
Raskausdiabetes – Elintavoilla kohti hyvinvointia

Ohjevihko raskausdiabeteksen ruokavaliohoidosta Lempäälän äitiys- ja lastenneuvolaan




Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivu, kevät 2015

Henna Mäkinen, Emmi Parviainen
& Jenni Ylisaari



LAHDENSIVU
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijät	Henna Mäkinen Emmi Parviainen Jenni Ylisaari	Vuosi 2015
Työn nimi	Raskausdiabetes – Elintavoilla kohti hyvinvointia	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen ohjevihko raskausdiabeteksen ravitsemushoidosta. Lempäälän äitiys- ja lastenneuvolasta tilattiin aihetta käsittelevä ohjevihko terveydenhoitajien työkaluksi oikeisiin työelämän tilanteisiin. Ohjevihko toteutettiin yhteistyössä neuvolan kanssa pohjautuen heidän tarpeisiinsa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutustua raskausdiabetekseen ja terveydenhoitajan rooliin sen hoidossa. Tämän pohjalta toteutettavan ohjevihon tavoitteena oli tarjota suosituksiin perustuvia, konkreettisia ohjeita arkeen sovellettavaksi. Lisäksi tarkoituksena oli helpottaa terveydenhoitajien neuvontatyötä sekä tuoda tukea asiakkaan saaman ruokavalio-ohjeistuksen sisältämiseen.

Työn kirjallisuuskatsauksessa perehdyttiin raskausdiabetekseen, sen hoitoon sekä hoidonohjaukseen neuvolassa. Lisäksi teoriaosuuteen haettiin tietoa hyvän potilasohjeen sisällöstä ja sen laatimisesta. Kirjallisuuskatsauksen toteutuksessa käytettiin lähteinä alan kirjallisuutta sekä tutkimuksia.

Opinnäytetyön toiminnallisena osuutena toteutettiin Raskausdiabetes – Elintavoilla kohti hyvinvointia -ohjevihko. Ohjevihko otettiin hyvin vastaan, ja toive on, että tulevaisuudessa se tulee olemaan osa raskausdiabeetikon terveysneuvontaa Lempäälään äitiys- ja lastenneuvolassa. Kirjallisen ohjemateriaalin tuottaminen on osa terveydenhoitajan laajaa työnkuvaa, ja tätä taitoa on mahdollisuus hyödyntää terveydenhoitajan työssä. Työn liitteenä on myös kehittämistehtävä – Kirjallinen ohje raskaana olevan ja synnyttäneen naisen lantionpohjan lihasten harjoittamiseen.

Avainsanat raskaus, raskausdiabetes, ruokavaliohoito, potilasohjeet

Sivut 43 s. + liitteet 35 s.

LAHDENSIVU
Degree Programme in Nursing
Public Health Nursing

Authors	Henna Mäkinen Emmi Parviainen Jenni Ylisaari	Year 2015
Subject of Bachelor's thesis	Nutritional Instructions for Gestational Diabetics	

ABSTRACT

The purpose of the Bachelor's thesis was to produce written material about nutritional treatment of gestational diabetes. The written material was ordered by maternity clinic of Lempäälä. Material was made in co-operation with maternity clinic and based on their needs.

The aim of the thesis was to explore a treatment of gestational diabetes and the role of public health nurse in it. The aim was to offer written material which includes concrete advice and information based on Current Care Guidelines. The purpose was also to facilitate public health nurses' work and offer some material to give for their clients about nutritional care of gestational diabetes.

In the theory part of the thesis gestational diabetes and how it is treated in maternity clinic were studied. It was also necessary to find information about a good patient education material and how to make one. Bibliography of the public health and researches were used for the sources for the literature review of the thesis.

For the functional part of the thesis was to produce the patient educational material, called Raskausdiabetes – Elintavoilla kohti hyvinvointia. Material was accepted and the purpose is that it is going to be used as a part of the nutritional care of gestational diabetes in maternity clinic of Lempäälä. Producing of the written education material is a part of the public health nurses' work and that attainment can be used in the future.

Keywords pregnancy, gestational diabetes, diet therapy, patient instructions

Pages 43 p. + appendices 35 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	1
3	RASKAUSDIABETES	2
3.1	Raskaus.....	2
3.2	Diabetes	4
3.3	Raskausdiabetes sairautena	5
3.4	Raskausdiabeteksen diagnostiikka	6
3.5	Verensokerin omaseuranta	7
3.6	Raskausdiabeteksen lääkehoito	7
3.7	Raskausdiabeteksen seuranta	8
3.7.1	Raskausdiabetekseen liittyvät komplikaatiot	9
3.7.2	Synnytystavan ja -ajankohdan arviointi	10
3.8	Raskauden jälkeinen seuranta ja vaikutus myöhempään elämään	11
4	RASKAUSDIABETEKSEN RAVITSEMUSHOITO	11
4.1	Ateriarytmi	12
4.2	Energiaravintoaineet ja suojaravintoaineet	13
4.2.1	Hiilihydraatit.....	13
4.2.2	Proteiinit	14
4.2.3	Rasvat	15
4.2.4	Vitamiinit ja kivennäisaineet.....	16
4.3	Raskausajan ruokarajoitukset.....	18
5	RASKAUSDIABETEETIKON HOIDONOHJAUS NEUVOLASSA.....	20
5.1	Ruokapäiväkirja	22
5.2	Painonhallinta.....	23
5.3	Liikunta osaksi raskausdiabeteksen hoitoa	24
6	HYVÄN POTILASOHJEEN LAATIMINEN	26
7	OHJEVIHON TOTEUTUSPROSESSI.....	28
7.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	29
7.2	Ohjevihon suunnittelu	29
7.3	Ohjevihon toteutus	30
7.4	Ohjevihon arviointi	31
8	POHDINTA.....	32
8.1	Oma kehittymisemme opinnäytetyöprosessin aikana	32
8.2	Ohjevihon lopputuloksen arviointi.....	33
8.3	Eettisyys ja luotettavuus.....	34
8.4	Kehittämisideat.....	35
9	JOHTOPÄÄTÖKSET	36

LÄHTEET 38

KUVALÄHTEET..... 43

- Liite 1 Raskausdiabetes – Elintavoilla kohti hyvinvointia
Liite 2 Kehittämistehtävä: Kirjallinen ohje raskaana olevan ja synnyttäneen naisen lantionpohjan lihasten harjoittamiseen

1 JOHDANTO

Raskausdiabetes on lisääntynyt viimevuosien aikana huomattavasti. Nykyään noin joka kymmenennellä raskaana olevalla naisella todetaan raskausdiabetes. (Virkamäki & Niskanen 2009, 769.) Lempäälän äitiysneuvola tilasi meiltä ohjevihon tueksi raskausdiabeetikoiden ruokavalio-ohjaukseen. Neuvolan työntekijät kokevat, että heiltä puuttuu yhteinen konkreettisesti jaettava materiaali hyödynnettäväksi lisääntyvissä ohjaustilanteissa.

Neuvolassa raskausdiabetekseen sairastuneen odottajan ohjaustilanne tulee usein yllättäen tavallisen määräaikaistarkastuksen yhteydessä, eikä tähän ole välttämättä aikaa valmistautua. Ohjaustilanteessa odottajalle tulee paljon uutta tietoa raskausdiabeteksestä, ravitsemusohjauksesta sekä verensokerin omaseurannasta. Asiakkaalla voi olla vaikeuksia muistaa käynnillä läpikäytyt asiat, ja tämän takia on hyvä, että hän voi palata asioihin myöhemmin kotona ohjevihon avulla.

Raskausdiabeteksen hoito pohjautuu ruokavaliohoitoon. Ravitsemushoidolla pyritään ylläpitämään ja edistämään odottavan äidin terveydentilaa raskausaikana sekä sen jälkeen. Ruokavalio perustuu sekä raskausajan että diabeteksen yleisiin ravitsemussuosituksiin. Ravitsemushoidon tavoitteena on turvata sopiva energian ja ravintoaineiden saanti, pitää verensokeri tasapainossa, ehkäistä insuliinihoidon tarvetta sekä turvata sikiön normaali kehitys ja kasvu. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013; Tamanen, Kaaja, Kinnunen & Vuorela 2013; Hasunen, Kalavainen, Keinonen, Lagström, Lyytikäinen, Nurttila, Peltola & Talvia 2004.)

Raskausdiabetesta sairastaneilla on suurentunut riski sairastua myöhemmin elämässään tyypin 2 diabetekseen. Jopa puolet raskausdiabeteksen sairastaneista sairastuvat diabetekseen kymmenen vuoden sisällä. (Raskausdiabetes: Käypä hoito –suositus 2013.) Tästä syystä halusimme tuoda ohjevihossamme esiin terveellisten elintapojen ylläpitämisen myös raskausajan jälkeen.

Neuvolan terveydenhoitajien toiveena oli, että ohjevihko sisältäisi konkreettisia ohjeita erityisesti raskausdiabeetikon ruokavalion noudattamisesta. Lisäksi he kokivat tarpeelliseksi, että ohjevihko sisältäisi myös tietoa liikunnan merkityksestä hoitotasapainon ylläpitämisessä, verensokerin omaseurantakaavakkeet sekä lyhyen ruokapäiväkirja-osuuden. Tällä tavalla kaikki ohjaustilanteessa tarvittava materiaali löytyisi yhdestä ohjevihosta.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa tutkittuun tietoon perustuva ohjeellinen raskausajan diabetesta sairastavan äidin ruokavaliosta. Pyrimme vastaamaan seuraaviin kysymyksiin opinnäytetyössämme:

1. Mikä on raskausdiabetes?
2. Millainen raskausdiabeetikon ruokavalion tulisi olla?

3. Millaista ruokavalio-ohjausta terveydenhoitajan tulisi antaa raskausdiabeetikolle?
4. Millainen on hyvä kirjallinen potilasohje?

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen avulla pyrimme vastaamaan kysymyksiin siitä, mitä raskausdiabetes on ja millaista ruokavaliota raskausajan diabeetikon olisi suositeltavaa noudattaa. Pyrimme toteuttamaan työn terveydenhoitajan näkökulmasta, asiakkaan tarpeet huomioon ottaen.

Koska opinnäytetyön lähtökohtana oli terveydenhoitajien tarve jaettavalle materiaalille, oli yksi opinnäytetyömme päätavoitteista luoda apuväline terveydenhoitajien päivittäiseen työhön, ja tätä kautta helpottaa ohjaustilanteita. Yhteisen ohjevihon avulla terveydenhoitajien on mahdollista yhteistyöstä antamaansa ohjausta.

Vihon kautta asiakkailla on mahdollisuus saada luotettavaa tietoa tiiviissä ja helposti luettavassa muodossa. Jaettavan ohjevihon tarkoituksena on mahdollistaa asiakkaiden palaaminen aiheeseen neuvolakäynnin jälkeen.

Opinnäytetyöprosessin myötä pääsimme harjoittamaan yhteistyötaitojamme eri ammattiryhmien kanssa. Lisäksi kehityimme prosessityöskentelyssä. Neuvolan terveydenhoitajien työhön kuuluu kirjallisen materiaalin tuottaminen. Opinnäytetyön myötä saimme arvokasta kokemusta myöskin tästä työn osa-alueesta.

3 RASKAUSDIABETES

Raskaus- eli gestatiidiabetes on sokeriaineenvaihdunnan häiriö, joka todetaan ensimmäisen kerran raskauden aikana. Raskausdiabeteksessa insuliinin kyky siirtää elimistön glukoosi solujen käyttöön on laskenut. (Eskola & Hytönen 2005, 152; Teramo & Kaaja 2014.)

Raskausdiabetes on lisääntynyt viime vuosien aikana huomattavasti. Se todetaan yleensä raskausviikoilla 24–28, jolloin neuvolassa pääsääntöisesti tehdään glukoosirasituskoetta. Riskisynnyttäjien määrän lisääntyessä, glukoosiaineenvaihdunnan häiriöitä tavataan nykyään jo raskauden alkuvaiheissakin. (Virkamäki & Niskanen 2009, 769.)

3.1 Raskaus

Raskauden kesto on noin 40 raskausviikkoa. Raskausviikot lasketaan viimeisten kuukautisten alkamispäivästä. Täysaikaiseksi kutsutaan raskautta, joka kestää 38–42 viikkoa. Raskauden sen hetkinen kesto merkitään raskausviikkoina ja sen ylittävänä päivinä. (Nuorttila 2007, 39–41.)

Raskaus, eli hedelmöittyneen munasolun kasvaminen lapseksi, aiheuttaa monia muutoksia naisen elimistössä. Tällaisia muutoksia tapahtuu muun muassa hormonitoiminnassa, aineenvaihdunnassa, virtsateissä, veren koostumuksessa sekä sydän- ja verisuonielimistön toiminnassa. Muutosten tar-

koituksena on varmistaa naisen sopeutuminen raskauden tuomiin hormonaalisiin muutoksiin, ruumiin kokemaan kuormitukseen sekä valmistaa tulevaan synnytykseen. (Nuorttila 2007, 39–41.)

Hormonitoiminnassa tapahtuvien muutosten suurin tavoite on mahdollistaa raskauden turvallinen jatkuminen. Raskaudenajan hormonituotannosta vastaa äidin omien elinten lisäksi myös istukka ja sikiön elimistö. (Nuorttila 2007, 39–41.)

Odottavan äidin veren koostumus muuttuu monella tavalla raskauden edessä. Suurin näistä muutoksista on nestemäärien kasvaminen, jota tapahtuu noin 50 % raskausviikkoon 32 mennessä. Veressä tapahtuvia muita muutoksia ovat hemoglobiinin (Hb) ja hematokriittien (Hkr) määrän laskeminen sekä punasolumäärän lisääntyminen. (Nuorttila 2007, 39–41.)

Myös odottavan äidin ruumiinpaino kasvaa huomattavasti raskauden aikana lukuisten fysiologisten muutosten ansiosta. Normaali painonnousu raskaudessa on noin 8–15 kg, naisen koosta riippuen. Tämä koostuu kohdun, sikiön, lapsiveden ja istukan painosta. Lisäksi myös verivolyymin ja nestemäärien kasvaminen lisää odottavan äidin painoa. Suurin osa painonnoususta sijoittuu 20 raskausviikon jälkeiseen aikaan. Energiantarve lisääntyy raskauden aikana noin 350 kilokalorilla vuorokaudessa (Sariola & Tikkanen 2011, 309–311.)

Raskaus jaetaan kolmeen trimesteriin eli raskauskolmannekseen. I trimesteri lasketaan kestävän viimeisten kuukautisten alkamispäivästä raskausviikon 13. loppuun. Tämän raskauskolmanneksen aikana munasolu hedelmöityy ja kiinnittyy kohdun seinämään. Lisäksi ensimmäisen trimesterin aikana tapahtuu sikiön elinten sekä kudosten nopea kasvu. Vaarana on, että raskaus päättyy I trimesterin aikana keskenmenoon, koska raskauden alussa alkio on hyvin altis ympäristöstä tuleville vaaroille. Ensimmäisen raskauskolmanneksen loppuun mennessä sikiön elimet ovat kehittyneet niin, että kahdella seuraavalla kolmanneksella ne pääasiassa vain kasvavat (Eskola & Hytönen 2005, 94–96; Nuorttila 2007, 41–42.)

Raskaana olevan naisen mieliala voi vaihdella suuresti ensimmäisen kolmanneksen aikana. Muuttuva elämäntilanne, äidiksi tuleminen sekä vartalossa tapahtuvat muutokset voivat aiheuttaa ristiriitaisia tunteita. Uusi elämäntilanne ja tuleva lapsi saattavat kuitenkin motivoida myös myönteisiin elämäntapamuutoksiin, kuten esimerkiksi tupakoinnin lopettamiseen. Motivaation lisääntymiseen tulisi tarttua neuvolassa ohjeistamalla sekä kannustamalla elämäntapamuutoksiin. (Nuorttila 2007, 41–42; Eskola & Hytönen 2005, 95.)

Toiseksi trimesteriksi kutsutaan raskausviikkoja 14–28. Tällä raskauskolmanneksella sikiön elinjärjestelmät kehittyvät. Odottava äiti alkaa tuntea sikiön ensimmäisiä liikkeitä toisen trimesterin aikana. Ensimmäisen trimesterin aikana koetut mielialan muutokset yleensä helpottavat toisen trimesterin aikana. (Nuorttila 2007, 41–42; Eskola & Hytönen 2005, 95–96.)

Kolmas, eli viimeinen trimesteri, kestää raskausviikosta 29 aina synnytykseen saakka. Viimeisellä raskauskolmanneksella sikiö valmistautuu elämään kohdun ulkopuolella. Sekä sikiö että kohtu kasvavat nopeasti. Odottavan äidin elimistö alkaa valmistautua synnytykseen kohdun muuttuessa ulkonevammaksi ja lapsen siirtyessä alemmaksi kohdussa. Selkä saattaa kipertyä, vatsa tuntua raskaalta ja nukkuminen vaikeutua. Äiti alkaa tuntee supistuksia sekä mahdollisesti myös lisääntyneitä virtsaamista, turvotuksia ja ummetusta. (Nuorttila 2007, 42; Eskola & Hytönen 2005, 96–97.)

3.2 Diabetes

Diabeteksen määritelmänä pidetään sitä, että veriplasman glukoosipitoisuus on paaston jälkeen yli 7,0 mmol/l tai enemmän. Heikentyneet paastosokeriarvot ja heikentynyt glukoosinsietokyky tarkoittavat sitä, että elimistön sokeriaineenvaihdunta on häiriintynyt. Suomessa diabetes on yleistymässä erityisesti tyypin 2 diabeteksen osalta. (Mustajoki 2014.)

Tyypin 1 diabetes syntyy siten, että haimassa sijaitsevat Langerhansin saarekesolut tuhoutuvat autoimmuunitulehduksen seurauksena, joka ajan myötä aiheuttaa elimistöön täydellisen insuliininpuutostilan. Insuliinin puutteesta johtuen veren sokeripitoisuus lisääntyy. Tulehduksen aikana elimistön omat solut alkavat virheellisesti tuhoamaan omia soluja eikä taudin aiheuttajaa. (Mustajoki 2014; Saraheimo 2009, 28–30.)

1 tyypin diabeteksen syntyyn vaikuttavat mahdollisesti perimän ja ympäristökijöiden yhteisvaikutukset. Tyypin 1 diabetekseen sairastuvat yleensä alle 35-vuotiaat, mutta siihen on mahdollista sairastua missä iässä tahansa. Suomen diabeetikoista arviolta 10–15 % sairastaa tyypin 1 diabetesta. (Saraheimo 2009, 28–30.)

Useimmissa tapauksissa tyypin 1 diabeteksen synty alkaa jo vuosia ennen sairauden varsinaista puhkeamista. Oireina voi olla muun muassa pahoinvointi, rintatuntemukset, janon- ja virtsaamisen tunne, takykardia, laihtuminen, tajunnantason heikkous, kuume, hyperventilaatio sekä asetonilta haiseva hengitys. Mikäli taudin diagnosointi viivästyy, tila voi edetä ketoasidoosiksi eli happomyrkytykseksi, joka vaatii poikkeuksetta sairaalahoitoa. (Saraheimo 2009, 28–30; Koivikko 2013; Mustajoki 2014.)

Tyypin 2 diabeteksessa insuliiniresistenssi esiintyy jo vuosia ennen sairastumista. Tämä tarkoittaa sitä, että glukoosin siirtyminen verestä soluihin häiriintyy, ja haima joutuu tuottamaan insuliinia enemmän kuin tavallisesti. Tästä johtuen haiman insuliinia valmistavat solut eivät enää jaksaa tuottaa insuliinia tarpeeksi, ja diabetes puhkeaa. (Mustajoki 2014.)

Noin kolmasosa ihmisistä kuuluu perinnöllisesti tyypin 2 riskiryhmään, mutta pelkkä perinnöllisyys ei usein johda diabeteksen puhkeamiseen. Liikunnalla ja painonhallinnalla voi olla mahdollista ehkäistä diabetesta riskiryhmään kuulumisesta huolimatta. Tyypin 2 diabetes on yleisin keski-ikäisillä ihmisillä, mutta myös nuoret voivat sairastua tyypin 2 diabetekseen. (Mustajoki 2014.)

Raskausdiabeetikoilla on suurentunut riski sairastua tyypin 2 diabetekseen myöhemmässä vaiheessa. Mikäli raskausdiabeetikon elämäntavat eivät ole terveelliset synnytyksen jälkeen, noin 30 % sairastuu myöhemmin 2 tyypin diabetekseen. (Mustajoki 2014.)

3.3 Raskausdiabetes sairautena

Raskaus vaikuttaa aina naisen glukoosimetaboliaan. Raskauden alussa naisen insuliinintarve voi laskea, koska insuliiniherkkyys paranee. Tämä johtuu erityisesti estrogeenin insuliinin eritystä haimassa lisäävästä ja perifeerisen glukoosin käyttöä tehostavasta vaikutuksesta. Sikiö on riippuvainen äidin glukoosista, koska hänen omien glukoosin uudistuotantoon osallistuvien aminohappojen määrä on vähäinen. Tästä syystä glukoosi ja aminohapot siirtyvät äidin verenkierrosta sikiölle. Yhdistettynä plasman volyymin kasvun kanssa aiheuttaa tämä äidille paastossa plasman glukoosiarvojen laskua. Kuitenkin myös äidin ruokailun jälkeinen insuliinin tarve kasvaa, joka johtaa haiman insuliininerityskapasiteetin suurempaan rasitukseen. (Virkamäki & Niskanen 2009, 768; Eskola & Hytönen 2005, 151–152.)

Raskaana olevan insuliiniherkkyys laskee raskauden edetessä kolmasosalla tai jopa kahdella kolmasosalla. Ilmiön taustalla on istukan tuottama laktogeeninen hormoni, joka edesauttaa insuliiniresistenssin kehittymistä. Normaalin raskauden aikana glukoosiaineenvaihdunnalla onkin taipumus paastohypoglykemiaan sekä ruokailun jälkeen ilmenevään hyperglykemiaan. Jos äidin haiman insuliinineritys ei pysty kasvamaan raskaudesta aiheutuvan insuliiniresistenssin vaatimalle tasolle, puhkeaa äidille raskausdiabetes. (Virkamäki & Niskanen 2009, 768–769; Eskola & Hytönen 2005, 152.)

Raskausdiabeteksen riskitekijöitä ovat ylipaino, yli 40 vuoden ikä, aiemmasta raskaudesta syntynyt yli 4,5 kilogramman painoinen lapsi, aiemmin sairastettu raskausdiabetes ja munasarjojen monirakkulaoireyhtymä. Myös synnytyksen siirtyminen vanhempiin ikäryhmiin saattaa selittää raskausajan diabeteksen yleisyyttä. Raskausdiabeteksen vaara kasvaa, mikäli lähisuvussa on tyypin 2 diabetesta. (Arffman & Hujala 2010, 38; Aro, Mutanen & Uusitupa 2012, 393; Tiitinen 2013.)

Raskauden aikana ilmaantuvia riskitekijöitä ovat sokerin esiintyminen aamuvirtsassa, sekä neuvolassa herännyt epäily makrosomisesta sikiöstä. Ruokavaliotekijöillä on todettu olevan merkitystä raskausdiabeteksen puhkeamiseen, sillä esimerkiksi liiallinen tyydyttyneen rasvan ja energian saanti, sekä yksinkertaisten hiilihydraattien liikakäyttö raskauden aikana, lisäävät todennäköisyyttä sairastua raskausajan diabetekseen. (Arffman & Hujala 2010, 38; Aro ym. 2012, 393; Tiitinen 2013.)

Odottajan glukoosinsietokyky voi palata normaalille tasolle synnytyksen jälkeen. Hänellä on kuitenkin kohonnut riski sairastua myös pysyvästi diabetekseen. Raskausdiabeteksen sairastanut kuuluu pysyvästi tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään, ja pienellä osalla on myös mahdollisuus sairastua tyypin 1 diabetekseen. Äidin sairastama raskausdiabetes voi altistaa myös syntyneen lapsen esimerkiksi myöhemmälle ylipainolle ja sokeriaineenvaihdunnan häiriölle. Onkin suositeltavaa, että neuvolassa painotettaisiin

elintapamuutosten pysyvyyttä myös raskausajan jälkeen. (Virkamäki & Niskanen 2009, 769; Aro 2007, 13; Tiitinen 2013.)

3.4 Raskausdiabeteksen diagnostiikka

Raskausdiabeteksen diagnoosi perustuu kahden tunnin glukoosirasituskoekeseen. Raskausdiabetes on oireeton, ja sairaus huomataankin yleensä seulontojen yhteydessä. Seulonta on uuden Käypä hoito -suosituksen perusteella kohdennettu pääosaan odottavista äideistä. Ainoastaan pienen riskin äidit jäävät seulonnan ulkopuolelle. Glukoosirasituskokeen lisäksi jokaisella äitiysneuvolan määräaikaikäynnillä virtsasta tutkitaan sokeri liuskakokeella. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 152–153; Tiitinen 2014; Teramo & Kaaja 2011a, 389; Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013)

Pääsääntö on, että glukoosirasituskoetehdään jokaiselle raskaana olevalle. Glukoosirasituskoetta ei kuitenkaan tarvitse tehdä alle 25-vuotiaalle ensisynnyttäjälle, joka on normaalipainoinen (BMI 18,5–25 kg/m²) ja jonka lähisukulaisilla, eli isovanhemmilla, vanhemmilla tai sisaruksilla, ei ole tyyppin 2 diabetesta. Glukoosirasituskoetta ei tarvitse myöskään tehdä alle 40-vuotiaalle uudelleensynnyttäjälle, jonka aiemmassa raskaudessa ei ole diagnosoitu raskausdiabetesta eikä lapsella makrosomiaa, eli kasvamista liian suureksi, ja jonka painoindeksi on uusimman raskauden alkaessa alle 25 kg/m². (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013.)

Glukoosirasituskoetehdään ensisijaisesti raskausviikolla 24+0–28+6. Glukoosirasituskoetehdään jo raskausviikoilla 12+0–16+6, jos sairastumisriski todetaan erityisen suureksi. Riskitekijöiksi luetaan aiempi raskausdiabetes, painoindeksi yli 35 kg/m² raskauden alkaessa, sokerin erittyminen virtsaan alkuraskaudessa, tyyppin 2 diabeteksen esiintyminen lähisukulaisilla, kortikosteroidilääkitys sekä munasarjojen monirakkulaoireyhtymä (PCOS). (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013.)

Alkuraskauden glukoosirasituskokeen ollessa normaali, koe uusitaan raskausviikoilla 24–28. Alkuraskauden glukoosirasituskokeen raja-arvoja ei ole määritelty erikseen, mutta todennäköisesti ne olisivat loppuraskauden raja-arvoja pienemmät. Tutkimustietojen puuttumisen takia diagnostiikassa käytetään samoja raja-arvoja raskauden kaikissa vaiheissa. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013; Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 152–153.)

Glukoosirasituskoetehdään ensisijaisesti äitiysneuvolan laboratoriossa. 75 gramman glukoosi- eli sokerirasituskoetehdään kaksi tuntia. Ennen kokeen tekemistä, raskaana olevan tulisi syödä muutaman päivän ajan runsaasti kuitupitoisia hiilihydraatteja sisältävää ravintoa. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013; Teramo & Kaaja 2011a, 389–390.)

Glukoosirasituskoetehdetään aamulla kahdentoista tunnin paaston jälkeen. Ennen tutkimusta tutkittava saa kuitenkin juoda lasillisen vettä. 12 tunnin paaston jälkeen laskimoverestä otetaan 0-näyte, eli paastoarvo. Paastoverinäytteen ottamisen jälkeen tutkittava juo 300 ml vettä, johon on liuotettu 75 g glukoosia viiden minuutin sisällä. Laskimoverinäyte toistetaan yhden ja

kahden tunnin kuluttua glukoosiveden juomisen aloittamisesta. Glukoosirasituskoete ei ole vaarallinen sikiölle, vaikka paastoarvo olisi koholla. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013; Teramo & Kaaja 2011a, 389–390; Teramo & Kaaja 2011b, 507–509.)

Raskausdiabetes diagnosoidaan, jos veren paastoarvo on 5,3 mmol/l tai enemmän, ensimmäisen tunnin arvo 10 mmol/l tai enemmän, tai toisen tunnin arvo 8,6 mmol/l tai enemmän. Yksikin suosituksesta poikkeava arvo on diagnostinen, ja diagnoosi säilyy, vaikka veren glukoosiarvot normalisoituisivat. Jos glukoosirasituskokeen tulos on alkuraskaudessa normaali, koe uusitaan raskausviikoilla 24+0–28+6. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 152–153; Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013.)

Epäiltäessä ennen raskautta alkanutta diabetesta, eli pregestationaalista diabetesta, glukoosirasituskoete tehdään heti epäilyn herätessä. Tällöin tulee määrittellä myös HbA1C:n pitoisuus. Pitkäaikaista verensokerin tasapainoa kuvaava glykohemoglobiini A1c:n (HbA1C) ei sen epäherkkyyden vuoksi ole yleensä hyödyllinen raskausdiabeteksen seulonnassa. Sen pitoisuuden määrittämisestä on kuitenkin hyötyä epäiltäessä diabetesta jo alkuraskaudessa. American Diabetes Associationin ja WHO:n mukaan raskausdiabetes diagnosoidaan jos HbA1C on 6,5 % tai enemmän. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013.)

3.5 Verensokerin omaseuranta

Verensokerin omaseuranta aloitetaan, jos glukoosirasituskoeteessä yksikin arvo on ollut poikkeava. Verensokerin omaseuranta tulisi opettaa neuvolassa heti raskausdiabetesdiagnoosin toteamisen yhteydessä. Seurannan tarkoituksena on selvittää insuliinihoidon tarve sekä opettaa odottaville äideille ravitsemuksen ja liikunnan merkitys raskausdiabeteksen hoidossa. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 152–153)

Verensokerin omaseuranta tulisi aloittaa viikon sisällä glukoosirasituskoeteen suorittamisesta. Verensokeri mitataan vähintään kahden päivän ajan ennen jokaista ateriaa, tunti aterian jälkeen, sekä illalla ennen nukkumaan menoa. Seurantapäivien määrä määräytyy yksilöllisesti aikaisempien veren glukoosiarvojen perusteella. Käypä hoito -suosituksen mukaan veren glukoosipitoisuuden tavoitearvot raskausdiabeteksen omaseurannassa ovat ennen ateriaa alle 5,5 mmol/l ja tunnin kuluttua ateriasta alle 7,8 mmol/l. Ongelmatilanteissa, joissa verensokerin omaseuranta ei onnistu kotiololoissa, voidaan veren glukoosipitoisuuden seuranta toteuttaa myös sairaalassa. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013; Teramo & Kaaja 2011a, 389–390; Teramo & Kaaja 2011b, 507–509)

3.6 Raskausdiabeteksen lääkehoito

Raskausdiabeteksen hoidon tavoitteena on hyvän glukoositasapainon saavuttaminen. Raskausdiabeteksen hoito pohjautuu ruokavaliohoitoon. Ter-

veellisellä ja monipuolisella ruokavaliolla turvataan riittävä energian ja ravintoaineiden saaminen, sekä vähennetään mahdollista insuliinihoidon tarvetta. Joka viides raskausdiabeetikko tarvitsee ravitsemushoidon lisäksi myös lääkehoidon aloittamisen. Ruokavaliohoitoa tarvitaan aina myös lääkehoidon yhteydessä. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013; Tammen ym. 2013.) Ravitsemushoidosta kerrotaan enemmän luvussa Raskausdiabeteksen ravitsemushoito.

Lääkehoito aloitetaan, jos veren glukoosipitoisuudet ovat ruokavaliohoidosta huolimatta toistuvasti: ennen ateriaa 5,5 mmol/l tai enemmän, tai tunti aterian jälkeen 7,8 mmol/l tai enemmän. Ensisijainen lääkehoito on insuliini. Insuliinihoito aloitetaan aina synnytyssairaalassa tai äitiyspoliklinikalla, ja sitä jatketaan synnytykseen saakka. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013; Teramo & Kaaja 2011a, 389–390; Teramo & Kaaja 2011b, 507–509.)

Insuliinihoito määräytyy omaseurannan avulla. Omaseurannassa tulee kiinnittää erityisesti huomioita aamun paastoarvoon sekä aterian jälkeiseen arvoon, jotta voidaan nähdä niin pitkävaikutteisen kuin ateriainsuliinin tarve. Korkeimmat glukoosiarvot löydetään tunnin kuluttua ateriasta. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013.)

Insuliinihoito aloitetaan yleensä NPH-insuliinilla (Humulin®, Insuman Basal®, Protaphane®), pitkävaikutteisella insuliinianalogilla kuten detemir (Levemir®) tai glargiini-insuliinilla (Lantus®). Tarvittaessa voidaan ottaa käyttöön myös ateriainsuliinit, mikäli aterian jälkeiset arvot ovat NPH-insuliinista huolimatta koholla. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013.)

Lievässä raskausdiabeteksessä myös tablettihoito, eli metformin, voi olla riittävä. Tätä ei kuitenkaan suositella ensisijaiseksi lääkehoidoksi, sillä noin 30 % tarvitsee metformiinin rinnalle insuliinihoidon. Insuliinihoitoa tarvitsevien raskausdiabeetikoiden raskauden ja sikiön seuranta toteutetaan samoja periaatteita noudattaen kuin tyyppin 1 diabeetikoilla. (Teramo & Kaaja 2011b, 507–509; Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013.)

3.7 Raskausdiabeteksen seuranta

Pelkällä ruokavaliolla hoidettavan raskausdiabeetikon raskauden seuranta voidaan toteuttaa neuvolassa. Raskausdiabeetikko voi tarvita lisäkäyntejä neuvolaan glukoosirasituskokeen jälkeen yksilöllisen neuvonnan ja ruokavalio-ohjauksen toteutumiseksi. Lisäkäyntejä voidaan myös tarvita, vaikka raskaana oleva olisi myös erikoissairaanhoidon piirissä. Tällöin seuranta ja ohjaus toteutetaan yhteistyössä neuvolan ja erikoissairaanhoidon kanssa. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 152–153.)

Raskauden seuranta tapahtuu normaalien määrääikaistarkastusten yhteydessä, ja raskautta seurataan samoin kuin normaaliraskautta. Jokaisella äitiysneuvolakäynnillä raskaana olevan vointia seurataan haastattelemalla ja tekemällä fysiologisia mittauksia. Raskaana olevan painonnousua ja sikiön

kasvua seurataan jokaisella käynnillä. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 152–153.)

Raskausdiabeetikoilla on lisääntynyt raskaushypertension eli verenpaineen nousun, sekä pre-eklampsian eli raskausmyrkytyksen, riski. Yhteenlasketuna niiden riski on noin 20 %. Tämän takia raskausdiabeetikon valkuaisvirtsa ja verenpaine tulee tutkia jokaisella neuvolakäynnillä. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013.)

Terveydenhoitajan tulisi ulkotutkimuksen perusteella luoda kuva sikiön koosta ja lapsiveden määrästä. Tulokset tulee aina suhteuttaa äidin kokoon. Jos terveydenhoitaja havaitsee yli 2 SD:n poikkeaman keskikäyrältä tai symfyysi-fundus-mitta (sf-mitta) poikkeaa omalta käyrältään, tulisi tehdä ei-kiireellinen lähete erikoissairaanhoidon. Ennen lähetteen tekoa tulee kuitenkin sulkea pois mittavirheet sekä tehdä kontrollimittaus kahden viikon kuluttua. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 29.)

3.7.1 Raskausdiabetekseen liittyvät komplikaatiot

Pelkällä ruokavaliohoidolla pärjäävien raskausdiabeetikoiden perinataaliset komplikaatiot eivät ole lisääntyneet. Insuliinihoitoisten raskausdiabeetikoiden perinataalikomplikaatiot puolestaan ovat lähes yhtä yleisiä kuin raskaana olevilla tyypin 1 diabeetikoilla. Tämän takia onkin tärkeää löytää ne asiakkaat, joille ravitsemushoito ei ole riittävä. Jos nämä äidit jäävät hoitamatta, heidän lapsillaan on mahdollisesti enemmän ongelmia ennen synnytystä, synnytyksen aikana ja sen jälkeen. (Teramo & Kaaja 2011a, 390; Teramo & Kaaja 2011b, 507–509.)

Tavallisin raskausajan komplikaatio raskausdiabeetikoilla on sikiön makrosomia, sekä tästä aiheutuvat ongelmat. Glukoosin läpäistessä istukan, sikiölle aiheutuu hyperglykeeminen elinympäristö. Näin ollen myös sikiön insuliinin erityis lisääntyy. Insuliinin ollessa kasvutekijä, kasvaa samalla myös riski sikiön makrosomiaan. (Virkamäki & Niskanen 2009, 709.)

Makrosomia lisää alatiesynnytyksessä äidin ja sikiön vaurioitumisriskiä sekä keisarinleikkauksien määrää. Insuliinihoitoisilla diabeetikoilla makrosomia on 4-5 kertaa yleisempää kuin ravitsemushoitoisilla. Ruokavaliohoitoisilla raskausdiabeetikoilla makrosomisten sikiöiden määrä on noin 5 %. (Teramo & Kaaja 2011b, 507–509; Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013.)

Normaaliin sikiöön verraten raskausdiabeetikon sikiön vartalon ympärysmitta saattaa olla suuri suhteutettuna päänympärykseen. Tämä johtuu sikiön lisääntyneestä ihonalaisen ja viskeraalisen rasvakudoksen määrästä, sekä maksan suurentumisesta. Tämä altistaa alatiesynnytyksissä sikiön ulosautto-ongelmille, hartiadystokialle sekä äidin synnytyskanavan ja ulkosynnyttimien repeämille. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013.)

Hartiadystokia on pelätyin alatiesynnytyksen komplikaatio. Sen seurauksena sikiölle saattaa tulla pysyvä olkapunoksen vaurio, eli Erbin pareesi.

Vakavimmissa tapauksissa se saattaa aiheuttaa sikiölle hapenpuutteen synnytyskanavassa, ja tätä kautta myös sikiön menehtymisen. (Teramo & Kaaja 2011b, 508–514.)

Raskausdiabeetikoilla sikiön epämuodostumat eivät ole lisääntyneet, koska hyperglykemia muodostuu vasta ensimmäisen raskauskolmanneksen jälkeen. Joissakin tutkimuksissa todetun epämuodostumariskin suureneminen selittyy todennäköisesti raskautta edeltävään diagnosoimattomaan diabetekseen. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013; Teramo & Kaaja 2011b, 507–509, Virkamäki & Niskanen 2009, 768–771.)

Raskausdiabeetikoiden vastasyntyneillä on todettu olevan samoja komplikaatioita kuin tavallisten diabeetikoiden vastasyntyneillä. Vastasyntyneiden komplikaatiot ovat verrattavissa raskausdiabeetikon hoitotasapainoon, ja raskausdiabeetikon tehostetun hoidon on todettu vähentävän niitä. Yleisimpiä raskausdiabeteksestä vauvalle aiheutuvia komplikaatioita ovat vastasyntyneen hengitysvaikeudet ja hypoglykemia. Äidin raskausdiabeteksen on myös todettu lisäävän lapsen ylipainon, metabolisen oireyhtymän ja glukosiaineenvaihdunnan häiriön riskiä. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013.)

3.7.2 Synnytystavan ja -ajankohdan arviointi

Ruokavaliohoitoisten raskausdiabeetikkojen synnytyksen käynnistämislä ei ole osoitettu olevan lääketieteellistä hyötyä. Jos raskaana olevan glukositasapaino on hyvä, eikä hänellä ole muita raskauskomplikaatioita, voidaan ravitsemushoitoisen raskausdiabeetikon raskauden yleensä antaa jatkaa 7–10 vuorokautta yli lasketun ajan. Synnytyksen käynnistämistä tulee harkita vain, jos sikiön todetaan kasvavan selkeästi makrosomiseksi. (Raskausdiabetes: Käypä hoito –suositus 2013; Teramo & Kaaja 2011b, 509.)

Lääkehoitoisen raskausdiabeetikon raskauden käynnistämistä tulee puolestaan harkita jo raskausviikon 38 jälkeen, mutta viimeistään laskettuun aikaan mennessä. Lääkehoitoisten raskausdiabeetikoiden synnytys hoidetaan synnytyssairaalassa, jossa on perehdytty raskausdiabeetikkojen hoitoon ja jossa on valmius vastasyntyneen tehostettuun hoitoon ja seurantaan. (Raskausdiabetes: Käypä hoito –suositus, 2013; Teramo & Kaaja 2011b, 509.)

Jos sikiön arvioidaan painavan alle 4 kg, on alatiesynnytys yleensä mahdollinen. Jos sikiön kuitenkin arvioidaan painavan yli 4,5 kg, suositellaan synnytystavaksi keisarinleikkausta. Mikäli sikiön arvioidaan painavan 4–4,5 kg tulee synnytystapa arvioida yksilöllisesti. Synnytystavan arvioinnissa tulee huomioida aikaisempien synnytysten kulku, äidin lantion koko sekä kaikututkimuksen virhemarginaali. Lisäksi synnytyksen edistymistä tulee arvioida. Jos ponnistusvaihe pitkittyy, tulee imukuppiulosauttoa harkita tarkoin. Makrosomisen lapsen imukuppiulosauttoa tulisi välttää, sillä se lisää vakavan hartiadystokian riskiä. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013; Teramo & Kaaja 2011b, 508–509.)

3.8 Raskauden jälkeinen seuranta ja vaikutus myöhempään elämään

Kaikilta raskausdiabeetikoilta uusitaan glukoosirasituskoet synnytyksen jälkeen. Glukoosirasituskoet tehdään joko neuvolassa tai terveystieteiden keskuksessa. Insuliinihoitoa saavilla raskausdiabeetikoilla glukoosirasituskoet uusitaan 6–12 viikkoa synnytyksen jälkeen. Muille koet uusitaan noin vuosi synnytyksestä, esimerkiksi neuvolassa lapsen terveystarkastuksen yhteydessä. Synnytyksen jälkeen glukoosirasituksen viitearvot ovat samat kuin tyypin 2 diabeteksessä, eli paastoarvon tulee olla alle 6,1 mmol/l ja kahden tunnin jälkeinen arvo alle 7,8 mmol/l. Jos glukoosirasituskokeissa arvot ovat normaalit, tulisi se uusida kolmen vuoden välein. Lisäksi kaikilta raskausdiabeetikoilta tulisi seurata 1–3 vuoden välein painoa, verenpainetta, vyötärön ympärysmittaa sekä veren lipidipitoisuuksia. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013).

Raskausdiabetekseen sairastuneilla on suurentunut riski sairastua tyypin 2 diabetekseen myöhemmin elämässään. Jopa puolet raskausdiabeetikoista sairastuu diabetekseen kymmenen vuoden kuluessa. Heistä noin 5–10 % sairastuu tyypin 1 diabetekseen. Sairastumisriskiä lisää erityisesti äidin ylipaino, lähisukulaisen diabetes, raskausdiabeteksen toteaminen alle 25-vuotiaana ja insuliinihoidon tarve raskausaikana. (Teramo & Kaaja 2011a, 390; Tiitinen 2014.)

Koska raskausdiabetekseen liittyy lisääntynyt riski myöhempään diabetekseen, nousee terveellisten elintapojen merkitys myös synnytyksen jälkeen. Neuvolassa tulisi antaa terveystieteiden neuvontaa ja ohjausta myös raskauden jälkeistä aikaa ajatellen, niin loppuraskaudessa kuin synnytyksen jälkeen. Raskausdiabeteksen ravitsemusohjauksessa tulee painottaa elintapamuutosten pysyvyyttä ja vaikuttavuutta myös pitkällä tähtäimellä. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 153; Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013.)

4 RASKAUSDIABETEKSEN RAVITSEMUSHOITO

Raskausdiabeteksen hoidossa ruokavalio on keskeisessä roolissa. Ruokavaliossa noudatetaan sekä raskausajan että diabeteksen yleisiä ravitsemushoitosuosituksia. Ruokavaliohoidon tavoitteena on turvata sopiva energian ja ravintoaineiden saanti, tasapainottaa verensokeria, vähentää insuliinihoidon tarvetta sekä ehkäistä liiallista painonnousua raskauden aikana. (Hasunen ym. 2004.)

Tasapainoisella ruokavaliolla voidaan vaikuttaa sikiön liikakasvuun, alentaa lapsen ylipainon sekä sydän- ja verisuonitautien riskiä. Lisäksi oikeanlaisella ruokavaliolla ehkäistään raskausdiabeteksen uusiutumista tulevissa raskauksissa, sekä äidin riskiä sairastua diabetekseen myöhemmin elämässään. Hyvä ravitsemus myös ylläpitää odottavan äidin terveyttä sekä turvaa sikiön normaalia kehitystä ja kasvua. Terveellinen ruokavalio nopeuttaa toipumista synnytyksen jälkeen ja tukee imetyksen onnistumista. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013, Hasunen ym. 2004.)

Raskausdiabeetikko ei tarvitse sairaudestaan huolimatta erityisruokavaliota, vaan suositus on syödä monipuolista ja terveellistä perusruokaa.

Ruoan tulisi sisältää vähän tyydyttyneitä rasvoja, niukasti sokeria ja suolaa, sekä runsaasti kuitua. Suositeltu vuorokaudessa saatava energiamäärä normaalipainoisille on 1 800–2000 kcal ja ylipainoisille 1600–1800 kcal. Raskauden aikana elimistö tarvitsee kohtuullisesti lisäenergiaa kohdun ja istukan kasvamiseen, lapsiveden tuotantoon sekä sikiön kasvuun ja kehitykseen. (Flander & Pohju 2009, 152–153; Peränen 2008, 150; Raskausdiabetes: Käypä hoito –suositus 2013.)

4.1 Ateriarytmi

Raskausdiabeetikoille suositellaan säännöllistä ateriarytmiä, joka koostuu vähintään neljästä aterista. Ateriarytmin tulisi sisältää aamupalan, lounaan, päivällisen ja iltapalan sekä lisäksi ruokatottumuksista ja liikunnasta riippuen yksi tai kaksi välipalaa. Myös insuliinihoitoa saavan tulisi keskittää ruokailut säännöllisille aterioille ja välipaloille, koska se edistää verensokeritasapainon ylläpitämistä ja helpottaa insuliiniannosten suunnittelua. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013.)

Ateriarytmin säännöllisyydellä tarkoitetaan sitä, että tavoitteena on syödä päivittäin yhtä monta ateriala suunnilleen samoihin aikoihin. Aterioiksi lasketaan kaikki syöminen, mutta ateriat jaetaan pääaterioiksi ja välipaloiksi. Pääaterioiksi luetaan aamupala, lounas ja päivällinen. (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008.)

Säännöllinen ateriarytmi helpottaa syömisen säätelyä. Tasaisin väliajoin syömällä on mahdollista välttää verensokerin liiallinen lasku. Kylläisyys- ja nälkä-aistimukset saattavat häiriintyä pitkistä ruokailuväleistä, jolloin voi olla vaikeaa syödä kohtuullisesti. Säännöllistä ateriarytmiä ylläpitämällä annoskoon pienentäminen on helpompaa. Lisäksi sen avulla on mahdollista välttää napostelua, ja tätä kautta säännöllinen ruokailu edesauttaa myös painonhallinnassa. (Terveyttä ruoasta – Suomalaiset ravitsemussuositukset. 2014; Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013.)

Jotta säännöllisestä ateriarytmistä tulee pysyvä osa elämää, olisi suositeltavaa järjestää rytmitys omaan elämään sopivaksi. Jokaisen elämänrytmi on henkilökohtainen. Saadun ravinnon kokonaismäärän kannalta olisikin suositeltavaa, että jokainen muokkaisi itselleen toimivan ateriarytmin suhteessa omaan päivärytmiinsä. On tärkeää kuitenkin muistaa, etteivät ateriovälit venyisi liian pitkiksi. (Heinonen 2009, 137.)

Terveystieteiden on hyvä muistuttaa, että päivän kokonaisenergiansaanti on pidettävä mielessä aterioita suunniteltaessa. Ylimääräiset välipalat ja napostelu lisäävät päivän energiansaantia. Jos ateriovälit venyvät liian pitkiksi ilman välipaloja, ei niitä tulisi syödä päivän muiden aterioiden lisäksi, vaan esimerkiksi siirtämällä päivälliseltä osa välipalalle. Näin päivän kokonaisenergiansaanti ei ylitä suosituksia, ja paino pysyy hallinnassa. (Heinonen 2009, 137–138.)

4.2 Energiaravintoaineet ja suojaravintoaineet

Energiaravintoaineiksi luetaan ne ruoasta peräisin olevat ravintoaineet, joista elimistö saa käyttöönsä energiaa. Hiilihydraatit, rasvat, proteiinit ja alkoholi luetaan energiaravintoaineiden ryhmään. Energiaravintoaineiden energiamäärät ovat kuitenkin erilaiset. (Arffman 2009, 14–19.)

Vitamiinit ja kivennäisaineet sen sijaan luetellaan suojaravintoaineiksi, joista suurinta osaa elimistö ei kykene itse valmistamaan. Tästä johtuen suojaravintoaineiden saanti tulisi suojata syömällä monipuolisesti. Suojaravintoaineiden liian vähäinen saanti voi johtaa erilaisiin puutostiloihin. (Arffman 2009, 14–19.)

4.2.1 Hiilihydraatit

Hiilihydraatit koostuvat sokeriketjuista, toisin sanoen mono-, di- ja polysakkarideista. Hiilihydraattien tärkein tehtävä on toimia solujen energianlähteenä sekä verensokeritasapainon ylläpitäjänä. Tavallisimmat ruoasta saatavat hiilihydraatit ovat valkoinen sokeri eli sakkaroosi, tärkkelys, glukoosi, fruktoosi sekä laktoosi. Suomalaiset saavat suurimman osan hiilihydraateista viljatuotteiden kautta. (Aro 2009, 94.)

Raskausdiabeetikoiden saamien hiilihydraattien laadulla ja määrällä on suuri merkitys. Monet hiilihydraatteja sisältävistä ruoista sisältävät runsaasti kuitua, jolla on todistettusti myönteisiä vaikutuksia sekä veren rasvasapainoon että veren glukoosipitoisuuteen. Hiilihydraatit nostavat verensokeria heti ruokailun jälkeen. Kuitupitoinen, tyydyttymättömiä rasvoja sisältävä ruokavalio, auttaa painonhallinnassa sekä ylipainosta johtuvien sairauksien ehkäisyssä. (Aro 2009, 94; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014a.)

Hiilihydraattipitoiset ruoat kuuluvat terveellisen ja kaikille sopivan ruokavalion perustaksi. Neuvolassa olisi hyvä ohjeistaa raskaana olevaa konkreettisin esimerkein siitä, minkälaisia hiilihydraattituotteita ravinnossa tulisi suosia. (Aro 2009, 94; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014a.)

Suurin osa ravinnon kautta saaduista hiilihydraateista koostuu tärkkelyksestä. Erilaisia hiilihydraatteja sisältäviä ruoka-aineita on muiden muassa viljavalmisteen, peruna, juurekset, vihannekset, sekä jonkin verran myös hedelmät, mehut, marjat sekä hapanmaitovalmisteen. Hiilihydraatteja on myös sokerissa, siirapissa ja hunajassa. Yksi gramma mitä tahansa hiilihydraattia pitää sisällään suunnilleen neljä kilokaloria. (Aro 2009, 94.)

Raskausdiabeetikon ruokavalion suositellaan sisältävän runsaskuituisia hiilihydraatteja noin 32–36 grammaa vuorokauden aikana. Tämä tarkoittaa käytännössä runsaskuituisten viljavalmisteen käyttöä, sekä kasvisten, hedelmien ja marjojen päivittäisestä käytöstä huolehtimista. Edellä mainittuja tulisi käyttää noin 500 grammaa päivässä. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013.)

Ravintokuiduksi kutsutaan ravinnon sitä osaa, jota ruoansulatuskanavassa sijaitsevat entsyymit eivät kykene hajottamaan. Ne voidaan luokitella liukeneviin eli geeliiytyviin, sekä liukenemattomiin ravintokuituihin. Osan kuiduista elimistö kykenee kuitenkin käyttämään hyödyksi. Tällöin paksusuolen bakteerit saavat kuidusta lyhytketjuisia rasvahappoja, jotka imeytyvät elimistöön energiaksi, kuitenkin verensokeria nostamatta. Runsaskuituinen ruoka on suositeltavaa kaikille, sillä ruoat sisältävät runsaasti vitamiineja ja kivennäisaineita, ja sillä on todettu olevan myönteistä vaikutusta verensokeritason ylläpitoon sekä veren rasvapitoisuuksiin. (Aro 2009, 94; Arffman 2009, 18–19; Mutanen ym. 2012, 42–47.)

Raskausdiabeetikoille päivän aikana saatu hiilihydraattimäärä on Käypä hoito -suositusten mukaan 40–50 % vuorokauden kokonaisenergiansaannista, joka tarkoittaa vähintään 150 grammaa hiilihydraatteja vuorokaudessa. Sokereiden osuus vuorokauden hiilihydraattimäärästä tulisi olla enintään 10 %. Lisämakeutukseen on mahdollista käyttää keinomakeutusaineita, joista suositeltavimpia ovat muun muassa aspartaami, sukraloosi, asesulfaami, ksylitoli sekä stevioliglykosidit. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013.)

Hiilihydraattien laatua on tehty kuvaamaan glykemiaindeksi (GI). Pienen indeksin ruoat usein sisältävät runsaasti kuitua. Glykemiaindeksi kertoo, kuinka tehokkaasti ruoka tai ruoka-aineen sisältämä hiilihydraatti nostaa verensokeria glukoosiin verrattuna. Eri ruokien glykemiaindeksit vaihtelevat välillä 20–100. Toiset hiilihydraatit nostavat verensokeria heti syönnin jälkeen, kun taas toiset hiilihydraatit nostavat verensokeria maltillisella tahdilla. Näistä hiilihydraateista käytetään nimitystä nopeat ja hitaat hiilihydraatit. Sekä syödyn hiilihydraatin määrä että nautittujen ruoka-aineiden glykemiaindeksit vaikuttavat aterianjälkeiseen verensokerin nousuun. (Aro 2009, 97.)

Pienten glykemiaindeksin ruokien käyttö on todettu vaikuttavan HDL ja LDL-kolesterolin suhteeseen. Vuonna 2008 julkaistun tutkimuksen mukaan ravintokuidun vähäisen käytön ja suuren glykemiakuorman sisältävä ruokavalio voi lisätä raskausdiabeteksen riskiä. Matalan glykeemisen indeksin ruoat voivat vähentää terveen raskaana olevan riskiä sairastua raskausajan diabetekseen, sekä ehkäistä lapsen myöhempää sairastumista. (Aro 2013; Louheranta 2007; Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013.)

4.2.2 Proteiinit

Proteiinien suositeltu päiväsaanti on 20–25 % kokonaisenergiasta, tai vähintään noin 1 gramma painokiloa kohden vuorokaudessa. Kun muut suositukset ravintoaineiden saannista toteutuvat, jää proteiinien päiväsaanti käytännössä noin 20 %:iin. Diabetesta sairastavalle voi olla jopa haittaa runsaammasta proteiinin saannista. Käsitys siitä, että runsas proteiinien saanti hidastaisi hiilihydraattien imeytymistä tai että se viivästyttäisi verenglukosin nousua, on virheellinen. Liiallinen proteiinin saanti voi jopa edesauttaa munuaisvaurion syntymistä. (Aro & Virtanen 2007, 17–18; Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008; Raskausdiabetes: Käypähoito -suositus 2013.)

Ravinnosta saaduilla proteiineilla ei ole suurta vaikutusta veren pitkäaikaisiin lipidi- tai glukoosipitoisuuksiin. Ateriasta saatu proteiini säätelee kuitenkin aterian jälkeistä veren glukoosipitoisuuden nousemista. Suositusten mukaisen proteiinin saannin voi turvata suosimalla omassa ruokavaliossaan esimerkiksi kanaa, vähärasvaista lihaa, kalaa, vähärasvaisia maitotuotteita sekä palkokasveja. Keskimäärin odottavat äidit saavat ruokavaliostaan hyvin proteiinia. Erityishuomiota tulee kuitenkin kiinnittää erityisruokavaliota noudattaviin äiteihin, kuten esimerkiksi kasvissyöjiin tai vegaaniäiteihin. (Raskausdiabetes: Käypähoito -suositus 2013; Aro & Virtanen 2007, 17–18; Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008; Hasunen ym. 2004.)

4.2.3 Rasvat

Rasvojen tulisi kattaa noin 25–35 % päivän kokonaisenergiansaannista. Tästä määrästä noin kahden kolmasosan tulisi olla pehmeitä rasvoja, eli tyydyttymättömiä rasvoja. Rasvansaannin pitäminen suositelluissa rajoissa helpottaa muun muassa painonhallintaa. Ruoat jotka sisältävät runsaasti rasvoja, huolimatta minkä laatuista rasvat ovat, heikentävät insuliiniherkkyyttä. Ylipainoisen henkilön rasvansaannin rajoittaminen alle 30 %:iin päivän energiansaannista, tukee usein laihduttamista. On kuitenkin tutkittu, että rasvojen saannin vähentäminen alle 25 %:iin vaarantaa tarpeellisten rasvahappojen saannin, eikä tuo varsinaisia lisähyötyjä terveydelle. (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008; Raskausdiabetes: Käypähoito -suositus 2013.)

Ravinnosta saatujen rasvojen koostumus vaikuttaa elimistössä verenpaineeseen, veren hyytymiseen, insuliiniherkkyyteen sekä seerumin lipoproteiinipitoisuuksiin. Pelkästään rasvojen karsiminen tai rasvan saannin vähentäminen ruokavaliosta ei tuo toivottua tulosta elimistön lipoproteiinipitoisuuksiin. Rasvan saannin vähentäminen laskee samalla myös hyvän kolesterolin, eli HDL-kolesterolin, määrää. Korvaamalla ravinnon tyydyttyneet rasvahapot, eli kovat rasvat, tyydyttymättömillä rasvahapoilla, voidaan laskea terveydelle haitallista LDL-kolesterolia. Lisäksi näin voidaan parantaa elimistön insuliiniherkkyyttä. (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008; Aro & Virtanen 2007, 18–19.)

Raskausdiabetesta sairastavien onkin suositeltavaa vähentää ravinnosta saatavaa kolesterolin määrää ja runsaasti kolesterolia sisältäviä ruokia, koska ne lisäävät samalla veren kolesterolia. Vähentämällä eläinrasvojen käytön määrää, myös koko ravinnon kolesterolin määrä vähenee. Korvaamalla tyydyttyneet rasvat kertatyydyttymättömillä ja n-6-monityydyttymättömillä rasvahapoilla, voidaan pienentää elimistön kolesterolia huomattavasti. Erittäin n-6-monityydyttymättömät rasvahapot laskevat sekä elimistön kokonaiskolesterolin että LDL-kolesterolin määrää. (Aro & Virtanen 2007, 18–19; Uusitupa 2012, 383–384.)

Kolesterolin imeytymistä ruoansulatuskanavasta voidaan myös vähentää syömällä kasvistanoleita ja muita kasvisteroleita. Nykyään näitä yhdisteitä onkin alettu lisäämään joihin elintarvikkeisiin. Raskausaikana tällaisten elintarvikkeiden syöntiä tulee kuitenkin välttää. Kolesterolin on tärkeässä

asemassa sikiön kehityksessä, eikä näiden tuotteiden vaikutusta sikiön kolesterolipitoisuuksiin tiedetä. (Aro & Virtanen 2007, 18–19; Uusitupa 2012, 383–384; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014b.)

N-3-monityydyttymättömien rasvahappojen saannilla on todettu useita hyödyllisiä vaikutuksia. Tällaisia vaikutuksia ovat veren triglyseridipitoisuuden, verihiutaleiden toisiinsa takertumisen sekä veren hyytymistäipumuksen vähentäminen. N-3-monityydyttymättömiä rasvahappoja on mahdollista saada ruokavaliosta sekä ravintolisänä. On kuitenkin todettu, että kala-rasvasta valmistettu ravintolisä nostaa samalla LDL-kolesterolia. Tästä syystä niitä ei suositella diabeetikoille. (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008; Aro & Virtanen 2007, 18–19; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014a.)

N-3-monityydyttymättömien rasvahappojen saanti ruokavaliosta on kuitenkin tärkeää. Saannin voi turvata esimerkiksi käyttämällä rypsi-, soija- tai camelinaöljyä sisältäviä levitteitä, ja ruoanvalmistukseen soija- tai rypsiöljyjä. Lisäksi kala-ateriat 2–3 kertaa viikossa edesauttavat monityydyttymättömien rasvahappojen saantia. (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008; Aro & Virtanen 2007, 18–19; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014a.)

4.2.4 Vitamiinit ja kivennäisaineet

Vitamiinit ja kivennäisaineet luokitellaan suojaravintoaineiksi, joiden liian vähäinen saanti voi aiheuttaa erilaisia spesifisiä puutostiloja. Suojaravintoaineiden tarve on määrältään vähäinen, mutta välttämätön. Vitamiineja ja kivennäisaineita saa monipuolisesta ruokavaliosta, ja tarvittaessa monivitaamiini- ja kivennäisainevalmisteita on mahdollista käyttää yksipuolisen tai rajoitetun ruokavalion tukena. (Tiitinen 2014; Hujala 2009, 19–36.)

Ravintolisien ja täydennettyjen elintarvikkeiden saatavuus ja käyttöaste on nykyään lisääntymässä, joten erityisvalmisteiden ja täydennettyjen elintarvikkeiden samanaikainen käyttö voi johtaa niiden liikasaantiin. Suositusten ylittävä käyttö voi aiheuttaa muun muassa ripulia, päänsärkyä, pahoinvointia, tai pahimmassa tapauksessa myrkytystilan. (Tiitinen 2014; Hujala 2009, 19–36.)

D-vitamiini osallistuu kalsium- ja fosfaattitasapainon aineenvaihduntaan luissa, ja edistää niiden imeytymistä suolistossa. D-vitamiinin tärkein tehtävä on ylläpitää veren kalsiumpitoisuutta. Raskaana oleville suositellaan D-vitamiinin käyttöä 10 mikrogrammaa vuorokaudessa vuoden ympäri. Sikiön luusto tarvitsee D-vitamiinia kehittyäkseen. Kokonaissaannin turvallinen yläraja raskaana olevalle on 50 mikrogrammaa päivän aikana. (Hujala 2009, 19–36; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014b.)

Kalsiumin saantisuositus raskaana olevalle on 900 milligrammaa vuorokauden aikana. Kalsium edistää sikiön luuston kehittymistä. Aktiivinen D-vitamiini, kalsitrioli, edistää kalsiumin imeytymistä suolistosta. Imeytyminen lisääntyy raskauden aikana. Päivän aikana tulisi käyttää vähintään kuusi desilitraa nestemäisiä maitotuotteita, sekä lisäksi noin kaksi palaa juustoa, 100

grammaa kovia vähärasvaisia juustoja tai kalsiumvalmiste. (Tiitinen 2014; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014c.)

Foolihappo on erityisen tärkeä aine sikiön kehityksen kannalta. Se osallistuu solujen jakautumisen säätelyyn, ja folaatin puute raskausaikana voi olla syy sikiön hermostoputken sulkeutumishäiriölle, suulakihalkiolle tai keskenmenolle. Esimerkiksi runsas alkoholin käyttö, jotkin epilepsialäkkeistä, hypotyreoosi sekä ehkäisytabletit kasvattavat elimistön folaatin tarvetta. Sen imeytymistä voivat heikentää myös keliakia sekä erityisesti B12-vitamiinin puute. Foolihappoa saa tuoreista kasviksista, marjoista ja hedelmistä, joita suositellaan nautittavan 5–6 annosta päivän aikana. (Hujala 2009, 19–36; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014c.)

Kaikille odottaville äideille sekä raskautta suunnitteleville on suositeltavaa aloittaa 0,4 milligramman foolihappolisä, jota käytetään ensimmäisen raskauskolmanneksen loppuun saakka, sillä ravinnosta saatava päivittäinen folaatin määrä ei useimmiten täyty. Mikäli odottajan ruokavaliossa tai terveydentilassa on foolihapon imeytymistä vaikeuttavia tekijöitä tai lähisuvussa on keskushermostoputken sulkeutumishäiriötä, foolihappoa tulee ottaa 1–4 milligrammaa lääkärin määräyksen mukaan. (Tiitinen 2014.)

A-vitamiini lukeutuu rasvaliukoisiin vitamiineihin, jonka saanti on myös sikiön kannalta tärkeää. Sillä on vaikutusta näkökykyyn, solujen kasvuun ja erilaistumiseen, sikiön kehitykseen sekä elimistön puolustusmekanismeihin. Sikiö on kuitenkin herkkä retinoidimuotoisen A-vitamiinin saannille, joten sen käyttöä tulisi välttää kokonaan raskauden aikana. Retinoidimuotoista A-vitamiinia on runsaasti maksaa sisältävissä ruoissa, ja suurina annoksina se voi aiheuttaa sikiövaurioita ja lisätä keskenmenon ja epämuodostumien riskiä. Monet kasvikset, hedelmät, marjat, maitovalmisteet sekä kananmuna sisältävät myös A-vitamiinia, mutta niiden käytölle ei ole asetettu raskaudenaikaisen A-vitamiinin saannin kannalta rajoituksia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014c; Elintarviketurvallisuusvirasto 2010a.)

Rauta vaikuttaa elimistön aineenvaihduntaan sekä kuljettaa hiilidioksidia sekä happea hemoglobiinissa ja myoglobiinissa. Raudan puute aiheuttaa hemoglobiinin heikkenemistä, joka johtaa raudanpuutosanemiaan. Raskauden aikana odottavan äidin verivolyymi kasvaa, joka johtaa usein hemoglobiinitason laskuun, sillä punasolumassa ei välttämättä kasva suhteessa verivolyymiin kanssa. (Hujala 2009, 19–36; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014c.)

Lievä raudanpuute ei yleensä aiheuta sikiölle ongelmia, mutta liian alhaisena se voi vaikuttaa synnytyksen ennenaikaisuuteen, alhaiseen syntymäpainoon tai jopa sikiökuolemaan. Sikiölle ja äidille haitallinen hemoglobiinitaso on alle 80 g/l. Mikäli hemoglobiinitaso laskee alle 115 g/l, on suositeltavaa aloittaa rautavalmisteen käyttö. Raudan ennaltaehkäisevästä lääkähoidosta ei ole haittaa, mutta myöskään hyötyjä ei ole selkeästi raportoitu. (Hujala 2009, 19–36.)

4.3 Raskausajan ruokarajoitukset

Raskausaikana joidenkin ruoka-aineiden ja juomien käyttöä tulisi rajoittaa sikiön turvallisen kasvun ja kehityksen takaamiseksi. Rajoitusten tarkoituksena on estää sikiölle haitallisten aineiden kulkeutuminen äidin verenkierrosta sikiölle. Ruokavaliosuositukset ja -rajoitukset olisi hyvä lähettää raskaana olevalle esitietolomakkeiden mukana jo ennen ensikäyntiä neuvolassa. (Hasunen ym. 2004; Raskauden aikana vältettävät ruoka-aineet. n.d.)

Suosittelujen mukaan raskaana olevan tulisi syödä viikoittain ainakin kaksi kala-ateriaa. Kalaa tulisi valita aterioille vaihtelevasti. Haukea tulisi välttää kokonaan sen korkean elohopeapitoisuuden vuoksi. Samoin sisävesialueen isokokoisien ahvenen, kuhan ja mateen runsasta ja yksipuolista syöntiä suositellaan vältettävän niissä todettujen korkeiden saastepitoisuuksien vuoksi. Isoa silakkaa, meritaimenta ja lohta, jotka ovat peräisin Itämerestä, saa syödä enintään 1–2 kertaa kuukaudessa. (Hasunen ym. 2004; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014b.)

Tyhjiö- ja suojakaasupakatut, graavisuolatut ja kylmäsavustetut kalatuotteet, sekä mäti ja pateet ovat listeriariskin vuoksi vältettävien ruoka-aineiden listalla. Listeriavaaran takia on suositeltavaa välttää myös pastöroimattomaa maitoa sekä siitä valmistettuja pehmeitä juustoja. Näitä ovat muun muassa home-, kitti- ja tuorejuustot, kuten brie, gorgonzola ja chèvre. Juustot ovat turvallisia kuplivan kuumiksi valmistettuina. Kovissa juustoissa listeriabakteeri ei pysty lisääntymään. Lisäksi raakana syötävät vihannekset tulisi kuoria huolellisesti ja pestä ennen käyttöä. Valmisruoat ja pakastevihannekset puolestaan tulisi kuumentaa ennen syömistä. (Elintarviketurvallisuusvirasto 2014.)

Listeriabakteeri tuhoutuu kuumentuessaan yli 70 asteeseen. Pakastaminen tai suolaaminen ei tuhoa bakteeria. Listerioosi ilmenee raskaana olevalla yleensä kuumetautina, joka muistuttaa tavallista influenssaa, joka voi johtaa keskenmenoon tai ennenaikaiseen synnytykseen sekä aiheuttaa lapselle vaikeita yleisinfektioita. (Elintarviketurvallisuusvirasto 2014; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014b.)

Maksa sisältää paljon retinoidimuodossa olevaa A-vitamiinia, joka voi lisätä keskenmenon ja sikiövaurioiden riskiä. Tämän takia maksan käyttöä tulisi rajoittaa koko raskauden ajan. Maksaruokia, kuten maksalaatikko, maksapihvi ja maksakastike, tulisi välttää koko raskauden ajan. Maksamakkaraa ja maksapasteijaa puolestaan tulisi syödä korkeintaan 200 grammaa viikossa, eikä kerta-annos saisi ylittää 100 grammaa. Päivittäin syötynä maksamakkaran tai -pasteijan enimmäisannos tulisi olla korkeintaan 30 grammaa vuorokaudessa. Tämä vastaa noin kahta maksamakkaraviipaletta tai kahta ruokalusikallista pasteijaa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014b; Elintarviketurvallisuusvirasto 2010a.)

Runsas suolankäyttö raskausaikana lisää turvotusta ja nostaa verenpainetta. Tämän takia suolan käytön rajoittaminen on perusteltua. Raskausaikana suositellaan käytettäväksi suolattomia tai vähäsuolaisia tuotteita. Ruoanlaiton yhteydessä suolaa tulisi käyttää mahdollisimman vähän. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014a.)

Raskausaikana ei suositella käytettäväksi kolesterolia alentamaan tarkoitettuja ruoka-aineita, jotka sisältävät kasvistanoleita. Kolesterolia on tarpeellinen sikiön kehitykselle, eikä kolesterolia alentavien tuotteiden vaikutusta sikiön kolesterolipitoisuudelle tiedetä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b.)

Raskausaikana kofeiinin saanti tulisi rajoittaa 300 milligrammaan päivässä. Tämä tarkoittaa käytännössä kolmea kuppia, eli n. 4,5 desilitraa, kahvia vuorokaudessa. Jo pieni määrä kofeiinia saattaa aiheuttaa raskaana olevalle sydämen tykytyksiä, närästystä tai vapinaa. Suuret vuorokausiannokset lisäävät keskenmenon ja lapsen pienen syntymäpainon riskiä. Myös energiajuomien käyttöä tulisi välttää raskausaikana. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b; Raskauden aikana vältettävät ruoka-aineet. n.d.)

Alkoholin käyttö vaikuttaa kielteisesti sikiön kasvuun ja kehitykseen. Alkoholin turvallista käyttömäärää ei tiedetä, joten sen käyttöä tulee välttää koko raskauden ajan. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b.)

Lakritsin ja salmiakin runsasta käyttöä ei suositella, sillä niiden sisältämä lakritsikasvi sisältää runsaasti glykyrritsiiniä, joka voi aiheuttaa turvotusta ja kohottaa verenpainetta. Lakritsi- ja salmiakkituotteita tulisi nauttia korkeintaan 50 g vuorokaudessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b.)

Keinotekoisista makeutusaineista aspartaamia (E951), sukraloosia (E955) ja asesulfaamia (E950) voi käyttää raskausaikana, sillä niiden enimmäiskäyttömäärät eivät ylitä normaalissa käytössä. Sakariinia (E954) ja sykklamaattia (E952) puolestaan ei suositella. Syklamaatin ja sakariinin enimmäiskäyttömäärät ovat pieniä, ja niiden on todettu aiheuttavan syöpää koe-eläimille. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b; Raskauden aikana vältettävät ruoka-aineet n.d.)

Yrttijuomien, rohdosvalmisteiden ja luontaistuotteiden turvallisuutta tai mahdollisten luontaisten haitta-aineiden vaikutuksia ei ole tutkittu, joten niiden käyttöä raskausaikana ei suositella. Teenlehdistä, hedelmistä tai marjoista keitetyt teet sopivat raskausaikana käytettäväksi. Yrttien käyttöön ruoan maustamisen yhteydessä ei ole estettä. (Raskauden aikana vältettävät ruoka-aineet n.d.; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b.)

Merilevävalmisteita ei tulisi käyttää raskausaikana lainkaan, mikäli tuotteen jodipitoisuutta ei ole tiedossa. Liiallinen jodin saanti on haitallista kilpirauhastoiminnalle sekä sikiön kasvulle ja kehitykselle. Kielto ei kuitenkaan koske lääkeaineiksi luokiteltavia vitamiini- ja kivennäisainevalmisteita. (Raskauden aikana vältettävät ruoka-aineet n.d.; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b.)

Inkiväärin käytöstä raskausaikana on hyvin vähän tieteellistä tutkimustietoa ja osa niistä on ristiriitaista. On kuitenkin todettu, että osa inkiväärin ainesosista on mahdollisesti sikiölle haitallisia. Osan kemiallisista ainesosista on todettu aiheuttavan jopa solukuolemaa. Tutkimusten perusteella on to-

dettu, että inkiväärivalmisteiden sekä inkivääriteen runsasta käyttöä raskausaikana tulee välttää. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b; Elintarviketurvallisuusvirasto 2010b.)

Pellavansiemenet ja -rouhe sisältävät syaanivetyä sekä kadmiumia, jotka ovat haitallisia sikiön kehitykselle. Tämän takia niiden käyttöä raskausaikana tulee välttää. Pellavansiemenöljyn käytölle ei ole rajoituksia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b.)

5 RASKAUSDIABETEETIKON HOIDONOHJAUS NEUVOLASSA

Laadukkaan potilasohjauksen tärkein perusta on potilaslähtöisyys. Ohjaus perustuu potilaasta välittämiseen sekä ihmisarvon kunnioitukseen. Näin on mahdollista ylläpitää molemminpuolista arvostusta ja käsitellä asioita yhteisymmärryksessä. Potilaslähtöinen ohjaus vaatii potilaiden ja heidän tarpeidensa tiedostamista. Haasteita luovat potilaiden erilaisuus sekä erilaiset oppimistyyli. (Kyngäs 2008, 27–28; Ojala & Arffman 2010, 127.)

Onnistunut ohjaus määritellään ohjaajan ja ohjattavan välillä käytäväksi tavoitteelliseksi keskusteluksi, jossa molemmat osapuolet ovat vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Ketään ei voi pakottaa muutokseen, vaan motivaation täytyy lähteä asiakkaasta itsestään. (Kyngäs 2008, 27–28; Ojala & Arffman 2010, 127.)

Ohjauksen lähtökohtana ovat ohjattavan ja ohjaajan vuorovaikutus, ohjaussuhde sekä aktiivinen ja tavoitteeseen pyrkivä toiminta. Laadukkaan ohjauksen onnistumiseen vaaditaan lisäksi tarpeenmukaiset resurssit sekä ohjaajan riittävät ammatilliset valmiudet. (Kyngäs 2008, 27–28; Ojala & Arffman 2010, 127.)

Raskausdiabeteksen hoidon päätavoitteena on ehkäistä odottavan äidin suuri painonnousu, ylläpitää normaaleja verensokeritasoja sekä estää sikiön liiallinen kasvaminen. Raskausdiabetekseen sairastuneen äidin hoidonohjaus tulisi aloittaa välittömästi poikkeavan sokerirasitustestituloksen ilmetessä. Raskausdiabeteksen toteaminen tarjoaa terveydenhoitajalle erinomaisen mahdollisuuden äidin kokonaisvaltaiseen elintapojen pohtimiseen ja terveysneuvontaan neuvolassa. (Ojala & Arffman 2010, 127; Äitiysneuvolaopas 2013.)

Ohjaus alkaa opastamalla odottajalle verensokeriseuranta sekä antamalla ravitsemusneuvontaa. Tärkeää olisi etsiä yhdessä asiakkaan kanssa juuri hänelle sopiva, yksilöllinen sekä raskausdiabeteksen ruokavaliosuosituksia noudattava ruokavalio. Odottavat äidit ovat usein motivoituneita tekemään elämäntapamuutoksia, jotka edistävät niin omaa kuin lapsenkin terveyttä. (Arkkola 2010, 38–39; Äitiysneuvolaopas 2013; Ojala & Arffman 2010, 131–134.)

Raskaana olevan naisen ravitsemusohjaus tulisi toteuttaa neuvolassa yksilöllisesti kirjallista materiaalia apuna käyttäen. Ohjausta tulisi antaa, kun äidillä todetaan raskausdiabeteksen riskitekijöitä. Ensimmäisestä ravitse-

musohjauksesta huolehtii neuvolan terveydenhoitaja. Ruokavalio-ohjauksen tavoitteena on erityisesti ylipainoisten äitien energiansaannin hillitseminen. Terveellisillä ruokailutottumuksilla voidaan joissakin tapauksissa siirtää tai parhaimmillaan jopa välttää insuliinihoidon aloituksen tarve. (Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä 2006, 360–361.)

Ravitsemushoidon toteuttaminen vaatii useita ohjauksetoja. Hyvä ohjaus on laadukasta ja asiantuntevaa sekä lähtöisin asiakkaan omista tarpeista. Ohjauksen tulee olla lisäksi havainnollistavaa ja tutkittuun tietoon perustuvaa. Äidille tulee antaa ruokavalio-ohjeita sopivista ruoista, ruoka-aineiden ja valmisteiden valinnasta sekä erilaisista ruoanvalmistustavoista. (Raskausdiabetes: Käypä hoito-suositus, 2013.)

Terveydenhoitajan tehtävä on motivoida ja tukea perhettä muutoksessa sekä auttaa perheitä löytämään heidän elämäntilanteisiinsa sopivia ratkaisuja. Asiakas tekee valintansa itse, mutta neuvolan tehtävä on antaa tarvittavaa tietoa muutoksen toteuttamiseksi. Ravitsemusohjauksessa on oleellista muokata tieto helposti ymmärrettävään muotoon ja niin, että ohjeet ovat helposti sovellettavissa arkipäivän tilanteisiin. Pakkaukset, esitteet, ja ruokamalleja esittävät kuvat havainnollistavat ohjaustilanteita, konkretisoivat määriä sekä lisäävät elintarviketuntemusta. (Arffman & Hujala 2010, 38.)

Seuraamalla omaa verensokeriaan ja sen muutoksia, äiti oppii tunnistamaan verensokeriarvoihin vaikuttavat ruoat sekä tilanteet. Verensokerin omaseurantatulosten perusteella tehdään lähete erikoissairaanhoidon. Tavoitetasojen ylittyessä vain satunnaisesti, tulee neuvolassa painottaa yksilöllistä ruokavaliomuutosten ohjaamista ja neuvontaa. (Arkkola 2010, 38–39; Äitiysneuvolaopas 2013, 172–174; Ojala & Arffman, 2010, 127.)

Raskausdiabeetikon ruokavalioidon tavoitteita ovat sopivan energiamäärän sekä ravintoaineiden saannin varmistaminen. Lisäksi oleellista on ehkäistä äidin sairastumista diabetekseen raskauden jälkeen. Säännöllinen ateriarytmi, ravintokuitujen riittävä määrä, pehmeän rasvan suosiminen sekä energian saannin pitäminen kohtuullisena ovat keskeisiä seikkoja ruokavalioidon toteutuksessa neuvolassa. (Arkkola 2010, 38–39; Talvia 2007, 64.)

Nykyään useat isät ovat aktiivisesti mukana neuvolakäynneillä tai perhevalmennuksissa. Terveydenhoitaja voi hyödyntää tätä ohjauksessaan ja kohdistaa neuvontaa myös heihin. Ohjauksen yksi tavoite voikin olla koko perheen ruokailutottumuksiin vaikuttaminen ja niiden terveellisyyden edistäminen. (Arkkola 2010, 38–39; Talvia 2007, 64.)

Raskausdiabetekseen sairastuneen äidin ja terveydenhoitajan tavoitteena on luoda vuorovaikutteinen ohjaussuhde, jossa molemmat osapuolet ymmärtävät toistensa argumentit. Sanallisen viestinnän lisäksi oleellista on myös sanaton viestintä, jonka osuus vuorovaikutuksesta on jopa yli puolet. Terveydenhoitaja on vastuussa vuorovaikutuksesta, mutta tavoitteista keskustellaan yhdessä asiakkaan kanssa. Terveydenhoitajan tulee kannustaa raskausdiabetekseen sairastunutta odottajaa tekemään hänen terveytensä kannalta oikeita valintoja. Odottaja saattaa kuitenkin esittää myös eriäviä mielipiteitä

ja tehdä terveydenhoitajan ohjeita vastustavia valintoja. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 38–44.)

5.1 Ruokapäiväkirja

Ruokapäiväkirja on päiväkirjan kaltainen muistio, johon ihminen kirjaa kaikesta syömänsä ja juomansa tietyn ajanjakson ajan. Yleensä ruokapäiväkirjaa pidetään yhdestä päivästä jopa viikkoihin. Ruokapäiväkirjaa tulisi käyttää ruokavalio-ohjauksen apuvälineenä. Neuvolatyössä ruokapäiväkirja ei usein ole tarpeellinen, mutta sen käyttöä on mahdollista hyödyntää ravitsemusneuvonnan tukena. (Männistö 2012, 257–258; Heinonen & Aro 2007, 37–38; Ojala & Arffman 2010, 129.)

Yleensä ruokapäiväkirja on avoin lomake, jonne asiakas kirjaa nautitun ravinnon. Päiväkirjaan kirjataan syödyt ruoat ja juomat heti syömisestä. Näin tieto on realistisempaa, eikä perustu muistiin. Lisäksi ruokapäiväkirjaan merkitään ravinnon määrä ja sen syömisäika. (Männistö 2012, 258.)

Ihmisen ruokavalio ja ruoan käyttö vaihtelee päivästä toiseen, viikonloppuisin ja vuodenajan mukaan. Tämän takia ruokapäiväkirjaa olisi hyödyllistä pitää useamman päivän ajan. Viikon mittainen päiväkirjan pito olisi ihan teollista, sillä se takaisi myös arki- ja viikonloppuruokailujen kirjaamisen. (Männistö 2012, 257–258; Heinonen & Aro 2007, 37–38.)

Ruokapäiväkirjan pitäminen saattaa muuttaa ihmisen ruokavaliota ruokien kirjaamisen ajaksi. Ihmiset voivat haluta antaa paremman ja terveellisemmän kuvan ruokavaliostaan ja syödä paremmin seurannan ajan. On myös mahdollista, että tutkittava syö seurannan aikana yksinkertaisempia ruokia, jotta niiden ylös kirjaaminen olisi helpompaa. (Männistö 2012, 258.)

Ruokapäiväkirjaan kirjataan syöty ruoka, sen sisältö sekä määrä. Oleellista on kirjata ylös tarkat aterian sisällöt ja esimerkiksi punnita ruoka-aineiden määrät keittiövaivalla. Näin vältetään väärinymmärryksiltä ruokapäiväkirjaa tulkittaessa ja ravitsemusohjausta annettaessa. Ruokapäiväkirjan käyttöä ohjattaessa tulee kertoa kuinka tarkkoja tietoja päiväkirjaan halutaan saada. (Männistö 2012, 257–258; Heinonen & Aro 2007, 37–38.)

Tarkkoja ruokamääriä haettaessa voidaan tietyn ruoka-aineen tai annoksen koko punnita. Annos voidaan punnita esimerkiksi kumulatiivisella punnitsemistekniikalla, eli punnitsemalla ensin tyhjä lautanen, ja lisäämällä tämän jälkeen lautaselle ruoka-aineita yksi kerrallaan. Toinen vaihtoehto on kuvata annoksen ja sen sisällön määrää talousmitoilla, esimerkiksi desilitroina. Lisäksi on mahdollista hyödyntää annoskuvakirjaa annoksen koon arvioimiseen. Annoskuvakirjasta valitaan omaa annostaan parhaiten kooltaan vastaava kuva. (Männistö 2012, 257.)

Ruokapäiväkirjan pitäminen voi opettaa paljon täyttäjälleen. Ruokapäiväkirjaa täyttäessään ihminen tulee usein tietoisemmaksi siitä, mitä hän päivän aikana syö, kuinka paljon ja kuinka usein. Syötyjen ruokien seuranta voi myös helpottaa terveellisempien valintojen tekemistä. Esimerkiksi himoittu

keksi voi jäädä syömättä, koska se pitäisi myös kirjoittaa päiväkirjaan. Ruokapäiväkirjasta on lisäksi mahdollista tutkia, millaisiin tilanteisiin epäterveelliset valinnat ja esimerkiksi ylensyönti liittyvät. (Heinonen & Aro 2007, 37; Heinonen 2008.)

5.2 Painonhallinta

Odottavan äidin paino nousee raskauden aikana keskimäärin 12 kilogrammaa, josta yli puolet muodostuu kohdusta, sikiöstä, istukasta, verivolyymin ja solunulkoisen nesteen lisääntymisestä, ja lapsivedestä. Lisäksi kolmasosa painon muutoksesta johtuu lisääntyneestä rasvakudoksesta. Rasvan määrän lisääntyminen raskausaikana on luonnollista. Rasva kertyy pääsääntöisesti lantiolle, vyötärölle ja rintoihin. Sen tarkoituksena on suojata vauvaa kohdun ulkopuolisilta iskuilta. (Hasunen ym. 2004; Partanen 2009, 76–78.)

Raskausajan painotavoitteet ovat yksilöllisiä ja vaihtelevat odottavan äidin raskautta edeltävän painoindeksin mukaan. Arvioitaessa painonnousua on huomioitava äidin paino ennen raskautta, painon aikaisemmat muutokset, kehon koostumus ja rakenteelliset erot sekä mahdollinen nesteen keräytyminen elimistöön loppuraskaudessa. Yleiset painonnoususuositukset ovat: alipainoisille (BMI <18,5 kg/m²) 12,5–18 kg, normaalipainoisille (BMI 18,5–24,9 kg/m²) 11,5–16,0 kg, ylipainoisille (BMI 25–29,9 kg/m²) 7,0–11,5kg ja lihaville (BMI ≥ 30,0 kg/m²) 5–9 kg. (Partanen 2009, 76–78; Raskausdiabetes: Käypähoito -suositus 2013.) Painonnoususuositukset on kerätty alla olevaan Taulukko 1:een.

Taulukko 1. Painonnoususuositukset alkuraskauden painoindeksin mukaan

	BMI (kg/m ²)	Painonnoususuositus (kg)
Alipaino	<18,5	12,5–18
Normaalipaino	18,5–24,9	11,5–16
Ylipaino	25–29,9	7–11,5
Lihavuus	≥ 30	5–9

Käypähoitosuosituksen mukaan lihavien raskausdiabeetikoiden painon ei kuitenkaan tulisi nousta taudin toteamisen jälkeen, vaan painon tulisi pysyä ennallaan. Mitä enemmän raskaana olevan paino nousee, sitä todennäköisemmin paino ei palaudu takaisin ennalleen. (Partanen 2009, 76–78; Diabeetikon ravitsemussuositus 2008.)

Alipainoiselle, hyvin nuorelle tai runsaasti liikkuvalla riittävä painonnousu on erityisen tärkeää. Painonnousu on riittämätöntä, mikäli se nousee alle 1 kg kuukaudessa keski- ja loppuraskauden aikana. Vähäinen painonnousu voi johtaa sikiön kasvun hidastumiseen. Liian vähäinen painonnousu voi olla myös merkki siitä, ettei raskaus etene normaalisti. (Arkkola 2010, 34–36; Partanen 2009, 76–78.)

Liiallisesta painonnoususta ja sen aiheuttamista vaaratekijöistä tulisi keskustella avoimesti neuvolakäynneillä, erityisesti ylipainoisten äitien kanssa. Aiheen voi tuoda esille painottamalla syntymättömän vauvan terveyden ja

hyvinvoinnin näkökulmaa. Raskaana olevat naiset ovat usein hyvin motivoituneita muuttamaan elintapojaan raskauden aikana. Ylipainosta keskustelu voi olla monelle arka aihe, sillä siihen voi liittyä syyllisyyden ja häpeän tunteita. Tämän takia asiasta tulee keskustella avoimesti, mutta hienotunteisesti. (Arkkola 2010, 34–36; Hasunen ym. 2004.)

5.3 Liikunta osaksi raskausdiabeteksen hoitoa

Liikunnan harjoittamisella voidaan saada edullisia vaikutuksia raskausajan diabeteksen aikana tapahtuvaan glukoosiaineenvaihdunnan häiriöön. Tästä syystä liikunta on tärkeä osa raskausdiabeteksen hoitoa. Ruokavaliomuutoksiin liitetty liikunnan lisääminen voi myös tehostaa myönteisiä vaikutuksia. Ennen raskautta aloitettu liikunta voi mahdollisesti vähentää glukoosihäiriöitä sekä vähentää raskausdiabeteksen vaaraa. Viimeisen raskauskolmanneksen aikana harjoitettu liikunta saattaa vähentää jonkin verran insuliinin tarvetta erityisesti ylipainoisten odottajien kohdalla. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013.)

Säännöllisen liikunnan avulla odottaja voi parantaa omaa glukoositasapainoaan ja parantaa mielialaansa. Lisäksi liikunta vaikuttaa myönteisesti painonhallintaan, raskauden fyysisistä muutoksista selviytymiseen sekä synnytyksestä palautumiseen. Säännöllisellä liikunnan harrastamisella voidaan ennaltaehkäistä raskausajan diabeteksen uusiutumista tulevien raskauksien aikana, sekä tyyppin 2 diabeteksen puhkeamista. Hyvässä fyysisessä kunnossa oleva äiti myös jaksaa hoitaa vastasyntyntä paremmin. (Raskausdiabetes – pidä huolta itsestäsi ja vauvastasi 2011, 17; Ruuskanen 2008; Raskausdiabetes ja liikunta n.d.)

Liikunnan harrastamisesta on hyvä keskustella neuvolassa raskauden edetessä joko terveydenhoitajan tai lääkärin kanssa. Raskaana oleville suositellaan samoja yleisiä terveellisen liikunnan suosituksia kuin muillekin. Näiden suositusten mukaan äidin tulisi liikkua viikossa vähintään 1 tunti 15 minuuttia reipasta liikuntaa, tai vaihtoehtoisesti 2 tuntia 30 minuuttia kohtuullisesti rasittavaa liikuntaa. Lisäksi suositeltavaa olisi tehdä ainakin kaksi kertaa viikossa liikehallintaa ja lihaskuntoa kehittävää liikuntaa. Liikunta olisi hyvä jakaa kolmelle eri viikonpäivälle. Yhden liikuntasuorituksen pituudet voivat vaihdella 10 minuutista eteenpäin. Liikuntasuosituksia kuvataan konkreettisesti ja esimerkein UKK-instituutin liikuntapiirakassa (Kuva 1). (Raskausdiabetes ja liikunta n.d.; UKK-instituutti 2014; Raskausdiabetes – pidä huolta itsestäsi ja vauvastasi 2011, 18.)



Kuva 1. Yleiset terveysliikunnan suositukset (UKK-instituutti 2009).

Kohtuullisesti kuormittava liikuntaharjoittelu, jonka päämääränä on kestävyys- tai lihasvoiman kohentaminen, on raskaana ollessa turvallista harrastaa, mikäli odottajalla ei ole raskauskomplikaatioita. Viimeisen raskauskolmanneksen aikaisen liikunnan harrastamisen ei ole todettu vaikuttavan haitallisesti raskausdiabeetikon raskauden kulkuun, insuliinihoidon tarpeeseen, synnytyksen sujumiseen tai vastasyntyneen vointiin. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013.)

Odottavat äidit jotka ovat harrastaneet säännöllistä liikuntaa ennen raskautta, voivat jatkaa liikuntaa samalla tavalla kuin ennen raskautta. Oleellista on kuitenkin liikkua omien tuntemustensa mukaan, eli keventää harjoittelua oman voinnin mukaisesti. Raskausaika on aktiiviselle liikkujalle kausi, jolloin kunnon ylläpitäminen on tärkeää. Suorituskykyään äiti voi parantaa lapsen synnyttyä. (Raskausdiabetes – pidä huolta itsestäsi ja vauvasi 2011, 17; Pisano 2007, 7.)

Niiden äitien jotka eivät ole harrastaneet liikuntaa ennen raskautta, tulisi keskittyä vähitellen lisäämään liikuntansa kertoja, kestoja sekä kuormittavuutta. Nyrkkisääntönä voidaan pitää sitä, että liikunta on sopivan kuormittavaa, kun odottaja hikoilee ja hengästyy suorituksen aikana, mutta pystyy koko ajan puhumaan puuskuttamatta. (Raskausdiabetes – pidä huolta itsestäsi ja vauvasi 2011, 17.)

Päivittäinen hyötyliikunta on erinomainen tapa lisätä liikkumista. Liikkumalla arkiaskareiden yhteydessä, käyttämällä portaita ja kävelemällä työpaikalle tai ruokakauppaan, odottava äiti voi lisätä päivittäistä aktiivisuutta huomattavasti. Hyviä lajeja odottajalle ovat esimerkiksi pyöräily, kävely, uinti ja hiihto. (Raskausdiabetes – pidä huolta itsestäsi ja vauvasi 2011, 17.)

Suurin osa liikuntamuodoista sopii odottavalle äidille. Joitain lajeja kuitenkin suositellaan välttämään lajin sisältämän kaatumis- tai iskuvaaran vuoksi. Tällaisia lajeja ovat ratsastus, laskettelu, itsepuolustus- ja kontaktilajit. Lisäksi laitesukellus ja liikkuminen yli 2000 metrin korkeudessa saattavat aiheuttaa sikiölle verenkierron ongelmia. Raskauden ylitettyä puolen välin, tulisi välttää lajeja, joissa kohtu voimakkaille hölskymisliikkeelle. (Raskausdiabetes – pidä huolta itsestäsi ja vauvastasi 2011, 18; Pisano 2007, 10.)

Kuudennestatoista raskausviikosta eteenpäin selinmakuulla suoritettavia harjoitteita ei suositella tehtäväksi, sillä kohtu painaa sydämeen palaavia isoja verisuonia, joka taas voi aiheuttaa raskaana olijalle pahoinvointia. Raskaana olevan tulee kuunnella omaa vointiaan liikuntaa harrastaessaan, ja erilaisten oireiden ilmetyä liikunnan harrastaminen tulisi keskeyttää. Esimerkiksi epäily lapsiveden menosta, verenvuoto synnytyselimistä, kivuliaat supistukset, voimakas pohkeen kipeytyminen ja turvotus tai muut epätavalliset oireet antavat syyn lähteä terveydentilan tarkistukseen. (Liikunta raskauden aikana: UKK-instituutti. 2014.)

6 HYVÄN POTILASOHJEEN LAATIMINEN

Ohjaus voidaan määritellä asiakkaan ja hoitajan tavoitteelliseksi ja aktiiviseksi toiminnaksi. Tuloksia tuottavan ohjaamisen onnistumiseksi ohjauskertoja voi olla useampia. Ohjauksella pyritään edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta kohentaa elämänlaatuaan. Ohjauksen tulisi olla suunnitelmallista ja sisältää tiedon antamista, huomioiden asiakkaan omat ongelmanratkaisutaidot. (Kyngäs ym. 2007, 126.)

Terveydenhoitajan on hyvä käyttää ohjauksensa tukena kirjallista materiaalia, jonka tarkoituksena on antaa asiakkaalle tarpeenmukaista tietoa muun muassa sairaudesta, tutkimuksista, hoitomenetelmistä, jälkihoidosta sekä sairaudesta toipumisesta. Kirjalliset ohjeet eivät ole yleensä riittäviä sellaisenaan, vaan terveydenhoitajan tulisi käyttää materiaalia tukemaan suullista ohjausta. Näin ollen asiakas todennäköisemmin muistaa ohjaustilanteen sisällön, kuin pelkästään suullisten ohjeiden saannin myötä. Kirjallinen ohje mahdollistaa aiheen pariin palaamisen myöhemmin, jolloin ohjeiden soveltaminen omaan elämään myös helpottuu. (Eloranta & Virkki 2011, 73–76.)

Kirjallista tietoa tulee tarjota asiakkaalle sopivaan aikaan sopivassa paikassa. Hyvässä potilasohjeessa ilmaistaan selkeästi, kenelle ohje on tarkoitettu ja mikä on ohjeen tarkoitus. Konkreettiset kuvaukset ja selkeät esimerkit voivat selkeyttää käsiteltävää asiaa. Konkreettisuudella voidaan lisätä potilasohjeen ymmärrettävyyttä, jolloin henkilö voi käytännössä ymmärtää, miten hänen tulee toimia tavoitteiden saavuttamiseksi. Jos sisältö käsittelee ainoastaan asiakkaan fyysistä vaivaa ja sen hoitoa, potilasohje ei ole riittävä. Sisällön tulisi vastata kysymyksiin ”mitä?”, ”miksi?”, ”milloin?”, ”miten?” ja ”missä?”. (Kyngäs ym. 2007, 125–126.)

Potilasohjeen sisältö tulisi kirjoittaa tärkeimmästä asiasta kohti vähemmän tärkeämpää. Potilaan kannalta tärkein ja oleellisin viesti tulisi löytyä heti

ohjeen alusta. Tällä kirjoitustavalla ohjeen luettavuus helpottaa, se herättää helpommin lukijan mielenkiinnon ja samalla varmistetaan, että vain ohjeen alun lukeneet henkilöt saavat tärkeimmän informaation itselleen. Ohjetta laadittaessa tulee kiinnittää huomiota esitettävien asioiden loogiseen järjestykseen. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 39; Eloranta & Virkki 2011, 73–76.)

Ymmärrettävässä ohjeessa on selkeä ja helposti luettava kirjasintyyppi, riittävän suuri kirjasinkoko sekä selkeä tekstin asettelu sekä jaottelu. Teksteissä käytettyjen termien ja ilmausten tulee olla yksiselitteisiä, konkreettisia ja tuttuja. Sanojen ja virkkeiden tulisi olla lyhyitä. Lääketieteellisten termien käyttö tulee määritellä ymmärrettävään muotoon. Ohjeen tulee olla kirjoitettu yleiskielellä, eikä ammattisanastoa tule käyttää selkeyden vuoksi. (Kyngäs ym. 2007, 126; Eloranta & Virkki 2011, 73–76.)

Potilasohjeessa on hyvä käyttää tekstiin soveltuvaa puhuttelumuotoa. Kirjallisessa ohjeessa on selkeämpää käyttää suoraa puhuttelua passiivin sijaan, sillä näin voidaan välttyä tekstin sanoman väärinymmärryksiltä. Potilasmateriaalin tulee pohjautua ajantasaiseen ja tutkittuun tietoon. (Kyngäs ym. 2007, 126; Eloranta & Virkki 2011, 73–76.)

Luettavuuden kannalta on tärkeää otsikoida ohje. Ohjeen olisi hyvä alkaa otsikolla, joka johdattaa lukijan aiheeseen kertomalla selvästi mitä ohje käsittelee. Parhaimmillaan otsikoinnilla voidaan herättää lukijan mielenkiinto. Väliotsikointi selkeyttää ja helpottaa ohjeiden lukemista, ja antaa mahdollisuuden löytää oleelliset pääasiat tekstistä. Väliotsikkoina toimivat yksittäiset sanat ja sanaparit, eikä pidempiä otsikoita ole syytä kehittää. Myös ohjeistuksen pituus vaikuttaa sen kiinnostavuuteen ja helppolukuisuuteen. (Eloranta & Virkki 2011, 73–76; Torkkola ym. 2002, 39–40.)

Kuvien käyttö materiaalin tukena on tarpeen silloin, kun niiden koetaan selkeyttävän tekstiä. Kirjallisen ohjeen ymmärrettävyyden parantamiseksi on mahdollista käyttää myös kuvioita, kaavioita sekä taulukoita. Esimerkiksi taulukoiden tulee olla tarkkoja, helposti ymmärrettävissä olevia sekä mielenkiintoa herättäviä. Hyvä kuvitus lisää ohjeen ymmärrettävyyttä sekä herättää lukijan mielenkiinnon. Kuvien yhteyteen tulisi aina laittaa kuvateksti, sillä ne ohjaavat kuvan luentaa. Hyvä kuvateksti nimeää kuvan sekä tuo esiin kuvasta vaikeasti suoraan nähtävät asiat. (Kyngäs ym. 2007, 126; Eloranta & Virkki 2011, 73–76; Torkkola ym. 2002, 40–41.)

Potilasohjeen ulkoasulla on tärkeä osa ohjeen luettavuudessa. Tekstin ja kuvien asettelu, eli taitto, on hyvän potilasohjeen lähtökohta. Huolellisesti taitettu ohje parantaa ymmärrettävyyttä sekä houkuttelee lukemaan. Tekstin asettelua suunniteltaessa ei tule pelätä tyhjää tilaa, ilmava taitto helpottaa luettavuutta. Kirjallisen ohjeen taitto alkaa asettelumallissa, jonka avulla sisällön elementit, tekstit, otsikot ja kuvat hahmotellaan paikoilleen. Asettelumallissa on tärkeää huomioida ohjeelle sopiva kirjasintyyppi ja koko, tekstin asettelu sekä ohjeen asettelu pysty- tai vaakasuuntaan. (Torkkola ym. 2002, 55–51.)

Potilasohjeen loppuun tulee kirjoittaa tiedot ohjeen tekijöistä sekä neuvolan yhteystiedot. Ohjeessa tulisi kertoa, mihin asiakas voi ottaa yhteyttä, mikäli hänellä on kysyttävää tai hän ei ymmärrä annettuja ohjeita. Yhteystietojen selkeä erottaminen oman väliotsakkeen alle lisää ymmärrettävyyttä. (Torkkola ym. 2002, 44–46.)

Ohjeen tekijätiedot palvelevat ohjeen käyttöä. Niistä käy ilmi kuka tai mikä yksikkö ohjeen on laatinut, sekä edesauttaa palautteen saamista. Palautteen saaminen on tärkeää, sillä ohjeen toimivuus testataan vasta käytännön hoitotyössä. Tekijätietojen kanssa samaan yhteyteen on hyvä myös kirjoittaa ohjeen päivitystiedot. Päivitystietojen tulisi näkyä myös paperitulosteissa, jotta ohjeen ajantasaisuudesta pystytään huolehtimaan. (Torkkola ym. 2002, 44–46.)

Hyväankään potilasohjeeseen ei yleensä pystytä mahdollistamaan vastauksia kaikkiin kysymyksiin. Tämän takia onkin hyvä neuvoa jo ohjeessa asiakas luotettavien lisätietojen pariin. Tällaisia lähteitä voivat olla esimerkiksi luotettavat internetsivut, kirjat tai artikkelit. Valmiiden tiedonlähteiden avulla voidaan edesauttaa sitä, ettei asiakas jää ilman tarvittavaa tietoa. Luotettavilla internetlinkeillä voidaan vaikuttaa siihen, että asiakas löytää lisätietoja helposti, eikä hän etsisi tietoa epäluotettavista lähteistä. (Torkkola ym. 2002, 44–46.)

7 OHJEVIHON TOTEUTUSPROSESSI

Opinnäytetyön toteutusprosessi lähti työelämän yhteistyökumppanin tapaamisen jälkeen kirjallisuuskatsauksen työstämisellä. Toteutimme opinnäytetyön kirjallisen prosessin kirjoittaen sekä yhdessä ryhmänä että jakaen aihealueita yksin kirjoitettaviksi.

Kirjoittaessamme aihealueita itsenäisesti, sovimme aluksi selkeän yhtenäisen kirjoitustyylin, jotta valmis teksti pysyisi helppolukuisena. Pyrimme siihen, että eri kirjoittajien osuudet eivät erottuisi toisistaan. Vaikka jaoin osan aihealueista osiin ja kirjoitimme ne itsenäisesti, tapasimme toisiamme säännöllisesti ja muodostimme teksteistä yhtenäisen kokonaisuuden.

Pyrimme tekemään kattavan kirjallisuuskatsauksen, josta pystyimme poimimaan oleellisen tiedon ohjevihkoon. Kirjallisuuskatsauksessa tavoitteenamme oli käsitellä laajemmin ne aihealueet, joita lopullisessa ohjevihossa myös käsitellään.

Haastavimmaksi koimme kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaamisen. Pyöritelimme pitkään ajatuksia siitä, kuinka laajasti raskautta ja diabetesta pitäisi käsitellä suhteessa opinnäytetyön varsinaiseen aiheeseen. Lisäksi haasteita toi neuvolan toivoman liikuntaosuuden laajuuden määrittäminen. Olimme neuvolan kanssa yhtä mieltä siitä, että aihetta tulisi ohjevihossa käsitellä lyhyesti. Kirjallisuuskatsauksessa jouduimme työskentelemään odotettua enemmän aihealueen rajaamisen kanssa.

Kirjallisuuskatsauksen toteuttamisen jälkeen sovimme uuden tapaamisen neuvolan yhteistyökumppaneiden kanssa, jolloin vielä tarkensimme tulevan

vihon sisältötoiveet. Yhteisten tapaamisten välillä yhteydenpito tapahtui sähköpostiviestein. Neuvolan yhteistyön lisäksi saimme neuvoja ja kehitysehdotuksia ohjaavalta opettajaltamme sekä opintopiirimme jäseniltä.

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on työelämän käytännön opastaminen, ohjeistaminen tai toiminnan järjestäminen. Toiminnallisen opinnäytetyön tuloksena on aina jonkinlainen konkreettinen tuotos, esimerkiksi ohjeistus, kirja, tietopaketti tai tapahtuma. (Vilka & Airaksinen 2003, 9, 51.)

Koska opinnäytetyömme päätavoitteena oli ohjevihon tuottaminen työelämän yhteistyökumppanin käyttöön, täyttää se toiminnallisen opinnäytetyön kriteerit. Omassa opinnäytetyössämme toiminnallinen osuus näkyi siten, että huomioimme lopullisen tuotoksen käyttötarkoituksen läpi koko opinnäytetyöprosessin.

Opinnäytetyön toiminnallista osuutta suunniteltaessa tulisi miettiä, missä muodossa lopullinen tuotos toteutetaan. Toiminnallinen osuus on mahdollista toteuttaa sähköisessä muodossa, kansiona tai painettuna materiaalina. (Vilka & Airaksinen 2003, 51–52.) Jo heti opinnäytetyöprosessin alussa oli selvää, että lopullinen tuotos toteutetaan tulostettavan ohjevihon muodossa. Ohjevihko toimitetaan kuitenkin tilaajalle myös sähköisessä muodossa, jotta sen tulostaminen on jatkossa mahdollista.

Toiminnallisen opinnäytetyön lopullinen tuotos on kohdistettu sen käyttäjäryhmälle. Tästä syystä myös sen kieliasun tulee olla erilainen kuin opinnäytetyöraportissa. (Vilka & Airaksinen 2003, 65.) Oman ohjevihkomme toteutuksessa työstimme kirjallisuuskatsauksen tekstiä uuteen, helposti ymmärrettävään muotoon, emmekä käyttäneet tieteellisiä termejä.

Toiminnallisen opinnäytetyön raportista käy ilmi työprosessin vaiheet, lopullinen tuotos ja kuinka siihen on päästy. Raportista käy myös ilmi miksi kyseinen aihe on valittu, kuinka toteutus on onnistunut sekä millaista oppimista on prosessin aikana tapahtunut. (Vilka & Airaksinen 2003, 65.) Kirjallisuuskatsauksessa olemme pyrkineet käsittelemään kaikki edellä mainitut asiat ja pohtimaan omaa oppimisprosessiamme matkan aikana.

7.2 Ohjevihon suunnittelu

Ohjevihon toteutusprosessi alkoi sen suunnittelulla ensimmäisessä tapaamisessamme Lempäälän neuvolan terveydenhoitajien kanssa. He kertoivat tarpeestaan ja esittivät toiveita ohjevihon sisällöstä. Terveydenhoitajat kokivat tarpeelliseksi, että ohjevihossa käsiteltäisiin lyhyesti perustietoa raskausdiabeteksestä sekä sen vaikutuksista raskauteen, sikiöön sekä synnytyksen jälkeiseen elämään. He toivoivat pääpainon kuitenkin olevan raskausdiabeteksen ravitsemushoidossa. Ruokavalion lisäksi liikunnalla on suuri merkitys verensokeritasapainon ylläpitämisessä. Tämän vuoksi terveydenhoitajat toivoivat, että ohjevihossa käsitellään myös liikuntasuosittelusten pääpiirteitä.

Kirjallisuuskatsauksen kautta perehdyimme hyvän potilasohjeen ominaisuuksiin ja laatimiseen. Lisäksi tutustuimme erilaisiin valmiisiin ohjevihkoihin. Pohdimme näiden kautta millaisia piirteitä haluaisimme omaan ohjevihkoomme. Vihon kirjallista osuutta suunnitellessamme valitsimme vihkoon kirjallisuuskatsauksen pohjalta tärkeäksi kokemamme tiedon, huomioiden neuvolan toiveet vihon sisällöstä.

Lähdimme työstämään ohjevihon suunnitelmaa neuvolan terveydenhoitajien toiveiden pohjalta, jotta se vastaisi parhaalla mahdollisella tavalla käyttötarkoitustaan. Laadimme alustavan suunnitelman paperille, jossa suunnitelimme vihon sisältöä ja ulkoasua.

Ohjevihon sisällön suunnittelun jälkeen aloimme hahmotella ulkoasun toteutusta. Sekä kirjallisuuskatsauksen että oman näkemyksemme mukaan tärkeintä ohjevihon ulkoasun kannalta on lukemiseen houkuttelevuus ja mielenkiinnon herättäminen. Ulkoasun kannalta tärkeää on myös, että teksti on aseteltu tarpeeksi väljästi ja helppolukuisesti.

Ohjevihon käytännöllisyyttä suunniteltaessa, päätimme toteuttaa vihon sivut A5-kokoisena. Vihon pituudeksi päätimme valita kaksi tai kolme A4-paperia taitettuna, jotka on tulostettu kaksipuoleisesti. Ohjevihon suunnittelussa oli tärkeää huomioida sen helppo tulostettavuus. Tämän takia päätimme, että ohjevihko koostuu A4-kokoisista papereista. Tarpeen mukaan vihko on mahdollista tulostaa myös mustavalkoisena. Suunnitelimme, että valmis ohjevihko tuotetaan neuvolalle myös sähköisenä versiona helpon saatavuuden takaamiseksi.

7.3 Ohjevihon toteutus

Suunnittelun jälkeen lähdimme toteuttamaan vihon kirjallista sisältöä. Muokkasimme kirjallisuuskatsauksen sisältöä helppolukuisempaan muotoon, jotta se sopisi paremmin ohjevihon kirjoitustyyliin. Monelle asiakkaalle raskausdiabetekseen liittyvät asiat ovat vieraita, joten halusimme ohjevihossamme käsitellä aihetta tarpeeksi laajasti. Tästä syystä tekstiä tuli suunniteltua enemmän. Tekstin asettelun avulla saimme kuitenkin taitosta ilmavan, eivätkä sivut täytyneet liiasta tekstistä. Lisäksi sommittelimme aihealueet luettavuuden kannalta loogiseen järjestykseen.

Sisällön valmistuttua lähdimme työstämään varsinaista ohjevihkoa. Ohjevihon taiton toteutti kanssamme graafinen suunnittelija Helena Mäkinen. Etsimme ohjevihkoon mielenkiintoa herättäviä ja havainnollistavia kuvia internetin kuvapalvelu Clipart.com:sta. Halusimme tuoda kuvilla ohjevihon ulkoasuun mielenkiintoa ja hyödynsimme niitä tekstin asettelussa. Pyrimme valitsemaan kuvat niin, että ne täydentävät tekstiä. Nostimme tärkeiksi kokiamme asioita esiin tekstistä käyttämällä erilaisia kuvaefektejä kuten laatikoita ja ympyröitä.

Halusimme värimaailman olevan mahdollisimman raikas ja rauhallinen. Teemaväriksi valitsimme vihreän, joka toistuu läpi koko ohjevihon. Vihreän rinnalle nostimme myös muita raikkaita sävyjä elävöittämään ulkoasua.

Ohjevihon suunnittelussa huomioimme myös sen helpon tulostettavuuden. Sovimme, että neuvola tulostaa itse valmiita ohjevihkoja oman tarpeensa mukaan. Tästä syystä ohjevihko toimitetaan tilaajalle myös sähköisessä muodossa. Vihkoon ajan myötä tarvittavat päivitykset neuvolan on tarkoitus toteuttaa itse.

Neuvolan terveydenhoitajat toivoivat, että ohjevihko sisältäisi lyhyen osuuden myös ruokapäiväkirjasta sekä verensokerin omaseurannasta. Toteutimme taulukot, joita asiakas voi sovitusti hyödyntää neuvolasta saamansa ohjeistuksen mukaan. Halusimme taulukoista selkeät ja että niissä on riittävästi tilaa kirjoitukselle sekä omille havainnoille. Vihon toteutuksen ja pituuden vuoksi ruokapäiväkirjan taulukko tehtiin lyhyeksi esimerkiksi. Sen pohjalta asiakkaan on helppo toteuttaa vastaavanlainen päiväkirja esimerkiksi ruutupaperille.

Koimme tarpeelliseksi jättää vihon loppuun tilaa neuvolan yhteystiedoille, jotka terveydenhoitaja voi itse täydentää. Samalle sivulle lisäsimme myös hyödyllisiä ja luotettavia internet-osoitteita, joista asiakkaat voivat itsenäisesti hakea lisätietoa. Tällä tavoin edistämme luotettavien lähteiden käyttöä tiedonhaussa.

7.4 Ohjevihon arviointi

Olemme pyytäneet prosessin varrella eri tahoilta palautetta tuottamastamme materiaalista. Olemme pyrkineet kehittämään omaa opinnäytetyötämme palautteiden pohjalta parempaan suuntaan.

Saatuamme ensimmäisen version ohjevihostamme lähetimme sen Lempään äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien arvioitavaksi. Toivoimme heiltä huomioita ja kehitysehdotuksia, joiden pohjalta pystyisimme tarvittaessa muokkaaman ohjevihkoa heidän toivomaansa suuntaan. Tämä takaisi sen, että lopullinen vihko palvelisi heidän käyttötarkoitustaan parhaalla mahdollisella tavalla. Neuvolasta annettiin erittäin positiivista palautetta ohjevihosta. He eivät löytäneet vihosta asiavirheitä ja kokivat sisällön muutenkin palvelevan heidän tarpeitaan. Erityisesti vihon visuaalinen ilme sai kehuja.

Näytimme ohjevihkomme ensimmäistä versiota myös toisella paikkakunnalla työskentelevälle neuvolan terveydenhoitajalle. Hän kiinnostui ohjevihosta ja koki asiasisällön toimivaksi ja hyvin asiakasryhmälle kohdistetuksi. Lisäksi palautteesta kävi ilmi, että myös kyseisellä neuvolalla olisi tarvetta vastaavanlaiselle ohjeviholle. Terveydenhoitajan toive olikin, että myös heidän neuvolansa saisi tuottamamme ohjevihon jatkossa käyttöönsä.

Saamastamme palautteesta päätellen ohjeviholle on työelämässä todellinen tarve. Lisäksi tavoitteemme muokata teksti kohderyhmälle sopivaksi on ainakin terveydenhoitajien mielestä täyttynyt. Olemme saaneet positiivista palautetta vihon tekstiosuuksien lisäksi erityisesti sen raikkaasta ja nykyaikaisesta ulkomuodosta.

8 POHDINTA

Tässä luvussa käsittelemme omaa kehitystämme opinnäytetyöprosessin aikana, arvioimme valmista tulosta sekä pohdimme, mitä olisimme voineet tehdä toisin. Pohdimme myös opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä. Palaute-luvussa käsittelemme opinnäytetyöstä saamaamme palautetta sekä sen merkitystä opinnäytetyön toteuttamisessa.

8.1 Oma kehittymisemme opinnäytetyöprosessin aikana

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme kehittyneet kohti terveydenhoitajuutta. Aluksi opinnäytetyö tuntui laajalta ja haastavalta kokonaisuudelta, mutta prosessin kuluessa olemme kehittyneet projektityöskentelyssä. Opinnäytetyön edetessä kokonaisuus alkoi hahmottua paremmin ja työskentely tuntumaan mielekkäältä. Opinnäytetyön aikana on ollut mielekästä hakea syvempää tietoa uudesta aiheesta ja sen kautta kehittää omaa oppimistaan.

Opinnäytetyötä aloittaessa meillä ei ollut kokemusta neuvolatyöstä, mutta projektin aikana toteutuneet nevolaharjoittelut toivat meille hyödyllistä käsitystä käytännön neuvolatyöstä. Nevolaharjoittelut myös lisäsivät motivaatiota opinnäytetyön toteuttamiseen, sillä sen todellinen tarve näkyi työelämässä. Käytännön kokemus lisäsi ymmärrystä terveysneuvontatilanteista sekä niiden toteuttamisesta. Tätä kokemusta hyödynsimme läpi opinnäytetyöprosessin.

Terveysneuvonta on yksi terveydenhoitajan työn suurimmista osa-alueista. Opinnäytetyöprosessin aikana olemme laajentaneet käsitystämme terveysneuvonnan eri ulottuvuuksista. Samalla olemme kehittäneet vankempaa pohjaa käytännön ohjaus- ja neuvontatilanteiden toteuttamiseen.

Kirjallisuuskatsauksen avulla kartoittamamme tieto raskausdiabeteksestä sekä terveydenhoitajan roolista sen hoitamisessa tulee helpottamaan tulevaisuuden terveysneuvontatilanteita. Opinnäytetyön aikana olemme kehittyneet tämän aihealueen erityisosaajiksi.

Olemme harjaantuneet kirjallisen materiaalin tuottamisessa. Olemme syventäneet tietämystämme siitä, mitä hyvältä kirjalliselta ohjausmateriaalilta vaaditaan sekä kuinka tämä käytännössä toteutetaan. Tulevaisuuden ammatissamme tämä taito on tärkeä ja helpottaa ohjausmateriaalien tuottamista. Opinnäytetyön tuloksena meillä on mielestämme toimiva ohjevihko raskausdiabeetikoiden hoidonohjaustilanteita ajatellen. Pystymme ottamaan tekemämme vihon valmistuttuamme mukaan työelämään.

Opinnäytetyöprosessin aikana tiedonhakutaitomme ovat kehittyneet. Prosessin alussa saimme koululta opetusta tiedonhakuun ja hakusanoihin liittyen. Prosessin kuluessa olemme päässeet kehittämään näitä taitoja itsenäisessä työskentelyssämme. Tulevaisuuden terveydenhoitajina meidän tulee jatkuvasti päivittää tietoa uusista suosituksista sekä hakea näyttöön perustuvaa tutkimustietoa oman ammattiosaamisemme ylläpitämiseksi. Tästä syystä kehittämämme tiedonhakutaidot tulevat edesauttamaan meitä myös tulevaisuudessa.

Olemme kehittäneet ryhmätyöskentelytaitojamme pitkin opinnäytetyöprosessia. Koemme, että ryhmätyöskentely on tehnyt projektista mielekkään. Se on lisäksi tukenut itse opinnäytetyötä, sillä ajatuksia on pystynyt vaihtamaan muiden ryhmänjäsenten kanssa. Terveystoimittajan työ on tiimityöskentelyä, joten yhteistyötaitojen oppiminen jo opintojen aikana on tärkeää.

Prosessin aikana olemme asuneet eri paikkakunnilla, joten olemme joutuneet kehittämään myös tavanomaisista ryhmätyöskentelymenetelmistä poikkeavia toimintatapoja. Hyväksi menetelmäksi olemme kokeneet pikaviestintä- ja internetpuhelinpalvelu Skypen. Tällä keinolla olemme pystyneet kirjoittamaan opinnäytetyötä yhdessä, vaikka välillämme on ollut satoja kilometrejä.

Uskomme, että opinnäytetyöstä tulee olemaan hyötyä sen tilaajan lisäksi myös meille itsellemme. Voimme hyödyntää opinnäytetyöprosessin aikana kartuttamaamme tietoa sekä valmista ohjevihkoa työelämässä. Tulemme olemaan tämän aiheen asiantuntijoita tulevassa työssämme, sillä opinnäytetyöprosessin aikana syvennyimme aiheeseen perusteellisesti.

8.2 Ohjevihon lopputuloksen arviointi

Ohjevihon toteuttamisprosessi oli erittäin mielenkiintoinen ja antoisa. Yksikään ryhmämme jäsenistä ei ollut aikaisemmin tuottanut vastaavanlaista ohjemateriaalia. Ohjevihon tuottamisesta antoisaa teki se, että siinä näki kuinka kirjallisuuskatsaukseen tehty työ alkoi muuttua konkreettiseksi.

Koemme onnistuneemme ohjevihon sisällön tiivistämisessä sekä asiakkaalle olennaisten asioiden valitsemisessa. Tavoitteenamme oli avata tärkeitä asioita ja antaa helppoja käytännön ohjeita arkielämään. Koemme saavuttaneemme ohjevihon tekstiosuuksissa nämä piirteet ja uskomme, että aiemmin aiheesta tietämätön lukija ymmärtää ohjevihon luettuaan raskausdiabeteksen keskeisimmät asiat sekä hoitosuositukset.

Pyrimme kirjoittamaan mahdollisimman helppolukuista tekstiä sekä ottamaan huomioon ohjevihon kohderyhmän. Kirjallisuuskatsauksessamme tieto on kirjoitettu ammattilaiselta ammattilaiselle, joten ohjevihkoa varten muutimme kieliasun asiakkaan kannalta ymmärrettävämpään muotoon.

Kirjallisuuskatsauksen toteutusvaiheessa mietimme pitkään, kuinka laajasti käsittelemme liikunnan merkitystä raskausdiabeteksen hoidossa. Uskomme, että valmiissa ohjevihossa liikuntaosuutta on käsitelty sopivassa laajuudessa suhteessa ruokavaliohoitoon. Liikunnasta pyrimme nostamaan vihkoon vain sen pääpiirteet, eli yleiset liikuntasuositukset.

Toteutimme ohjevihkoon malliesimerkit päivän aterioista ja niiden sisällöistä. Tämä toive tuli suoraan neuvolan terveydenhoitajilta ja myös meidän mielestämme tämä oli hyvä keino antaa konkreettisia käytännön esimerkkejä asiakkaiden hyödynnettäviksi. Malliesimerkkejä hyödyntämällä asiakas voi helpommin koota itselleen sopivan ja tasapainoisen ateriaritmin sekä sen sisällön.

Tavoitteenamme oli käsitellä asiat johdonmukaisessa järjestyksessä sekä mahdollisimman mielenkiintoa ylläpitävästi. Johdonmukaisuuden halusimme myös huomioida tekstin asettelussa.

Pyrimme saamaan ohjevihon ulkoasun mahdollisimman mielenkiintoa herättävään muotoon, jotta asiakkaan innostuisivat helpommin lukemaan informaatiopitoista materiaalia. Koska tiedämme, että kaikki asiakkaat eivät lue ohjevihkoa kannesta kanteen, nostimme keskeisimpiä asioita esiin tekstistä erilaisin kuvaefektein.

Graafinen suunnittelija Helena Mäkiseltä saatu apu oli ohjevihon visuaalisen ulkomuodon kannalta oleellista. Hän sai toteutettua näkemyksemme ohjevihon ulkoasusta sekä tekstin ja kuvien asettelusta toivomaamme muotoon. Olemme erittäin ylpeitä lopullisesta ohjevihosta, sillä se vastaa alkuperäistä visiota työmme toteutuksesta. Ohjevihon ulkoasu ylitti odotuksemme.

8.3 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyömme luotettavuus perustuu suurelta osin valitsemiimme monipuolisiin lähteisiin ja niiden käyttöön. Käytimme kirja-, verkko- ja tutkimuslähteitä hyödyksemme. Päätimme käyttää mahdollisimman ajantasaisia lähteitä luotettavuuden lisäämiseksi. Suurin osa käyttämistämme lähteistä on julkaistu viimeisen kymmenen vuoden sisällä, ja vanhin lähteistä on julkaistu vuonna 2002. Löysimme paljon tuoreita lähteitä, sillä käytimme monipuolisesti kirjastoja Etelä-, Länsi- ja Itä-Suomen alueella.

Etsimme kirjallisuuskatsausta varten mahdollisia lähteitä sähköisistä aineistoista Nelli-portaalin kautta käyttäen seuraavia hakusanoja: raskaus, diabetes, ruokavalio, raskausdiabetes, raskausajan diabetes, gestatiiodiabetes, pregnancy, gestational diabetes, nutrition. Haimme samoilla hakusanoilla materiaalia myös Google Scholarista sekä useiden eri paikkakuntien kirjastojen tietokannoista. Löysimme useita luotettavia ja tuoreita lähteitä, joita käytimme monipuolisesti opinnäytetyötä tehdessä.

Etsimme Theseuksen kautta raskausdiabeteksestä aiemmin tehtyjä opinnäytetöitä. Haussa käytimme samoja hakusanoja kuin tiedonhaussa. Suomessa on aikaisemmin tehty muutamia opinnäytetöitä aiheeseemme liittyen. Tutustuimme opinnäytetöihin ja muodostimme niiden avulla käsityksen siitä, mitä omassa opinnäytetyössämme haluaisimme tuoda esille.

Lähteiden luotettavuutta lisää asiantuntijoiksi tunnustettujen kirjoittajien nimien toistuminen useissa eri lähteissä (Vilka & Airaksinen 2003, 72). Löytämistämme aineistosta muutamien asiantuntijoiden nimet nousevat toistuvasti esille. Näitä lähteitä olemme käyttäneet eniten opinnäytetyöprosessissamme. Olemme käyttäneet laajasti alan kirjallisuutta, ja löytäneet yhteen aiheeseen liittyen useita eri lähteitä.

Plagioinnilla tarkoitetaan jonkun toisen julkaiseman tekstin esittämistä omanaan (Opinnäytetyöopas 2011, 7). Olemme pyrkineet kirjoittamaan

tekstin mahdollisimman omin sanoin asiantuntijälähteiden pohjalta. Hämeen ammattikorkeakoulu käyttää plagiointitunnistusverkko palvelu Urkundia, jonne valmis opinnäytetyö ladataan. Tällä keinolla varmistetaan, että plagiointia ei pääse tapahtumaan.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että työllämme on kattava lähdeluettelo, ja lähdemerkinnät on kirjoitettu tarkasti jokaisen kappaleen loppuun. Asianmukaisesti oikein merkityt lähdemerkinnät tukevat myös työmme eettistä toteutusta. Asianmukaisia lähdemerkintöjä käyttämällä opinnäytetyön tekijä kunnioittaa alkuperäisen lähteen kirjoittajan tekijänoikeuksia (Opinnäytetyöopas 2011, 7).

Ohjevihon ulkoasua toteuttaessamme mietimme pitkään kuvien käyttöoikeuksia. Kuvien tekijänoikeuksia kunnioittaen emme halunneet käyttää mitä tahansa materiaalia. Päädyimme käyttämään internetin kuvapalvelu clipart.com:ia, jonka palveluja pääsimme hyödyntämään ohjevihkomme graafisen suunnittelijan kautta.

Olemme kirjallisuuskatsausta tehdessämme yrittäneet olla mahdollisimman lähdekriittisiä. Olemme käyttäneet vain lähteitä, jotka ovat julkaistu luotettavilta tahoilta. Koska raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositukset muuttuivat vuonna 2008, jouduimme suhtautumaan kriittisesti tätä aiemmin julkaistujen lähteiden ajankohtaisuuteen.

Koska olemme tehneet opinnäytetyötämme kolmen hengen ryhmässä, olemme voineet arvioida lähteiden luotettavuutta useiden kriittisten silmäparien avulla. Ryhmätyöskentely on myös mahdollistanut sen, että opinnäytetyön sisältö on käyty läpi useita kertoja jokaisen tekijän toimesta.

Aiheemme oli toiminnallinen opinnäytetyö, eikä varsinainen tutkimus. Sen eettisiä periaatteita voidaan kuitenkin tarkastella tutkimusetiikan kautta. Ensimmäisenä eettisenä valintana voidaan pitää jo päätöstä työn aiheesta sen hyödyllisyyden ja merkityksellisyyden kannalta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.) Oman aiheemme valinnan eettisyyttä voimme perustella sillä, että toive on tullut työelämän yhteistyökumppanilta, jolta idea on lähtenyt tarpeeseen perustuen.

8.4 Kehittämisasiat

Olemme tyytyväisiä sekä opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen että tekemäämme Raskausdiabetes – Elintavoilla kohti hyvinvointia -ohjevihkoon. Opinnäytetyöprosessissa oli kuitenkin muutamia asioita, joita tekisimme jälkikäteen ajateltuna toisin. Vaikka käytimme opinnäytetyön suunnitteluun runsaasti aikaa, emme onnistuneet toteuttamaan kaikkia suunnitelman osia täydellisesti.

Haasteellisimmaksi prosessissamme osoittautui aikataulussa pysyminen, ja jouduimme venyttämään alkuperäistä aikataulua huomattavasti. Omien aikataulutusuongelmiemme vuoksi joidenkin välitavoitteiden saavuttaminen vaati meiltä tiukalla aikataululla työskentelyä. Tämä aiheutti myös sen, että ohjaavalle opettajallemme sekä työmme opponenteille jäi vähemmän aikaa

tutustua materiaaliimme. Tästä oppineina tulemme varmasti jatkossa huomioimaan paremmin aikataulutuksen tärkeyden projekteissa.

Vaikka aikataulun venyminen toi haasteita opinnäytetyön toteuttamiseen, oli siitä kuitenkin myös hyötyä. Opinnäytetyön valmistumisen viivästyminen opintojen loppuun mahdollisti sen, että saimme kartutettua käytännön kokemusta neuvolan terveydenhoitajan työstä. Harjoitteluiden aikana kehittimme omaa terveydenhoitajan identiteettiämme ja samalla kasvatimme tieto-taitoamme. Tämä laajensi näkökulmaa opinnäytetyöhömmme.

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksessa on käytetty laajasti erilaisia lähteitä. Emme kuitenkaan löytäneet aihealueeseemme sopivaa, suomenkielisiä lähteitä täydentävää, vieraskielistä materiaalia. Vieraskielinen materiaali olisi tuonut lähteisiin monipuolisuutta ja näin ollen lisännyt opinnäytetyön luotettavuutta. Vaikka näimme vaivaa vieraskielisten lähteiden etsimiseen, voi osasyynä löytämisen haasteisiin olla väärät hakusanat sekä käyttämämme kirjastojen niukka vieraskielisten materiaalien tarjonta.

Koimme haastavaksi sisällyttää terveydenhoitajan näkökulma kaikkiin kappaleisiin läpi koko kirjallisuuskatsauksen. Pyrimme kirjallisuuskatsauksessa tuomaan mahdollisimman paljon tätä näkökulmaa esiin, mutta tiettyissä kappaleissa terveydenhoitajuuden painottaminen osoittautui haastavaksi. Lopulliseen opinnäytetyöhön jäimme kaipaamaan hieman enemmän juuri tätä terveydenhoitajuuden näkökantaa.

Jatkokehittämisen aiheita opinnäytetyöhömmme perustuen voisi olla esimerkiksi liikuntaohjeistuksen laatiminen raskausajan diabeetikoille. Omassa ohjevihossamme pääpaino on ruokavalio-ohjeistuksella, jonka vuoksi liikuntaosio on tarkoituksella jätetty suppeammaksi. Tulevaisuudessa voisi olla hyödyllistä toteuttaa enemmän konkreettisia liikuntaohjeita sisältävä ohjevihko raskausajan diabetesta sairastaville.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Raskausdiabeteksen yleistyessä, ja sen myötä ohjaustilanteiden lisääntyessä, kattavan materiaalin tarve kasvaa. Asiakkaat saattavat hakea itsenäisesti internetistä luotettavuudeltaan vaihtelevaa tietoa sen helpon saatavuuden vuoksi. Siitä syystä on hyvä, että he saavat jo neuvolasta luotettavaa materiaalia kotiin vietäväksi. Toteuttamallemme ohjeviholle on siis todellinen tarve neuvolamaailmassa.

Opinnäytetyömme päätavoite on alusta saakka ollut toteuttaa toimiva, kumppakin osapuolta palveleva, ohjevihko raskausdiabeteksen ruokavaliohoidosta. Valmis ohjevihko otettiin hyvin vastaan ja saimme siitä tavoittelemamme positiivista palautetta.

Toiveenamme on, että ohjevihon käyttöönoton jälkeen se todetaan toimivaksi ja otetaan hyvin vastaan myös asiakkaiden keskuudessa. Toivomme, että ohjevihostamme tulisi osa raskausdiabeetikoiden terveysterveystietoa Lempäälän äitiys- ja lastenneuvolassa.

Ohjevihkoa tehdessämme kehityimme kirjallisen materiaalin tuottamisessa, josta on hyötyä ajatellen terveydenhoitajan monipuolista työnkuvaa. Asiak-
kaille suunnatun materiaalin tuottamien opetti meille myös asiakkaan ase-
maan asettumista pelkän terveydenhoitajan roolin sijaan. Opinnäytetyöpro-
sessi opetti meille tulevaisuuden ammattiamme ajatellen tärkeitä taitoja, ku-
ten ryhmätyöskentelyä, ajankohtaisen ja luotettavan tiedon hankintaa sekä
kehitti meitä kohti terveydenhoitajuutta.

LÄHTEET

Arffman, S. 2009. Ravinto ja ruoka-aineet. Teoksessa Javanainen, M. & Kokkonen, H. (toim.) Ravitseminen hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima Oy, 13–19.

Arkkola, T. 2010. Raskausajan ravitseminen. Teoksessa Arffman, S. & Hujala, N. (toim.) Ravitseminen neuvolatyössä. Helsinki: Edita Prima Oy, 22–42.

Aro, A. 2009. Vitamiinit ja kivennäisaineet. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 14.9.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=seh00151

Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. 2012. Ravitsemustiede. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy.

Aro, E. 2009. Mitä diabetes on? Teoksessa Aro, E. (toim.) Diabetes ja ruoka – teoriaa ja käytäntöä terveydenhuollon ja ravitsemisalalan ammattilaisille. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy, 13.

Aro, E. & Virtanen, S. 2007. Ruokavalio hoitona. Teoksessa Aro, E. (toim.) Diabetes ja ruoka – teoriaa ja käytäntöä terveydenhuollon ja ravitsemisalalan ammattilaisille. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy, 15–20.

Aro, E. & Virtanen, S. 2009. Ruokavalio hoitona. Teoksessa Aro, E. (toim.) Diabetes ja ruoka – teoriaa ja käytäntöä terveydenhuollon ja ravitsemisalalan ammattilaisille. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy, 14–20.

Diabeetikon ruokavaliosuositus. 2008. Ravitsemuksen yleiset periaatteet. Diabetesliitto. Viitattu 2.11.2014. <http://www.diabetes.fi/files/308/Ruokavaliosuositus.pdf>

Elintarviketurvallisuusvirasto Evira. 2014. Listeriabakteeri. Viitattu 16.1.2015. <http://www.evira.fi/portal/fi/elintarvikkeet/tietoa+elintarvikkeista/elintarvikevaarat/elintarvikkeiden+kayton+rajoitukset/listeriabakteeri/>

Elintarviketurvallisuusvirasto Evira. 2010a. Maksan ja maksaruokien käyttö raskauden aikana. Viitattu 16.1.2015. <http://www.evira.fi/portal/fi/elintarvikkeet/tietoa+elintarvikkeista/elintarvikevaarat/elintarvikkeiden+kayton+rajoitukset/maksan+ja+maksaruokien+kaytto/maksan+kaytto+raskauden+aikana/>

Elintarviketurvallisuusvirasto Evira. 2010b. Varoitusmerkintä inkivääriä sisältäviin ravintolisiin sekä inkivääriteehen ja sitä vastaaviin juomajau-

heisiin. Viitattu 18.1.2015. <http://www.evira.fi/portal/fi/elintarvikkeet/valmistus+ja+myynti/pakkausmerkinnat/varoitusmerkinnat+ja+kayttoohjeet/varoitusmerkinta+inkivaaria+sisaltaviin+ravintolisiin+seka+inkivaari-tehen+ja+sita+vastaaviin>

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 73–77.

Eskola, K. & Hytönen, E. 2005. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1–2. p. Helsinki: WSOY.

Flander, S. & Pohju, A. 2009. Diabetes. Teoksessa Arffman, S., Partanen, R., Pelotnen, H. & Sinisalo L. (toim.) Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima Oy, 143–153.

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. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Edita Prima Oy.

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. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 12.12.2014. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3555.pdf&title=Lapsi_perhe_ja_ruoka_fi.pdf

Heinonen, L. 2008. Ruokapäiväkirja auttaa syömisen hallinnassa. Ruokavalio, liikunta, laihdutus. Diabetesliitto. Viitattu 6.1.2015. http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-leh-den_juttuarkisto/ruokavalio_liikunta_laihutus/ruokapaivakirja_auttaa_syomisen_hallinnassa.661.news

Heinonen, L. 2009. Terveyttä edistävä syöminen. Ruuan laatu, määrä ja rytmitys diabeteksen hoidossa. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 121–148.

Heinonen, L. & Aro, E. 2007. Tukea ruokavalion muuttamiseen. Teoksessa Aro, E. (toim.) Diabetes ja ruoka – teoriaa ja käytäntöä terveydenhuollon ja ravitsemisalalan ammattilaisille. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy, 32–38.

Hujala, N. 2009. Suojaravintoaineet. Teoksessa Javanainen, M. & Kokkonen, H. (toim.) Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima Oy, 13–19.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2013. Äitiysneuvolaopas – suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print.

- Koivikko, M. 2013. Diabeettinen ketoasidoosi. Kustannus Oy Duodecim. Lääkäriin tietokannat. Viitattu 20.11.2014. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=diabetes
- Kyngäs, H. 2008. Teoksessa Rintala, T-M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. (toim.) Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki: Tammi, 27–39.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Liikunta raskauden aikana. 2014. UKK-instituutti. Viitattu 12.2.2015. http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/terveysliikuntasuosituksset/liikunta_raskauden_aikana
- Louheranta, A. 2007. Käypä hoito -suositus. Glykeeminen indeksi ja diabeteksen hoitotasapaino. Viitattu 12.2.2015. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak05872>
- Mustajoki, P. 2014. Diabetes (sokeritauti). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 13.11.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00011&p_haku=#s2
- Mutanen, M. & Voutilainen, E. 2012. Energiaravintoaineet, ravintokuitu ja alkoholi. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy, 42–47.
- Männistö, S. 2012. Ruoankäytön tutkimusmenetelmät. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. Helsinki: Otavan kirjapaino Oy, 256–263.
- Nuorttila, A. 2007. Raskauden seuranta neuvolassa. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 39–54.
- Nikkanen, P. 2012. Diabeettinen ketoasidoosi. Sairaanhoitajan käsikirja, Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 20.11.2014. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=diabetes
- Opinnäytetyöopas - Yhteiset suuntaviivat ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyölle. 2011. Toimintaohje. Hämeen ammatikorkeakoulu. Viitattu 22.4.2015. http://www.hamk.fi/verkostot/kudos/lahtokohdat/Documents/YAMK_Opinnaytetyoopas_2011_.pdf
- Ojala, M. & Arffman, S. 2010. Syömistottumusten selvittäminen, ravitsemusohjaus ja motivointi. Teoksessa Arffman, S. & Hujala, N. (toim.) Ravitsemus neuvolatyössä. Helsinki: Edita Prima Oy, 127–143.

Paananen, U. Pietiläinen, S. Raussi-Lehto, E. Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. 2006. Kätilötyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Partanen, R. 2009. Raskausajan ravitseminen. Teoksessa Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo L. (toim.) Ravitseminen hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima Oy, 76–82.

Pisano, V. 2007. Liikkuva äiti. Opas odotusajan ja synnytyksen jälkeiseen liikuntaan. Helsinki: WSOYpro.

Raskauden aikana vältettävät ruoka-aineet. n.d. Mannerheimin lastensuojeluliitto. Viitattu 16.1.2015. <http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/raskaus/ruokavalio/ruokarajoitukset/>

Raskausaikana vältettävät elintarvikkeet. 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 16.1.2015. <http://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitseminen/ravitseminen/raskausaika/raskausaikana-valtettavat-elintarvikkeet>

Raskausdiabetes (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Diabetesliiton lääkäriineuvoston ja Suomen Gynäkologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, 2013 Helsinki. Viitattu 14.1.2015. Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi.

Raskausdiabetes ja liikunta. n.d. Diabeteskeskus, Tampere. Viitattu 12.2.2015. http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/liikunta/raskausdiabetes_ja_liikunta

Raskausdiabetes – pidä huolta itsestäsi ja vauvastasi. 2011. Opasvihko raskausdiabeteksestä. Tampere: Diabetesliitto ry.

Ruuskanen, S. 2008. Hoidonohjauksen sisältö. Teoksessa Rintala, T-M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. (toim.) Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki: Tammi, 63–80.

Saraheimo, M. 2009. Tyypin 1 diabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 28–30.

Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011. Normaali raskaus. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 308–314.

Talvia, S. 2007. Raskaana olevien ja imettävien äitien ravitsemusohjaus. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 64–69.

Tamanen, K., Kaaja, R., Kinnunen, T. & Vuorela, P. 2013. Raskausdiabeteksen huolellinen hoito edistää sekä odottavan äidin että syntyvän lapsen hyvinvointia. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Viitattu 19.12.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00076

Teramo, K. & Kaaja, R. 2011b. Diabetes ja raskaus. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 507–516.

Teramo, K. & Kaaja, R. 2011a. Raskausdiabetes. Teoksessa Iianne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T & Sane, T. (toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 384–386.

Teramo, K. & Kaaja, R. 2014. Raskausdiabetes. Duodecim. Viitattu 5.11.2014. http://www.terveysportti.fi/dtk/pit/koti?p_artikkeli=dia01608&p_haku=raskausdiabetes

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014a. Ravitsemus. Raskausaika. Viitattu 12.12.2014. <http://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/raskausaika>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014b. Ravitsemus. Raskausaika. Raskausaikana vältettävät elintarvikkeet. Viitattu 12.2.2015. <http://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/raskausaika/raskausaikana-valtettavat-elintarvikkeet>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2014c. Ravintoainevalmisteiden käyttö raskausaikana. Viitattu 12.2.2015. <http://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/raskausaika/ravintoainevalmisteiden-kaytto-raskausaikana>

Terveyttä ruoasta – Suomalaiset ravitsemussuosituksset. 2014. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Viitattu 24.3.2015. http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemussuosituksset_2014_fi_web.2.pdf

Tiitinen, A. 2014. Foolihapon käyttö raskauden aikana. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 14.9.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01135

Tiitinen, A. 2013. Raskausdiabetes. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 14.9.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00168

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Helsinki: Tammi.

Tyypin 1 diabetes – Opas nuoruustyypin diabeetikolle. 2004. Suomen Diabetesliitto ry. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tyypin 2 diabetes – Opas aikuistyypin diabeetikoille. 2009. Suomen Diabetesliitto ry. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Uusitupa, M. 2012. Ravitseminen ja diabetes. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. 4 uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 368–396.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta (VRN). Suomalaiset ravitsemussuositukset - ravinto ja liikunta tasapainoon. Helsinki: Edita Publishing Oy, 2005. Viitattu 15.12.2014.

<http://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitseminen/ravitseminen/energiaravintoaineet/hiilihydraatit>

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00060

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

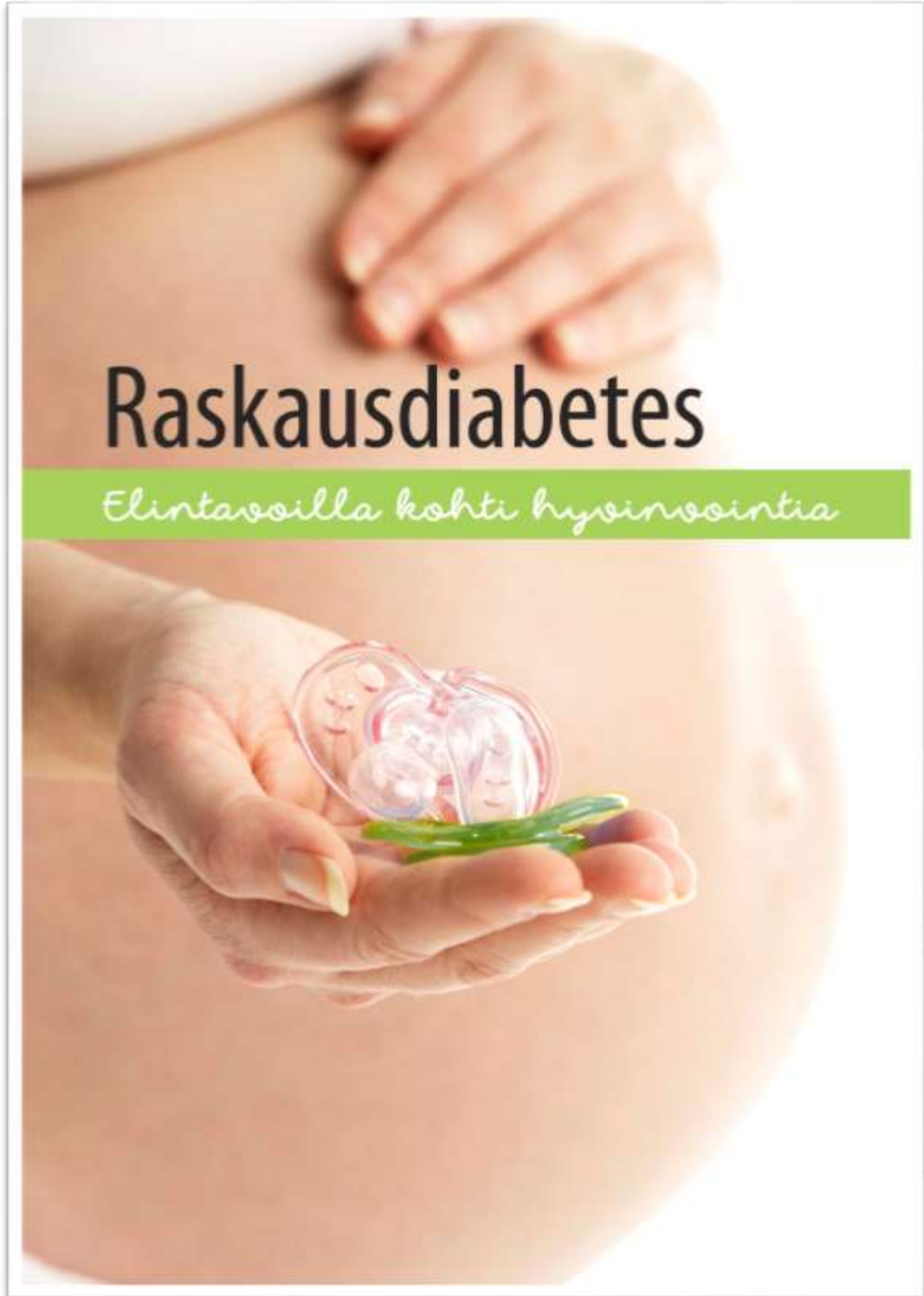
Virkamäki, A. & Niskanen, L. 2009. Diabetes. Teoksessa Välimäki, M., Sane, T. & Dunkel, L. (toim.) Endokrinologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 714–798.

Äitiysneuvolaopas. 2013. Raskausdiabetes. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 05.01.2015. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110521/THL_OPA2013_029_verkko.pdf?sequence=1

KUVALÄHTEET

KUVA 1. UKK-instituutti. 2009. Viikottainen liikuntapiirakka. Viitattu 21.04.2015. http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/61-uusi_liikuntapiirakka.pdf

RASKAUSDIABETES – ELINTAVOILLA KOHTI HYVINVOINTIA



*Henna Mäkinen
Emmi Parviainen
Jenni Ylisaari*

Raskausdiabetes - Elintavoilla kohti hyvinvointia

Hämeen Ammattikorkeakoulu,
Hoitotyön koulutusohjelma,
Opinnäytetyö

Yhteistyössä Lempäälän äitiys- ja lastenneuvolan kanssa 2015

Taitto: Helena Mäkinen
Kuvat: clipart.com
Lähteet löytyvät opinnäytetyöstä www.theseus.fi

HAMK
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU

Mitä on raskausdiabetes?

Raskaus- eli gestatiidiabetes on sokeriaineenvaihdunnan häiriö, joka todetaan ensimmäisen kerran raskauden aikana. Raskaus vaikuttaa aina sokeriaineenvaihduntaan, sillä se laskee kehon insuliiniherkkyyttä. Jos odottajan haiman insuliinieritys ei pysty kasvamaan raskauden vaatimalle tasolle, puhkeaa äidille raskausdiabetes. Raskausdiabetes todetaan sokerirasituskokeella, joka tehdään lähes jokaiselle odottavalle äidille.

Raskausdiabetes on lähes aina täysin oireeton, mutta hoitamattomana vaikuttaa sekä äidin että lapsen terveyteen. Raskausdiabetes voi aiheuttaa sikiön kasvamista liian suureksi eli makrosomiseksi. Sikiön suuri koko puolestaan lisää alatiesynnytyksen riskejä. Ilman hoitoa äidin raskausdiabetes voi aiheuttaa vastasyntyneelle matalaa verensokeria sekä hengitysvaikeuksia. Äidin raskausdiabeteksen on myös todettu lisäävän lapsen ylipainon ja diabeteksen riskiä.

Raskausdiabetes on yleistynyt vuosien varrella ja siihen sairastuu nykyään yhä useampi odottaja.

Muista, et ole asian kanssa yksin!

Miten raskausdiabetesta hoidetaan?

Raskausdiabeteksen hoidon tavoitteena on äidin mahdollisimman hyvän verensokeritasapainon saavuttaminen sekä sikiön normaalin kasvun ja kehityksen turvaaminen. Raskausdiabeteksen hoito pohjautuu terveelliseen ja monipuoliseen ruokavalioon sekä liikuntaan. Joskus nämä keinot eivät riitä vaan terveellisen elintapojen lisäksi tarvitaan myös insuliinihoitoa.



Ruokavaliohoito

Raskausdiabeetikko ei tarvitse sairaudestaan huolimatta erityisruokavaliota, vaan on suositeltavaa syödä monipuolista ja terveellistä perusruokaa. Ruokavaliossa noudatetaan sekä raskausajan että diabeteksen yleisiä ravitsemushoitosuosituksia. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että odottajan kannattaa noudattaa ruokavaliossaan raskausajan ruokarajoituksia sekä syödä tasapainoista ja monipuolista ruokaa.

Terveellisellä ruokavaliolla turvataan riittävä energian ja ravintoaineiden saaminen. Oikeanlainen ruokavalio ehkäisee sekä äidin että lapsen liiallista painon nousua, nopeuttaa äidin toipumista synnytyksen jälkeen, tukee imetyksen onnistumista sekä vähentää raskausdiabeteksen uusiutumiseriskiä tulevissa raskauksissa. Lisäksi sillä ehkäistään mahdollista insuliinihoidon tarvetta. Ruokavaliohoitoa tarvitaan aina myös lääkehoidon yhteydessä.

Raskausdiabetesta sairastavan odottajan ravinnon tulisi sisältää runsaasti kuitua, vähän tyydyttyneitä rasvoja sekä niukasti sokeria ja suolaa. Suositeltu energiamäärä vuorokaudessa on normaalipainoisille 1800–2000 kcal ja ylipainoisille 1600–1800 kcal.



Päivän pääateriat on suositeltavaa koostaa lautasmallin mukaan. Puolet lautasesta kannattaa täyttää kasviksilla, yksi neljäsosa perunalla, riisillä tai pastalla ja toinen neljännes lihalla, kalalla, munalla tai kasvisruoalla. Tämän lisäksi ateriaan kuuluu täysjyväleipä sekä marjoja tai hedelmiä jälkiruokana. Jos välipaloille on tarvetta päivän aikana, voi leivän, marjat tai hedelmät siirtää myös välipalaksi. Näin päivän suositeltu kokonaisenergiansaanti ei ylitä ylimääräisten välipalojen takia.

Ateriarytmi

Terveellisen ruokavalion perusta on säännöllinen ateriarytmi, joka koostuu vähintään neljästä ateriasta. Ateriarytmin tulisi sisältää aamupalan, lounaan, päivällisen ja iltapalan. Näiden lisäksi ruokailutottumuksista ja liikunnan määrästä riippuen yhden tai kaksi välipalaa. Ateriarytmin säännöllisyydellä tarkoitetaan sitä, että tavoitteena on syödä päivittäin yhtä monta ateriaa suunnilleen samoihin aikoihin.

Tasaisin välein syömällä voi välttää verensokerin liiallisen laskun. Ruokailuvälien venyessä liian pitkiksi on usein vaikeaa syödä kohtuullisesti ja todellisen tarpeen mukaan. Säännöllinen ruokailu helpottaa myös painonhallintaa. Säännöllisestä ateriarytmistä tulee helpommin pysyvä osa elämää, kun sen rytmittää omaan elämään sopivaksi.

Hiilihydraatit

Verensokeri nousee raskausaikana helposti aterian jälkeen liian korkeaksi. Aterioilla syötyjen hiilihydraattien laatu ja määrä vaikuttavat verensokerin nousuun. Hiilihydraattien tärkein tehtävä on toimia solujen energianlähteenä sekä verensokeritasapainon ylläpitäjänä.

Hiilihydraattien tulisi kattaa 40–50 % vuorokauden kokonaisenergiansaannista. Tämä tarkoittaa vähintään 150 g hiilihydraatteja vuorokaudessa. Hiilihydraatteja sisältäviä ruoka-aineita ovat muun muassa viljavalmisteet, peruna, juurekset, vihannekset, hedelmät, mehut, marjat sekä hapanmaitovalmisteet. Hiilihydraatteja on myös sokerissa, siirapissa ja hunajassa.

Olisi suositeltavaa valita runsaasti kuitua sisältäviä hiilihydraatteja, kuten täysjyväviljavalmisteita sekä kasviksia, marjoja ja hedelmiä. Runsaskuituisilla ravintoaineilla on todistetusti myönteisiä vaikutuksia veren rasvatasapainoon sekä sokeripitoisuuteen.



Terveellistä ruokaa koko perheelle

- Kasvikset: vihannekset, juurekset, marjat ja hedelmät tulisi huolehtia osaksi päivittäistä ruokavaliota. Näitä tulisi nauttia vähintään puoli kiloa päivän aikana.
- Runsaskuituisten hiilihydraattivalmisteiden suosiminen on tärkeää. Näitä ovat esimerkiksi täysjyväviljavalmisteet ja kasvikset. Viljatuote lasketaan runsaskuituiseksi kun siinä on vähintään 6 g kuitua / 100 g.
- Proteiinin saannin voi turvata suosimalla omassa ruokavaliossaan esimerkiksi kanaa, vähärasvaista lihaa (tuoreessa lihassa alle 7 % ja leikkeleissä alle 4 %), kalaa, vähärasvaisia maitotuotteita sekä palkokasveja.
- Kalaruokia olisi hyvä syödä 2–3 kertaa viikossa.
- Ruoanlaitossa tulisi suosia pehmeitä eli tyydyttymättömiä rasvahappoja, joita saa muun muassa kalaruoista, rypsi- ja soijaöljyistä sekä niitä sisältävistä levitteistä ja salaatikastikkeista.
- Kalsiumin saannin turvaamiseksi rasvattomia maitotuotteita tulisi saada 6-8 desilitraa sekä lisäksi noin kaksi palaa vähärasvaista juustoa. Kalsiumin saantisuositus raskaana olevalle on 900 mg vuorokaudessa.
- D-vitamiinia suositellaan 10 µg vuorokaudessa vuoden ympäri.
- Runsaasti sokeria sisältäviä tuotteita tulisi syödä mahdollisimman harvoin ja pieninä määrinä.

Esimerkipäivä

Joskus voi olla vaikeaa rakentaa terveellistä ja itselleen sopivaa ruokarytmiä, joka sisältää riittävän määrän ravintoaineita jaettuna tasaisesti koko päivän ajalle. Seuraavassa esimerkissä on tuotu esille konkreettisia ohjeita terveellisestä ja monipuolisesta päivän ateriasisällöstä. Tämän esimerkipäivän aterioiden yhteenlaskettu energiamäärä on noin 1600 kcal.

AAMUPALA vaihtoehto 1

- Kaksi palaa täysjyväleipää, joiden päälle yhteensä 2-3 tl margariinia
- Vähärasvaista juustoa tai kevytleikkelettä 2-3 siivua
- Vihanneksia, marjoja tai hedelmä
- Kahvia, teetä tai lasillinen rasvatonta maitoa

AAMUPALA vaihtoehto 2

- 2–2,5 dl puuroa, johon voi lisätä 1–2 tl kasvimargariinia voisilmäksi
- Vihanneksia, marjoja tai hedelmiä
- Lasillinen rasvatonta maitoa, kahvia tai teetä

LOUNAS vaihtoehto 1

- 2–3 pientä perunaa, 1,5–2 dl pastaa tai riisiä
- Noin 100 g kana-, kala- tai liharuokaa
- Reilusti kasviksia sekä noin 1 rkl öljypohjaista salaattinkastiketta
- Noin 2 dl rasvatonta maitoa tai piimää



LOUNAS vaihtoehto 2 (leipäateria)

- Täysjyväleipää 2–3 viipaletta, joiden päälle yhteensä 2–3 tl kasvimargariinia
- Vähärasvaista juustoa tai leikkelettä 2–3 viipaletta
- Vihanneksia, marjoja tai hedelmää
- Noin 2 dl rasvatonta maitoa, piimää tai maustamatonta jogurttia



VÄLIPALA

- Täysjyväleipää 1 viipale, jonka päälle yhteensä 1 tl kasvimargariinia
- 2 dl marjoja, kasviksia tai hedelmää
- 1,5 dl maustamatonta jogurttia tai rahkaa

PÄIVÄLLINEN

- kuten lounas tai
- 2 dl laatikkoruokaa tai 2–3 dl keittoa
 - Reilusti kasviksia
 - Täysjyväleipää 1–2 viipaletta, joiden päällä yhteensä 1–2 tl kasvimargariinia
 - Noin 2 dl rasvatonta maitoa tai piimää

ILTAPALA

- Täysjyväleipää 1–2 viipaletta, joiden päälle 1–2 tl kasvimargariinia
- Vähärasvaista leikkelettä tai juustoa 1–2 siivua



*Vesi on
paras
jano-
juoma!*

Liikunnalla on iso merkitys

Liikunta on olennainen osa raskausdiabeteksen hoitoa. Säännöllinen liikunta parantaa odottajan sokeritasapainoa sekä vaikuttaa myönteisesti painonhallintaan. Liikunnalla on positiivinen vaikutus mielialaan, raskauden fyysisistä muutoksista selviytymiseen sekä synnytyksestä palautumiseen. Säännöllisellä liikunnan harrastamisella voidaan ennaltaehkäistä raskaajan diabeteksen uusiutumista tulevien raskauksien aikana sekä tyypin 2 diabeteksen puhkeamista.

Raskaana oleville suositellaan samoja yleisiä terveellisen liikunnan suosituksia kuin muillekin. Liikunta olisi hyvä jakaa kolmelle eri viikonpäivälle. Yhden liikuntasuorituksen pituus voi vaihdella 10 minuutista eteenpäin. Liikunta on sopivan kuormittavaa kun suorituksen aikana hikoilee ja hengästyy, mutta pystyy puhumaan puuskuttamatta.

Suurin osa liikuntamuodoista sopii odottavalle äidille. Lajeja joissa on suuri kaatumis- tai iskuvaara suositellaan kuitenkin välttämään.

*Liiku omien
tuntemusten
mukaan
- kevennä
tarvittaessa.*



**Viikottain
1 tunti 15 minuuttia
reipasta liikuntaa tai
2 tuntia 30 minuuttia
kohtuullisesti rasittavaa
liikuntaa. Lisäksi ainakin
kaksi kertaa liikehallintaa
ja lihaskuntoa
kehittävää liikuntaa.**

Ruokapäiväkirja

Ruokapäiväkirja on päiväkirjan kaltainen muistio, johon kirjataan kaikki päivän aikana nautitut ruoat ja juomat. Yleensä ruokapäiväkirjaa pidetään yhdestä päivästä jopa viikkoihin.

Ruokapäiväkirjaan kirjataan syöty ruoka sekä sen sisältö, määrä ja kellonaika. Jotta kirjaaminen ei unohdu, syödyt ruoat ja juomat tulisi merkata ylös heti ruokailun yhteydessä. Merkintöjen avulla voit tulla tietoisemmaksi omista ruokailutottumuksistasi ja niiden vaikutuksesta omaan vointiin ja verenokerin muutoksiin.

Tässä esimerkki ruokapäiväkirjasta. Voit tehdä saman vaikka ruutupaperille.

Pvm. + klo	Mitä söin tai join	Annoksen koko tai määrä

Verensokerin omaseuranta

Verensokerin omaseuranta aloitetaan, jos sokerirasituskokeessa yksikin arvo on ollut poikkeava. Seurannan tarkoituksena on selvittää insuliinihoidon tarve. Samalla sen avulla voi oppia ravitsemuksen ja liikunnan merkityksen raskausdiabeteksen hoidossa.

Verensokeri mitataan vähintään kahden päivän ajan ennen jokaista ateriaa, tunti aterian jälkeen sekä illalla ennen nukkumaanmenoa.

**Verensokeripitoisuuden tavoitearvot:
ennen ateriaa alle 5,5 mmol/l ja
tunnin kuluttua ateriasta alle 7,8 mmol/l.**

Pvm.	Klo	Arvo	Huomioita

Pvm.	Klo	Arvo	Huomioita



Raskauden jälkeen

Synnytyksen jälkeen raskausdiabetekseen sairastuneiden odottajien sokerinsietokyky palautuu usein normaalille tasolle. Riski sairastua tyypin 2 diabetekseen on kuitenkin olemassa, ja pieni osa voi sairastua myös tyypin 1 diabetekseen. Myös lapsi saattaa kehittyessään altistua sokeriaineenvaihdunnan häiriölle, sekä riski ylipainoon on kohonnut. Tästä syystä on tärkeää huolehtia elämäntapamuutoksien pysyvyydestä myös synnytyksen jälkeen.

Äidin tulisi käydä sokerirasituskokeessa noin vuosi synnytyksen jälkeen. Tuloksen ollessa normaali, tulisi koe uusia kolmen vuoden välein.

Oman neuvolasi yhteystiedot:



**Kirjallinen ohje raskaana olevan ja synnyttäneen naisen
lantionpohjan lihasten harjoittamiseen**




Ammattikorkeakoulun kehittämistehtävä

Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivu, kevät 2015

Henna Mäkinen
Emmi Parviainen
Jenni Ylisaari



LAHDENSIVU

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveystyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijät	Henna Mäkinen Emmi Parviainen Jenni Ylisaari	Vuosi 2015
Työn nimi	Kirjallinen ohje raskaana olevan ja synnyttäneen naisen lantionpohjan lihasten harjoittamiseen	

TIIVISTELMÄ

Kehittämistehtävämme tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen ohjemateriaali raskaana olevan ja synnyttäneen naisen lantionpohjan lihaksiston harjoittamisesta. Ohjemateriaali tilattiin erästä äitiys- ja lastenneuvolasta. Ohjemateriaali tuotettiin kirjallisuuskatsaukseen perustuen ja neuvolan työelämän tarpeet huomioiden.

Kehittämistehtävämme kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli tutustua naisen lantionpohjan lihasten anatomiaan, niiden harjoituksen merkitykseen, sekä terveydenhoitajan rooliin niiden harjoittamisen ohjaamisessa. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta toteutetun ohjeen tavoitteena oli tarjota konkreettisia ohjeita raskaana oleville sekä synnyttäneille. Tämän lisäksi tarkoituksena oli tukea asiakkaiden lantionpohjan lihasten harjoittamisen aloittamista sekä niiden kunnon ylläpitämistä, jotta lantionpohjan lihasten toimintahäiriöiden syntymistä voidaan ehkäistä.

Kirjallisuuskatsauksen toteuttamisessa käytettiin alan kirjallisuutta sekä tutkimustuloksia. Katsaukseen perustuen toteutettiin kirjallinen ohje Lantionpohja kuntoon – Lantionpohjan lihasten harjoittaminen raskausaikana ja synnytyksen jälkeen. Koska kirjallisen ohjemateriaalin tuottaminen kuuluu terveydenhoitajan työnkuvaan, voimme hyödyntää prosessin kautta kartuttamaamme osaamista tulevaisuuden työssämme.

Avainsanat lantionpohja, potilasohjeet, raskaus

Sivut 19 s. + liitteet 2 s.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	NAISEN LANTIONPOHJAN LIHAKSISTO JA SEN MERKITYS	1
2.1	Naisen lantionpohjan anatomia	2
2.2	Lantionpohjan lihasten vaikutus virtsainkontinenssiin	3
2.3	Lantionpohjan lihasten vaikutus laskeumiin	4
2.4	Lantionpohjan lihasten vaikutus seksuaaliterveyteen	4
2.5	Raskauden ja synnytyksen vaikutus lantionpohjan lihaksiin	5
3	LANTIONPOHJAN LIHASTEN HARJOITTAMINEN	6
3.1	Lantionpohjan lihasten tunnistamisharjoitukset.....	6
3.2	Lantionpohjan vahvistamisharjoitukset.....	7
4	OHJAUS NEUVOLASSA	8
5	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAVOITE JA TARKOITUS	10
6	OHJAUSMATERIAALIN LAATIMINEN	11
6.1	Toimiva ohjausmateriaali	11
6.2	Ohjausmateriaalin suunnittelu.....	12
6.3	Ohjausmateriaalin toteutus.....	12
6.4	Ohjausmateriaalin arviointi	13
7	POHDINTA.....	14
7.1	Terveystietämyksen kehittyminen.....	14
7.2	Työn lopputuloksen arviointi ja palaute.....	16
	LÄHTEET	17
Liite 1	Lantionpohja kuntoon – Lantionpohjan lihasten harjoittaminen raskausai- kana ja synnytyksen jälkeen	

1 JOHDANTO

Lantionpohjan lihaksien harjoittaminen on osa naisen terveyden edistämistä ikään katsomatta. Tästä johtuen se on tärkeä osa terveydenhoitajan työtä työkentästä riippumatta. Lantionpohjan lihaksien tehtävänä on kannatella vatsan sisäelimiä sekä säädellä virtsaamista ja ulostamista. Lisäksi se on tärkeässä roolissa kehonhallinnassa sekä seksuaaliterveydessä. (Ihme & Rainto 2014, 184; Eskola & Hytönen 2008, 36–37; Aukee & Åkerman 2011.)

Raskaus ja synnytys kuormittavat lantionpohjan lihaksia ja näin ollen niiden harjoittaminen nousee tällöin ensisijaisen tärkeäksi. Lantionpohjan lihasten harjoittamisella voidaan vaikuttaa synnytyksestä palautumisen lisäksi myös synnytyksen kulkuun ja harjoitusten vaikutukset ovat näkyvissä myös vuosien kuluttua, sillä hyvällä lihaskunnolla pystytään ehkäisemään inkontinenssin sekä laskeumien syntyä (Aukee & Tiihonen 2010; Kannas 2007, 56; Heittola 1996, 32; Eskola & Hytönen 2008, 36–37.)

Terveydenhoitajan tulisi ohjeistaa asiakkaalle omatoimista lantionpohjan lihasten harjoittelua. Ohjemateriaalilla voidaan tukea vastaanotolla annettua suullista ohjausta. (Mäkinen 2004, 201; Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 55; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 124.) Kehittämistehtävämme tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen ohjemateriaali raskaana olevien sekä synnyttäneiden äitien lantionpohjalihasten harjoittamisesta. Ohjemateriaali tuotettiin äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien ohjauksen apuvälineeksi.

2 NAISEN LANTIONPOHJAN LIHAKSISTO JA SEN MERKITYS

Lantionpohjaksi määritellään lihakset ja sidekudos, joiden tehtävänä on sulkea lantion ala-aukeama. Lantionpohjassa sijaitsevien lihasten tehtävänä on myös kannatella lantion sekä vatsan alueen elimiä esimerkiksi virtsarakkoa, virtsaputkea, kohtua, peräsuolta ja emätintä. Lihaksien avulla naisen on mahdollista säädellä tahdonalaisesti ulostamista ja virtsaamista. Niillä on myös suuri merkitys yhdynnän aikana, sillä lihakset supistelevat tahattomasti kiihottumisen myötä. Lantionpohjan lihaksisto huolehtii myös kehon asentojen hallinnasta muiden lihasten kanssa. (Eskola & Hytönen 2008, 36–37; Aukee & Åkerman 2011; Pisano 2007, 60.)

Moni ihmisen toiminto aiheuttaa vatsaontelon paineen kohoamista. Tällaisia toimintoja ovat muun muassa aivastaminen, nostaminen, yskiminen, hyppiminen sekä rankat kuntosaliharjoitteet. Näissä tilanteissa lantionpohjan lihaksiston tehtävänä on vastustaa vatsaonteloon syntyvää painetta ja näin pitää sisäelimet paikallaan. (Pisano 2007, 60.)

Ikä, synnytykset sekä esimerkiksi ylipaino voivat olla syinä lantionpohjan lihasten heikentymiseen. Lihasten heikentymisen myötä kohtu, virtsarakko sekä peräsuoli pääsevät laskeutumaan lantiossa alemmaksi. Lisäksi lantionpohjan lihasten heikkous altistaa tahattomalle virtsankarkailulle eli virtsain-

kontinenssille. Lihasten heikentymistä on mahdollista ennaltaehkäistä teke­mällä lantionpohjan lihaksistoa kiinteyttäviä harjoituksia. (Eskola & Hytönen 2008, 36–37.)

Raskaana olevalle lantionpohjan lihakset ovat suuressa roolissa. Lantion­pohjan lihaksisto osallistuu odottajan kasvavan kohdun kannattelemiseen. Tästä syystä lihaksiston hyvä kunto on jo raskauden aikana suositeltavaa. (Pisano 2007, 60.)

2.1 Naisen lantionpohjan anatomia

Lantion ja vatsan alueen elimille antaa takaa ja sivuilta tukea luinen lantio­rengas, mutta alhaalta elimiä tukee ainoastaan lantionpohja. Lantionpohja on häntäluun (coccyx), häpykaaren (arcus pubis) ja istuinkyhmyjen (tuber ischiadicum) välissä oleva lihaksesta ja sidekudoksesta muodostuva alue. (Litmanen 2015, 86)

Lantionpohjan lihakset jakautuvat kahteen kerrokseen: lantion välipohjaan (diaphragma pelvis) sekä lantion alapohjaan (diaphragma urogenitaleen). Lantion välipohja koostuu peräaukon kohottajalihaksesta (m. levator ani) ja häntälihaksesta (m. occygeus). Peräaukon ulompi sulkijalihas (m. sphincter ani externus) kontrolloi virtsaamista sekä ulostamista. Lantio-ontelon pohja muodostuu näistä lihaksista. Ne pitävät paikoillaan lantion alueen sisäeli­miä. Paineen noustessa vatsaontelossa, esimerkiksi aivastamisen tai yski­misen yhteydessä, lantion välipohjan lihakset estävät sisäelimiä painumasta alaspäin. Lisäksi peräaukon kohottaja supistaa osaa peräsuolta sekä nostaa lantionpohjaa ylöspäin. (Litmanen 2015 86–87; Budowick, Bjålie, Rolstad & Toverud 2008, 270–271.)

Lantion alapohja on kolmikulmainen levy, joka kiinnittyy häpyliitoksen ta­kana molempiin häpyluihin (os pubis). Alapohja muodostuu tiheästä side­kudoksesta sekä sen päällä ristikkäin olevista lihaksista. Näitä lihaksia ovat istuinluu-paisuvaslihas (m. ischiocavernosus), välilihan poikittaislihas (m. transversus perinei) ja paisuvaslihas (m. bulbospongiosus). Emätin ja virt­saputki kulkevat lantion alapohjan läpi. (Budowick ym. 2008, 270–271; Lit­manen 2015, 88.)

Välilihan poikittaislihas pitää pingottuneena lantion alapohjan sidekudos­levyn. Paisuvaslihas ja istuinluu-paisuvaslihas sijaitsevat emättimen ym­päri­illä. Ne osallistuvat paisuvaslihas­kudoksen toimintaan. Paisuvaslihas myös osallistuu vähäisesti emättimen supistamiseen. Tahdonalainen virtsaputken sulkijalihas (m. sphincter urethrae) sijaitsee myös lantion alapohjassa. (Bu­dowick ym. 2008, 270–271.)

Lantionpohjan tukirakenteet löystyvät ja venyvät raskauden aikana, mutta ne palautuvat yleensä rakenteellisesti ja toiminnallisesti ennalleen jo muu­taman kuukauden kuluttua synnytyksestä. Synnytyskanava kulkee suurim­maksi osaksi luisen lantion sisässä, mutta sen loppuosa muodostuu lantion­pohjasta. (Litmanen 2015, 89; Mäkinen & Nieminen 2011, 196-197.)

2.2 Lantionpohjan lihasten vaikutus virtsainkontinenssiin

Virtsainkontinenssi on yleinen vaiva, jota esiintyy noin 59 %:lla 70-vuotiaista naisista, sekä 20 %:lla 25–60-vuotiaista naisista. Virtsainkontinenssin määritelmänä pidetään säännöllisesti toistuvaa virtsan karkailua, joka aiheuttaa sosiaalista tai hygieenistä haittaa. Tahaton virtsankarkailu laskee ihmisen elämänlaatua ja vaikuttaa työntekoon sekä vapaa-ajan harrastuksiin. Pahimmillaan virtsainkontinenssi voi johtaa eristäytymiseen ja saada aikaan häpeän tunnetta ja masennusta. Virtsankarkailun hoitoon on laadittu Käypä hoito -suositus vuonna 2011. (Ihme & Rainto 2014, 185–186; Nilsson 2011, 205; Inkontinenssin ABC – opas hyvään hoitoon 2007.)

Virtsainkontinenssi tyyppejä ovat ponnistusinkontinenssi, pakkoinkontinenssi, sekainkontinenssi, ylivuotoinkontinenssi ja virtsaputken ulkopuolinen inkontinenssi. Lantionpohjan lihaksistolla ja sidekudosrakenteilla on oleellinen rooli ihmisen virtsanpidätyskyvyssä. Tätä kautta raskaudella ja synnytyksellä voi olla vaikutusta ponnistus- ja sekamuotoisen virtsainkontinenssin syntyyn, sillä näiden tyyppien syntymekanismina on lantion sidekudos ja lihasheikkous. Muita virtsainkontinenssin aiheuttajia voivat olla esimerkiksi neurologiset sairaudet, vammat, lääkitys sekä aivoverenkierron häiriöt. (Ihme & Rainto 2014, 185–186; Nilsson 2011, 203–207.)

Ponnistusinkontinenssilla tarkoitetaan tilannetta jossa virtsa karkaa ponnistuksen, aivastuksen tai yskäisyn yhteydessä. Näissä tilanteissa fyysinen ponnistelu tai liike aiheuttaa vatsaontelon paineen nousemista. Kun tämä nousu ylittää virtsaputken sen hetkisen paineen, pääsee virtsa karkaamaan. Ponnistusinkontinenssi pääsee syntymään kun lantionpohjan lihakset, virtsaputkea tukeva lantion sidekudos tai virtsaputken seinämän lihakset ja limakalvo heikkenevät riittävästi. Yksi tärkein ponnistusinkontinenssin syntyyn vaikuttava tekijä on synnytys. Erityisesti synnytyksen kautta altistavia tekijöitä ovat suurikokoinen lapsi, pitkittynyt aktiivinen ponnistusvaihe, vaikea imukuppi-, pihti- tai perätilasynnytys. (Nilsson 2011, 208; Heittola 1996, 44.)

Lantionpohjan lihasten harjoittamisen tavoitteena on parantaa virtsaputken sulkupainetta sekä rakon tukemisen harjoittaminen. Raskauden aikana tai lapsen syntymän jälkeen aloitettu lantionpohjan lihaksiston harjoittelu saattaa estää virtsankarkailua myös myöhemmin. Esimerkiksi fysioterapeuteilla on mahdollisuus tehdä erilaisia lantionpohjalihaksistoa harjoittavia henkilökohtaisia harjoitusohjelmia, joita naiselle voidaan ohjelmoida. Hoito suunnitellaan yhdessä naisen kanssa oireiden laajuuteen ja haastatteluun perustuen. (Ihme & Rainto 2014, 182–183; Inkontinenssin ABC – opas hyvään hoitoon 2007.)

Myös ylipaino luo kuormitusta lantionpohjaan, ja näin ollen voi aiheuttaa merkittäviä lantionpohjan lihaksien heikkoudesta johtuvia vaivoja. Painon pudottaminen sekä lantionpohjan lihasten voimistaminen ovat hyviä keinoja ehkäistä tai lievittää ylipainosta johtuvaa virtsankarkailua. (Schenkmanis & Ulmsten 2007, 12–13.)

2.3 Lantionpohjan lihasten vaikutus laskeumiin

Lantionpohja koostuu sidekudoksesta sekä lihaksista, joiden tehtävänä on pitää sisäelimet paikoillaan. Kun lantionpohjan tukirakenteet alkavat pettää, naiselle aiheutuu tästä johtuvia laskeumia. Laskeumat ovat yleisimpiä synnyttäneillä sekä ikääntyneillä naisilla. Tästä syystä lantionpohjan lihaksiston kehittäminen on tärkeää aloittaa jo varhaisessa vaiheessa ennen kuin oireita alkaa ilmentyä. Naiset, jotka eivät ole harjoittaneet lantionpohjan lihaksiaan nuorena, etenkin raskauden ja synnytyksen jälkeen, kärsivät usein ikääntyessään kohdun tai rakon laskeumista. (Ihme & Rainto 2014, 180–181; Höfler 2001, 11.)

Kohdun laskeumat syntyvät siten, että lantionpohjan lihasrakenne ja sidekudosrakenne heikentyy. Tästä johtuen synnyttelimiä ja vatsaontelon pohjassa sijaitsevia elimiä kannatteleva tuki pettää. Lantionpohjan tukirakenteet usein löystyvät ja venyvät raskauden edetessä, mutta noin kuuden kuukauden kuluttua synnytyksestä ne palautuvat melkein takaisin ennalleen niin toiminnallisesti kuin rakenteellisestikin. Raskauden aikana lantionpohjaan kohdistuva kuormitus voi olla kuitenkin niin suurta, että kuormitus aiheuttaa raskaudenaikaisen kohdun laskeuman. (Mäkinen 2004, 195–196.)

Ikääntyessä naisen hormonitoiminta ja sidekudoksen kimmoisuus vähenevät, jolloin myös lantiota tukeva tukikudos heikkenee. Muita laskeumien riskitekijöitä ovat pitkä ponnistusvaihe synnytyksessä, synnytysten ja raskauksien määrä, kookkaina alateitse syntyneet lapset, diabetes, tupakointi, ylipaino, raskas ponnistelua vaativa työ, krooninen yskä, ummetus sekä perinnölliset tekijät. (Ihme & Rainto 2014, 180–181.)

Synnytyksen aikana voi myös tapahtua vaurioitumista synnytyskanavan ja lantionpohjan kudoksissa, jolloin on mahdollista, että kohdun laskeuma voi ilmetä välittömästi tai myöhemmin synnytyksen jälkeen. On myös tutkittu, että synnytystavalla voi olla merkitystä lantionpohjan lihaksiston vaurioitumiseen. Laskeumien hoitoon voidaan käyttää lantionpohjan lihaksiston voimistamista lisääviä harjoituksia ja postmenopausaalisilla naisilla emättimen paikallisesti annosteltavaa estrogeenia. Mikäli laskeumien hoito ei riitä, leikkaushoito on tarpeellinen. (Mäkinen 2004, 195–196.)

2.4 Lantionpohjan lihasten vaikutus seksuaaliterveyteen

Raskauden ja synnytyksen jälkeisen lantionpohjalihaksiston kunnon vaikutuksista seksuaaliterveyteen on tutkittu vähäisesti. Osa syynä tähän on seksuaalisuuden haastava tutkiminen, sillä siihen vaikuttaa fyysisen kunnon lisäksi oleellisesti myös perheeseen, parisuhteeseen, sosiaaliseen tilanteeseen ja elämäntapoihin liittyvät tekijät. Lantionpohjan lihaksien harjoittamisella on kuitenkin todettu olevan positiivinen vaikutus seksuaaliseen nautintoon. (Aukee & Tihtonen 2010, 2383–2384; Höfler 2001, 17.)

Lantion välipohjan lihakset supistuvat ja rentoutuvat tahattomasti kiihottamisen ja orgasmin yhteydessä. Supistuksien voimakkuus on osaltaan yhteydessä lantionpohjan lihaksien kuntoon. Lantionpohjalihaksien paikantaminen ja tahdonalainen jännittäminen myös vaikuttaa edullisesti seksuaaliseen

nautintoon ja orgasmin saavuttamiseen. Lihaksien tahdonalainen hallinta helpottaa emättimen rentouttamista yhdynnän aikana. (Väestöliitto 2015a; Eskola & Hytönen 2008, 36; Litmanen 2015, 86.)

Lantionpohjan lihakset lisäävät emättimen tuntoherkkyyttä ja verekkyyttä. Emättimessä itsessään on runsaasti verisuonia, mutta tuntohermoja puolestaan vähäisesti. Lihakset sisältävät tuntohermoja, joten lihasten vahvistaminen lisää myös emättimen tuntoherkkyyttä ja näin edesauttaa seksuaalisen nautinnon kokemista. Naisen lantionpohjan lihaksiston vahvistamisen on todettu lisäävän myös partnerien nautintoa yhdynnän aikana (Väestöliitto 2015a; Höfler 2001, 17.)

Lantionpohjan lihaksiston heikon kunnon komplikaatioina aiheutuvat laskeumat ja inkontinenssi koetaan monesti häpeällisinä, joka puolestaan heijastuu helposti seksuaalisuuteen. Nämä lantionpohjan toimintahäiriöt voivat aiheuttaa naiselle arvottomuuden tunteen sekä pelkoa läheisen hylkäämisestä. Kehon ennustamattomat toiminnot voivat aiheuttaa myös epävarmuutta. Toimintahäiriöiden jatkuessa lapsivuodeajan jälkeen, niiden on todettu vaikuttavan negatiivisesti naisten minäkuvaan, sosiaaliseen aktiivisuuteen sekä intiimiin käyttäytymiseen. (Aukee & Tihtonen 2010, 2383–2384.)

2.5 Raskauden ja synnytyksen vaikutus lantionpohjan lihaksiin

Synnytyksen ja raskauden aikana keho kokee muutoksia, joiden myötä lantionpohjan toimintahäiriöitä voi syntyä. Progesteronin eli keltarauhashormonin erityis kasvaa raskauden aikana. Tämä pehmentää nivelsiteitä ja kudoksia sekä tekee nivelet liikkuvimmiksi. Tätä kautta myös lantion pohjan lihasten perusjännitys laskee. Kasvavan kohdun viedessä lisäksi tilaa lantion alueella luoden lantionpohjaan mekaanista painetta, altistavat muutokset vaivoille. Inkontinenssivaivojen sekä kohdun laskeumien lisäksi myös sukupuolielämä voi kokea haasteita synnytyksen tuomien muutosten johdosta.. (Aukee & Tihtonen 2010; Pisano 2007.)

Synnytyksen jälkeinen fyysinen palautuminen kestää normaalisti noin 6–8 viikkoa. Neuvolassa tehdään synnyttäneelle naiselle jälkitarkastuksen aikana sisätutkimus, jossa kartoitetaan myös lantionpohjan lihasten kunto ja palautuminen synnytyksestä. Samalla selvitetään, onko synnytyksestä aiheutunut lantionpohjalihasten toimintahäiriöitä. Lantionpohjan lihasten kuntoa testataan sormitestausten menetelmällä, jonka perusteella voidaan päätellä supistuksen voima ja kesto, sekä emättimen seinän liike kohti häpyluuta. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 133; Törnävä 2011.)

Alatiesynnytykset aiheuttavat enemmän lantionpohjan lihaksiston toimintaan liittyviä häiriöitä kuin sektiosynnytykset. Synnytyksenaikaisella hyvällä hoidolla voidaan kuitenkin vähentää lantionpohjan lihaksien vaurioita sekä muita jälkiseurauksia. (Aukee & Tihtonen 2010.)

Joissain tapauksissa lantionpohjan lihakset voivat vaurioitua synnytyksen aikana niin, että vauriot vaativat korjaamista. Vaurioiden myötä naisella voi ilmetä esimerkiksi ponnistusvirtsankarkailua. Tästä johtuen synnytyksen

yhteydessä tulleet vauriot tulisi korjata välittömästi, ettei niistä johtuvia komplikaatioita pääsisi syntymään. (Schenkmanis & Ulmsten 2007, 15.)

3 LANTIONPOHJAN LIHASTEN HARJOITTAMINEN

Lantionpohjan lihaksiston harjoittaminen tulisi aloittaa jo nuorella iällä, sillä harjoittelu on hyödyksi tukirakenteen kehittymisen ja vahvistumisen kannalta. Näin voidaan myös nopeuttaa ja helpottaa synnytyksen yhteydessä tapahtuvan lihasten venymisen jälkeistä palautumista lantionpohjan lihaksistossa. Neuvolassa tulisi ottaa puheeksi lantionpohjan lihaksien harjoitukset jo ennen synnytystä, sekä harjoittelun jatkaminen synnytyksen jälkeen. (Mäkinen 2004, 201; Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 55.)

Harjoittelun tehokkuus perustuu oikein suoritettuihin lihasliikkeisiin. Harjoittelun lisäksi ylipainon vähentämisellä, ruokavaliolla sekä vessatavoilla on mahdollista vaikuttaa lantionpohjan lihasten toimintaan. Harjoittelun tulokset alkavat näkyä 2-3 kuukauden säännöllisen harjoittelun jälkeen. Säännöllinen 2-6 kuukautta kestävä harjoittelujakso antaa mahdollisuuden elämänlaadun parantumiselle, inkontinenssiongelmiin vähenemiselle sekä vaikuttaa positiivisesti seksuaalielämään. (Aukee & Åkerman 2011.)

Joidenkin naisten kohdalla lantionpohjan lihaksisto vaatii vahvistavia liikkeitä, kun taas toisilla harjoitus kaipaa rentouttavia harjoitteita. Lantionpohjan lihaksien harjoitukset voivatkin olla joko jännittämisen, supistamisen tai rentoutusliikkeitä. (Aukee & Åkerman 2011; Vepsä 2008.)

Elektromyografian (EMG), eli lihassähkökäyrän, avulla on mahdollista mitata lihasten aktiiviteettia. Lantionpohjan lihasten voimaa voidaan mitata sekä peräaukon sisäisellä, eli intra-anaalisella, että emättimen sisäisellä, eli intravaginaalisella, elektrodilla. Lihassoima näkyy sähkövarauksena, joka kasvaa supistusvoiman kasvaessa. Mittauslaitteita jotka perustuvat EMG:n tekniikkaan, voidaan käyttää apuna harjoittelun suunnitteluun vastaanotolla, sekä apuna kotiharjoitusten tekemisessä. EMG-tekniikan avulla saatu biopalaute ohjaa liikkeiden oikein tekemisessä sekä selvän palautteen avulla motivoi naista harjoituksien tekemiseen. (Aukee & Åkerman 2011; Vepsä 2008; Eskola & Hytönen 2005, 322.)

Harjoituksia on mahdollista suorittaa ajasta ja paikasta riippumatta. Päivittäiset lihasharjoitteet on mahdollista tehdä esimerkiksi hampaita harjatessa, liikennevaloihin pysähtyessä tai ruokaa laittaessa. Myös painavia tavaroita nostessa tulisi huomioida lantionpohjan lihasten supistaminen samalla tavoin kuin selän suorana pitäminen. (Vepsä 2008.)

3.1 Lantionpohjan lihasten tunnistamisharjoitukset

Lantionpohjan lihasten hahmottaminen ja niiden tahdonalainen supistaminen vaatii aluksi harjoittelua. Harjoitusten vaikuttavuuden kannalta on oleellista, että nainen oppii jännittämään oikeita lihaksia. Tämän takia harjoittelut alkavat lantionpohjan lihasten tunnistamisella. Yleisimmät virheet lantionpohjan lihaksien harjoittamisessa on väärin lihaksien jännittäminen,

kuten reisien sekä vatsa- ja pakaralihaksien jännittäminen lantionpohjan lihasten sijaan. (Pisano 2007, 61–62; Rautaparta 2010 39–40; Schenkmanis & Ulmsten 2007, 62, Aukee & Åkerman 2015; Väestöliitto 2015b).

Lantionpohjan tunnistamisharjoituksia voi tehdä niin maaten, istuen kuin seistenkin. Monelle naiselle helpoin tapa löytää lihakset on makuu- tai konttausasento. Harjoittelun aloittaminen kannattaa ohjeistaa aloittamaan itselleen helpoimmasta asennosta. Kun lihaksien hahmoittaminen onnistuu itselleen helpoimmasta asennosta, tulisi niiden tunnistamista harjoittaa myös istuen, seisten sekä liikkuesssa. (Rautaparta 2010 39–40; Schenkmanis & Ulmsten 2007, 62; Aukee & Åkerman 2015; Lehikoinen & Purmonen 2013.)

Tunnistamisharjoituksessa jännitetään hellästi peräaukon, emättimen ja virtaputkea, samalla tavalla kuin pidätetään virtsaa tai ulostetta. Jännitys pidetään viiden sekunnin ajan, jonka jälkeen lihakset rentoutetaan kymmenen sekunnin ajaksi. Lihaksia tulisi pyrkiä jännittämään käyttäen noin 60–70% lihasten maksimi tehosta. Harjoitus olisi hyvä toistaa viidestä kahdeksaan kertaa. Jos lihasten tunnistaminen on haastavaa, voi uloshengitys helpottaa suoritusta. (Aukee & Åkerman 2015; Schenkmanis & Ulmsten 2007, 62.)

Jos lantionpohjan lihasten jännittäminen virtsanpidättämisen mielikuvaharjoituksella on haastavaa, voi lihasten tunnistamista harjoittaa vessanpöntöllä istuessa. Asiakas voidaan ohjata käymään vessassa ja katkaisemaan virtsasuihku kesken virtsauksen, jännittämällä. Vitsasuihkun keskeytyessä asiakas jännittää lantionpohjan lihaksia oikein. Tulee kuitenkin painottaa, että virtsasuihkun katkaiseminen ei ole harjoitus, vaan tunnistamisen apukeino ja testi ensimmäisillä kerroilla. (Aukee & Åkerman 2015.)

Kotona omaa lihaksiston tunnistamista voi myös helpottaa sormitestillä. Sormitestissä puhtaat etu- ja keskisormet viedään emättimeen. Lantionpohjan lihaksia jännitetään samanaikaisesti sormien ollessa emättimessä. Lihavoima on tyydyttävä kun supistus tuntuu tasaisesti sormien ympärillä ja sormet nousevat supistuksesta hieman ylöspäin. Sormitesti on hyvä keino kontrolloida oikeiden lihasten supistuminen sekä supistusvoima. (Lehikoinen & Purmonen 2013; Väestöliitto 2015b.)

3.2 Lantionpohjan vahvistamisharjoitukset

Jännitys-rentoutusharjoitusten on todettu olevan tehokkain keino harjoittaa lantionpohjan lihaksia. Lantionpohjaa vahvistaviin supistusharjoituksiin siirrytään, kun lihasten tunnistaminen onnistuu myös pystyasennossa. Harjoittelut kannattaa yhdistää muihin liikuntaharrastuksiin ja kotitöihin, jotta niiden harjoittamisesta tulisi osa arkea. Synnyttäneiden äitien on hyvä harjoittaa lihaksia esimerkiksi imetyksen yhteydessä. (Höfler 2015, 30; Lehikoinen & Purmonen 2013; Lehikoinen & Purmonen 2013; Aukee & Åkerman 2015.)

Lantionpohjan lihasharjoituksia tulisi tehdä useamman kerran päivässä. Viikossa olisi kuitenkin hyvä muistaa pitää kaksi vapaa päivää, jolloin harjoituksia ei tehdä. Harjoituksia tehdessä on tärkeää napakan supistuksen lisäksi

myös rentoutus, pääsääntö on, että lepoaiheen tulisi kestää kaksi kertaa kauemmin kuin supistusvaiheen. Lepovaihe on oleellinen lihasten palautumisen kannalta. Lepovaihe on tärkeä, sillä silloin lihas valmistautuu uuteen rasiinukseen täyttämällä happi ja ravintoainetarastojaan. (Höfler 2015, 30.)

Hengittämisen huomioiminen harjoituksia tehdessä on myös oleellista. Hengitystä ei saisi pidättää tai kiihdyttää harjoitusten aikana, vaan tulisi keskittyä mahdollisimman tasaiseen ja rauhalliseen hengitykseen. Myös jännitysvaiheessa uloshengittäminen on mahdollista. (Höfler 2015, 30.)

Lantionpohjan lihasten voimaharjoittelua tarvitaan voimakkaita ponnistuksia kuten esimerkiksi nostamisia varten. Ne on tarkoitettu nopeille lihas-säikeille. Voimaharjoittelussa supistetaan lihaksia mahdollisimman voimakkaasti, vetämällä lantionpohja koko pituudeltaan sisään ja ylöspäin. Supistusta pidetään yllä noin viiden sekunnin ajan ja toistetaan useamman kerran. Voimaharjoittelua voi tehostaa aloittamalla supistuksen istuma-asennossa, jonka jälkeen nousee ylös, pitäen supistusta yllä. Lantionpohjan lihaksia tulisi supistaa aina nostaessa, vaikka taakka olisikin kevyt. (Pisano 2007, 61–62; Lehtikoinen & Purmonen 2013; Aukee & Åkerman 2015.)

Kestävyysvoimaharjoittelua tarvitaan esimerkiksi kävelyä varten. Se on tarkoitettu hitaille lihas-säikeille. Kestävyysvoimaharjoittelussa lantionpohjan lihaksia jännitetään mahdollisimman hitaasti ja pitkään. Lihaksia supistetaan kevyesti ja jännitys pidetään yllä noin puolen minuutin ajan ja harjoitus toistetaan useamman kerran. Harjoitteissa on tärkeää muistaa rentouttaa lihakset kaksinkertaisen ajan. Lantionpohjan lihaksia tulisi myös tietoisesti jännittää aina rappusia kävellessä. (Pisano 2007, 61–62 & Lehtikoinen & Purmonen 2013; Aukee & Åkerman 2015.)

Nopeusharjoittelua tarvitaan äkillisiä ponnistuksia, kuten esimerkiksi aivastamista tai yskimistä varten. Nopeusharjoituksia lantionpohjan lihaksia supistetaan mahdollisimman nopeasti ja voimakkaasti useamman kerran putkeen. Lihaksia tulisi myös tietoisesti supistaa aina yskiessä, aivastaessa ja nenää niistäessä. (Lehtikoinen & Purmonen 2013; Aukee & Åkerman 2015.)

Oikeaoppisen harjoitustekniikan konkretisoitumiseen voidaan käyttää avuksi emättimeen asetettavia painoja eli emätinkuulia. Seistessä painot pyrkivät putoamaan emättimestä, joten niiden paikallaan pitämiseen joutuu jännittämään lantionpohjan lihaksia. Emätinkuulien avulla pystytään tekemään niin voima- kuin kestävyysharjoituksia. Painoja on olemassa erikoisia ja painoisia, tavallisimmin painot vaihtelevat 20–80 gramman välillä. Emätinkuulilla harjoitukset aloitetaan sellaisella painolla, joka pysyy liikkuessa paikoillaan emättimessä kahden minuutin ajan. (Nilsson 2011, 212.)

4 OHJAUS NEUVOLASSA

Ennaltaehkäisy on ensiarvoisen tärkeässä asemassa lantionpohjan lihasten toimintahäiriöiden välttämiseksi. Se on kaikista halvinta sekä tehokkain keino välttää vaivoja. Ennaltaehkäisyssä tärkeässä roolissa on terveydenhuoltoalan ammattilaisten, muun muassa terveydenhoitajien, aktiivisuus. Terveydenhoitajien, jo koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta lähtien, olisi

hyödyllistä opastaa lantionpohjan lihasharjoittelua ja sen merkitystä. (Heittola, 1996, 97.)

Jo murrosiässä olevan tytön tulisi tietää lantionpohjan sisäelimet sekä niiden toiminta. Kouluterveydenhoitajan tulisi keskustella nuorten kanssa lihavuuden ehkäisystä sekä lantionpohjan lihasten harjoittamisen tärkeydestä. Terveydenhoitaja voisi esimerkiksi liikunnanopettajan kanssa yhteistyössä ohjeistaa ja kannustaa nuoret omaksumaan ja vahvistamaan säännöllisillä liikeharjoituksilla vahvistamaan lantionpohjan lihaksistoa. (Eskola & Hytönen 2004, 323.)

Raskauden kestäessä yhdeksän kuukautta ja lisäksi imetyksen useita kuukausia, on naisen progesteronitaso korkealla pitkään. Jos raskauksia on useita peräkkäin, progesteronitaso olla korkea useita vuosia. Progesteroni omalta osaltaan edesauttaa lihasjänteveyden heikkenemistä. Terveydenhoitajan onkin otettava ohjauksessaan huomioon erityisesti monisyntyttäjät lantionpohjan lihasharjoituksia ohjatessaan. (Pisano 2007, 61.)

Terveydenhoitajan tulisi ohjata odottavalle äidille lantionpohjan lihasten harjoituksia jo hyvissä ajoin äitiysneuvolakäyntien alettua, sillä lihasten harjoittaminen on hyvä aloittaa raskausaikana. Hyvistä lantionpohjan lihaksista on lisäksi apua synnytyksessä. Erityisesti lantionpohjan lihasten hallinta sekä kyky niiden rentouttamiseen helpottavat synnytystä. Hallitut lihakset kestävät paremmin venytystä ja ponnistusvaiheessa hyvä lantionpohjan lihasten hallitseminen voi vähentää repeämisvaaraa. (Kannas 2007, 56; Heittola 1996, 32.)

Neuvolan terveydenhoitajan kanssa suunniteltavan harjoittelun aluksi laaditaan yksilöllisesti suunniteltu harjoitusohjelma. Motivoivan palautteen saaminen harjoituksia ohjaavalta terveydenhoitajalta tukee naisen edistymistä lihasharjoittelussa. Palautteen myötä on mahdollista myös saada lisätietoa oikeista suoritustavoista sekä ajantasaista tietoa harjoitteluiden edistymisestä. (Aukee & Åkerman 2011.)

Synnytyksen jälkeen on suositeltavaa aloittaa lantionpohjan lihasten harjoittelu mahdollisimman nopeasti. Juuri synnyttänyt nainen ei usein tunne lantionpohjan lihaksiaan. Jos lihaksia on harjoitettu jo raskauden aikana, tottelevat ne kuitenkin annettuja käskyjä tuntopuutoksesta huolimatta. Tämän takia neuvolassa annettu raskausajan ohjeistus on ensiarvoisessa asemassa. (Kannas 2007, 56.)

Terveydenhoitajan on hyvä käyttää suullisen ohjauksen tukena kirjallista materiaalia. Kirjallisen materiaalin antaminen mahdollistaa asiakkaan palaamisen aiheen pariin ohjaustilanteen jälkeen. Ohjeisiin palaaminen helpottaa asian soveltamista omaan elämään. (Eloranta & Virkki 2011, 73–76.)

Koska lantionpohjan lihasten harjoitteluun yhdistetty painonhallinta parantaa lihasten kuntoa, on terveydenhoitajan antamalla ravitsemusneuvonnalla tärkeä merkitys. Ravitsemusneuvonnalla on merkitys myös suolentoiminnan kannalta. Jatkuva ummetus rasittaa ja heikentää lantionpohjan lihaksia,

joten ravinnonavulla ummetukseen vaikuttaminen on huomioitava ohjauksessa. (Eskola & Hytönen 2005, 322.)

Neuvolassa voidaan testata lantionpohjan lihasten supistusvoimakkuutta sormitestin avulla. Emättimen kautta tunnustellen tehtävä sormitestausta on vakiintunut ja luotettava tapa arvioida lantionpohjan lihasten supistuskyyä. Sen avulla pystytään myös ohjeistamaan oikea supistus tekniikka. Sillä pystytään myös testaamaan lihasten puolieroja. Sormitestausta on olemassa useita eri tekniikoita. Testin voi tehdä esimerkiksi terveydenhoitaja, lääkäri tai fysioterapeutti. (Törnävä 2011.)

Sormitestausta tutkittava makaa selällään gynekologisessa asennossa ja tutkita asettaa tutkittavan emättimeen yksi tai kaksi sormeaa 3-6 senttimetrin syvyyteen. Naisen supistaessa lantionpohjan lihaksiaan arvioi tutkija supistuksen voimakkuuden sen perusteella, kuinka hän tuntee supistuksen sormiensa ympärillä. (Törnävä 2011.)

Sormitestin tulokset ilmaistaan useimmiten Oxford Grading System asteikolla, jolla arvioidaan lihasten supistus voimakkuutta 1-5 asteikolla. Nolla tarkoittaa supistuksen puuttumista ja viisi puolestaan hyvin voimakasta, ylöspäin vetävää supistusta. Toinen paljon käytössä oleva tulosten ilmaisuasetikko on Brink Scale, jossa lantionpohjan lihassupistuksen voimakkuus, kesto ja emättimen seinän nouseva liike arvioidaan 1-13 asteikolla. (Törnävä 2011.)

5 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAVOITE JA TARKOITUS

Kehittämistehtävämme tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen ohje lantionpohjan lihaksien harjoittamisesta raskaana oleville ja synnyttäneille. Tavoitteena oli tuottaa selkeä ja tiivis ohjemateriaali, jossa käsiteltäisiin kaikki lantionpohjan harjoittamiseen vaadittavat oleelliset asiat.

Ohjemateriaali tuotettiin äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien työn apuvälineeksi. Tavoitteena oli, että ohjemateriaali helpottaisi terveydenhoitajien työtä sekä koettaisiin hyödylliseksi käytännön työssä. Ohjemateriaalin kautta terveydenhoitajien on helpompi ottaa lantionpohjan lihasten harjoittelun tärkeys esiin alkuraskauden neuvolakäyntien yhteydessä. Lantionpohjan jumppaan liittyvät asiat on luontevaa ottaa puheeksi esimerkiksi liikkunnasta keskusteltaessa.

Ohjemateriaalin tarkoituksena oli antaa asiakkaille tärkeää tietoa lantionpohjan lihaksien harjoittamisesta tiiviissä ja helppolukuisessa muodossa. Laitimamme materiaalin tavoitteena on innostaa ja ohjeistaa raskaana olevat ja synnyttäneet edistämään omaa terveyttään lantionpohjan lihaksia harjoittamalla.

6 OHJAUSMATERIAALIN LAATIMINEN

Ohjemateriaalin tulisi palvella asiakkaan tarpeita, liittyen esimerkiksi ennaltaehkäisyyn, hoitoon, komplikaatioihin, riskeihin tai lääkitykseen. Kirjallisen materiaalin tarkoituksena on tukea suullisen ohjeistuksen myötä saatua tietoa. Näin ollen asiakas voi keskustelun jälkeen tukeutua ja tarkistaa tietoja jaetusta ohjemateriaalista itsekseen. (Kyngäs ym. 2007, 124.)

6.1 Toimiva ohjausmateriaali

Toimivan ohjausmateriaalin tulisi perustua asiakkaan tarpeisiin ja tutkittuun tietoon. Kirjallista ohjemateriaalia on mahdollista käyttää niissä tilanteissa joissa suullista ohjausta ei ehditä antaa riittävästi tai tarpeeksi kattavasti. Kirjallinen ohjausmateriaali tarkoittaa eri tavoin toteutettuja kirjallisia ohjeita ja -oppaita. Terveystoimijalla on mahdollisuus arvioida olemassa olevia ohjausmateriaaleja ja tuottaa itsenäisesti uusia kirjallisia ohjeita käyttöönsä suunnittelu- ja arviointimateriaaleja apuna käyttäen. (Kyngäs ym. 2007, 126.)

Kirjallisen ohjeistuksen tarkoituksena on tarjota informaatiota, mutta luoda samalla myös kuvaa ohjetta jakavan organisaation hoitoon liittyvästä ideologiasta. Kirjallinen ohjemateriaali ei kuitenkaan ole välttämättä riittäviä sellaisenaan, vaan useimmiten niiden tarkoituksena onkin vain täydentää suullisen ohjauksen onnistumista. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 37; Eloranta & Virkki 2011, 73.)

Hyvässä ohjausmateriaalissa kirjoitettu kieli on suoraa puhuttelua asiakkaalle. Asiakkaalle kirjoitetuissa ohjeissa ei tulisi kirjoittaa suoria määräyksiä, vaan perusteltuja toimintaohjeita. Perusteluiden myötä asiakas saa faktaa, jolloin hän voi päättää, noudattaako ohjeita vai ei. (Torkkola ym. 2002, 38.)

Kirjallisen ohjemateriaalin tulisi olla myös visuaalisesti houkutteleva. Kuvat voivat tukea ja täydentää tekstissä esitettyjä asioita, lisätä luettavuutta ymmärrettävyyttä ja kiinnostavuutta. Kuvatekstit ohjaavat lukijaa ymmärtämään kuvan yhteyden aiheeseen. (Torkkola ym. 2002, 40.)

Ohjemateriaalin tulee olla yleiskielellä kirjoitettua selkeää tekstiä, jota ohjattavan on helppo lukea. Pitkät ja monimutkaiset lauseet tulisi jättää pois, sillä ne saattavat vaikuttaa kirjoitetun tiedon ymmärrettävyyteen. Liian lyhyitä lauseita tulisi myös välttää niiden töksähtävän sävyn vuoksi. (Eloranta & Virkki 2011, 76.)

Sopivaa pituutta kirjalliselle ohjemateriaalille ei ole määritelty. Ohjeiden pituus määräytyy lähinnä sen mukaan, mihin aiheeseen ohjeistusta annetaan. Useimmiten kohtalaisen lyhyesti esitetyt ohjeet tulevat luetuksi kokonaisuudessaan. (Eloranta & Virkki 2011, 77.)

6.2 Ohjausmateriaalin suunnittelu

Ohjemateriaalin suunnitteluprosessi alkoi kirjallisuuskatsauksen toteuttamisesta. Valitsimme kirjallisuuskatsauksen pohjalta oleelliset materiaalissa käsiteltävät aiheet. Ohjemateriaalin käytännön toteutusta suunniteltaessa koimme tärkeäksi, että materiaaliin saadaan tiiviisti sekä teorian tietoa että konkreettisia jumppaohjeita. Neuvolalta tullut toive oli, että ohjemateriaalissa painotettaisiin käytännön neuvoja lihasten harjoittamiseen ja tunnistamiseen.

Kirjallisuuskatsauksessa käsitelimme laajasti teorian tietoa, esimerkiksi inkontinenssista sekä laskeumista. Koska halusimme tuottaa nykytietoon perustuvan ohjemateriaalin, päätimme käyttää lähteinä mahdollisimman tuoreita ja luotettavia lähteitä. Koska ohjemateriaalin tarkoituksena oli tuoda oleellinen sisältö tiiviisti esiin, päätimme tiivistää aihealuetta. Jo suunnitteluvaiheessa halusimme pitää mielessä kohderyhmän, ja että lopputulos palvelisi heidän tarpeitaan.

Ohjemateriaalin sisältöä suunniteltaessa halusimme tuoda esiin lantionpohjan anatomiaa, raskauden vaikutuksia rakenteisiin sekä toimintahäiriöiden ehkäisyä harjoittelun avulla. Näillä seikoilla halusimme motivoida asiakasta tekemään omatoimisesti lantionpohjan harjoituksia. Tarkoituksenamme ei ollut säikäyttää asiakasta rajulla laskeumiin ja inkontinenssiin liittyvällä faktatiedolla, vaan kannustaa ja motivoida myönteisten vaikutusten kautta pitämään huolta lihaksistaan.

Halusimme alusta saakka suunnitteluvaiheessa materiaalin sisältävän kuvia, jotta asiakkaan on helpompi hahmottaa tekstin sisältöä. Neuvolan toive oli, että materiaalissa käsiteltäisiin lantionpohjan lihasten tunnistamista, joten kuvat ovat hyvä lisä tämän asian havainnollistamiseen. Toiveenamme oli, että löytäisimme mahdollisimman selkeitä ja ymmärrettäviä kuvia.

Suunnittelimme, että ohjemateriaali olisi helposti toteutettavassa muodossa, joten päädyimme valitsemaan ohjemateriaalin kooksi A4-paperin kaksipuoleisena. Ohjeen pituus haluttiin toteuttaa tiiviissä muodossa, jotta lukijoiden mielenkiinto pysyy yllä loppuun saakka. Mielenkiinnon herättämiseksi suunnittelimme ulkoasun selkeäksi, luettavuudeltaan asetelultaan helpoksi, sekä esteettisesti miellyttäväksi.

6.3 Ohjausmateriaalin toteutus

Toteutimme ohjemateriaalin alkuperäisen suunnitelmamme pohjalta. Luonnostelemamme suunnitelman pohjalta teimme ensimmäisen version, johon hahmottelimme otsikot ja tekstin sisällön. Ohjemateriaalin lihaskuntoharjoitukset toteutimme käyttämistämme lähteistä löytyneiden lihaskunto- ja tunnistamisharjoitteiden pohjalta.

Jaoin ryhmän kesken aihealueet, joita jokainen muokkasi ohjemateriaaliin sopivaan kieliasuun. Kirjallisuuskatsaus on kirjoitettu ammattilaiselta ammattilaiselle, joten muokkasimme ohjemateriaaliin tulevan tekstin asiakkaan kannalta helpopolukuisempaan muotoon.

Olimme jo suunnitteluvaiheessa päättäneet tuottaa ohjemateriaalin kaksi-puoleisena A4-kokoisena tulosteena. Tästä syystä monia valitsemiamme aihealueita tuli tiivistää suunniteltua enemmän. Koimme kuitenkin tärkeäksi, että kaikki pääasiat tulee käsiteltyä tekstissä. Jouduimme myös arvioimaan, mitkä ovat ne aihealueet, joita olisi asiakkaan kannalta tärkeää käsitellä laajemmin. Päädyimme, että painoarvoltaan tärkeimpiä ovat konkreettiset lihaskuntoharjoitteet.

Ensimmäisestä versiosta lähdimme muokkaamaan esteettisesti houkuttelevaa tulostettavaa materiaalia. Tässä prosessissa meitä auttoi graafinen suunnittelija Helena Mäkinen. Valitsimme värimaailman mukailen opinnäytetyömme ohjevihon värimaailmaa, sillä koimme värin rauhoittavaksi ja mielenkiintoa herättäväksi. Halusimme myös nostaa tärkeitä huomioita esiin tekstistä käyttämällä erilaisia kuvaefektejä, kuten palloja ja laatikoita. Näin tärkeimmät huomiot tulevat selkeästi esiin tekstistä, vaikka asiakas ei lukisi esitteen sisältöä kokonaisuudessaan.

Halusimme havainnollistaa lukijalle lantionpohjan anatomiaa esimerkkikuvalla. Näin jumppaohjeiden toteuttaminen ja ymmärtäminen helpottuu, sekä lantionpohjan lihasten merkitys konkretisoituu.

Toteutuksessa päädyimme sähköiseen versioon, jotta ohjevihon säilyttäminen ja jakaminen neuvolan käyttöön helpottuu. Sähköinen versio myös mahdollistaa tarpeellisten muutosten ja päivitysten suorittamisen helpommin, kuin pelkän paperisen versiona kohdalla. Koska toteutamme työn A4-kokoisena, on jokaisella terveydenhoitajalla mahdollisuus tulostaa ohjemateriaalia tarpeisiinsa, eikä se tuota suurta työmäärää.

6.4 Ohjausmateriaalin arviointi

Mielestämme onnistuimme löytämään materiaaliin oleellimmat asiat ja saimme rajattua ne laajasta kokonaisuudesta. Koemme myös, että olemme osanneet painottaa asiakkaan kannalta tärkeimpiä asioita. Huomioimme asioiden rajauksessa myös neuvolan toiveet.

Koemme, että ohjemateriaalin pituus on toimiva lukijan mielenkiinnon ylläpitämiseksi. Tiiviit ja selkeästi asetellut ja otsikoidut kappaleet helpottavat lukijaa ymmärtämään ohjeistuksen sisältöä. Selkeästi esiin nostetut tärkeät huomiot ovat helposti luettavissa, vaikka lukija ei tutustuisikaan materiaaliin kokonaisuudessaan.

Saimme ohjemateriaalin anatomiaosuuteen havainnollistavan kuvan lantionpohjan lihaksistosta lähteidemme kautta. Uskomme tämän helpottavan asiakkaiden lantionpohjan lihasten harjoittelua.

Mielestämme onnistuimme käyttämään ohjemateriaalissa selkokieltä, joka on asiakkaiden kannalta helposti ymmärrettävää. Tavoitteenamme oli, että aiheesta entuudestaan tietämätön lukija ymmärtää harjoitusten merkityksen, sekä kykenee ymmärtämään selkeitä jumppaohjeita.

Ohjemateriaalistamme on mahdollista saada helppoa ja matalan kynnyksen ohjausta lantionpohjan lihasten harjoitteluun. Ohjeessa kannustamme suorittamaan harjoitteita ajasta ja paikasta riippumatta. Näin lukija ymmärtää, että lihasharjoitusten suorittaminen ei vaadi ajallista panostusta tai arjesta poikkeavia rutiineja.

7 POHDINTA

Kehittämistehtävämme aihe on toteutettu työelämän tarpeeseen, joka tukee kehittämistehtävän eettisyyttä. Ryhmänä koemme, että työelämästä lähtenyt tarve on motivoinut meitä tekemään materiaalista mahdollisimman onnistuneen. Materiaalin onnistunut toteutus mahdollistaa sen käytön myös omassa tulevaisuuden työssämme.

Kirjallisuuskatsauksessa käyttämämme lähdemateriaali on monipuolista, vaikka sen löytäminen olikin melko haastavaa. Käytimme lähteinä alan kirjallisuutta sekä internet-lähteitä. Varsinaisesta aiheesta kirjoitettuja kirjoja ei löytynyt, ja monista naisen terveyttä käsittelevistä kirjoista löytyi vain pelkistettyjä perusasioita lantionpohjan lihasharjoituksista.

Ainoa aiheesta löytämämme kirja oli julkaistu vuonna 1996. Käytimme kyseistä lähdetä myös kirjallisuuskatsauksessa. Vaikka tieto itsessään ei ole muuttunut, aiheutti kirjan lähteenä käyttäminen pohdintaa luotettavuudesta ryhmämme keskuudessa. Päätimme kuitenkin käyttää kirjaa yhtenä lähteistä tukemaan löytämäämme uudempaa tietoa.

Kirjallisuuskatsausta toteuttaessamme pidimme yhteyttä lähes koko ajan pikaviestintä- ja internetpuhelinpalvelu Skypen välityksellä, sillä asuimme eri paikkakunnilla. Koimme etätyöskentelyn onnistuneeksi, sillä se on tuttua jo opinnäytetyöprosessistamme. Kokoonnuimme kuitenkin tasaisin väliajoin keräämään materiaaliamme yhteen.

Koska halusimme ohjemateriaalista esteettisesti onnistuneen, sekä asiakasta että terveydenhoitajia miellyttävän, päätimme hyödyntää tilaisuuden graafisen suunnittelija Helena Mäkisen apuun. Hän onnistui toteuttamaan näkemysme ohjemateriaalin ulkoasusta, ja pitämään opinnäytetyössä käytetyn tyylin myös kehitystehtävässä. Tavoitteenamme oli, etteivät samoihin kansiin painettavat työt näyttäisi ulkomuodoltaan selkeästi erilaisilta.

7.1 Terveydenhoitajuuden kehittyminen

Terveydenhoitajaksi kasvaminen vaatii hyvää tieto-taitopohjaa, jonka perusteella ammatillinen sisältö näkyy terveydenhoitajan toiminnassa. Asiantuntijuuden lähtökohtia ovat työhön sitoutuminen, ammattietiikka, kyky tehdä itsenäisiä päätöksiä sekä erottaa oleelliset asiat epäoleellisista. (Lauri 2006, 87.) Kehittämistehtävän myötä olemme kehittäneen ammattiosaamistamme sekä tieto-taitopohjaamme tulemalla tämän aihealueen asiantuntijoiksi.

Koska ennaltaehkäisy on ensisijaisessa asemassa lantionpohjan lihaksiston toimintahäiriöiden välttämiseksi, on terveydenhoitajan työllä suuri merkitys. Ohjaus tulisi alkaa jo koulu- ja opiskelija terveydenhuollossa, mutta pääpaino ohjauksessa on äitiysneuvolassa raskausaikana. (Heittola, 1996, 97; Eskola & Hytönen 2002, 321–323.)

Oma käytännön kokemuksemme sekä havainnot harjoittelun aikana osoittivat, että lantionpohjan lihasten harjoittamisen ohjaus jää helposti vähäiseksi. Myös sopivan ohjausmateriaalin puute huomioitiin useammassa eri harjoittelupaikassa. Kehittämistehtävämme avulla toivomme, parantavan ohjauksen määrää sekä laatua. Neuvolan terveydenhoitajat tulevat saamaan kehittämistehtävän myötä kirjallisen ohjeen ohjauksen tueksi.

Terveydenhuollon asiantuntijaksi on mahdollista kehittyä ainoastaan yhteistyössä asiantuntijoiden kanssa, sillä sen kautta on mahdollista saada yksilön kehitystä tukevia työnteon malleja. Näin ollen yksilön kehitystä tukee taitojen mukanaan tuoma tietopohja, sekä jatkuva palautteen saaminen. Terveydenhuollon ammattilaiseksi kehittymiseen kuuluu kiinnostuminen ja sitoutuminen työhön, vaativiin tehtäviin ja oppimiseen motivoituminen, sekä opin sisäistäminen. (Lauri 2006, 89.) Koska olemme tehneet kehittämistehtävän yhteistyössä neuvolan kanssa, tukee se meidän omaa ammatillista kehitystämme. Olemme saaneet työelämän asiantuntijoilta tietoa ja tukea tehtävän toteuttamisessa. Laaja tehtävä vaatii sitoutumista ja motivoitumista aihealueen sisäistämiseen ja luotettavan materiaalin toteuttamiseen.

Kehittämistehtävän myötä tulemme erityisesti tämän aiheen asiantuntijoiksi. Voimme viedä tietoa sekä valmiin ohjausmateriaalin mukanamme myös tulevaisuuden työpaikkoihimme. Koska kehittämistehtävä julkaistaan opinnäytetyön myötä myös Theseuksessa, onnistuu sen hyödyntäminen tarvittaessa myös laajemmin.

Hyvä teorianäytämys ohjemateriaalin tuottamisesta tulee varmasti helpottamaan materiaalien tekemistä jatkossa. Hyvän ohjemateriaalin laatiminen ei vaadi ainoastaan tiedon tuottamista, vaan myös tiedon siirtämistä oikeassa muodossa vastaanottajalle. Opinnäytetyöprosessin aikana pääsimme kehittämään taitojamme tällä osa-alueella ja kehittämistehtävän myötä olemme päässeet jatkokehittämään taitojamme entisestään.

Terveydenhoitajan yhtenä työn osa-alueena on kirjallisen ohjausmateriaalin tuottaminen. Tätä taitoa harjoitimme jo opinnäytetyöprosessimme aikana ja nyt kehittämistehtävän myötä pääsimme kehittämään taitojamme lisää. Kehittämistehtävämme ohjemateriaalin sisältö vaati huomattavasti enemmän tiedon tiivistämistä verrattuna opinnäytetyömme ohjausmateriaaliin. Jouduimme todella harjoittelemaan tärkeimpien asioiden esille tuomista asiakkaan näkökulmasta. Aikaisempi kokemuksemme ohjausmateriaalin tuottamisesta näkyi projektin järjestelmällisyytenä. Tulevaisuuden työssämme voimme varmasti hyödyntää tätä taitoa.

Kehittämistehtävän toteutusprosessin aikana oli mielenkiintoista nähdä kuinka paljon olimme kehittyneet prosessityöskentelyssä sekä ohjausmate-

riaalin tuottamisessa. Opinnäytetyöhön verrattuna työskentely oli huomattavasti järjestelmällisempää ja aikataulutetumpaa. Kehittämistehtävä antoi mahdollisuuden kehittää ja syventää taitojamme entisestään ja sen myötä saimme varmuutta ja intoa projektityöskentelyyn myös tulevaisuudessa.

7.2 Työn lopputuloksen arviointi ja palaute

Työn lopputulos vastaa asettamiemme tavoitteita. Vaikka kehittämistehtävä on laajuudeltaan opinnäytetyötä suppeampi, pyrimme käsittelemään aiheemme mahdollisimman monipuolisesti. Kirjallisuuskatsauksessa aihealuetta käsitellään ohjemateriaalin vaatimalla laajuudella.

Olemme tyytyväisiä tuottamamme ohjemateriaalin lopputulokseen. Ohjemateriaalin saimme sisällytettyä asiakkaalle oleelliset tiedot. Ohjemateriaalin ulkoasu saatiin esteettisesti miellyttäväksi ja opinnäytetyön ohjevihon värimaailmaan sopivaksi.

Kävimme ryhmänä esittelemässä valmiin työmme sen tilanteen neuvolan terveydenhoitajille. Esittelytilanteeseen toimme mukana valmiiksi tulostettuna lantionpohja kuntoon -ohjemateriaalin. Neuvolan terveydenhoitajat antoivat hyvin positiivista palautetta työn lopputuloksesta.

Terveydenhoitajat kokivat ohjemateriaalin sisällön kattavaksi ja hyvin rajatuksi. Tekstin tiiviys ja helppolukuisuus sai kiitosta. Terveydenhoitajat kokivat, että ohjemateriaalin tekstiosuudessa oli otettu johdonmukaisesti kohderyhmä huomioon.

Terveydenhoitajat antoivat ohjemateriaaliin kehittämissuositusten, kohdentuen lantionpohjan anatomiaa havainnollistavaan kuvaan. Kuvassa ei ollut nimettyä kohtua ja virtsarakkoa ja he toivoivat, että myös nämä rakenteet löytyisivät nimettyinä kuvasta. Tämän kehittämissuositusten toteutimme välittömästi.

Työn visuaalinen ilme herätti terveydenhoitajien huomion. Väliotsikoiden sekä kuvaefektien avulla jaettu teksti teki myös neuvolan terveydenhoitajien mielestä materiaalista entistä helppolukuisemman. Terveydenhoitajat kokivat, että värikäs ja selkeä ulkoasu myös edesauttaa asiakkaiden mielenkiinnon heräämistä.

Terveydenhoitajat kokivat ohjemateriaalin toimivaksi johdatukseksi lantionpohjan lihaksien harjoittelulle. Ohjemateriaalin saadessaan he löysivät sille heti mahdollisia käyttötarkoituksia. He kokivat, että voivat käyttää materiaalia ensikäynnin lisäksi myös myöhemmillä neuvolakäynneillä sekä synnytyksen jälkeisellä kotikäynnillä asian muistuttamiseksi. Terveydenhoitajat olivat sitä mieltä, että heidän lisäksi myös neuvolan fysioterapeutti voi hyödyntää ohjauksessaan tuottamaamme ohjemateriaalia.

LÄHTEET

- Aukee, P. & Tihtonen, K. 2010. Raskauden ja synnytyksen vaikutus lantionpohjan toimintahäiriöihin. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 126 (20), 2381–2386.
- Aukee, P. & Åkerman, P. 2011. Potilasohje omatoimiseen harjoitteluun. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 5.5.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00565#s1
- Budowick, M., Bjålie, J., Rolstad, B. & Toverud, K. 2008. Anatomian Atlas. Suom. Kirsti Sillman. 1.–2. p. Helsinki: WSOY.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 73–77.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2008. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY.
- Höfler, H. 2001. Lantionpohjan jumppaa. Suom. Anneli Juhokas. Helsinki: Otava.
- Ihme, A. & Rainto, S. 2014. Naisen terveys. Porvoo: Bookwell Oy.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Lantionpohjan lihakset. 2015a. Väestöliitto. Viitattu 4.5.2015. <http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/murrosika/tyton-keho/lantiopohjan-lihakset/>
- Lantionpohjan lihaksien tunnistaminen. 2015b. Väestöliitto. Viitattu 7.5.2015. <http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/murrosika/tyton-keho/lantiopohjan-lihakset/lantipohjan-lihasten-tunnistamin/>
- Lehikoinen, S. & Purmonen, M. 2013. Lantionpohjan lihasten harjoitusohjelma. Pohjois-karjalalan sairaanhoito ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Viitattu 9.5.2015. http://www.pkssk.fi/documents/601237/620529/Lantionpohjalihasten_harjoitusohjelma.pdf/e9812be1-4fd3-4a38-ac93-b9ee8618497c.
- Litmanen, K. 2015. Lantio. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö – raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. 6. uud. p. Helsinki: Otava Oy, 83–91.
- Mäkinen, J. & Nieminen, K. 2011. Laskeumat. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 196–202.

Nilsson, C. 2011. Naisten virtsatieongelmat. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 203–215.

Pisano, V. 2007. Liikkuva äiti. Opas odotusajan ja synnytyksen jälkeiseen liikuntaan. Helsinki: WSOYpro.

Rautaparta, M. 2010. Raskaus, synnytys, äitiys. Helsinki: WSOY.

Schenkmanis, U. & Ulmsten, U. 2007. Inkontinenssi. Suom. Salonen, S. Helsinki: WSOY.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 2007. Inkontinenssi on yleinen ongelma. Teoksessa Kiilholma, P. & Päivärinta, E. (toim.) Inkontinenssin ABC – opas hyvään hoitoon. 20-23.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Helsinki: Tammi.

Törnävä, M. 2011. Käypä hoito –suositus. Sormitestausta ja lantionpohjan lihaksia. Viitattu 6.5.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nix01800>

Äitiysneuvolaopas. 2013. Raskausdiabetes. Terveysten ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 05.05.2015. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110521/THL_OPA2013_029_verkko.pdf?sequence=1

LANTIONPOHJA KUNTOON – LANTIONPOHJAN LIHASTEN HARJOITTAMINEN RASKAUSAIKANA JA SYNNYTYKSEN JÄLKEEN

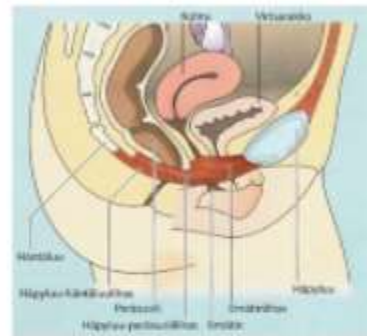
Lantionpohja kuntoon

Lantionpohjan lihasten harjoittaminen raskausaikana ja synnytyksen jälkeen

Lantionpohja on lihaksista ja sidekudoksesta muodostuva alue, joka sijaitsee häntäluun, istuinkyhmyjen sekä häpykaaren välissä.

Lantionpohjan lihaksiston tehtävä on pitää lantion alueen sisäelimet paikallaan. Ne estävät sisäelimiä painumasta alaspäin yskiessä, aivastaessa tai raskaan ponnistuksen yhteydessä.

Lantionpohjan lihakset vaikuttavat virtsaamisen ja ulostamisen tahdonalaiseen säätelyyn, kehon asentojen hallintaan sekä seksuaalisen mielihyvän kokemiseen.



Raskauden vaikutukset lihaksistoon

Raskauden aikana kasvava kohtu ja sikiö lisäävät lantionpohjaan kohdistuvaa painetta. Lisäksi hormonitoiminnan muuttuminen raskauden ja imetyksen aikana laskee lantionpohjan lihasten perusjäännitystä. Näiden muutosten myötä odottaja voi altistua lantionpohjan toimintahäiriöille.

Toimintahäiriöt

Lantionpohjan lihaksiston heikko kunto altistaa tahattomalle virtsankarkailulle sekä laskeumille. Laskeumat ovat pullistumia kohdun, virtsaputken tai peräsuolen alueilla, jotka syntyvät lantionpohjan tukirakenteiden pettäessä. Laskeumat voivat ilmetä jo raskauden aikana tai vasta vuosien päästä.

Lantionpohjan vaikutus seksuaalisuuteen

Lantionpohjan lihaksien harjoittamisella on todettu olevan positiivinen vaikutus seksuaaliseen nautintoon sekä orgasmin saavuttamiseen. Lihakset supistuvat ja rentoutuvat tahattomasti kiihottumisen ja orgasmin yhteydessä. Supistuksien voimakkuus onkin osaltaan yhteydessä lantionpohjan lihaksien kuntoon.

Milloin vain, missä vain!

Voit tehdä harjoituksia ajasta ja paikasta riippumatta, sillä harjoitukset eivät näy ulkopuolisille. Harjoituksista tulisi tehdä osa arkea esimerkiksi hampaita harjatessa, liikennevaloihin pysähtyessä, imettäessä tai ruokaa laittaessa. Harjoitusten tueksi on mahdollista hankkia esimerkiksi apteekista ostettavia emätinkuulia.

Lantionpohjan lihasten harjoittelun tulokset alkavat näkymään noin 2–3 kuukauden kuluttua. Lihasharjoittelun lisäksi ylipainon vähentäminen, terveellisen ruokavallion noudattaminen sekä ummetuksen hoito edesauttavat lantionpohjan lihasten toimintaa.

Lantionpohjan lihasharjoituksia tulisi tehdä useamman kerran päivässä. Pidä kuitenkin kaksi lepopäivää viikossa.

Lantionpohjan lihasten harjoittaminen

Lantionpohjan lihasten harjoittelu on tärkeää ikään katsomatta. Varhain raskauden aikana aloitetulla harjoittelulla voidaan ehkäistä toimintahäiriöiden syntymistä ja vaikuttaa seksuaalielämään. Harjoittelulla voidaan myös vaikuttaa synnytyksen kulkuun, ehkäistä repeämien syntymistä sekä edistää synnytyksestä palautumista.

Tunnistamisharjoitus

Lantionpohjan lihasten tunnistaminen voi tuntua aluksi haastavalta. Jotta harjoitukset kehittävät oikeita lihaksia, tulee harjoittaminen aloittaa tunnistamisharjoituksilla.

- Supista emätintä, virtsaputkea sekä peräaukkoa samalla tavalla kuin pidättäisit virtsaa ja ulostetta
- Supista rauhassa 5 sekuntia
- Supistamisen jälkeen rentoudu 10 sekuntia
- Toistoja tulisi tehdä 5–8 kertaa peräkkäin
- Tee toistoja kahden sarjan verran

Voit myös testata lantionpohjan lihasten löytymistä wc-käynnin yhteydessä keskeyttämällä virtsasuihkun. Jos käytät oikeita lihaksia, virtsasuihku katkeaa. Tätä ei tulisi kuitenkaan käyttää harjoituksena, vaan testinä oikeiden lihasten löytämiseksi.

Oikeiden lihasten tunnistamista voi helpottaa myös sormitestillä viemällä yksi tai kaksi puhdasta sormea emättimeen samalla supistaen lihaksia. Supistusvoima on riittävä, kun tunnet tasaisen supistuksen sormiesi ympärillä.

Voimaharjoitus

Voimaharjoituksen tarkoitus on edistää lantionpohjan lihasten hallintaa ponnistustilanteissa, kuten esimerkiksi esineitä nostaessa. Lihaksia tulisi supistaa aina nostaessa, vaikka taakka olisikin kevyt.

- Supista lantionpohjan lihaksia voimakkaasti vetämällä lantionpohjaa ylös kohti napaa
- Pidä supistus 5 sekunnin ajan
- Rentoudu 10 sekuntia
- Tee 5–10 toistoa

Kestävyysharjoittelu

Kestävyysvoimaharjoittelua tarvitaan muun muassa kävelyä varten. Lihaksia tulisikin tietoisesti jännittää esimerkiksi rappusia kävellessä.

- Supista lantionpohjan lihaksia kevyesti 20–30 sekuntia
- Lepää 40–60 sekuntia
- Tee noin 10 toistoa

Nopeusharjoittelu

Nopeusharjoittelua tarvitaan äkillisiä ponnistuksia, kuten esimerkiksi aivastamista tai yskimistä varten. Lihaksia tulisikin supistaa tietoisesti aina yskessä, aivastaessa ja nenää niistäessä.

- Supista lantionpohjan lihaksia voimakkaasti nopeassa tahdissa 10–20 kertaa

*Älä jännitä
reisi-, virtsa-
tai peräaukko-
lihaksia!*

*Keskity
hengittämiseen
rauhallisesti!*