinen 2003, 72.)

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme pyrkineet lisäämään sen luotettavuutta siten, että olemme valinneet lähteiksi mahdollisimman tuoreita julkaisuja. Suurin osa lähteistämme on julkaistu kymmenen vuoden sisällä. Lähteitä olemme pyrkineet käyttämään mahdollisimman paljon ja monipuolisesti, ja lähes kaikki lähteet liittyvät terveysalan kirjallisuuteen. Kohderyhmän olemme huomioineet koko prosessin ajan, jotta kehittämämme tuote olisi mahdollisimman käyttökelpoinen.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tuotetun tuotteen lisäksi ideana on osoittaa, että tuotteen kehittäjä osaa pohtia kriittisesti käytännön ratkaisuja alan teorioiden ja niistä nousevien käsitteiden avulla, kykenee yhdistämään ammatilliseen käytäntöön ammatillista teoretietoa ja osaa kehittää alansa ammattikulttuuria näiden avulla. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 41–42).

7 TUOTEKEHITYSPROSESSI

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on aikaan saada aina jonkinlainen tuote, esimerkiksi me kehittelemme opinnäytetyönämme ohjelehtisen tuotekehitysprosessin kautta. Tuotekehitysprosessin kautta syntyvä tuote on laadukas, kilpailukykyinen ja elinkaareltaan pitkäikäinen. Tuotettavalle asialle tulee olla aina tarve, jotta tuotekehitysprosessi voidaan aloittaa. Suunnitteluprosessin kuluessa tuotteesta muokkautuu vähitellen toimiva ja asiakasta palveleva tuote (Hyysalo 2009, 55). Asiakas eli tuotteen käyttäjä luo vaatimukset tehtävälle tuotokselle ja toimii myös tuotteistamisen lähtökohtana. Sosiaali- ja terveysalalla tuotteiden on noudatettava alan eettisiä ohjeita sekä edesautettava sosiaali- ja terveysalan kansainvälisiä ja kansallisia tavoitteita. (Jämsä & Manninen 2000, 13 - 14, 16.)

Sosiaali- ja terveysalalla tuotteiden suunnittelu ja kehittäminen jakautuu tuotekehityksen viiden perusvaiheen mukaisesti. Ensimmäinen vaihe on ongelman tai kehittämistarpeen tunnistaminen. Tätä vaihetta seuraa ideointivaihe ratkaisujen löytämiseksi. Ideointivaiheen jälkeen siirrytään tuotteen luonnosteluun ja kehittelyyn, joiden jälkeen prosessin lopussa tuote viimeistellään. Edellisen vaiheen ei tarvitse olla päättynyt siirryttäessä seuraavaan vaiheeseen. Edeltävässä vaiheessa tulee kuitenkin aina luoda riittävät edellytykset, jotta seuraava vaihe voidaan toteuttaa (Hyysalo 2009, 56). Tuotekehitysprosessi vaatii yhteistyötä eri tahojen sekä monien asiantuntijoiden välillä (Jämsä & Manninen 2000, 28 - 29).

7.1 Ongelmien ja kehittämistarpeiden tunnistaminen

Tavoitteena ongelman ja kehittämistarpeen tunnistamisvaiheessa on yleensä parantaa jo käytössä olevaa palvelumuotoa tai kehittää tuotetta edelleen, kun sen laatu ei enää täytä tarkoitusta. Täysin uuden materiaallisen tuotteen kehittäminen voi olla myös tavoitteena. Tuotekehitys pohjaa siis aiempaan tuotteeseen ja tietoon. (Hyysalo 2009,

60.) Keskeistä kehittämistarpeen täsmentämisessä on selvittää ongelman laajuus, kuinka yleistä se on ja ketä se koskettaa (Jämsä & Manninen 2000, 29 - 31).

Opinnäytetyössämme tämä vaihe käynnistyi jo keväällä 2013, kun Juvan neuvolan henkilökunta antoi meille aiheen ja tilauksen tuotteelle, joka palvelee työelämän tarvetta. Neuvolalla oli tarve tuotteelle, koska sillä ei aiemmin ole ollut ohjelehtistä, jota jakaa raskausdiabeteksen sairastaneille naisille jälkitarkastuksessa. Henkilökunnan kanssa tapaamisessa selvitimme sen toiveet tuotteen ja tavoitteet sisällölle. Neuvolan henkilökunnan kanssa sovimme, että tuote sisältää tietoa raskausdiabeteksen jälkihoidosta ja seurannasta. Henkilökunnan toiveena oli, että tuotteen avulla naiset saataisiin motivoitumaan raskausdiabeteksen jälkihoitoon.

7.2 Ideointivaihe

Tuotekehitysprosessissa toinen vaihe eli ideointivaihe käynnistyy, kun kehittämistarpeesta on saatu varmuus. Ideointivaiheen pyrkimys on löytää ratkaisuja organisaation ajankohtaisiin ongelmiin. Tuotteen tarkoitus on auttaa ongelmanratkaisussa sekä vastata eri tahojen tarpeisiin. (Jämsä & Manninen 2000, 35.)

Ideointivaihe lähti käyntiin, kun saimme varmuuden siitä, mitkä ovat neuvolan henkilökunnan toiveet ohjelehtisen sisällöstä. Henkilökunnan toiveiden perusteella aiheemme rajautui raskausdiabeteksen jälkihoitoon ja seurantaan. Ohjelehtisen sisällöksi muodostui painonhallinta, liikunta ja ruokavalio raskausdiabeteksen jälkeen sekä jälkiseurantakokeiden ajankohdat ja niiden merkitys sairauden hoidossa. Ohjelehtinen on selkeä ja yksinkertainen apuväline hoidonohjauksessa, joka toimii hyvin hoitohenkilökunnan apuna sekä jota äitien on helppo lukea kotona.

7.3 Luonnosteluvaihe

Kolmas vaihe tuotekehitysprosessissa on luonnosteluvaihe, joka käynnistyy, kun tiedetään, millainen tuote aiotaan suunnitella ja valmistaa. Luonnosteluvaihe aloitetaan analysoimalla tehtävä. Analysoinnin avulla kehityspäätös käydään huolellisesti läpi ja pyritään etsimään vastauksia kyseisen ongelman ytimeen. Samalla selvitetään toiveet ja odotukset sekä mahdolliset tehtävänasettelun rajoitukset. Kohderyhmä, jolle tuotetta ollaan valmistamassa, tulee määrittellä tarkasti. Lisäksi luonnosteluvaiheen aikana sel-

vitetään kohderyhmän tarpeet, joiden pohjalta tuotetta suunnitellaan. Tuotteelle, jota ollaan kehittelemässä, etsitään luonnosratkaisujen eri vaihtoehtoja. Tässä vaiheessa laaditaan suunnitelma. Tuotettavasta tuotteesta yksityiskohtaisemmat luonnokset toteutetaan vasta hieman myöhemmin. Ensisijaisia käyttäjiä ja hyödynsääjiä sosiaali- ja terveysalalla eivät ole aina asiakkaat vaan asiakkaat voivat saada hyödyn esimerkiksi henkilökunnan kautta välillisesti. Luonnosteluvaiheessa on hyvä huomioida ja selvittää näkemykset ja ehdotukset, joita yhteistyötaholla on tarjota sekä huomioida organisaatio- ja yksikkökohtaiset linjaukset koskien tuotteen asiasisältöä sekä tyylin valintaa. (Jokinen 2001, 21, 23, 25; Jämsä & Manninen 2000, 43 - 44, 48 - 49; Vilka & Airaksinen 2003, 38, 40.)

Tiedon kerääminen aloitetaan, kun kehitettävästä tuotteesta on ajatus. Tiedonhaku perustuu ongelmaan, johon tuotteen avulla pyritään löytämään ratkaisu. Jotta tuotteen asiasisältö olisi mahdollisimman kattava ja suunnittelu olisi sujuvaa, edellyttää se aiheeseen liittyvään tutkimustietoon tutustumista. Sosiaali- ja terveysalan tuotteiden suunnittelussa ratkaisevaa onkin, että viimeisimmät lääketieteelliset tutkimustulokset ja hoitokäytännöt täytyy tuntea. Tutkimusaihe voi näin ollen tiedon avulla rajautua ja painottua alkuperäistä suunnitelmaa toisenlaiseksi kuin alun perin oli suunniteltu. Opinnäytetyön lähtökohta määrittelee kirjallisuuden sekä lähdeaineiston, jota voi käyttää hyödyksi. Opinnäytetyön lähtökohtana ovat myös työn tilaajan tarpeet ja toiveet. (Jämsä & Manninen 2000, 47 - 51.)

Luonnosteluvaihe käynnistyi omassa tuotekehitysprosessissamme jo heti samaan aikaan, kun meille selvisivät toiveet ohjelehtisen sisällöstä. Aloimme etsiä teoretietoa raskausdiabeteksestä ja tarkensimme tiedonhaun raskausdiabetesta sairastaneiden äitien hoitoon synnytyksen jälkeen, sillä neuvolan tarkoitus on jakaa ohjelehtistä raskausdiabeteksen sairastaneille naisille jälkitarkastuksessa. Haimme tietoa muun muassa hakusanoilla raskausdiabetes, gestational diabetes, ruokavalio, liikunta, painonhallinta, 2 tyypin diabetes sekä motivoiva ohjaus. Suoritimme tiedon hakuja esimerkiksi Medicin, Nellin ja sekä Mikki- tietokantojen kautta. Hyödynsimme usean eri paikkakunnan kirjastoja sekä opinnäytetyö tietokantaa Theseusta. Pyrimme etsimään mahdollisimman tuoreita ja tutkimustietoon perustuvia lähteitä, jotka lisäävät opinnäytetyön luotettavuutta. Ohjelehtisessä huomioimme aiemmista tutkimuksista ilmenneet toiveet ja odotukset raskausdiabetesta sairastaneiden äitien kannalta, jotta asiakasryhmä saisi siitä parhaan mahdollisen hyödyn.

7.4 Kehittelyvaihe

Tuotteen kehittäminen aloitetaan luonnosteluvaiheessa valittujen ratkaisuehdotusten, rajoitusten ja asiantuntijayhteisön mukaisesti. Terveys- ja sosiaalialalla monet tuotteet on tarkoitettu asiakkaille, henkilökunnalle tai yhteistyötahoille välittämään informaatiota. Laadittaessa hoito-ohjeita asiakkaille ja heidän omaisilleen, toimintaohjeita henkilökunnalle sekä esittely- ja tiedotusmateriaalia yhteistyötahoille, voidaan soveltaa informaation välittämisen periaatteita. Kehiteltäessä informatiivista materiaalia tulisi eläytyä vastaanottajan asemaan ammatillisten ja henkilökohtaisten tiedontarpeiden sijasta. Kehitettävän tuotteen keskeinen sisältö pohjautuu faktoihin, jotka kerrotaan mahdollisimman ymmärrettävästi ja tarkasti huomioiden vastaanottajan tiedontarve. Informaation välittämiseen tarkoitettujen tuotteiden ongelmia ovat asiasisällön määrä ja valinta, myös tietojen vanheneminen ja muuttuminen ovat mahdollisia ongelmia. (Jämsä & Manninen 2000, 54 - 55.)

Painotuotteet, kuten esitteet ja ohjelehtiset ovat, tavallisimpia muotoja, joilla välitetään informaatiota. Painotuotteen tekovaiheessa tehdään asiasisältöä ja ulkoasua koskevat lopulliset päätökset. Yleensä sosiaali- ja terveysalalla painotuotteiden päämäärä on opastaa tai informoida vastaanottajaa, joten tekstityyliksi valitaan asiatyyli. Tekstin ydinajatuksen tulee olla selkeä ja ymmärrettävä, sekä tekstin tulee aueta lukijalle ensilukemalta. Ydinajatus selkeytyy parhaiten, kun teksti on hyvin jäsenneltyä ja otsikot muotoiltu. (Jämsä & Manninen 2000, 56 - 57.)

Tuotteen kehittämissä vaiheiden alussa lähetimme opinnäytetyön neuvolan henkilökunnalle tarkasteltavaksi ja kommentoitavaksi. Henkilökunnan toiveena oli, että ohjelehtisessä kerrotaan raskausdiabeteksen vaikutuksesta 2-tyyppin diabeteksen riskiin, ravinnon ja liikunnan merkityksestä 2-tyyppin diabeteksen ennaltaehkäisyssä ja kuinka ravitsemussuosituksia sovelletaan käytäntöön. Toiveina oli myös, että ohjelehtinen sisältää motiivointia elämäntapamuutoksiin ja antaa tietoa normaalipainon tavoitteista sekä liikuntasuosituksista. Lisäksi ohjelehtiseen toivottiin raskausdiabeteksen seurantaohjelmaa eli mitä seurataan ja tutkitaan sekä millä aikataululla seurannat tapahtuvat. Ulkoasun suhteen henkilökunnan toiveina olivat, että ohjelehtinen on iloinen ja värikäs sekä siihen lisätään kuvia, kuten ruokakuvia ja liikuntapiirakka. Logotoiveita henkilökunnalla ei ollut.

Palautteen jälkeen ryhdyimme hahmottelemaan ohjelehtisen sisältöä. Pohdimme tekstin sisältöä, tekstin määrää ja sitä, kuinka voimme elävöittää ohjelehtistä kuvilla tai väreillä. Ohjelehtisen sisältö alkoi hahmottua ja pikku hiljaa myös tekstin sisältö jäsenyi. Kokosimme ohjelehtiseen neuvolan henkilökunnan toiveet sisällöstä ja pyrimme saamaan tekstiin mahdollisimman positiivisen sävyn, jotta sen lukeminen olisi innostavaa ja motivoivaa. Saatuaamme ohjelehtisen sisällön koottua ja jäsenneiltyä lähetimme sen neuvolaan kommentoitavaksi.

Neuvolasta saimme nopeasti palautteen ohjelehtisestä kehittämissuunnitelmistamme. Neuvolan hoitotyöntekijät olivat itse täydentäneet ohjelehtiseen asioita, joita halusivat siellä olevan. Suurimmat muutokset koskivat tietoa ravintorasvoista ja sisäelinrasvan haitoista. Ravintorasvoista he halusivat konkreettisia esimerkkejä, ja he olivat lisänneet ehdotuksen asian esittämisestä. Sisäelinrasvan haitoista he halusivat selvityksen, miksi se on vaarallista ja mitä hyötyä sen vähenemisestä on.

Olimme pohtineet myös imetyksen oleellisuutta ohjelehtisessä, ja neuvolan mielipide oli, että imetystä ei tarvitse käsitellä ohjelehtisessä laisinkaan. Neuvola painotti, että ohjelehtinen jaetaan siinä vaiheessa, kun raskausdiabetesta sairastaneet äidit eivät enää imetä. Kysyimme hoitotyöntekijöiltä, oliko ohjelehtisessä heidän mielestään liian paljon tekstiä. Vastauksena heiltä tuli, ettei asioita voi oikein hyvin laittaa tiiviiseen muotoon, koska ohjelehtisessä on paljon tärkeitä asioita. Tämän jälkeen aloimme palautteen pohjalta työstää ohjelehtistä lopulliseen muotoonsa.

7.5 Viimeistelyvaihe

Tuotteen valmistuessa alkaa viimeistelyvaihe. Viimeistelyvaiheessa tuotetta olisi hyvä koekäyttää ja esitellä, jotta tuotteesta saataisiin arviointia ja palautetta. Koekäyttäjinä voivat olla tuotteen tilaajat ja asiakkaat. Koekäytössä ilmaantuneiden kokemusten ja saadun palautteen pohjalta aloitetaan tuotteen viimeistelyvaihe. Tässä vaiheessa voidaan hioa vielä yksityiskohtia ja tuotteen jakelua, ja markkinointia aletaan suunnitella. (Jämsä & Manninen 2000, 80 – 81.)

Testasimme ohjelehtistä raskausdiabeteksen sairastaneella naisella. Yllätyksenä hänelle tuli jälkiseurannat ja niiden ajankohdat, sillä synnytyksen jälkeen ei uusittu esimerkiksi glukoosirasituskoetta, myöskään vyötärön ympärystä, painoa tai verenpainetta ei

kontrolloitu. Naisen mielestä ohjelehtinen oli hyvä, koska hän ei ole saanut vastaavalaista aikaisemmin. Ohjelehtinen oli selkeä ja esimerkit olivat realistisia, kohderyhmä oli huomioitu hyvin. Luetutimme ohjelehtisen myös terveydenhoitajalla. Terveydenhoitajan mielestä ohjelehtinen oli myös selkeä ja sisälsi kattavasti tietoa raskausdiabeteksen jälkihoidosta ja seurannoista. Hän antoi meille neuvoja, joiden avulla saisimme ohjelehtisen tekstiin kannustavamman sävyn.

Lisäksi annoimme opinnäytetyön ja ohjelehtisen luettavaksi täysin ulkopuoliselle henkilölle, jonka avulla testasimme työmme ymmärrettävyyttä maallikon silmin. Hänen mielestä opinnäytetyöstä sai selvän käsityksen siitä, mikä on ollut työmme tavoite ja tarkoitus. Teksti eteni loogisesti ja oli helposti luettavaa. Luettuaan opinnäytetyön, hän kertoi saaneensa paljon uutta ja mielenkiintoista tietoa raskausdiabeteksestä. Ohjelehtinen oli ymmärrettävä ja kuvia oli käytetty hyvin konkretisoimaan asioita.

8 POHDINTA

Aloitimme opinnäytetyön keväällä 2013. Opinnäytetyöprosessimme eteni sujuvasti, ja meillä oli koko ajan selvillä, että teemme ohjelehtisen tuotekehityksen kautta. Tuotekehitysprosessiin päädyimme, koska koimme sen meille hyödyllisemmäksi kuin tutkimuksen tekemisen. Projektimme alkoi siitä, kun Juvan äitiysneuvolan henkilökunta ehdotti meille sellaisen ohjelehtisen tekoa, jonka aiheena oli raskausdiabeteksen jälkihoito ja siihen kuuluvat seurannat. Tartuimme aiheeseen, koska aihe kiinnosti meitä molempia ja oli ajankohtainen.

Opinnäytetyöaiheemme osoittautui hieman hankalaksi, koska raskausdiabeteksen jälkihoidosta ja seurannoista löytyi vain vähän tietoa. Lähes kaikki lähteet, joita käsitelimme, sisälsivät tietoa joko raskausdiabeteksen ennaltaehkäisystä ja sen hoidosta tai 2 tyyppin diabeteksen ennaltaehkäisystä. Tiedonhaun jälkeen kävimme keskustelua tuotteen tilaajan kanssa siitä, mitkä olivat sen toiveet ohjelehtisen sisällöstä. Saatuaamme tilaajalta alustavat toiveet sisällöstä karsimme ylimääräisen teoretiedon pois. Tämän jälkeen myös tiedonhaku helpottui, koska aihealue supistui. Aiheeseemme ei löytynyt aina suoraa tietoa, joten jouduimme itse pähkäilemään teoretiedon pohjalta, kuinka raskausdiabetesta sairastaneita saataisiin motivoitumaan terveellisempiin elämäntapoihin, jotta he eivät myöhemmin sairastuisi tyyppin 2 diabetekseen. Opettaja antoi meille myös hyviä vinkkejä, miltä kannalta asioita voisi esittää opinnäytetyössämme.

Ulkomaalaisia lähteitä löytyi vähän, joten lähes kaikki tutkimukset ja teorian tiedot ovat suomenkielisiä.

Saimme koottua teorian tiedon ja opinnäytetyösuunnitelman suhteellisen nopeasti. Lähetimme suunnitelman joulukuussa 2013 äitiysneuvolaan kommentoitavaksi. Saimme vasta tammikuussa 2014 lopullisen tiedon siitä, mitä henkilökunta halusi ohjelehtisen sisältöön. Tämä aiheutti meille hieman stressiä. Ohjelehtisen sisältötoiveet muuttuivat hieman prosessin edetessä. Meillä ja äitiysneuvolalla oli aluksi eri käsitys siitä, missä vaiheessa ohjelehtistä jaettaisiin. Me käsitimme, että ohjelehtinen jaettaisiin heti synnytyksen jälkeen ensimmäisessä jälkitarkastuksessa, jolloin äiti mahdollisesti vielä imettäisi lasta. Tämän vuoksi teoriaosuus sisältää tietoa imettämisestä ja sen vaikutuksesta ravitsemukseen ja liikuntaan. Neuvola tarkensi myöhemmin, että ohjelehtistä jaetaankin pääosin imetyksen jälkeen, minkä vuoksi imetys asiaa ei käsitellä ohjelehtisessä lainkaan.

Aloitimme ohjelehtisen tekemisen keväällä 2014. Prosessin aikana olimme tiiviisti yhteydessä tilaajan kanssa ja saimme siltä palautetta tuotteesta. Ohjelehtisestä teimme useita versioita. Meille ongelmaa aiheutti ohjelehtisen tekstin tiivistäminen ja lauserakenteet. Neuvola oli sitä mieltä, että viimeisimmässä versiossa asiasisältö oli kattava, eikä sieltä voi mitään poistaa tai tiivistää enempää. Mietimme tekstin tiivistämistä, mutta emme osanneet muotoilla kappaleita tiiviimpään muotoon niin, että kaikki olennaiset asiat tulisivat ohjelehtiseen. Pyrimme saamaan tekstistä kannustavan ja motivoivan sekä selkeästi ymmärrettävän. Käytimme kuvia ja konkreettisia esimerkkejä, joita neuvola toivoi. Olemme tyytyväisiä lopputulokseen.

Opinnäytetyön teko opetti meille ennaltaehkäisevän hoitotyön merkityksen. Sairaanhoidajina meillä on vastuu ja velvollisuus ohjata ja hoitaa potilaita, mutta se on vain osa hoitoprosessia. Potilaalla itsellään on kuitenkin suurin vastuu itsensä hoidossa. Sairaanhoidajina voimme tukea ja kannustaa elämäntapamuutoksiin, mutta potilaalla tulee olla halu muuttaa toimintatapojaan.

Jatkotutkimusaiheet

Ohjelehtinen Elämä raskausdiabeteksen jälkeen valmistui huhtikuussa 2014. Ohjelehtisen valmistuttua (liite 2) mietimme jatkotutkimusaiheita. Meistä olisi mielenkiintois-

ta tietää, onnistuimmeko ohjelehtisen avulla motivoimaan raskausdiabeteksen sairastaneita naisia ehkäisemään tyypin 2 diabetesta noudattamalla annettuja ohjeita. Haluaisimme tietää käytetäänkö ohjelehtistä ohjauksen tukena ja ovatko naiset kokeneet sen hyödylliseksi.

Jatkossa voisi tutkia sitä, että kuinka moni raskausdiabeteksen sairastanut nainen sairastuu myöhemmin 2 tyypin diabetekseen jollain tietyllä alueella tai koko Suomessa. Lisäksi voisi tutkia, miten äidit motivoituvat sairautensa jälkeen terveellisimpiin elämäntapoihin, ja onko muutoshalu itsessä vai tarvitaanko siihen ammattilaisen tukea.

LÄHTEET

Aalto, Riina & Kangasoja, Sanna-Maija 2010. Raskausdiabeteksen sairastaneiden äitien kokemus saamastaan hoidon ohjauksesta. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyö. Opinnäytetyö. WWW-dokumentti.

http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/14684/Kangasoja_Sanna.pdf?sequence=1. Päivitetty 2010. Luettu 16.12.2013.

Alatalo, Henna & Riihelä, Anu 2011. Raskausdiabeetikoiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Laurea-ammattikorkeakoulu. Hoitotyö. Opinnäytetyö. WWW-dokumentti.

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/33968/Alatalo_Henna_Riihela_Anu.pdf?sequence=1. Päivitetty 2011. Luettu 7.1.2013.

Arffman, Senja, Partanen, Reija, Peltonen, Heidi & Sinisalo, Laura (toim.) 2009. Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Aro, Eliina 2009. Diabetes ja ruoka – teoriaa ja käytäntöä terveydenhuollon ja ravitsemisalalan ammattilaisille. Diabetesliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Aro, Antti 2012. Ravinnon rasvat – laatu määrää tärkeämpää. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk01074. Päivitetty 28.8.2012. Luettu 12.2.2014.

Diabetes 2014. The global diabetes community. Visceral Fat (Active Fat). WWW-dokumentti. <http://www.diabetes.co.uk/body/visceral-fat.html>. Päivitetty 2014. Luettu 10.3.2014.

Eloranta, Tuija & Virkki, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Latvia: Livonia Print.

Haglund, Berit, Huupponen, Terttu, Ventola, Anna-Liisa & Hakala-Lahtinen, Pirjo 2009. Ihmisen ravitsemus. Helsinki: WSOY.

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

Hassan, Hamdi Abdi 2013. Raskausdiabeteksen hoidonohjaus: Mitkä tekijät edistävät tai estävät raskausdiabeteksen hoidonohjausta? Laurea-ammattikorkea-koulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. WWW-dokumentti.

http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/63419/Hassan_Hamdi_Abdi.pdf?sequence=1. Päivitetty 2013. Luettu 16.12.2013.

Hasunen, Kaisa, Kalavainen, Marja, Keinonen, Hilikka, Lagström, Hanna, Lyytikäinen, Arja, Nurttila, Annika, Peltola, Terttu & Talvia, Sanna 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti.

<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments-archived/vrn/lapsi.perhe.ruoka.pdf>. Päivitetty 2004. Luettu 3.11.2013.

Huttunen, Jussi 2012. Terveysliikunta – kuntoa, terveyttä ja elämänlaatua. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=dlk00934. Päivitetty 15.8.2012. Luettu 29.9.2013.

Hyvärinen, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. WWW-dokumentti.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo95167&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinumero. Päivitetty 2005. Luettu 3.11.2013.

Hyysalo, Sampsa 2009. Käyttäjä tuotekehityksessä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

- Hyytinen, Mila, Mustajoki, Pertti, Partanen, Raija & Sinisalo-Ojala, Laura 2009. Ravitsemushoito-opas. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Ilanne-Parikka, Pirjo, Rönnemaa, Tapani, Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo 2011. Diabetes. Duodecim. Diabetesliitto. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Jämsä, Kaisa & Manninen, Elsa 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kansanterveyslaitos 2007. Interventiot terveyden edistämässä. WWW-dokumentti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102398/kansanterveyslehti707.pdf?sequence=1>. Päivitetty 7/2007. Luettu 16.12.2013.
- Kivelä, Riitta, Nurmi, Pirjo & Orell-Kotikangas, Helena 2008. Raskaus ja diabetes. HUS-ravitsemusterapeutit. PDF-tiedosto. file:///C:/Users/Omistaja/Downloads/Raskaus%20ja%20diabetes%20(1).pdf. Päivitetty 2008. Luettu 21.1.2014.
- Käypä hoito 2012. Liikunta. WWW-dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50075?hakusan a=liikunta>. Päivitetty 27.6.2012. Luettu 18.11.2013.
- Käypähoito 2013. Raskausdiabetes. WWW-dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50068>. Päivitetty 26.6.2013. Luettu 16.12.2013.
- Kyngäs, Helvi, Kääriäinen, Maria, Poskiparta, Marita, Johanson, Kirsi, Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Luoto, Riitta 2013. Liikunta raskauden aikana ja sen jälkeen. Suomen Lääkärilehti 10/2013, 747 - 751.

Mustajoki, Pertti 2012. Painoindeksi (BMI). Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=dlk01001. Päivitetty 10.12.2012. Luettu 12.10.2013.

Mustajoki, Pertti 2012. Vyötärölihavuus (keskivartalolihavuus, omenalihavuus). Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00890. Luettu 10.3.2014. Päivitetty 26.11.2012.

NICE 2008. Diabetes in Pregnancy. Management of diabetes and its complications from pre-conception to postnatal period. National Institute for Health and Clinical Excellence. WWW-dokumentti. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg063guidance.pdf>. Päivitetty 3/2008. Luettu 3.12.2013.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2014. Imettävän äidin ravitseminen. WWW-dokumentti. <http://www.pkssk.fi/imettavan-aidin-ravitseminen>. Päivitetty 2014. Luettu 9.2.2014.

RADIEL 2013. Raskausdiabeteksen ja sen sikiökomplikaatioiden ehkäisy elämäntapamuutoksilla. WWW-dokumentti. <http://www.radiel.fi/?sivu=tutkimus>. Päivitetty 16.12.2013. Luettu 16.12.2013.

Rintala, Tuula-Maria, Kotisaari, Sirpa, Olli, Seija & Simonen, Ritva 2008. Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.

Ropponen, Anne-Mari 2010. Ateriarytmi. WWW-dokumentti. <http://www.kuusamo.fi/Resource.phx/sivut/sivut-kuusamo/kaikkiliikkuu/ravitseminen/index.htm?template=print>. Päivitetty 27.1.2010. Luettu 10.3.2014.

Sainio, Johanna 2009. Potilasohje sydänleikkausta odottavalle potilaalle. Ohje Päijät-Hämeen keskussairaalan internetsivuilla. Lahden ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. WWW-dokumentti.

http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4498/Sainio_Johanna.pdf?sequence=1. Päivitetty 2009. Luettu 2.11.2013.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Neuvolat. WWW-dokumentti.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/neuvolat. Päivitetty 22.2.2013. Luettu 16.12.2013.

Suomen diabetesliitto 2011. Raskausdiabetes pidä huolta itsestäsi ja vauvastasi. Tampere: Hämeen Kirjapaino Oy.

Suomen diabetesliitto 2013. Veren rasvat. WWW-dokumentti.

http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_2/hoidon_tavoitteet_ja_keinot/veren_rasvat. Päivitetty 2013. Luettu 3.2.2014.

Suomen Sydänliitto ry 2012a. Lautasmalli. WWW-dokumentti.

<http://www.sydanliitto.fi/lautasmalli2>. Päivitetty 15.2.2012. Luettu 13.11.2013.

Suomen Sydänliitto ry 2013. Painonhallinta. WWW-dokumentti.

<http://www.sydanliitto.fi/painonhallinta1>. Ei päivitystietoja. Luettu 12.10.2013.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Diabetesliiton lääkarineuvoston ja Suomen Gynekologiyhdistyksen ry:n asettama työryhmä 2013. Raskausdiabetes. WWW-dokumentti.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50068>. Päivitetty 26.6.2013. Luettu 20.10.2013.

Tarnanen, Kirsi, Kaaja, Risto, Kinnunen, Tarja & Vuorela, Pii 2013. Raskausdiabeteksen huolellinen hoito edistää sekä odottavan äidin että syntyvän lapsen hyvinvointia. WWW-dokumentti.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00076#s11>. Päivitetty 21.8.2013. Luettu 22.9.2013.

Tampereen yliopistollinen keskussairaala 2014. Imettävän ja äidinmaitoa luovuttavan äidin ravitseminen -ohje. Äidinmaitokeskus. Ravitsemussuunnittelu.

Terveyskirjasto 2010. Painoindeksi ja vyötärön ympärys. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00163. Päivitetty 28.12.2010. Luettu 12.10.2013.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013a. Terveellinen ruokavalio. WWW-dokumentti.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/ravitsemustietoa/terveys/terveellinen_ruokavalio. Päivitetty 2013. Luettu 26.9.2013.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013b. Painonhallinta. WWW-dokumentti.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/ravitsemustietoa/terveys/painonhallinta. Päivitetty 2013. Luettu 12.10.2013.

Tiitinen, Aila 2012. Raskausdiabetes. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00168. Päivitetty 21.9.2012. Luettu 1.10.2013.

Tiitinen, Aila 2013a. Makrosomia (poikkeavan kookas sikiö). Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00875. Päivitetty 14.10.2013. Luettu 16.12.2013.

Tiitinen, Aila 2013b. Munasarjojen monirakkulaoireyhtymä (PCOS). Lääkärilehti Duodecim. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00686. Päivitetty 1.10.2013. Luettu 20.10.2013.

Tiitinen, Aila 2013c. Raskaus ja liikunta. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk01034. Päivitetty 18.10.2013. Luettu 8.2.2014.

Torkkola, Sinikka, Heikkinen, Helena & Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammi.

UKK-instituutti 2011. Liikunta synnytyksen jälkeen. WWW-dokumentti.
http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/terveysliikuntasuosituksset/liikunta_synnytyksen_jalkeen. Päivitetty 10.5.2011. Luettu 31.10.2013.

UKK-instituutti 2013. Liikuntapiirakka. WWW-dokumentti.
<http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>. Päivitetty 19.9.2013. Luettu 22.1.2014.

Urpilainen, Eveliina 2012. Ohjelehtinen raskausdiabeteksen ruokavaliohoidosta odotaville äideille. Saimaan ammattikorkeakoulu. Hoitotyö. Opinnäytetyö. WWW-dokumentti.
<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/7506/opinnaytetyo.pdf?sequence=1>. Päivitetty 2012. Luettu 5.1.2013.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014. Terveyttä ruoasta. Suomalaiset ravitsemussuosituksset 2014. WWW-dokumentti.
http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ravitsemussuosituksset_2014_fi_web.pdf. Päivitetty 23.1.2014. Luettu 1.2.2014.

Vilkka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Walker, Rosemary & Rodgers, Jill 2005. Diabetes. Käytännön opas terveyden hoitamiseen. Helsinki: Perhemediat Oy.

Kirjallisuuskatsaus	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressi työn kannalta
<p>Riina Aalto ja Sanna-Maija Kangasoja 2010. tiedot Raskausdiabeteksen sairastaneiden äitien kokemus saamastaan hoidon ohjauksesta. Opinnäytetyö.</p>	<p>Raskausdiabeteksen kahden vuoden sisällä sairastaneet äidit.</p>	<p>Kyselyyn vastasi 46 raskausdiabeteksen sairastanutta äitiä. Kvantitatiivinen eli määrällinen menetelmä, joka toteutettiin survey-tutkimuksena. Aineistokeuruu menetelmänä oli kyselytutkimus.</p>	<p>Äidit olivat saaneet monipuolisesti hoidonohjausta ruokavaliosta, liikunnasta, raskausdiabeteksestä sairautena sekä hoitomuodoista. Parhaiten ohjausta oli saatu ruokavaliosta ja sairaudesta sekä hoitomuodoista. Vähiten ohjausta oli saatu liikunnasta. Ohjausta oli osittain pidetty riittävänä, mutta osittain sitä kaivattiin lisää. Yksilöllisyyttä ohjaukseen kaivattiin lisää.</p>	<p>Valitsimme tämän tutkimuksen, koska teemme opinnäytetyönämme oppaan raskausdiabeteksen sairastaneille äideille, jossa hoidonohjaus on merkittävässä asemassa.</p>

<p>Halkoaho, Arja & Kavilo, Marja 2007. Synnyttäneiden naisten terveys. Tutkimus terveyteen vaikuttavista tekijöistä raskausdiabeteksen sairastaneiden ja normaalin sokerirasitustuloksen raskausaikana saaneiden välillä. Kuopion yliopisto. Yhteiskunta-tieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.</p>	<p>Osallistujat olivat Kuopion yliopistollisen sairaalan naistentautien ja synnytysklinikan synnyttäjärekisteristä äitiys-poliklinikan seurannassa vuosina 1989–2004 olleet Siilinjärven ja Maaningan terveydenhuollon kuntayhtymän alueella asuneet henkilöt.</p>	<p>Satunnaisotanta, jolla rekisteristä poimittiin 100 gestationaalisen diabeteksen sairastanutta naista. Vertailuryhmänä oli raskauden aikana sokerirasituskokeessa normaalin tuloksen saaneet naiset. Tutkimukseen osallistui 77 raskausdiabetesryhmään kuuluvaa ja 54 kontrolliryhmään kuuluvaa</p>	<p>Veren kohonnut kolesteroli oli suurempaa raskausdiabeetikoilla kuin kontrolliryhmäläisillä. Aikaisempien tutkimusten ja tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta raskausdiabeteksen periytyvän. Molemmissa vastaajaryhmissä suosittiin kasvirasvapohjaisia valmisteita, mutta raskausdiabetes käytti kuitenkin enemmän voipohjaisia tuotteita kuin kontrolliryhmä. Kasvisten käyttö oli lisääntynyt molemmissa ryhmissä. Tupakointi oli yleisempää raskausdiabetesryhmässä. Liikuntatottumuksia kysyt-</p>	<p>Tutkimuksessa on hyvää teorian tietoa opinnäytetyöhömme. Tutkimus käsittelee samaa aihetta ja tukee opinnäytetyötämme, sekä jatkamme aiheen tutkimista ohjauksen näkökulmasta.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>täessä kontrolliryhmäläiset kokivat fyysisen kuntosensa paremmaksi, mutta molemmissa ryhmissä yli puolet vastanneista koki liikuntamääränsä olevan riittämätön terveytensä ylläpitämiseksi. Ohjaus on vähäistä ja sitä halutaan lisää.</p>	
<p>Alatalo, Henna & Riihelä, Anu 2011. Raskausdiabeetikoiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Laurean ammattikorkea-koulua. Tikkurila. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö</p>	<p>Vantaan Keskisen neuvolatoiminnan alueelta, joka kattaa Tikkurilan, Koivukylän ja Kartanokosken neuvolat. Haastattelut tehtiin kolmelle neuvolan asiakkaalle, joilla synnytyksensä oli aikaa enintään vuosi</p>	<p>Laadullinen tutkimusmenetelmä, haastattelumuotona käytettiin teemahaastattelua. Tulokset analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.</p>	<p>Hoidon tulisi olla yksilöllistä ja jokaista potilasta hoitaessa tulisi ottaa huomioon heidän elämäntilanteet ja se kuinka he reagoivat sairautteen. Hoidonohjauksen tulisi olla selkeää ja kattavaa. Liikunnan merkitystä tulisi korostaa, sillä potilaille on annettu sen vaikutuksista niukasti tietoa.</p>	<p>Tästä tutkimuksesta on paljon hyötyä opinnäytetyöhömme, sillä aihe käsittelee juuri sitä aihetta, mistä aiomme tehdä potilasoppaan. Voimme hyödyntää tämän tutkimuksen johtopäätöksiä ja jatkotutkimus mahdollisuuksia. Oppaaseen pyrimme laittamaan tietoa raskaus-</p>

			<p>Vertaistukiryhmiä pitäisi perustaa ja niistä tulisi kertoa potilaalle, sillä vertaistuki on aina hyväksi.</p> <p>Jokaiselle potilaalle tulisi asettaa selkeät tavoitteet hoidossa, jotta heillä säilyisi motivaatio. Esimerkiksi ruokapäiväkirjat on todettu toimivan hyvin.</p> <p>Ohjaus on keskittynyt lähes pelkkään ruokavalio-ohjaukseen ja äidit toivoivatkin, että he saisivat myös siitä, kuinka raskausdiabetes vaikuttaa vauvaan.</p>	<p>diabeteksestä, mitä äidit ovat toivoneet aiemmissä tutkimuksissa.</p>
Urpalainen Eveliina, 2009. Ohjelehtinen raskausdiabeteksen ruokavaliohoidosta odottaville äideille. Saimaan	Opinnäytetyö on potilasohje raskaus-diabeteksen ruokavaliohoidosta. Opinnäytetyö on tehty Haminan	Opinnäytetyö ei ole tutkimus, joten menetelmänä on käytetty tiedon hakua raskausdiabeteksestä ja sen	Opinnäytetyöstä muodostui konkreettinen tuotos työelämään, josta on hyötyä hoitajille kuin potilaillekin.	Me teemme myös opinnäytetyönämme motivoivan ohjeen Juvan neuvolaan raskausdiabeteksen jälki-

<p>ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.</p>	<p>äitiys- ja perhesuunnittelu neuvolaan, jossa he käyttävät opasta hoidon ohjauksen tukena sekä voivat antaa sen potilaille kotiin luettavaksi.</p>	<p>hoidosta sekä ravitsemuksesta. Teoriatieto käsittelee myös ruokavaliohoitoa, potilaan ohjausta ja millainen on laadukas potilasohje. Teoriatiedon perusteella syntyi ohjelehtinen, johon on koottu tärkeimmät raskausdiabeteksen ruokavaliohoitoon liittyvät tiedot.</p>	<p>Urpalaisen mukaan raskausdiabeetikkojen määrä kasvaa koko ajan, joten on tärkeää panostaa laadukkaaseen ohjaukseen ja ennaltaehkäisyyn. Raskausdiabeteksen yksi tärkeimmistä hoitomuodoista on ruokavalio- ohjaus yhdistettynä liikuntaan, joten ohjelehtinen on hyödyllinen hoitohenkilökunnalle potilasohjauksessa.</p>	<p>hoidosta ja seurannasta, joten tästä opinnäytetyöstä saamme vinkkejä kuinka se kannattaa tehdä, miten saamme tehtyä laadukkaan ohjeen ja tärkeimmät asiat, mitkä siihen kannattaa laittaa.</p>
<p>Hassan, Hamdi Abdi 2013. Raskausdiabeteksen hoidonohjaus: Mitkä tekijät edistävät tai estävät raskausdiabeteksen hoidonohjausta? Toukokuu 2013. Laurea ammattikorkeakou-</p>		<p>Opinnäytetyön menetelmäni käytettiin kirjallisuuskatsausta, johon oli valittu viisi tutkimusta. Tutkimuksista kolme liittyy raskausdiabeteksen hoidonohjaukseen ja kaksi tutkimusta ovat tehty</p>	<p>Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan hoidonohjausta edistävät laadukas ohjaus, sosiaalinen tuki ja hoitohenkilökunnan ammatillinen osaaminen. Hoidonohjausta estäväksi</p>	<p>Valitsimme tämän opinnäytetyön, koska teemme raskausdiabeteksen sairastaneille äideille motivoivan esitteen raskausdiabeteksen jälkeisestä hoidosta. Raskausdiabeteksen jälkeisessä</p>

LIITE 1**Kirjallisuuskatsaus**

lu, Otaniemi. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.		hoidonohjauksen näkökulmasta.	tekijäksi muodostui hoitohenkilökunnan tuen puute.	hoidossa hoitohenkilökunnalla ja omaisilla on tärkeä merkitys hoidon onnistumiselle, tuen antaminen ja yksilöllinen ohjaus.
--------------------------------------------------------	--	-------------------------------	----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ELÄMÄ
RASKAUSDIABETEKSEN
JÄLKEEN



LIITE 2(2).

Ohjelehtinen

Tämän ohjelehtisen tarkoituksena on antaa sinulle tietoa raskausdiabeteksen jälkihoidosta, tarvittavista seurannoista, ravinnosta ja liikunnasta. Tavoitteena on motivoida ja kannustaa sinua tekemään valintoja, jotka tukevat terveyttäsi. Valinnat ovat osa arkeasi. Ne eivät vaadi sinulta kovin suuria muutoksia, vain tahtoa tekemään asioita eri tavalla.

Raskausdiabeteksen jälkeen sinulla on suurentunut riski sairastua tyypin 2 diabetekseen. Raskauden aikana tehdyissä glukoosirasituskokeissa ilmenneet poikkeavat arvot lisäävät sairastumisriskiä tyypin 2 diabetekseen 40 - 60 prosenttia seuraavien 10 - 15 vuoden aikana. Synnytyksen jälkeen on tärkeä käydä jälkikontrolleissa ja kiinnittää erityisesti huomiota terveelliseen ruokavalioon, painonhallintaan ja liikuntaan.

SEURANNAT SAIRASTETTUASI RASKAUSDIABETEKSEN

Glukoosirasituskokeen uusiminen on tärkeää, sillä raskausdiabeteksen sairastettuasi sokerinsietokyky saattaa heikentyä pysyvästi. Jos raskausdiabetestasi on hoidettu insuliinilla, glukoosirasituskoe tehdään jo 6 - 12 viikon kuluttua synnytyksestä.

Synnytyksen jälkeen glukoosirasituskoe uusitaan 1 - 3 vuoden välein. Jos verensokeriarvot ovat koholla, verensokerimittaukset ovat vuoden välein. Jos tulos on normaali, koe uusitaan kolmen vuoden välein.

Mikäli glukoosirasituskokeessa ilmenee yksikin poikkeava arvo

- paastoarvo yli 6,1 mmol/l
- kahden tunnin arvo yli 7,8 mmol/l

ohjataan sinut oman alueen hoitajalle ja lääkärille jatkoseurantaan.

Glukoosirasituskokeen lisäksi seurataan painoa, vyötärön ympärysmittaa, verenpainetta sekä veren rasva-arvoja. Vastaanotolla saat ohjausta terveellisiin elämäntapoihin.

Seurantojen ja ohjauksen avulla pyritään ehkäisemään raskausdiabeteksen uusiutumista, lihavuutta ja tyypin 2 diabeteksen sekä valtimotaudin kehittymistä.

RAVITSEMUS

Keskeisintä hyvän ravitsemuksen saavuttamiseksi on monipuolinen ruokavalio, säännöllinen ateriaritmi ja energiantarvetta vastaava ruokamäärä. Jotta ruokavaliosi olisi terveyttä edistävää, noudata Valtion ravitsemusneuvottelukunnan asettamaa ravitsemussuosituksia, jossa kohtuullisten ja monipuolisten annosten kokoamisessa auttaa ruokakolmio ja lautasmalli. Suositusten mukainen ruokavalio on monipuolista ja vaihtelevaa. Se mahdollistaa hyvänmakuisen ja terveellisen ruoan.

RUOKAKOLMIO



Ruokakolmio (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014)

Kolmion alaosassa olevat ruoka-aineet luovat päivittäisen perustan ruokavaliolle.

Kolmion huipulla olevat ruoka-aineet eivät kuulu päivittäin käytettyinä terveyttä edistävään ruokavalioon, mutta niitä voi nauttia satunnaisesti.



Lautasmalli (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014)

Terveyttä edistävä ruokavalio toteutuu käyttämällä apuna lautasmallia. Lautasen koostuminen tapahtuu siten, että lautasesta

- ½ on kasviksia: salaatti + öljy/salaatinkastike, raasteet tai lämpimät kasvikset
- ¼ on viljavalmisteita tai perunaa
- ¼ on vähärasvaista ja -suolaista lihaa, kalaa, kanaa tai kananmunaa
- lisäksi ateriaan kuuluu vähäsuolaista täysjyväleipää, jonka päälle kasvisrasva-levitettä sipaisun verran
- ruokajuomana vesi, rasvaton maito tai piimää
- jälkiruoaksi marjoja ja hedelmiä

SUOSITELTAVAT RUOKAVALINNAT

KASVIKSET, HEDELMÄT JA MARJAT

Vihanneksia, juureksia hedelmiä ja marjoja tulisi syödä ainakin puoli kiloa eli kuusi kourallista päivässä. Määrästä noin puolet tulisi olla kasviksia ja loput marjoja ja hedelmiä. Kasvikset, hedelmät ja marjat sisältävät runsaasti kuitua ja hitaasti imeytyviä hiilihydraatteja. Ne myös nostavat verenglukoosiarvoja vain vähän ja sisältävät tärkei-

Ohjelehtinen

tä vitamiineja ja kivennäisaineita. Kasviksia, marjoja ja hedelmiä sekä muita kuitua sisältäviä tuotteita suositellaan syötävän useilla aterioilla päivässä.

VILJAVALMISTEET JA PERUNA

Viljavalmisteisiin luetaan pasta, ohra, riisi, leivät, puurot ja muut täysjyvälisäkkeet. Näitä tulisi käyttää päivittäin noin kuusi annosta. Yksi annos on noin yhden desilitran verran. Käytetyistä viljavalmisteista vähintään puolet tulisi olla täysjyväviljaa suosien vähäsuolaisia tuotteita. Leivissä kuitupitoisuuden tulisi olla vähintään 6 g/100 g. Viljavalmisteille pääruoan lisäkkeenä toinen vaihtoehto on peruna. Peruna sisältää hiilihydraatteja kohtuullisesti, ja siitä saa kivennäisaineita (kalium ja magnesium) ja C-vitamiinia.

KALA, LIHA JA KANANMUNA

Kala, liha ja kananmuna ovat hyviä proteiinin lähteitä. Kala on myös hyvä D-vitamiinin lähde. Tuotteissa tulisi suosia vähärasvaisia ja vähäsuolaisia vaihtoehtoja. Siipikarja on vähärasvaisempaa ja rasvan laadultaan parempaa kuin punainen liha, jota esimerkiksi sian ja naudan liha ovat. Ruuissa kala, liha ja kananmuna voidaan korvata kasvikunnan hyvillä proteiinin lähteillä, kuten pähkinöillä, siemenillä ja palkokasveilla.

RAVINTORASVAT

Rasvoja on kahta laatua: pehmeää ja kovaa. Pehmeät rasvat pienentävät veren kokonaiskolesteroli- ja LDL-pitoisuutta ("paha kolesteroli") ja parantavat HDL-pitoisuutta ("hyvä kolesteroli"). Suhteessa HDL-pitoisuuden tulisi olla suurempi kuin LDL-pitoisuuden. Lisäksi pehmeät rasvat saattavat parantaa insuliiniherkkyyttä eli sokeriai-neenvaihduntaa. Kovien rasvojen runsas nauttiminen suurentaa veren LDL-kolesterolipitoisuutta. Välttämällä kovia rasvoja, joita lihavalmisteet ja leivonnaiset sisältävät, edistetään painonhallintaa sekä vähennetään insuliiniresistenssiä. Pehmeän rasvan riittävä saanti toteutuu, kun

- käytät leivän päällä kasviöljypohjaista margariinia, jonka rasvapitoisuus on vähintään 60%
- käytät öljypohjaista salaattinkastiketta

- käytät leivontaan ja ruoanvalmistukseen öljyä tai pullomargariinia
- syöt 2 - 3 kala-ateriaa viikossa
- syöt pähkinöitä ja siemeniä

JUOMAT JA NESTEEN TARVE

Paras janojuoma on vesi. Päivittäinen nesteentarve on noin 1-1,5 litraa. Ruokajuomaksi suositellaan rasvatonta maitoa tai piimää. Mehuja ja sokeroituja virvoitusjuomia on vältettävä niiden suuren energiapitoisuuden takia.

ATERIARYTMI

Ruokailujen ajoittaminen tasaisesti ja säännöllisesti 3 - 4 tunnin välein ehkäisee painonnousua ja tasaa veren glukoosiarvoja. Hiilihydraattipitoiset ruoat on jaettava tasaisesti eri aterioille, ja erityisesti on kiinnitettävä huomiota aamupalan runsaskuituisuuteen ja maltilliseen hiilihydraattimäärään. Hiilihydraattimäärän tunteminen ja laskeminen on hyödyksi, sillä hiilihydraatit kohottavat veren glukoosiarvoja. Runsasenergiisten ja sokaristen ruokien vähentäminen parantaa veren glukoosiarvoja ja edistää painonhallintaa. Taulukossa 1 on esimerkki yhden päivän ateriasuunnitelmasta.



Ateriarytmi (Ropponen 2012)

TAULUKKO 1. Ateriasuunnitelma yhdelle päivälle, energiamäärä 1600 - 1800 kcal (40 - 50 E% hiilihydraatteja)

Ateriat	Esimerkki päivän aterioista	Hiilihydraatit g / ateria
Aamupala klo 7 - 8 (voit halutessasi myös yhdistää aamupalan ja aamupäivän välipalan)	1 - 2 viipaleta täysjyväleipää tai 2 - 2,5 dl - puuroa 1 - 2 tl kasvimargariinia tai -öljyä 2 dl rasvatonta maitoa tai viiliä tai 1,5 dl kevytjogurtia tai 2 dl marjoja tai hedelmä 1 - 2 viipaleta vähärasvaista juustoa tai leikkelettä kasviksia kahvia tai teetä	20 - 30 g
Välipala tarvittaessa klo 9 - 10	1 viipale leipää + 1 tl kasvimargariinia ja / tai 1 kpl hedelmää	10 - 20g
Lounas klo 11 - 13	2 - 3 pientä perunaa tai 1,5 - 2 dl riisiä tai pastaa 1 - 2 viipaleta täysjyväleipää + 1 - 2 tl kasvimargariinia 2 dl rasvatonta maitoa tai piimää 100 - 120 g kala-, kana- tai liharuokaa kasviksia runsaasti + 1 rkl salaatinkastiketta tai leipäateria: esim. 2 - 3 viipaleta täysjyväleipää + 2 - 3 tl kasvimargariinia, 2 - 3 viipaleta vähärasvaista leikkelettä, salaattia, hedelmä ja 2 dl rasvatonta maitoa, piimää tai maustamattomaa jogurtia	40 - 60g
Välipala klo 14 - 15	1 viipale täysjyväleipää + 1 tl kasvimargariinia ja / tai 1 hedelmä tai 2 dl marjoja tai 1,5 kevytjogurtia kasviksia kahvia tai teetä	20 g
Päivällinen klo 16 - 18	2 - 3 dl keittoa tai 2 dl laatikkoruokaa 1 - 2 viipaleta täysjyväleipää + 1 - 2 tl kasvimargariinia 2 dl rasvatonta maitoa tai piimää 1 dl kiisseliä tai 1 kpl hedelmää kasviksia runsaasti + öljy/salaatinkastike tai kuten lounas	50 - 60 g
Iltapala klo 20 - 21	1 - 2 viipaleta täysjyväleipää + 1 - 2 tl kasvimargariinia 1 - 2 vähärasvaista juustoa tai leikkelettä 2 dl rasvatonta maitoa, piimää tai viiliä kasviksia teetä	20 - 40 g
Hiilihydraatit yhteensä		160 - 230 g

LIIKUNTA JA PAINONHALLINTA

LIIKUNNAN HYÖTYJÄ SYNNYTYKSEN JÄLKEEN

- Liikunta edistää terveyttäsi ja hyvinvointiasi
- Ehkäisee painonnousua
- Kuntosi paranee ja kehosi virkistyy liikkuessa
- Mielialasi kohenee
- Unenlaatusi paranee ja jaksat paremmin arjessa
- Verenpaine laskee, kolesterolitaso pysyy matalana ja verensokeritaso paranee

Liikunnan harrastamisen voi aloittaa heti synnytyksen jälkeen tutuilla ja turvallisilla liikuntamuodoilla. Päivittäinen vähintään puolen tunnin reippailu esimerkiksi vauvaa vaunuissa työntäen on kätevä tapa aloittaa säännöllinen kuntoilu.



TERVEYSLIIKUNNAN TAVOITTEENA ON

- Ylläpitää ja parantaa normaalia arkiaktiivisuutta.
- Reipasta kestävyysliikuntaa viikossa vähintään 2,5 tuntia
- Raskaampaa liikuntaa vähintään 1,25 tuntia viikossa kohottamaan fyysistä peruskuntoa
- Lisäksi lihasten voimaa ja kestävyyttä ylläpitävää tai lisäävää harjoittelua vähintään kahdesti viikossa.
- Mallia voit katsoa liikuntapiirakasta, jossa on esimerkkejä eri liikuntamuodoista.

Viikoittainen

LIIKUNTAPIIRAKKA



Liikuntapiirakka (UKK-instituutti 2009)

Painonhallinnassa tarvitaan aina ruokailutottumusten pysyvää muutosta. Lisäämällä energian kulutusta ja liikuntaa sisäelinten ympärille kerääntyvän rasvan määrä vähenee ja vyötärön ympärys pienenee. Sisäelinten ympärille kerääntyvä rasva on vaarallista, koska se aiheuttaa monia sairauksia, esimerkiksi tyypin 2 diabetesta.

LIITE 2(3).
Ohjelehtinen

Jos sinulla heräsi kysymyksiä raskausdiabeteksestä, sen jälkihoidosta ja seurannoista, ota rohkeasti yhteyttä omaan hoitajaasi. Lisätietoa aiheeseen liittyen löydät myös alla olevista lähteistä.

www.diabetesliitto.fi

www.kaypahoito.fi

www.ravitsemusneuvottelukunta.fi



Tekijät: Anni Halonen & Elli-Maija Kokko

Kevät 2014

Kaikki lähteet löytyvät opinnäytetyöstämme www.theseus.fi

Juvan terveyskeskuksen äitiysneuvola

Eteläinen, itäinen ja koillinen alue:

terveydenhoitaja 0400 135 042

(puhelinaika ma - pe klo 11 - 12)

Pohjoinen ja läntinen alue:

terveydenhoitaja 0400 135 043

(puhelinaika ma - pe klo 11 - 12)