

RASKAUSDIABETESTA SAIRASTAVAN ASIAKKAAN ELINTAPOHJAUS

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveystieteiden laitos

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Opinnäytetyö

Syyskuu 2010

Sari Haajanen

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden laitos
Hoitotyön koulutusohjelma

SARI HAAJANEN:

Raskausdiabetesta sairastavan asiakkaan
elintapaohjaus

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 34 sivua, 2 liitesivua

Syksy 2010

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko ryhmäohjaus hyvä raskausdiabeetikoiden elintapaohjauksessa. Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia, millaisia kokemuksia raskausdiabetesta sairastavilla asiakkailla oli ryhmäelintapaohjauksesta.

Tutkimus tehtiin Lahden kaupungin äitiysneuvoloissa asiakkaille, jotka osallistuvat raskausdiabeteksen elintapaohjauksen pilottiryhmiin. Ryhmäelintapaohjaukset käynnistyivät huhtikuussa 2010 ja jatkuivat syyskuulle 2010 asti.

Teoreettinen viitekehys raskausdiabeteksestä sairautena ja sen hoitamisesta sekä elintapaohjauksesta mahdollistaa tutkimustulosten ymmärtämisen. Tutkimus tehtiin ja analysoitiin kvantitatiivisena tutkimuksena.

Tutkimus osoitti, että asiakkailla oli hyviä kokemuksia raskausdiabeteksen ryhmäelintapaohjauksesta. Elintapaohjaus on tuloksekasta, kaikki ohjausta saaneet olivat tyytyväisiä aikaan, paikkaan ja ohjaustapaan. Lisäksi ryhmäohjaus sisälsi riittävästi tietoa sairaudesta, sen hoitamisesta (ruokavaliosta ja liikunnasta sekä omaseurannasta). Elintapaohjaus myös herätti motivaatiota muuttaa elämäntapoja ja se koettiin hyödyllisenä.

Avainsanat: raskausdiabetes, ennaltaehkäisy, elämäntavat, elämäntapamuutos, elämäntapaohjaus

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in nursing

SARI HAAJANEN:

Gestational diabetic's lifestyle control

Bachelor's Thesis in Nursing

34 pages, 2 appendices

Spring 2010

ABSTRACT

The purpose of this study was to clarify if the group counseling is a functional method in the lifestyle control of gestational diabetics. The aim of the study was to research what kind of experiences gestational diabetics had about the group lifestyle control.

The study was made for the clients of Lahti city maternity clinics who took part in the pilot groups of gestational diabetes lifestyle control. The group counseling began in April 2010 and was continued until September 2010.

The theoretical framework of gestational diabetes as an illness, treatment methods and lifestyle control makes it possible to understand the research. The study was made and analyzed as a quantitative research.

The study showed that clients had good experiences about the group counseling of gestational diabetes lifestyle control. Lifestyle control is fruitful and everyone who had received counseling was satisfied with the time, place and the way of counseling. Group counseling was considered to contain enough information about the illness, the treatment methods (nutrition and physical training) and self-monitoring. It also aroused the motivation of changing the way of life and was seen as very useful.

Key words: gestational diabetes, prevention, lifestyles, lifestyle change, lifestyle control

SISÄLLYS

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | JOHDANTO | 1 |
| 2 | YLEISTÄ RASKAUSDIABETEKSESTA | 3 |
| 2.1 | Raskausdiabeteksen synty ja riskitekijät | 3 |
| 2.2 | Raskausdiabeteksen toteaminen ja hoito | 4 |
| 2.3 | Raskausdiabeteksen aiheuttamat riskit äidille ja sikiölle | 7 |
| 2.4 | Raskausdiabetesta sairastavan äidin ja vastasyntyneen seuranta sekä lapsen ja äidin myöhäisennusteet | 8 |
| 3 | RASKAUSDIABEETIKOIDEN ELINTAPOHJAUS NEUVOLOISSA | 10 |
| 3.1 | Laadukkaan elintapaohjauksen määrittelyä | 10 |
| 3.2 | Elintapaohjauksen toteuttaminen ryhmässä | 13 |
| 3.3 | Elintapaohjaus raskausdiabeetikoille | 16 |
| 4 | TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄ | 19 |
| 5 | TUTKIMUSAINEISTO, AINEISTON HANKINTA JA AINEISTON ANALYYSI | 20 |
| 5.1 | Tutkimusaineisto ja hankinta | 20 |
| 5.2 | Aineiston analyysi | 21 |
| 6 | TULOKSET | 23 |
| 6.1 | Tutkimustulokset | 23 |
| 6.2 | Johtopäätökset | 25 |
| 6.3 | Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arviointi | 27 |
| 7 | POHDINTA | 29 |
| 7.1 | Jatkotutkimusaiheita | 33 |
| | LÄHTEET | 34 |
| | LIITTEET | |

1 JOHDANTO

Raskausdiabetes yleistyy nopealla vauhdilla Suomessa. Muutamassa vuodessa tautiin sairastuneiden määrä on noussut muutamasta prosentista kymmeneen prosenttiin. Taudin hillitsemiseksi ja laajenemisen estämiseksi etsitään pikaisesti toimia. (Takala 2010) Suomessa on meneillään useita tutkimuksia raskausdiabeteksestä. Esimerkiksi vuonna 2010 on alkanut kansallinen raskausdiabetestutkimus, jossa selvitetään taudin merkitystä äidin ja lapsen terveyden kannalta. Myös vuodesta 2008 lähtien on ollut Radiel-tutkimus: jossa yritetään löytää keinoja estää mahdollisesti puhkeava raskausdiabetes (Radiel 2010; Takala 2010). Aiempien tutkimusten mukaan raskausdiabeteksen ehkäisy on kansantaloudellisesti merkittävää, sillä jopa puolet raskausdiabetestapauksista saadaan ehkäistyksi ravinto- ja liikuntatottumuksilla muuttamalla (Luoto, Aittasalo & Kinnunen 2007, 517).

Gestataatio- eli raskausdiabeteksella tarkoitetaan asiakkaalla ensimmäisen kerran raskauden aikana todettua sokeriaineenvaihdunnan häiriötä riippumatta sen syystä. Raskausdiabeteksen toteaminen on tärkeää, jotta insuliinihoitoa tarvitsevat äidit löydetään. Jos raskausdiabetesta sairastavat äidit jäävät hoitamatta, heidän lapsillaan on selvästi enemmän ongelmia ennen synnytystä, sen aikana ja jälkeen. (Ilanne-Parikka, Rönnemaa, Saha & Sane 2009, 386.) Raskausdiabetesta sairastaneet äidit ovat myös tyypin 2 diabeteksen riskiryhmä, sillä heistä puolet sairastuu diabetekseen kymmenen vuoden kuluessa.

Elämäntavoilla on raskausdiabeteksen syntymisessä ja hoidossa suuri merkitys. Tavoitteena on asiakkaan ruokatottumuksilla edistää normaalia verensokeria ja verenpainetta sekä normaaleja veren rasva-arvoja. Lisäksi säännöllisellä liikunnalla on suuri merkitys, sillä liikunta vähentää tehokkaasti tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuutta. (Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus 2007, 420,422,428.) Omaseuranta on tärkeää: tutkimusten mukaan omaseurannan avulla säädetty hoito vähentää perinataali komplikaatioita (raskausviikon 23 ja syntymän jälkeen viikon välisen ajan komplikaatioita) (Käypähoito suositukset 2008).

Kun huomioidaan raskausdiabeteksen riskit sikiölle (esimerkiksi liikakasvu ja hartiadystokia) sekä raskausdiabetes äitien riski sairastua myöhemmässä vaiheessa

tyypin 2 diabetekseen, raskauden aikaisella oikeanlaatuisella tiedon antamisella sekä ohjauksella voitaisiin saavuttaa pysyviä elämäntapamuutoksia potilaiden ja heidän perheidensä elämässä. Raskaudenaika tarjoaa otollisen ajan uusien tottumusten omaksumiselle, siksi elintapaohjaus saattaa olla merkityksellisempi kuin muissa elämän vaiheissa. Erityisesti huoli sikiön hyvinvoinnista ja terveydestä voi saada perheissä pysyviä elintapamuutoksia aikaan.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys perustuu raskausdiabetekseen liittyvään teoriaan tietoon. Lisäksi käsitellään terveyden edistämistä ryhmäohjauksessa. Ohjauksen päämääränä on tarjota tietoa raskausdiabeteksestä sairautena sekä hoidosta, mahdollistaa ja harjoitella omaseurantaa ja omahoitoa sekä antaa tukea elämäntapamuutoksiin, jotka liittyvät sairauden ennaltaehkäisyyn.

Tässä tutkimuksessa selvitetään millaisia kokemuksia raskausdiabetesta sairastavilla asiakkailta on elintapaohjauksesta ryhmässä. Tarkoituksena on selvittää elintapaohjauksen hyödyllisyyttä: tarjoaako se riittävästi asiakkaille tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, elämäntapojen vaikutuksesta sairauteen sekä sitä, motivoiko elintapaohjaus asiakasta muuttamaan elämäntapoja. Tarkoituksena on tuottaa taustatietoa ryhmäohjauksen toteuttajalle eli Lahden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskukselle tulevaisuutta varten: käytetäänkö yksilö- vai ryhmäohjausta raskausdiabeetikkojen elintapaohjauksessa. Tutkimus toteutetaan kvantitatiivisena tutkimuksena asiakaspalautteiden pohjalta. Asiakkaiden mielipiteitä kerätään asiakaspalautekaavakkeen avulla elintaparyhmäohjaukseen osallistuneilta.

Tämä raskausdiabetes elintapaohjaus tutkimus käynnistyi työelämän tarpeesta. Aihe on hyvin tärkeä ja ajankohtainen, koska raskausdiabetes sairautena yleistyy Suomessa ja siksi aihe herätti mielenkiintoni.

2 YLEISTÄ RASKAUSDIABETEKSESTA

Raskausdiabetes on ensimmäisen kerran raskauden aikana todettu sokeriaineen- vaihdunnanhäiriö, riippumatta sen syystä. Raskauden aikana elimistön hormonit lisäävät verensokerin määrää kehittyvän sikiön kasvuvaatimusten takia, jolloin insuliinintarve kasvaa. Jos elimistö ei pysty tuottamaan tarpeeksi insuliinia, verensokeritaso pysyy kohonneena ja seurauksena on raskausdiabetes. Etukäteen ei voi tietää, kuka sairastuu raskausdiabetekseen. (Walker & Rodgers 2005, 16.)

2.1 Raskausdiabeteksen synty ja riskitekijät

Raskausdiabeteksen kehittymiseen vaikuttavat insuliiniresistenssi, joka voimistuu raskauden jälkimmäisellä puoliskolla ja haiman beetasolujen toimintahäiriö. Loppuraskauden insuliiniherkkyyden heikentyminen eli insuliiniresistenssin voimistuminen johtuu kehon rasvamäärän kasvusta sekä insuliiniherkkyyttä heikentävistä hormoneista, joiden erityis lisääntyä raskauden aikana. Haiman beetasolujen toimintahäiriön syyt ovat samat kuin ilman raskautta esiintyvät eli insuliiniresistenssiin nähden vajavainen insuliinin erityis, autoimmuunihäiriöt ja monogeeninen syy. (Käypähoito suositukset 2008.) Jos raskauden aikana äidin insuliinin erityis ei lisääny normaalisti tai insuliiniresistenssi on tavallista suurempi, äidin veren glukoosipitoisuus suurentuu liikaa. (Ylikorkala & Kauppila 2006, 532.)

Noin 50 %:lla raskaana olevista Suomessa on raskausdiabeteksen riskitekijöitä (Ihanne-Parikka ym. 2009, 385). Raskausdiabeteksen riskitekijöitä ovat: sokeria aamuvirtsassa, ylipainoinen synnyttävä (BMI yli 25), äiti on aikaisemmin synnyttänyt yli 4500 g:n painoisen lapsen, 40-vuotias tai sitä vanhempi synnyttävä, diabetes lähisuvussa, epäily suurikokoisesta sikiöstä kyseisessä raskaudessa, aikaisemman raskauden aikana todettu raskausdiabetes tai munasarjojen monirakkuloireyhtymä eli PCO-syndrooma (Ylikorkala & Kauppila 2006, 532). Kaajan (2008) mukaan raskausdiabeteksen seulonnan teho on huono, koska yli puolella raskausdiabetesta sairastavista potilaista ei ole riskitekijöitä.

Kinnunen (2009) on tutkinut vuosina 2004 – 2005 raskauteen liittyvää liiallista painonnousua. Liiallinen raskauden aikainen painonnousu voi hankaloittaa äidin palautumista entiseen painoonsa synnytyksen jälkeen ja lisätä myöhemmin ylipainon riskiä sekä äidillä että lapsella. Tämän tutkimuksen mukaan elintapaneuvontaa on aiheellista tehostaa, jotta voidaan ehkäistä liiallista painonnousua raskauden aikana ja heti sen jälkeen.

2.2 Raskausdiabeteksen toteaminen ja hoito

Ensimmäinen raskausdiabeteksen merkki on kun virtsanäytteessä on sokeria (Walker ym. 2005, 144). Virtsan glukoosipitoisuus mitataan neuvolassa jokaisella seurantakäynnillä jokaiselta raskaana olevalta naiselta (Ylikorkala ym. 2006, 532). Koska raskauden aikana virtsassa saattaa muutenkin esiintyä sokeria, tarvitaan sokerirasituskoe (Käypähoito suositukset 2008).

Sokerirasituskoe tehdään Suomessa yleensä raskausviikoilla 24 – 28. Rasituskoe tulisi tehdä jo alkuraskaudessa, jos äidillä edellisessä raskaudessa on ilmennyt raskausdiabetes tai äidillä on vahva sukurasite tyyppin 2 diabeteksen suhteen sekä jos jo alkuraskauden aikana on toistuva glukosuria jolloin virtsan glukoosipitoisuus on normaalia suurempi. Raskausdiabeteksen seulonta sokerirasituskokeella kohdistetaan pääosaan raskaana olevista ja vain pienen riskin äidit jäävät seulonnan ulkopuolelle. Sokerirasituskoe tehdään 12 tunnin paaston jälkeen siten, että juodaan 75 g glukoosia sisältävä liuos. Äidin tulisi nauttia runsaasti kuitupitoisia hiilihydraatteja sisältävää ravintoa kahtena – kolmen rasituskoetta edeltävänä päivänä. Verensokeri mitataan välittömästi ennen sokeriliuoksen nauttimista sekä tunnin ja kaksi tuntia sen jälkeen. Koe voi aiheuttaa äidille kuvottavaa oloa, mutta sen tekeminen on erittäin tärkeää, koska se antaa tietoa mahdollisen raskausdiabeteksen vaikeusasteesta. Sokerirasituskoe ei ole sikiölle vaarallinen, vaikka paastoverensokeri olisi kohollakin. (Ihanne-Parikka ym. 2009, 385.) Vaikka äidillä raskausdiabeteksen riskitekijä ilmaantuisi vasta aivan raskauden lopussa, kahden tunnin sokerirasitus on ehdottomasti tehtävä (Teramo, Suhonen & Hiilesmaa 2007, 510).

Jos kokeen kolmesta verensokerituloksesta vain yksi poikkeaa normaalista ruokavaliohoito ja liikunta yleensä riittävät. Tällöin verensokereita seurataan äitiysneuvolassa ja tarvittaessa lähetetään äiti synnytyssairaalaan äitiyspoliklinikalle. (Ihanne-Parikka ym. 2009, 385.)

Jos sokerirasituskokeessa kaksi tai kolme arvoa ovat normaalia korkeampia tai jos paastoverensokeri plasmasta on yli 7.0 mmol/l, äidin verensokeria ryhdytään seuraamaan kotimittarilla. Seuranta suoritetaan kahden vuorokauden ajan viikon kuluessa. Verensokeri mitataan ennen jokaista ateriaa ja tunti aterian jälkeen sekä illalla nukkumaan mennessä. Kerran viikossa mittaus suoritetaan yöllä, esimerkiksi kello neljä. Seurannan tavoitteena on selvittää, riittääkö ruokavalio pitämään verensokerin normaalina vai aloitetaanko insuliinihoito. (Ihanne-Parikka ym. 2009, 385.)

Suomessa noin yhdelle prosentille raskaana olevista joudutaan tekemään verensokerin vuorokausikäyrä sokerirasituskokeen perusteella. Vuorokausikäyrän tarkoituksena on tarkkailla riittääkö ruokavalio pitämään verensokerin normaalina vai aloitetaanko insuliinihoito. Vuorokausikäyrä mittaa ihon alle rasvakudokseen asetettavien sensoreiden välityksellä ihonalaisen rasvakudoksen glukoosipitoisuutta jatkuvasti (Rönnemaa 2009). Näistä äideistä 30 – 40 % tarvitsee ruokavaliohoidon lisäksi insuliinia. Insuliinihoito aloitetaan vasta kun ateriaa edeltävät glukoosiarvot ovat toistuvasti 5,5 mmol/l tai suuremmat, tai aterian jälkeiset arvot ovat toistuvasti 7,8 mmol/l tai suurempia. (Ihanne-Parikka ym. 2009, 386.) Erityisesti verensokerin vuorokausikäyrän perusteella pystytään tehokkaasti löytämään suuren komplikaatioriskin raskausdiabeetikot eli insuliinia ruokavaliohoidon lisäksi tarvitsevat potilaat. (Teramo ym. 2007, 510.)

Raskausdiabeteksen hoidon tavoitteena on pitää veren glukoosipitoisuus normaalina. Hoitona on ennaltaehkäisy, ruokavalio (dieetti), insuliini ja oraaliset sokeritautilääkkeet. (Kaaja 2008) Ennaltaehkäisy tavoitteena on hillitä sairauden etenemistä, uusiutumista sekä myöhemmin diabetes tyyppin 2 puhkeamista. Ennaltaehkäisyä on laihduttaminen, kuitupitoinen ja runsaasti monitydyttymättömiä rasvahappoja sisältävä dieetti sekä fyysinen rasitus (liikunta). Ennaltaehkäisystä ja ruokavaliosta kohdassa 3.4: elämäntapaohjaus raskausdiabeetikoille.

Insuliinihoito aloitetaan kun paastoverensokeri on suurempi kuin 5,5 mmol/l ja/tai aterian jälkeen jos verensokeri on suurempi kuin 7.8 mmol/l. Insuliinin pistäminen opetetaan äidille verensokerin omaseurannan kanssa samanaikaisesti. Omaseurannassa on tärkeätä mitata aamun verensokerin paastoarvoa sekä aterian jälkeisiä arvoja, jotta voidaan selvittää pitkävaikutteisen insuliinin sekä ateriainsuliinin tarve. Australialainen tutkimus vuonna 2005 on osoittanut että tiheät verensokerin mittaukset ja insuliinihoito vähensivät makrosomiaa eli sikiön liikakasvua ja perinataaliongelmia (23 raskausviikon ja lapsen yhden viikon elinajan välinen aika). Lähes poikkeuksetta voidaan insuliinihoito lopettaa heti synnytyksen jälkeen. (Kaaja 2008; 2009, 331-2.)

Oraaliset diabeteslääkkeet ovat nousseet insuliinihoidon vaihtoehdoksi. Lihavuuden yleistymisen sekä synnytysien kohoamisen lisäävät tyyppin 2 diabetesta sairastavien naisten määrää. Tästä syystä suun kautta otettavat diabeteslääkkeet, biguanit (metformiini) ja sylfonyyliureat (glibenklamidi) ovat tulleet myös raskaana olevien käyttöön. Metformiini parantaa insuliiniherkkyyttä maksassa, vähentää glukoosin uudismuodostusta, jarruttaa painonnousua eikä aiheuta hypoglykemian vaaraa, vähentää siten raskausdiabeteksen ilmaantuvuutta. Vaikka metformiini läpäisee istukan, se on toistaiseksi osoittautunut turvalliseksi käyttää. Metformiinilla on tutkimuksissa havaittu suotuisia vaikutuksia erityisesti PCOS (monirakkulaoireyhtymä) potilailla: vähentää diabetesvaraa ja parantaa hedelmällisyyttä. Toisen oraalisen diabeteslääkkeen glibenklamidin vaikutus perustuu haiman insuliinintuotantoa lisäävään ominaisuuteen, eikä se juuri läpäise istukkaa. Mutta sen tehoa on raskausdiabeteksen hoidossa epäilty, koska ylipainoisen raskausdiabetesta sairastavan naisen insuliinintuotanto on alun perin runsasta. Suomessa glibenklamidia ei suositella käytettäväksi raskausdiabeteksen hoidossa, sitä on lähinnä käytetty Yhdysvalloissa. Tulevaisuudessa raskausdiabeteksen hoito suun kautta otettavilla diabeteslääkkeillä tulee luultavasti lisääntymään, mutta usein tarvitaan lisäksi insuliinia. Oraalisten diabeteslääkkeiden pitkäaikaisvaikutuksia syntyneiden lasten terveyteen tutkitaan. (Kaaja 2008; 2009 331-2.)

2.3 Raskausdiabeteksen aiheuttamat riskit äidille ja sikiölle

Raskausdiabeteksen toteaminen on tärkeää, jotta insuliinihoitoa tarvitsevat äidit havaitaan. Jos nämä äidit jäävät hoitamatta, heidän lapsillaan on selvästi enemmän ongelmia ennen synnytystä, sen aikana ja jälkeen. Tavallisin ongelma on lapsen kasvaminen kohdussa liian suureksi eli makrosomia. Tämä saattaa aiheuttaa loppuraskaudessa lapselle kroonista hapenpuutetta, kohdunsisäisen kuoleman sekä alatiesynnytyksessä lapsen hartioiden vaikeasta ulosauttamisesta johtuvan hartian hermopunoksen vammautumisen. Raskausdiabetes voi aiheuttaa vastasyntyneelle hypoglykemiaa. (Ihanne-Parikka ym. 2009, 386; Teramo ym. 2007, 510.)

Äidillä raskausdiabetes kohottaa raskauden aikaista verenpainetta ja lisää raskausmyrkytyksen mahdollisuutta (Käypähoito suositukset 2008). Obstetrisia komplikaatioita ovat vakavat repeämät, verenvuodot ja keisarinleikkaus (Teramo ym. 2007, 510). Kaajan (2008) mukaan äidillä kohonnut verenpaineen raskauden aikana lisää kahden – neljänkertaiseksi vaaran myöhempään sokeriaineenvaihdunnan häiriöön.

Sikiön liiallinen kasvu (makrosomia) on raskausdiabeteksen aiheuttamassa makrosomiassa erilainen kuin ei-diabeetikon sikiön makrosomiassa. Diabeetikon sikiön vartalo on suhteellisen suuri, mutta pää ja aivot eivät kasva normaalia suuremmiksi. Vartalon suuri koko johtuu ihonalaisen rasvakudoksen lisääntymisestä ja myös maksan ja lihasten normaalia suuremmasta kasvusta. Ei-diabeetikon makrosomisen sikiön ruumiinrakenne on sopusuhtainen ja symmetrinen, ja sitä säätelevät geneettiset tekijät, istukan toiminta ja äidin ravitsemus. (Teramo 1998, 2254; Teramo & Kaaja 2009.) Raskausdiabetesta sairastavan äidin sikiön kasvutapa altistaa alatiesynnytyksessä sikiön ulosautto-ongelmille ja hartiadystokialle (Teramo & Kaaja 2009; Käypähoito suositukset 2008).

Tutkimuksen mukaan ruokavaliohoitoisten raskausdiabeetikkojen lapsilla makrosomian esiintyvyys ei poikkea merkitsevästi terveiden äitien lasten makrosomian esiintyvyydestä, kun taas insuliinihoitoisten raskausdiabeetikkojen makrosomisten lasten osuus on neljä kertaa niin suuri kuin ruokavaliohoitoisilla ras-

kausdiabeetikoilla. Tutkimus on tehty naistenklinikalla vuosina 1988 – 1997. (Teramo ym. 2007, 507.)

2.4 Raskausdiabetesta sairastavan äidin ja vastasyntyneen seuranta sekä lapsen ja äidin myöhäisennusteet

Insuliinihoitoa saavien raskausdiabeetikkoäitien lapset jäävät lastenosaston seurantaan synnytyksen jälkeen vähintään puoleksi – yhden vuorokauden ajaksi. Kaikkien diabeetikkoäitien vastasyntyneiden verensokeriarvoja seurataan vähintään kahden vuorokauden ajan. (Fellman & Luukainen 2006, 36.) Jos arvot ovat poikkeavia tai lapsella on oireita, on seuranta syytä jatkaa tiheästi kahden vuorokauden ikään saakka. Hypoglykemian ehkäisemiseksi suositellaan aktiivista ja tiheää rintaruokintaa, tarvittaessa lisämaidon antoa. Suurentunut kellastumisriski on syytä huomioida osastoseurannassa ja kotiutusvaiheessa. (Käypähoito suositukset 2008.)

Äidin raskausdiabetes saattaa lisätä lapsen myöhemmän liikapainon, glukoosiainenvaihdunnan häiriön ja metabolisen oireyhtymän riskiä. Toistaiseksi seuranta-tutkimuksia on vain noin 16 ikävuoteen asti. (Käypähoito suositukset 2008.)

Äideillä raskausdiabetes paranee tavallisesti synnytyksen jälkeen. Synnytyksen jälkeen äidin elimistön insuliinitarve vähenee rajusti, verensokereita mitataan säännöllisesti ja tavallisesti insuliinihoito lopetetaan. Synnytyksen jälkeen glukosirasituskoe tehdään neuvolassa tai terveyskeskuksessa paikallisten ohjeiden mukaisesti. Äidit, joilla todetaan yksikin poikkeava arvo, ohjataan jatkoseurantaan. Sokerirasituskoe uusitaan synnytyksen jälkeen kaikille raskausdiabeteksen sairastaneille. Insuliinia käyttäneille äideille uusitaan sokerirasituskoe kuuden – 12 viikon kuluttua synnytyksestä. Muille raskausdiabeetikoille koe uusitaan noin vuoden kuluttua synnytyksestä. Kaikilta raskausdiabeteksen sairastaneilta seurataan lisäksi painoa, vyötärön ympärysmittaa, verenpainetta ja veren lipidejä yhden – kolmen vuoden välein. Seurantaväli ja seurannan kesto riippuvat diabeteksen riskitekijöiden tasosta, erityisesti potilaan painosta ja sokerirasituskokeen tuloksesta. Taudin uusiutuminen vaihtelee suuresti eri tutkimusten mukaan (30 – 84

%). Raskausdiabetes näyttää uusiutuvan herkästi riskiryhmillä. (Käypähoito suosituksukset 2008.)

Raskausdiabetesta sairastaneet äidit ovat tyypin 2 diabeteksen selvä riskiryhmä, josta noin puolet sairastuu diabetekseen kymmenen vuoden kuluessa. Eri tutkimuksissa 6 – 92 %:lla raskausdiabetesta sairastaneista on todettu myöhemmin tyypin 2 diabetes (Luoto, Aittasalo & Kinnunen 2007, 513.). Sairastumisriskiä lisäävät erityisesti ylipaino, raskausdiabeteksen toteaminen alle 25-vuotiaana, lähi-sukulaisen diabetes tai insuliinihoidon tarve raskauden aikana. Myöhemmin noin kymmenen prosenttia raskausdiabeteksen sairastaneista sairastuu tyypin 1 diabetekseen. Tämän vuoksi on tärkeää seurata raskausdiabeteksen sairastaneiden äitien sokeriaineenvaihduntaa säännöllisesti, esimerkiksi mittaamalla paastoverensokeri kerran vuodessa. Sokerirasitus tulisi tehdä noin vuoden kuluttua synnytyksestä. Niillä joilla oli käytössä insuliinihoito, sokerirasitus tulisi tehdä kuuden – kahdentoista viikon kuluttua synnytyksestä. (Ihanne-Parikka ym. 2009, 386.)

Tyypin 2 diabeteksen välttämiseksi on tärkeää, että äiti saavuttaa tai säilyttää normaalin painonsa. Parhaiten painon alentamien onnistuu vähärasvaisella ruokavaliolla, ruokamäärien kohtuullisuudella, säännöllisellä liikunnalla sekä imettämällä. (Diabetesliitto 2006, 18). Imetys auttaa myös laihtumisessa, tavoitteena on yleisen imetyssuosituksen mukainen kuuden kuukauden täysimetys. (Käypähoito suosituksukset 2008.)

3 RASKAUSDIABEETIKOIDEN ELINTAPOHJAUS NEUVOLOISSA

Potilaslain mukaan potilaalla on oikeus saada tietoa omasta terveydentilastaan, hoidon laajuudesta ja vaihtoehtoista sekä riskitekijöistä niin, että hän ymmärtää saamansa informaation riittävän hyvin (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2 §). Suomen Kansanterveislain mukaan kunnalla on velvollisuus järjestää terveysneuvontaa ja seurata kuntalaisten terveydentilaa sekä siihen vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin (Suomen Kansanterveyslaki 66/1972 14 §). Elintapaohjausta voidaan antaa yksilöllisesti tai ryhmässä. Raskausdiabetesta sairastavien elintapaohjaus sisältää ruokavalion, liikunnan ja omaseurannan ohjausta. Tässä työssä elintapa ja elämäntapa ovat rinnakkaistermejä eli tarkoittavat samaa asiaa.

3.1 Laadukkaan elintapaohjauksen määrittelyä

Onnismaan (2007, 7) mukaan potilaalle annettava ohjaus on ajan, huomion ja kunnioituksen antamista potilaalle. Parhaimmillaan se on sellainen neuvottelu ohjaajan ja ohjattavan välillä, joka edistää keskustelun keinoin ohjattavan kykyä parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjaus ei ole kaikkitietävää asiantuntijuutta, vaan riski- ja eettisten kysymysten yhteistä pohdintaa ja arviointia.

Vehviläinen (2001, 12) on laajasti tutkinut ohjauksen vuorovaikutusta. Hänen mukaansa ohjaus on työtä, jota pääasiassa tehdään keskustelemalla, olemalla vuorovaikutuksessa, mutta se ei rakennu ainoastaan keskustelun varaan. Ohjaukselle asetetut tavoitteet eivät toteudu ilman kohtaamista, jossa osapuolet voivat tuoda esille näkemyksiään ja kuulla vastaavasti toisen ajatuksia.

Erilaiset elämäntapa-/terveysneuvonnan ohjaustavat voidaan luokitella lähestymistavan mukaan. Hallitseva ohjaustapa, jossa hoitaja antaa tietoa ja suoria kehoituksia kohdistamatta niitä kuitenkaan yksilöllisesti kenellekään. Tällöin asiakas on tilanteessa passiivinen: hän vastaan ottaa tietoa ja vastaa kysymyksiin. Osallistuvassa ohjaustavassa hoitaja on osallistuva asiantuntija tarttuen asiakkaan vihjeisiin, aloitteisiin, kokemuksiin ja kysymyksiin. Hoitaja antaa ohjausta asiakkaan

tilanteeseen soveltaen: asiakas on aktiivinen keskustelija ja kyselijä. Konsultoi-
vassa ohjauksessa hoitaja on neutraali myötäilijä. Hän antaa asiakkaan tuoda
oman tietämyksensä ohjaustilanteeseen: asiakas on aktiivinen kokemuksiensa
pohtija, itsensä ja perheensä asiantuntija. Hän pyrkii ohjaamaan ja korjaamaan
toimintaansa. (Armanto & Koistinen 2007, 431.)

Kääriäinen (2007, 134) on tutkimuksen perusteella luonut käsiteanalyysin pohjalta
hypoteettisen mallin potilasohjauksen laadusta. Kehitetyn hypoteettisen mallin
mukaan laadukas ohjaus on hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen perustu-
vaa, potilaan ja hoitohenkilöstön kontekstiin sidoksissa olevaa, vuorovaikutussuh-
teessa rakentuvaa, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on asianmukaisin
resurssein toteutettua, riittävää ja vaikuttavaa.

Kääriäisen (2007, 33–34) mukaan laadukkaalle ohjaukselle on ominaista potilas-
lähtöisyys, jolla tarkoitetaan potilaan taustatekijöihin, kuten tarpeiden ja omaisten
huomioimista. Laadukas ohjaus edellyttää, että potilas saa riittävästi ohjausta.
Useissa tutkimuksissa on todettu, että potilaat ovat olleet tyytymättömiä saamaan-
sa ohjaukseen. He tarvitsevat enemmän tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta, kuten
sairauden oireista, syistä, ongelmista ja lääkehoidosta. Usein miten ohjausta toteu-
tetaan suullisesti, koska vuorovaikutusta pidetään ohjauksen kulmakivenä.

Kääriäinen ja Kyngäs (2005, 208–211) kuvaavat potilaiden ohjausta hoitotieteelli-
sissä tutkimuksissa. Tutkimuksen mukaan annettu ohjaus vaikutti positiivisesti
muun muassa potilaan terveydentilaan, elämänlaatuun, hoitoon sitoutumiseen,
itsehoitoon ja tiedon määrään.

Suomalainen neuvolajärjestelmä, joka pyrkii entistä enemmän huolehtimaan koko
perheen hyvinvoinnista, takaa poikkeuksellisen hyvän toimintaympäristön terveel-
listen elämäntapojen edistämiseen (Luoto ym. 2007, 517). Neuvolat ovat tervey-
denhuollossa se toiminnan osa, jonka erityisenä tehtävänä nähdään terveyden
edistäminen ja sen sisällä sairauksien ehkäisy. Elintapaohjaus neuvolassa lisää
perheen mahdollisuuksia vaikuttaa terveytensä taustalla oleviin tekijöihin ja siten
kohentaa perheen terveyttä. Neuvolassa annetaan tietoa lapsen ja perheen elämän
edellytyksiin sekä vanhempien ja lasten taitoon tehdä terveyttä edistäviä elämän-

tapavalintoja. Neuvolatyön perustana ovat voimavaralähtöisyys, yhteisöllisyys ja vertaistuen hyödyntäminen, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus sekä moniammatillinen yhteistyö. Ohjauksessa käsitellään väistämättä perheen valintoja sekä elin- ja elämäntapoja. Perheellä luonnollisesti on oikeus omiin valintoihinsa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 104; Vertio 2003, 114–115.)

Neuvolan henkilöstön tehtävänä on tarjota erilaisia vaihtoehtoja ja keskustella valintojen seurauksista lapsen ja koko perheen terveydelle ja hyvinvoinnille sekä antaa tutkimuksiin perustuvaa ajankohtaista tietoa perheen oman päätöksenteon perustaksi. Jotta tiedosta tulisi motivoiva ja voimaa antava tekijä, vanhempien on voitava hahmottaa sen merkitys omassa elämässään. Tapa, jolla tieto annetaan on tärkeää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 104; Vertio 2003, 114–115.)

Uusien taitojen oppiminen on avainasemassa uusia elämäntapoja omaksuttaessa. Esimerkiksi pelkkä teoretieto liikunnan merkityksestä terveyden edistäjänä ei automaattisesti muuta kenenkään elämäntapoja, vaan muutos edellyttää terveyttä ylläpitävän tiedon soveltamiskykyä toiminnan tasolla arjessa. Oppimisen psykologiassa ja kasvatustieteessä korostetaan oppimiskäsitystä, jonka mukaan ohjaajan rooli on muuttunut tiedon jakajasta oppimisen mahdollistajaksi eli oppimista tukevan tilanteen järjestäjäksi. Oppiminen määritellään oppijan aktiiviseksi toiminnaksi, jossa jatkuvasti rakennetaan ja päivitetään uusia toimintatapoja. Uusien elämäntapojen omaksuminen on pitkä prosessi, johon ohjaaja voi omalla toiminnallaan merkittävästi vaikuttaa. (Turku 2007, 16–17.)

Hoitotyössä ohjaaminen on osa ammatillista toimintaa. Terveystoimittajan tärkeä rooli on auttaa asiakasta oivaltamaan mahdollisuutensa ja kykynsä. Hoitajalla on myös vastuu siitä, että asiakas saa tarvitsemansa määrän ohjausta. Mikäli asiakas ei saa riittävästi tietoa erilaisista vaihtoehtoista tai hän ei ole ymmärtänyt saamaansa tietoa, hänen on vaikea tehdä oman terveytensä tai perheensä terveyteen liittyviä valintoja. Ohjaajana toimivan hoitajan on tärkeää olla avoin sekä nöyrä oppimaan ja kehittymään myös itse ohjaustilanteiden myötä. Jokainen ohjaustilanne on erilainen ja mahdollisesti ennalta arvaamaton, tämä jo asettaa vaatimuksia ohjaajan uuden oppimiselle. Aikaisemmat ohjaustilanteet sekä muut ammatil-

liset ja elämäkokemukset auttavat hoitajaa kasvamaan ja kehittymään ohjaustilanteissa. (Armanto ym. 2007, 432.)

Myös muiden terveydenhuollon ammattilaisten kuin terveydenhoitajien rooli elämäntapaneuvonnassa on tärkeä. Tähän viittaa yhdysvaltalainen tutkimus, jonka mukaan raskaana olevat kokivat lääkärin neuvot kaikkein tärkeimmiksi fyysisen aktiivisuutensa kannalta. (Luoto ym. 2007, 517.)

3.2 Elintapaohjauksen toteuttaminen ryhmässä

Kääriäisen (2007, 34–35) mukaan yksilöohjausta pidetään oppimisen kannalta ryhmäohjausta tehokkaampana. Toisaalta, ryhmäohjaus toimii hyvin, kun useilla potilailla on samaan aiheeseen liittyviä ohjaustarpeita. Keskustelunomaisessa ryhmäohjauksessa potilaat saavat tietoa ja mahdollisuuden muodostaa tukiverkostaan ryhmän jäsenistä. Ryhmäluentoa pidetään passiivisena menetelmänä, koska potilaiden siitä saama hyöty riippuu hoitohenkilöstön esitystavasta ja kielellisestä ilmaisusta.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen Lastenneuvola lapsiperheiden tukena oppaan (2005, 113) mukaan vertaistuellla tarkoitetaan vertaisen eli toisen samanlaisessa elämäntilanteessa elävän vanhemman antamaa sosiaalista tukea. Sosiaalinen tuki sisältää yksilön tietoisuuden siitä, että on olemassa muita ihmisiä, joilta hän voi saada emotionaalista, tiedollista ja arviointia sisältävää tukea sekä käytännöllistä apua. Vertaistuesta on kotimaisten ja ulkomaisten tutkimusten mukaan kiistatonta hyötyä monille perheille.

Asiakkaiden motivoinnissa ryhmää apuna käyttäen, pyritään hyödyntämään ryhmän vuorovaikutukseen liittyviä etuja. Ryhmän keskinäisestä vuorovaikutuksesta eli ryhmän dynamiikasta voi motivoitumisessa löytyä yllättäviä voimia ja tuen antajia. Motivaation syntyyn tarvittava ”toivon herääminen” on yksi terapeuttisista voimista, jota ryhmäohjauksessa pystytään paremmin hyödyntämään kuin yksilöohjauksessa. Vertaistuen merkitys on ryhmässä olennaista. Tunne, että toiset ymmärtävät selittämättä oman tilanteen ja hyväksytyksi tuleminen toimivat usein

yhdistävänä tekijänä. Yleinen useissa tutkimuksissa ryhmäohjauksen liittyvä havainto liittyy oppimiseen. Ryhmässä opitaankin enemmän kuin yksin opiskeltaessa. Keskeistä on sosiaalinen vuorovaikutus ryhmäläisten kesken sekä toisaalta myös ryhmäläisten ja ohjaajan kesken. Ryhmän dynamiikka tukee parhaillaan sekä motivaatiota että uuden oppimista, ja siitähän elämäntapaohjauksessa pitkälti on kyse. Sillan rakentaminen ryhmäläisten arkeen ja ennen kaikkea jokapäiväiseen toimintaan tukee ryhmäläisten sitoutumista elämäntapamuutokseen kaikkein parhaiten. (Turku 2007, 87–99.)

Usein ryhmän kokoamisen perusteena käytetään taloudellisia laskelmia ja haetaan taloudellista hyötyä verrattuna yksilöohjaukseen. Perusterveydenhuollossa ryhmäohjaukskulttuurin kehittyminen edellyttää riittävää panostusta ohjaajien resursseihin niin, että ryhmäohjauksen suunnitteluun ja toteutukseen käytettävissä olevat voimavarat vastaisivat suunnitelmiin kirjattuja ohjaustavoitteita. Harvat ohjaajat saavat työssään pelkästään keskittyä ryhmien ohjaamiseen, vaan ohjausta usein tehdään muun perustyön ohella. Ryhmämuotoisen ohjauksen kehittämisen ei tulisi tapahtua yksilömuotoisen ohjauksen kustannuksella. (Turku 2007, 87.)

Kuitenkin ryhmäohjauksen edut verrattuna yksilöohjaukseen ovat ohjaukseen ja ryhmän vuorovaikutukseen liittyvät edut. Ryhmäohjauksen etuja ei kuitenkaan saavuteta automaattisesti. Ryhmän toiminnan tarkoitus ja tavoitteen mukainen suunnittelu ja toteutus on toimivuuden perusedellytys. Erityisesti elämäntapaohjaukseen suunnatussa ryhmässä riittävän pieni ryhmäkoko on perusedellytys, suositeltava ryhmäkoko on noin kahdeksasta kahteentoista henkeä. Tällöin yksilöllisyys ei kärsi ja ohjaus ei jää kasvottomaksi. Elämäntapaohjaus ryhmässä korostuu omaan työskentelyyn sitoutumisen pohdintaa, tavoitteena muutosprosessin käynnistäminen ja tukeminen ryhmän vuorovaikutusta hyödyntämällä. (Turku 2007, 87 – 89.)

Taitava ohjaaja mukailee ohjattavien lähtötilannetta ja räätälöi ohjauksensa ryhmän tarpeiden mukaisesti. Ohjaajan tehtävä on pysäyttää oppija tilanteeseen ja arvioida yhdessä tämän kanssa erilaisia toiminta- ja ratkaisumalleja. Ohjauksen on lähdeittävä päin, ei kantapäin kautta: tämä tapahtuu vastavuoroisen keskustelun avulla. Molemmat osapuolet vuorollaan kysyvät ja vastaavat, sekä käyvät avointa

dialogia. (Turku 2007, 17.) Ammattilaisen ammattitaitoon kuuluu myös riittävien vuorovaikutustaitojen hallinta. Ohjauksessa pyritään antamaan ohjausta kaikella sillä tiedolla, taidolla, tunteella ja ennen kaikkea asenteella, mitä itsehoidon soveltaminen kunkin elämäntilanteessa edellyttää. Ohjattavasta tehdäänkin ikään kuin oma ohjaaja ja hoitaja. (Turku 2007, 23.)

Turun (2007, 90–91) mukaan ryhmäohjauksessa ohjaajan on valmistauduttava siihen, että sitoutuminen ryhmäprosessiin ei automaattisesti johda henkilökohtaisen muutosprosessin käynnistymiseen. Vastuunottaminen omista terveyttä koskevista valinnoista on monille uuden opettelun paikka. Jos ryhmän tavoitteena on herättää osallistuja ottamaan vastuuta omasta terveyskäyttäytymisestään ja tekemään itsenäisiä päätöksiä sen suhteen, tämä on tärkeää tuoda esille heti alussa. Tuodaan siis selvästi ryhmäohjauksen tavoite esille heti alussa, muutoin ryhmäläisiltä kuluu turhaa energiaa sen selvittämiseen mitä heiltä odotetaan ja mitä ohjaaja tavoittelee.

Toiminnalliset menetelmät ryhmäohjauksessa tehostavat elämäntapojen muuttamiseen liittyvien teemojen käsittelyä sekä ajallisesti että sisällöllisesti. Niiden avulla päästään luontevasti puheesta tekojen tasolle ja vahvistetaan ryhmäläisten toimintavalmiuksia ryhmän ulkopuolella. Kun ohjaukseen tavoitteena ovat pienet muutokset arjen teoissa, on hyvä siirtää ryhmässäkin painopistettä puheesta tekoihin. Parhaimmillaan toiminnalliset menetelmät ovat hyvin yksinkertaisia. (Turku 2007, 94.)

Asbetzin (2007) mukaan käytännön työvälineitä elintapamuutoksen motivaation heräämiseen sekä käyttäytymisen seurantaan ovat motivoiva haastattelu sekä testit ja liikunta- sekä ruokapäiväkirjat. Elintapamuutoksen suunnittelemisessa, toteuttamisessa ja ylläpitämisessä käytännön työvälineitä ovat tavoiteportaikko sekä tavoitepäiväkirja (notkahdusten suunnittelu). Tavoiteportaikko sisältää lähtötilanteen (tässä olen nyt), seuraavan portaatin (mitä aion tehdä viikon päästä ja kuukauden päästä) ja tavoitteen (tänne haluan päästä).

Onnismaan (2007, 9) mukaan ohjauksen ja neuvonnan arviointi on monista ongelmista huolimatta tarpeellista. Ohjauksen ammatillinen etiikka ei ole sääntöjen

määrittelemää oikeanlaista toimintaa, vaan erilaisia toimintojen ehtojen tunnistamista ja monesti ristiriitaisissa tilanteissa elämistä.

3.3 Elintapaohjaus raskausdiabeetikoille

Elämäntavoilla on diabeetikon elämässä suuri merkitys. Ylipainoisuus ja lihavuus ennen raskautta ovat yleistyneet eri puolilla maailmaa. Ylipainoisuus lisää raskausdiabeteksen riskiä noin kaksinkertaisesti, lihavuus yli kolminkertaisesti. Runsaas tyydyttyneen rasvan ja vähäinen monityydyttymättömien rasvahappojen saanti ovat merkittäviä tekijöitä raskausdiabeteksen kehittymisessä. Tutkimusten mukaan jopa puolet raskausdiabetes tapauksista voidaan ehkäistä terveellisillä ravinto- ja liikuntatottumuksilla. (Luoto ym.2007, 513.)

Huomioitaessa raskausdiabeteksen riskit sikiölle sekä raskausdiabetes äitien riski sairastua myöhemmässä vaiheessa diabetekseen, raskauden aikaisella oikeanlaatuaisella tiedon antamisella sekä ohjauksella voitaisiin saavuttaa pysyviä elintapamuutoksia asiakkaiden elämässä. Elintapaohjauksella voidaan edistää asiakkaiden terveyttä hyvin tavoitteellisesti ja pysyvästi, sillä raskaudenaika tarjoaa merkityksellisen ajan uusien elämäntapojen omaksumiselle.

Keskeistä elintapaohjauksessa on liikapainon välttäminen ruokavalion ja liikunnan avulla. Tavoitteena on asiakkaan ruokatottumuksilla pyrkiä edistämään normaalia verensokeria ja verenpainetta sekä normaaleja veren rasva-arvoja. Ruokavalio-ohjaus on prosessi, jossa edetään pienin askelin potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Huomio kiinnitetään ravinnon laatuun ja ruuan jakamiseen useammalle aterialle päivän aikana, jolloin ehkäistään aterian jälkeinen korkea verensokeri ja väsymys. (Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus 2007, 420.) Ruokavaliohoito on raskausdiabeteksessä keskeistä riippumatta siitä, aloitetaanko insuliinihoito vai ei.

Kaajan (2008) mukaan dieetin tulisi olla kuitupitoinen 10 g/vrk, runsaasti monityydyttymättömiä rasvahappoja (koska parantaa glukoosinsietoa) sekä fyysistä rasitusta sisältävä. Dieetti on hoidon perusta, ja se sisältää 1600 -1800

kcal/vuorokaudessa. Raskausdiabeetikoille suositellaan väestön ravitsemussuosituksen mukaista ruokavaliota. Monipuoliseen ruokavalioon kuuluu täysjyvävalmisteita, perunaa, kasviksia, marjoja ja hedelmiä, vähärasvaisia maito- ja lihavalmisteita sekä pehmeää rasvaa sisältävää levitettä ja öljyä. Samanlaisen ruokavalion olisi hyvä säilyä myös vauvan syntymän jälkeen. Tarvittavan ruuan määrä on aina yksilöllinen, riippuen pituudesta, painosta ja painon muutoksesta raskauden aikana ja liikunnan määrästä. Sopiva painonnousu raskauden aikana osoittaa, että äiti on syönyt sopivasti mutta ei liikaa. (Diabetesliitto 2006, 7–8). Suuri raskauden aikainen painonnousu mainitaan useissa kirjallisissa lähteissä raskausdiabeteksen riskitekijäksi, mutta se on kiistanalainen koska turvotusten määrä raskauden lopussa on hyvin vaihtelevaa (Luoto ym. 2007, 514).

Liikunnan merkitys on olennaista raskausdiabeteksen hoidossa, koska se laskee verensokeria (Diabetesliitto 2006, 16). Liikunta myös vähentää tehokkaasti tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuutta. Liikunnan vaikutus voi tehostua jos hoitoon liitetään ruokavaliomuutoksia, jotka tähtäävät liiallisen painonnousun estämiseen. Raskausajan liikuntasuositus on yhteneväinen koko väestölle tarkoitetun terveystyypin kanssa. Terveystyypillä tarkoitetaan kohtuudella kuormittavaa liikuntaa, esimerkiksi päivittäin vähintään puoli tuntia kerrallaan reipasta kävelyä, pyöräilyä tai uintia. Lihaskunnan ylläpitämiseen ja kohottamiseen suositellaan kahdesti viikossa kuntosalityyppistä liikuntaa. (Mustajoki ym. 2007, 428.)

Toistaiseksi on vähän tutkimuksia liikunnan vaikutuksista raskauden aikana todettuun odottavan äidin glukoosiainevaihdunnan häiriöön (Käypähoito suositukset 2008). Käytännössä ennen raskautta vähän liikkuneiden naisten tulisi pyrkiä liikumaan ripeää kävelyä vastaavalla teholla puoli tuntia päivittäin. Naiset, jotka ovat olleet fyysisesti aktiivisia ennen raskautta voivat jatkaa liikkumistaan kuten ennenkin. (Luoto ym. 2007, 517.)

Verensokerin omaseuranta parantaa hoitotasapainoa. Verensokeria seurataan mittaamalla veren sokeri aamuisin sekä kahtena – kolmena päivänä viikossa ennen aterioita ja tarvittaessa tunti aterioiden jälkeen. Tulosten tulkinnan perusteella tehdään tarvittavat muutokset omahoitoon (ruuan, liikunnan ja lääkityksen tasapainottaminen) sekä tulokset kirjataan omaseurantavihkoon. Omaseurannalla ras-

kausdiabeetikko saa tuntuman hoidon tehoon. (Kaaja 2008; Mustajoki ym. 2007, 422.)

Omaseurannan ohjaaminen on tärkeä osa raskausdiabeteksen elintapaohjausta. Glukoositasapainon seurannassa käytetään omaseurantaa. Sen avulla säädetty hoito vähentää perinataalikomplikaatioita australiais-englantilaisen tutkimuksen mukaan (Käypähoito suositukset 2008). Omaseurannan ohjaukseen sisältyy verensokeerin mittaaminen ja seurantaviikkoon kirjaaminen. On tärkeää että raskausdiabetesta sairastava hallitsee omahoidon ja on motivoitunut siihen. Hoitosuhteessa diabeetikko on hoidon totuttaja ja ongelmien ratkaisija, terveydenhuollon asiantuntija on asiakkaan käytössä oleva resurssi. Omahoitoon motivoitumisen ja jaksamisen tukemisen tulee olla aktiivista, osallistuvaa ja tavoitteellista toimintaa.

Kaajan (2009, 331) mukaan hyvä näyttö raskausdiabeteksen aktiivisen hoidon hyödyllisyydestä saatiin australialaisessa ACHOIS-tutkimuksessa, jossa ruokavaliohoito, verengluukoosin omaseuranta ja insuliinihoito vähensivät rutiiniseurantaan verrattuna selkeästi perinataalikomplikaatioita.

Raskauden aika tarjoaakin yleisesti asiakkaan kannalta hyvin otollisen ajan elämäntapaohjaukselle, mutta synnytyksen jälkeen ”ote lipsuu”. Stage ym. 2004 ovat tutkimuksessaan todenneet että synnytyksen jälkeen 18 %:lla paino laski, 33 %:lla nousi. Silti 86 % oli huolissaan seuraavan raskauden vaaroista. Tutkimuksia, raskausdiabeteksen vaaroista, jos raskauden jälkeen painonpudotus onnistuu, ei ole. (Kaaja 2008.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄ

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää raskausdiabetes ryhmäohjaukseen osallistuneiden asiakaspalautteiden pohjalta kokemuksia ryhmäelintapaohjauksesta. Tutkimuksen tarkoituksena on myös tuottaa pohjatietoa Lahden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskukselle, käytetäänkö tulevaisuudessa yksilö- vai ryhmäohjausta raskausdiabeetikkojen elintapaohjauksessa.

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää asiakaspalautteiden pohjalta vastaako ryhmäohjaus asiakkaiden odotuksia ohjaamiselle sekä tutkitaan ryhmäohjauksen toteuttamista asiakkaan näkökulmasta (tilat, aika, tapa). Lisäksi tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa ryhmäohjauksesta, tarjoaako se riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoitamisesta sekä sitä, herättääkö ryhmäohjaus motivaatiota muuttaa elämäntapoja. Tavoitteena on selvittää, haluavatko asiakkaat yksilö- vai ryhmäohjausta.

Tämän tutkimuksen tehtävä on hakea vastausta kysymykseen:

- Millaisia kokemuksia raskausdiabetesta sairastavilla asiakkailla on ryhmäohjauksesta sen eri osa-alueilta?

5 TUTKIMUSAINEISTO, AINEISTON HANKINTA JA AINEISTON ANALYYSI

Yhteistyökumppani on Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystalouden äitiysneuvolat. Työelämän osalta yhteyshenkilöinä on ollut osastonhoitaja ja neljä terveydenhoitajaa. Terveydenhoitajat toimivat hankkeessa vastuuhoidajina. Neuvoloissa haluttiin kokeilla raskausdiabetesta sairastavien asiakkaiden elintapaohjausta ryhmässä.

5.1 Tutkimusaineisto ja hankinta

Raskausdiabetesta sairastavien asiakkaiden elintaparyhmäohjaus käynnistyi Lahden kaupungin neuvoloissa pilottiryhmillä huhtikuussa 2010. Ryhmäohjaus toteutettiin siten, että jokainen raskausdiabetesta sairastava asiakas osallistui ryhmäohjaukseen yhden kerran. Ryhmäohjaukset jatkuivat yhdestä kahteen kertaan kuu-kaudessa syyskuuhun asti. Ryhmäohjauksia pidettiin kuusi kertaa, kahtena kertana ei tullut yhtään asiakasta sekä kaksi kertaa ryhmäohjaukseen tuli yksi asiakas. Elintapaohjaus ryhmiin osallistui yhteensä seitsemän asiakasta. Pilottiryhmien elintapaohjauksen vetivät erikseen ohjaukseen nimetyt terveydenhoitajat.

Ryhmäohjaus sisälsi tietoa asiakkaille raskausdiabeteksestä sairautena ja sen hoidosta. Ryhmäohjaus sisälsi ruokavalio-ohjausta, liikunnan ohjausta (perus lihas-kuntoliikkeitä), omaseurannan opetusta ja siihen motivointia (ruokapäiväkirjan laatiminen sekä verensokerin mittaaminen ja seuranta). Asiakkaille annettiin mahdollisuus esittää omia kysymyksiä. Ryhmäohjauksen lopuksi jokainen osallistuja täytti asiakaspalautekaavakkeen valvotusti paikan päällä ja palautti sen ryhmäohjauksen vetäjälle. Ryhmäohjauksen vetäjät toimittivat kaikki asiakaspalautteet yhdelle terveydenhoitajalle. Tutkija sai osan asiakaspalautteista osallistuessaan yhteen ryhmäohjaukseen ja loput postin välityksellä.

Asiakaspalautekaavakkeen kysymykset (LIITE 2) luotiin yhdessä projektissa toimivien terveydenhoitajien kanssa. Kysymysten asettelussa päädyttiin mahdollisimman yksinkertaiseen ja suoraviivaiseen kysymysten asettelutapaan. Päätettiin käyttää suoria eri osa-alueisiin kohdistuvia dikotomisissa kysymyksissä eli kysymyk-

siä, joihin voidaan vastata kyllä tai ei. Lisäksi jätettiin tilaa vapaalle palautteelle (johon vastaaja voi vapaasti kirjoittaa) mahdollisuuden: jos vastasit johonkin ei, miksi?, ruusut/risut ja ryhmä- vai yksilöohjaus: kumpi sopii sinulle paremmin, miksi? Asiakaspalautteisiin asiakkaat vastasivat anonyymisti.

Hankkeen suunnitelmaseminaarin jälkeen päädyttiin muuttamaan asiakaspalauttekaavaketta, jotta hankkeen tavoitteet saavutettaisiin. Huomattiin, että pelkät dikotomisat kysymykset ja niihin kyllä/ei vastaukset eivät anna riittävästi tietoa. Lisättiin kysymys: ”jos vastasit ei johonkin kysymykseen, miksi?” Koska kysymyksessä on hanke koskien raskausdiabetes elintaparyhmäohjausta ja hankkeen tarkoituksena on tuottaa tietoa elintapaohjauksen malliksi, päädyttiin vielä lisäämään kysymys: ”ryhmä- vai yksilöohjaus: kumpi sopisi sinulle paremmin, miksi?”

Ryhmäohjaukseen osallistuneiden henkilöllisyys on salattu koko tutkimuksen ajan, lukuun ottamatta ryhmäohjaus kertaa jossa tutkija oli mukana. Tuolloin raskausdiabetesta sairastava äiti oli ohjauksessa, hänen henkilötiedot eivät tulleet tutkijan tietoon. Tutkijalla on asiakkaista ainoastaan tiedossa se, että he ovat raskaana ja sairastavat raskausdiabetesta ja ovat Lahden kaupungin äitiysneuvolan asiakkaita.

5.2 Aineiston analyysi

Asiakaspalautteita ryhmäohjaukseen osallistuneilta saatiin seitsemän kappaletta. Asiakaspalautteet analysoitiin luomalla palautteista yhteenveto. Yhteenveto luotiin yhdelle asiakaspalauttekaavakkeelle, johon kerättiin jokaisen asiakaspalauttekaavakkeen vastaukset. Laskettiin kyllä tai ei-vastauksien määrät.

”Vapaan sanan” kohtien eli vastaukset joihin asiakkaat vastasivat kirjoittamalla itse, kerättiin myös yhteenveto kaavakkeelle. Vapaan sanan kohtien vastaukset analysoitiin eritellen vastauksista asiasanat.

Kun kaikkien asiakaspalautteiden vastaukset oli kerätty yhteenvetokaavakkeelle, laskettiin vastauksien kappalemäärät kunkin vastauksen kohdalle.

Ruusut/risut-kysymys oli ”vapaan sanan” kohdassa. Vaikka asiakaspalautteita oli seitsemän kappaletta, yksi asiakaspalaute saattoi sisältää tässä kohdassa useamman vastauksen eli asiasanan. Asiasanat eriteltynä, palautteita kertyi kohtaan yhteensä kymmenen kappaletta. Seitsemän palautetta oli positiivisia ja kolme oli negatiivista. Analysoitaessa laskettiin vastauksille myös prosenttiosuuksia kaikille kymmenelle tämän kohdan palautteelle, ei vastaajien henkilömäärälle. Koska laskemalla prosentit vastauksien määrälle, saavutettiin todellisuutta kuvaavat prosenttiosuudet. Esimerkiksi jos positiivisten palautteiden osuus (seitsemän kappaletta) olisi laskettu vastaajien määrän perusteella, olisi prosenttiosuudeksi tullut 100 %, kuitenkin oli negatiivisiakin palautteita kolme kappaletta. Jotta saavutettiin todellisuutta kuvaavat prosenttiluvut, prosenttiosuudet laskettiin vastausten määrien pohjalta.

6 TULOKSET

Asiakaspalautteita on yhteensä seitsemän kappaletta raskausdiabetes elintapaohjaukseen osallistuneilta. Asiakaspalautteiden vastaukset analysoitiin jokaisen kysymyksen kyllä tai ei-vastauksien määrien pohjalta. Asiakaspalautteista kerätyt asiakkaiden alkuperäiset vastaukset ovat tässä työssä kursivoidulla tekstillä.

6.1 Tutkimustulokset

Asiakaspalautteen ensimmäiset neljä kysymystä jotka liittyivät yleisesti ryhmäohjaukseen ja sen toteuttamiseen olivat:

- Vastasiko ryhmäohjaus odotuksiasi?
- Oliko ryhmäohjaus riittävän selkeää?
- Olivatko tilat sopivat ryhmälle?
- Onko ryhmälle 1,5 tuntia sopiva aika?

Edellä mainittuihin kysymyksiin vastattiin kyllä tai ei-vastauksella. Kaikki seitsemän asiakaspalautteen täyttäneitä vastasi jokaiseen kysymykseen kyllä-vastauksella. Joten kaikkiin edellä mainittuihin kysymyksiin vastaus on kyllä.

Seuraavat kysymykset koskivat ryhmäohjauksen sisältöä:

Vastaukset on kerätty alla olevaan taulukkoon (taulukko 1).

TAULUKKO 1: Ryhmäohjauksen sisällön vastaukset kappale määrittäin:

Sisälsikö ryhmäohjaus sinun tarpeisiisi riittävästi tietoa

| | KYLLÄ- vastausta | EI- vastausta |
|--|---------------------|------------------|
| raskauden aikaisesta sokeritaudista? | 6 | 1 |
| ruokavaliosta? | 7 | |
| liikunnasta? | 7 | |
| verensokerin mittauksesta ja seuraamisesta? | 7 | |
| ruokapäiväkirjan pitämisen merkityksestä ja laatimisesta? | 7 | |
| Herättikö ryhmäohjaus motivaatiota muuttaa elämäntapojasi? | 5 | 2 |

Jos vastasit ei johonkin kysymykseen, miksi? Raskauden aikaisesta sokeritaudista: yhdessä asiakaspalautteessa haluttiin vielä tarkemmin tietoa sairauden vaikutuksesta lapseen raskauden aikana ja sen jälkeen. Herättikö ryhmäohjaus motivaatiota muuttaa elämäntapoja kohdassa kertyi kaksi ei-vastausta, ja tarkennuksena oli motivaation syntyminen jo aiemmin molemmilla vastaajilla.

Ruusut/risut-kohtien vastaukset eriteltynä seuraavaan taulukkoon (taulukko 2):

TAULUKKO 2: Ruusut/risut vastaukset

| RUUSUT | RISUT |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>selkeästi toteutettu 2 kpl</i> | <ul style="list-style-type: none"> • <i>ei uutta asiaa</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>hyödyllinen ryhmä</i> | <ul style="list-style-type: none"> • <i>jos tulee ”pakotettuna ryhmään” heijastuu tunnelmaan</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>pieni ryhmä: helppo esittää omia kysymyksiä</i> | <ul style="list-style-type: none"> • <i>enemmän tietoa ennen taudin toteamisesta, kannustaisi paremmin testeihin</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>ei syyllistävää</i> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>lämmihenkestä</i> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>hyvin innostuneet ohjaajat</i> | |

Viimeisenä kysyttiin vastaajilta: ryhmä- vai yksilöohjaus: kumpi sopisi sinulle paremmin, miksi? Tähän kohtaan saatiin vastauksia neljä kappaletta. Kaikki vastaajat olivat ryhmäohjauksen kannalla ja he perustelivat sitä seuraavasti:

Muiden samankaltaiset kokemukset helpottavat omaa sopeutumista asiaan

Ryhmässä on mukava jakaa tuntemuksia ja kokemuksia muiden kanssa – saada vinkkejä ym.

Ryhmäohjauksesta tuli yksilöohjaus minun kohdallani tosin ryhmäohjauksessa olisi kuullut muiden kokemuksia.

Ryhmä sopii hyvin.

6.2 Johtopäätökset

Kaikki ryhmään osallistuneet olivat yleisesti ryhmäohjaukseen tyytyväisiä. Ryhmäohjaus vastasi odotuksia ja oli kaikkien mielestä riittävän selkeätä. Ryhmäohjauksen tilat ja 1,5 tunnin kesto olivat kaikkien vastanneiden mielestä sopivia.

Kysymysten asettelulla haettiin kyllä tai ei vastauksia, haluttiin saada selvää palautetta siitä, vastasiko ryhmäohjaus asiakkaiden odotuksiin. Tähän saatiin selvä yksiselitteinen vastaus. Myös ryhmäohjauksen tilat ja kesto olivat sopivia kaikkien seitsemän vastaajan mielestä.

Ryhmäohjauksen sisältöön oltiin pääosin tyytyväisiä. Yksi vastaajista olisi halunnut lisää tietoa raskauden aikaisen sokeritaudin vaikutuksesta lapseen raskauden aikana ja sen jälkeen. Ruokavaliosta, liikunnasta, verensokerin mittaamisesta ja seuraamisesta sekä ruokapäiväkirjan laatimisesta tarjottiin elintapaohjauksessa riittävästi tietoa kaikkien vastaajien mielestä. Terveystoimijat suunnittelivat etukäteen ohjauksen rungon. Ohjaukseen sisältyi paljon teoriatietoa raskausdiabeteksesta sekä sen hoitamisesta. Siihen sisällytettiin toiminnallisia menetelmiä: esimerkiksi potilaat laativat itse ruokapäiväkirjaa sekä opettelivat mittaamaan itseltä verensokeria. Vaikka ohjaus sisälsi paljon tiivistä tietoa, palautteiden pohjalta tämä oli selkeästi ja ytimekkäästi esitetty, koska keneltäkään ei tullut negatiivista palautetta ohjauksen yksityiskohdista. Sisältö vastasi asiakkaiden odotuksia ja tarpeita ja antoi tarpeeksi tietoa eri osa-alueista: verensokerin mittaamisesta, omaseurannasta ja ruokapäiväkirjan laatimisesta.

Asiakaspalautteessa kysyttiin erikseen, herättikö ryhmäohjaus motivaatiota muuttaa elämäntapoja. Tähän kohtaan saatiin viisi kyllä vastausta. Kaksi vastaajista vastasi ei: heillä motivaatio elämäntapamuutoksiin oli jo syntynyt aiemmin heti diagnoosin jälkeen, ennen ryhmäohjausta. Tämä kohta erityisesti kertoo, siitä kuinka raskauden aika tarjoaa elintapaohjaukselle otollisen ajankohdan. Tulevilla

äideillä on halua ja tahtoa muuttaa elintapojaan, sillä huoli vauvan sekä omasta terveydestään motivoi äitejä elintapa muutokseen.

Ruusut/risut kohdassa elintapaohjausryhmään osallistuneet saivat vapaasti antaa palautetta ohjauksesta. Kaksi vastaajaa jätti kohtaan kokonaan vastaamatta. Viisi vastaajaa, joista neljä asiakaspalautteen antajaa oli antanut palautetta useammasta asiasta. Kun vastauksia analysoitiin asiasanojen pohjalta, vastauksia on yhteensä kymmenen kappaletta. Vastauksista seitsemän ovat ruusuja eli positiivista palautetta (70 %) ja kolme risuja eli negatiivista (30 %). Ruusuja tuli erityisesti selkeästä toteutuksesta, kahdessa palautteessa tämä oli erikseen mainittu. Positiivisena myös koettiin ryhmän hyödyllisyys, ryhmän pieni koko ja ”ei-syylisyyttä”. Ryhmän vetäjille on osoitettu positiivista palautetta lämminhenkisyydestä sekä asiasta hyvin innostuneesta asenteesta. Ryhmän vetäjän oman asenteen merkitys korostuu erityisesti elintaparyhmissä. Tämä positiivinen palaute kertoo erityisesti siitä, miten ryhmän ilmapiiri heijastuu vetäjän kautta. Ei syylisyyden ilmapiirin luominen antaa positiivisen ilmapiirin elämäntapa muutoksille.

Negatiivista palautetta eli risuja asiakkaat antoivat siitä, ettei ryhmässä tullut uutta asiaa sekä siitä, että olisivat halunneet enemmän tietoa jo ennen raskausdiabeteksen toteamisesta. Palautteessa oli maininta siitä jos olisi tietoa ennen taudin toteamista, tämä kannustaisi testeihin. Tässä palautteessa tietoa raskausdiabeteksestä olisi haluttu jo sairauden ennaltaehkäisemiseksi. Ryhmään osallistujien taustatietojen määrää on vaikea etukäteen tietää, tässäkin yhdelle osallistujalle ei tullut uutta asiaa, tämä kuuluu osana ryhmäohjausta. Yhdessä negatiivisessa palautteessa mainittiin, jos tulee ”pakotettuna” ryhmään, tämä heijastuu tunnelmaan. Tämä palaute kertoo, sen että ryhmään osallistuminen tulisi olla vapaaehtoista tai ainakin sen tulisi tuntua vapaaehtoiselta. Asenteella on suuri merkitys elintapamuutoksiin, kaiken pitäisi lähteä asiakkaan vapaasta tahdosta ja halusta.

Palautteessa kysyttiin: ryhmä- vai yksilöohjaus: kumpi sopisi sinulle paremmin ja miksi? Tähän kohtaan saatiin neljä vastausta. Kaikki vastaajat jotka vastasivat kyseiseen kysymykseen, olivat ryhmäohjauksen kannalla. Perusteluna ryhmäohjauksen puolesta olivat:

Muiden samankaltaiset kokemukset helpottavat omaa sopeutumista asiaan.

Ryhmässä on mukava jakaa tunteita ja kokemuksia muiden kanssa – saada vinkkejä ym.

Ryhmäohjauksesta tuli yksilöohjaus minun kohdallani tosin ryhmäohjauksessa olisi kuullut muiden kokemuksia.

Ryhmä sopii hyvin.

Kaikki vastaajat tuovat siis esille vertaistuen merkityksen. Myös he, jotka olivat yksilöohjauksessa, kaipasivat ryhmän tuomaa vertaistukea ja muiden kokemuksia.

Se, miksi kysymykseen ryhmä- vai yksilöohjaus saatiin neljä vastausta ja kolmen osalta ei vastausta lainkaan, johtuu siitä, että asiakaspalautekaavaketta muutettiin suunnitelmaseminaarin 28.5.2010 jälkeen. 14.4.2010 oli pidetty jo yksi elintapaohjaus, jossa osallistujia oli kolme henkilöä. Tämä kysymys lisättiin jotta päästään hankkeen tavoitteeseen ja hakemaan vastausta: ryhmä- vai yksilöohjaus ja tälle perusteluita. Tästä johtuu, että kyseiseen kysymykseen tuli vain neljältä vastaajalta ryhmäohjauksen puolesta vastaus ja lopuilta ei ollenkaan vastausta. Jos tämä kysymys olisi ollut koko tutkimuksen ajan asiakaspalautekaavakkeessa, olisi määrä muuttunut.

6.3 Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arviointi

Tutkimuslupahakemus laitettiin vireille 24.3.2010 ja lupa myönnettiin 1.4.2010 (LIITE1).

Opinnäytetyö on toteutettava eettisiä periaatteita noudattaen. Yhtenä periaatteena on anonymitteetti eli henkilöllisyyden salaaminen. Kaikki vastaajat vastasivat asiakaspalautekaavakkeisiin nimettömänä, näin vastaajien henkilöllisyys ei tullut esille missään vaiheessa tutkimusta. Tutkija on yhteen ryhmäohjaukseen osallistuneessaan tavannut yhden ryhmäohjaukseen osallistuneen potilaan, hänen henkilötiedot eivät tulleet missään vaiheessa esille. Tutkimuksen suunnittelussa ja toteutuk-

nessä eettiset periaatteet huomioitiin myös yhteistyökumppaneiden anonymiteetin säilyttämisellä.

Tutkimuksen eettisenä lähtökohtana on, että tutkimuksen kaikki vaiheet raportoidaan mahdollisimman tarkasti ja avoimesti. Kaikki tutkimuksen vaiheet pyrittiin tuomaan tässä työssä mahdollisimman hyvin esille. Lisäksi tässä tutkimuksessa pyrittiin arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta, joka tukee tutkimuksen eettisyyttä.

Tutkimuksen teoreettisessa osiossa pyrittiin monipuolisella lähteiden käytöllä kasvattamaan tutkimuksen tieteellistä pohjaa sekä tuomaan esille raskausdiabeteksen lisääntyvää esiintyvyyttä.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla sen reliaabeliutta ja validiutta. Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa siis sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimuksen validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231.)

Tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä tulisi jollakin tavoin arvioida. Ydinasioita tutkimuksessa ovat henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset. Tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Aineiston tuottamisen olosuhteet on kerrottava selvästi ja totuudenmukaisesti. (Hirsijärvi ym. 2009, 231.) Tutkimuksen laatuun vaikuttavat tutkija, aineiston laatu ja analysointi ja tulosten esittäminen.

Tutkimuksen reliaabeliutta voidaan tarkastella asiakaspalautekaavakkeen pohjalta. Asiakaspalautekaavake luotiin hyvin selkeäksi. Sen täyttäminen oli hyvin yksinkertaista ja selkeää. Virheen mahdollisuus kysymyksien oikein ymmärtämisessä oli hyvin pieni, joten virheen mahdollisuus myös asiakaspalautteiden vastausten tulkitsemisessä jää vähäiseksi. Tutkija ei tiedä onko asiakaspalautteeseen vastaamiseen suhtauduttu huolellisesti ja vakavasti. Nähtävissä on, että etenkin osaan ”vapaa palautteen” kohdista on jätetty vastaamatta kokonaan joko tarkoituksella tai epähuomiossa. ”Vapaa palautteen” kohdissa tutkijan virhetulkintojen mahdol-

lisuus on olemassa, koska tutkija voi ymmärtää tai tulkita asiakkaan antaman palautteen väärin. ”Vapaan sanan” palautteista pyrittiin erottamaan asiasanat, jotta väärin tulkitsemisen mahdollisuus jäisi vähäiseksi. Se, että asiakaspalautekaavaketta muutettiin kesken tutkimusta antaa kysymykseen ryhmä- vai yksilöohjaus vain suuntaa antavan vastauksen.

Asiakaspalautteiden eli otoskoon vähäisyys voi vähentää tutkimustulosten toistettavuutta eli reliabeliutta. Otokoko on kuitenkin seitsemän ja on suuntaa antava. Tutkimuksen tulokset ovat hyvin yhdenmukaisia. Tämän tutkimuksen uhkana oli vähäinen asiakaspalautteiden määrä. Elintapaohjaus ryhmiin osallistui vain seitsemän henkilöä kevään ja kesän aikana. Suunnitellusta ryhmäohjauksesta tuli kaksi kertaa yksilöohjaus, koska paikalla oli vain yksi osallistuja. Asiakaspalautteiden määrä määrällisesti jäi vähäiseksi, ryhmäohjaukseen ei tullut osallistujia enempää. Pilottiryhmien ohjaukset olivat keväällä ja kesällä, lieneekö ajankohdalla ollut merkitystä ettei ryhmiin ollut enempää osallistujia vai oliko muita syitä. Raskausdiabeetikkojen tarkkaa määrää Lahden kaupungissa kyseisellä aikavälillä ei tutkijalla ollut tiedossa. Joten saivatko ne asiakkaat, jotka eivät ryhmäohjaukseen osallistuneet, mahdollisesti yksilöohjausta neuvoloissa muilta terveydenhoitajilta jäi avoimeksi.

Tässä tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaisia kokemuksia raskausdiabetesta sairastavilla asiakkailla oli ryhmäohjauksesta. Tutkimuksen validiutta tarkastellessa todetaan kaikkien asiakaspalautteisiin vastanneiden osallistuneen raskausdiabetes elintapaohjaukseen. Tutkimuksessa asiakaspalautteen kaikki kysymykset koskivat raskausdiabetes elintapaohjausta, sen sisältöä ja asiakkaiden kokemuksia siitä.

7 POHDINTA

Hankkeen tavoitteena oli tuottaa asiakaspalautteiden pohjalta tietoa raskausdiabetes elintapaohjauksen malliksi Lahden kaupungin äitiysneuvolatyölle. Raskausdiabetes elintapaohjaus alkoi keväällä 2010 pilottiryhmien elintapaohjauksella,

jatkuen syyskuulle 2010 asti. Ryhmiin osallistuneet täyttivät ryhmäohjausten lopuksi asiakaspalautekaavakkeet, joilla kerättiin palautetta ohjauksesta.

Tämän tutkimuksen mukaan elintaparyhmäohjaus vastasi asiakkaiden odotuksia, ryhmäohjaus oli riittävän selkeätä, tilat olivat sopivat ja 1,5 tunnin aika on sopiva. Lisäksi äidit ovat saaneet riittävästi tietoa ruokavaliosta, liikunnasta, verensokerin mittaamisesta ja seurannasta sekä ruokapäiväkirjan pitämisen merkityksestä ja laatimisesta. Pääosin äidit saivat riittävästi tietoa raskaudenaikaisesta sokeritaudista, lisää tietoa haluttiin raskaudenaikaisen sokeritaudin vaikutuksesta vauvaan raskauden aikana ja sen jälkeen. Ryhmäohjaus toteutetaan siis yhden kerran 1,5 tunnin verran ja sisältää paljon tiivistä tietoa (sairaudesta ja sen hoidosta, ruokavaliosta, liikunnasta, omaseurannasta), tutkijalla herää kysymys: voiko kaikki olla tyytyväisiä ja omaksua noin paljon asiaa kerralla. Vai oliko asiakaspalautekaavake johdatteleva?

Elintaparyhmäohjaus herätti motivaation muuttaa elämäntapoja, tai halu elämäntapamuutokseen oli syntynyt jo ennen ryhmäohjausta. Raskauden aika tarjoaakin hyvin otollisen ajan elintapaohjauksen toteuttamiselle. Tällöin huoli erityisesti vauvan terveydestä motivoi äitejä terveellisiin elämäntapoihin. Tutkimuksessa ei kysytty että uskotko elämäntapojen muutosten jatkuvan synnytyksen jälkeenkin? Tämä olisi mielenkiintoista sillä, Kaajan (2008) mukaan Stage ym. 2004 ovat tutkimuksessaan todenneet, että synnytyksen jälkeen 18 %:lla paino laski ja 33 %:lla paino nousi. Kuitenkin 86 % oli huolissaan seuraavan raskauden vaaroista. Tutkimuksia, jos raskauden jälkeen painonpudotus onnistuu, ei ole.

Elintaparyhmäohjauksen toteutustavalla on merkitystä ohjattavalle. Ohjauksen selkeästä toteutuksesta ohjattavat antoivat erityisesti positiivista palautetta. Ohjauksen suunnitelmallinen eteneminen on ohjattavalle uutta tietoa omaksuttaessa tärkeää. Kääriäisen (2007, 121) luoman käsiteanalyysin mukaan ohjaus edellyttää hoitohenkilöstöltä ammatillista vastuuta, siihen sisältyy ohjauksen filosofisen ja eettisen perustan tiedostamisen ja hyvät ohjausvalmiudet. Tältä osin tämän hankkeen pilottiryhmien ohjauksessa onnistuttiin tuottamaan laadukasta ohjausta. Myös ohjaajat onnistuivat välittämään innostunutta, lämminhenkistä, positiivista asennetta ryhmäohjauksessa. Ohjauksen ilmapiiri oli ei-syylisävää. Kääriäinen

(2007, 133) on potilasohjauksen laatua tutkiessaan tullut johtopäätökseen että hoitohenkilöstön tiedot ja taidot ovat kohtalaisen hyvät, mutta asenteet osittain kielteisiä. Tältä osin tämän tutkimuksen tulokset ovat eriävät.

Ryhmän pieni koko koettiin positiiviseksi asiaksi, erityisesti siksi että pienessä ryhmässä on helppo esittää kysymyksiä. Kuten Turku (2007, 88) on todennut, että ryhmän koko vaikuttaa ryhmäohjauksen toimivuuteen, se todettiin myös tässä hankkeessa. Kääriäinen ja Kyngäs (2005, 208–211) kuvaavat potilaiden ohjausta hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. Ryhmäohjaus toimi hyvin, kun useimmilla potilailla oli samaan aiheeseen liittyviä ohjaustarpeita. Keskustelunomainen ryhmäohjaus antoi potilaille tietoa ja mahdollisuuden muodostaa tukiverkostoa ryhmän jäsenistä. Tulosten mukaan potilaat olivat tyytyväisiä ohjaukseen, kun he saivat riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta.

Aina ryhmäohjauksessa ei tule kaikille uutta tietoa. Lisäksi ryhmäohjauksen ajan kohta ei aina kaikille ole sopiva. Tässä tutkimuksessa ryhmäohjauksen palautteisissa mainittiin ”uuden tiedon” puuttuminen. Kääriäisen (2007, 134) luoman hypoteettisen potilasohjaus mallin mukaan käsiteanalyysin perusteella ohjaus on aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jossa potilas ja hoitohenkilöstö ovat vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa ja joka on sidoksissa heidän kontekstiinsa eli taustatekijöihin. Kääriäisen mukaan (2007, 33–34) potilaan ohjaustarpeet liittyvät tietoon ja tukeen, ja laadukas ohjaus edellyttää että potilas saa riittävästi ohjausta. Useissa tutkimuksissa on todettu, että potilaat ovat olleet osin tyytymättömiä saamaansa ohjaukseen, he tarvitsevat enemmän tietoa sairaudestaan ja sen hoitamisesta. Ongelman taustalla ovat joko potilaisiin tai hoitohenkilöstöön tai näihin molempiin liittyvät tekijät. Tässä tutkimuksessa kaikki ryhmäohjaukseen osallistuneet vastasivat palautteessa kohtaan, sisälsikö ryhmäohjaus riittävästi tietoa mm. raskauden aikaisesta sokeritaudista, dikotomiseen kysymykseen kyllä-vastauksella. Kun taas risuja-kohdassa (johon saivat itse kirjoittaa vastauksen) oli palautteena että, ryhmäohjaus ei sisältänyt uutta tietoa. Vastajat eivät tarkentaneet mitä tarkoittavat ”*uudella tiedolla*” eli tarkoittivatko he sairauteen liittyvää teoretietoa vai mahdollisesti viimeaikaisia tutkimustuloksia.

Ryhmä- vai yksilöohjaus ja perustelut tälle kysymyksellä haimme vastausta siihen, kummalla mallilla tulevaisuudessa ohjausta annetaan. Kaikki, jotka vastasivat tähän kysymykseen, olivat ryhmäohjauksen kannalla. Vertaistuki ja ryhmässä kokemusten jakaminen olivat kaikille tärkeitä. Tietyn sairauden kanssa elävää ihmistä ymmärtää parhaiten sellainen henkilö, joka itse elää saman sairauden kanssa. ”*Muiden samankaltaiset kokemukset helpottavat omaa sopeutumista asiaan*”, on suora lainaus eräästä palautteesta. Pilottiryhmien elintapaohjaus kerroista tuli kaksi kertaa yksilöohjaus osallistujia määrän vähyyden vuoksi, kummassakin palautteessa ilmaistiin kuitenkin toive ryhmään osallistumisesta.

Tavoitteena on tuottaa asiakaspalautteiden pohjalta tietoa raskausdiabeetikkojen elintapaohjauksen pohjaksi sekä malliksi. Tämän tutkimuksen perusteella todetaan, että raskausdiabeetikkojen elintapaohjaus on hyvin tärkeää ja hyödyllistä. Tämän tutkimuksen mukaan ohjauksen tulisi sisältää monipuolista tietoa sairaudesta ja sen taustatekijöistä sekä sairauden kulkuun vaikuttavista tekijöistä ja sen ennaltaehkäisemisestä ja pitkäaikaisvaikutuksesta. Lisäksi ohjauksen tulisi sisältää myös tietoa sairauden vaikutuksesta äitiin ja vauvaan raskauden aikana ja sen jälkeen. Ohjauksen tulisi olla sidoksissa asiakkaan ja ohjaajan kontekstiinsa. Tämän tutkimuksen mukaan ohjauksen tulisi sisältää sekä teoretietoa että tutkimuksellista tietoa sairaudesta sekä toiminnallisia menetelmiä, olla tavoitteellista ja aktiivista toimintaa. Ohjauksen tulisi olla vuorovaikutuksellista asiakkaan ja ohjaajan välillä. Ohjauksen tulisi edetä suunnitelmallisesti, selkeästi ja lämminhenkisesti. Tämän tutkimuksen mukaan ohjaajan oman asenteen tulisi olla positiivinen ja eisyöllistävää. Ohjaukselle tulisi varata asianmukaiset resurssit, sisältäen ohjauksen toteutuksen valmistelun ja suunnittelun, riittävästi aikaa ja asianmukaisissa tiloissa. Ohjaukseen osallistujia tulisi informoida ryhmästä riittävän ajoissa. Tämän tutkimuksen mukaan ohjaus tulisi toteuttaa ryhmäohjauksena.

Yhteistyö tutkimuksen toteuttamisessa mukana olleiden terveydenhoitajien kanssa on sujunut hyvin. Yhteydenpitoa on pääsääntöisesti pidetty sähköpostin välityksellä. Tutkija osallistui yhteen ryhmäohjaukseen, tosin tällöin oli yksi osallistuja ja ryhmäohjauksesta tuli yksilöohjaus. Käytännössä ryhmäohjauksen toteuttaminen jäi hieman etäiseksi koska tutkija osallistui tämän tutkimuksen tekoon asiakaspalautteiden kautta. Jos esimerkiksi tutkimus olisi suoritettu teemahaastattelulla,

olisi tutkimukseen saatu monia muitakin näkökulmia mukaan ja yksityiskohtaisempaa tietoa elintapaohjauksesta.

Lähdemateriaalia aiheeseen liittyen löytyi paljon sekä kirjallisuutta että tutkimustietoa. Lähdemateriaali on valikoitunut suurimmaksi osaksi enintään viisi vuotta vanhaa materiaalia. Katsottiin kuitenkin tärkeäksi sisällyttää tähän tutkimukseen muutama vanhempikin lähde, jotta tutkimuksesta tulee helpommin ymmärrettävää.

7.1 Jatkotutkimusaiheita

Jatkotutkimuksen aiheita voisi olla: ovatko äitien raskauden aikaiset elintapamuutokset säilyneet synnytyksen jälkeen. Tästä tutkimustuloksia on verrattain vähän olemassa. Tutkimukseen voisivat osallistua raskausdiabetesta sairastaneet äidit noin puolen vuoden - vuoden kuluttua synnytyksestä. Esimerkiksi äidin painonmuutokset jo antaisivat tietoa paljon elämäntapojen muuttumisesta tai muuttumattomuudesta.

Lisäksi olisi kiinnostavaa saada lisää tietoa, jos ja kun elämäntapamuutoksia tapahtui, mikä ohjauksessa tai muutoin sai muutokset aikaan? Eli tutkimus tehtäisiin raskausdiabeetikoilta jälkikäteen, esimerkiksi noin kolme – kuusi kuukautta synnytyksen jälkeen.

LÄHTEET

Absetz, P. 2007. Korkean riskin potilaan tukeminen elintapamuutoksessa. Helsinki. Kansanterveyslaitos. [viitattu 27.9.2010] Saatavissa:

http://www.conmedic.fi/verkostokokous/absetz_laatuverkostokokous_handout_8.6_2007.pdf

Armanto, A. & Koistinen, P. 2007. Neuvolatyön käsikirja. Hämeenlinna: Tammi.

Diabetesliitto. 2006. Raskausdiabetes – pidä huolta itsestäsi ja vauvastasi. Tampere: Suomen Diabetesliitto ry.

Fellman, V. & Luukainen, P. 2006. Vastasyntyneiden tehohoito. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Ihanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M. & Sane, T. 2009. Diabetes. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim.

Kaaja, R. 2008. Raskausdiabeteksen nykytuulia. Luento. Jyväskylä. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Diabetesliitos lääkarineuvoston ja Suomen Gynekologiyhdistys Ry:n asettama työryhmä. [viitattu 6.10.2010] Saatavissa: <http://www.ksshp.fi/public/download.aspx?ID=15403&GUID=%7B8A44BF69-4BCC-4481-A9AA-889A34AB37C4%7D>

Kaaja, R. 2009. Pääkirjoitus Duodecim, 125(4). Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 331–332.

Kananen, J. 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja.

Kansanterveyslaki. 1972/66 Annettu Helsingissä 28.1.1972. Saatavissa:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Kinnunen, T. 2009. Prevention of Excessive Pregnancy-Related Weight Gain. Väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopisto Paino Oy –Juvenes Print. Saatavissa:
<http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7567-2.pdf>

Käypähoito suositukset. 2008. Raskausdiabetes. [viitattu 3.11.2010] Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim/Käypähoito. Saatavissa:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50068>

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: OULU UNIVERSITY PRESS.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2004. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995 – 2002. Hoitotiede 4/2005. Turku: Hoitotieteiden tutkimusseura HTTS ry. Vammalan Kirjapaino Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992/785. Annettu Helsingissä 17.8.1992 Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Luoto, R., Aittasalo, M. & Kinnunen, T. 2007. Ravinto ja liikunta raskausdiabeteksen ehkäisyssä. Suomen Lääkärilehti. 6/2007. 481 – 592.

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. 2007. Sairaanhoidajan käsikirja 2007. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Niemi, M. & Winell, K. 2007. Diabetes Suomessa. Esiintyvyys ja hoidon laadun vaihtelu. Helsinki: Stakesin raportteja 8/2005 [viitattu 2.4.2010]. Saatavissa:
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/Ra8-2005.pdf>

Onnismaa, J. 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö. Aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Tampere: Tammer-Paino.

Radiel. 2010. Raskausdiabeteksen ja sen sikiökomplikaatioiden ehkäisy elämäntapa muutoksin [viitattu 4.10.2010] Saatavissa:

<http://www.radiel.fi/?sivu=tutkimus>.

Rönnemaa, T. 2010. Diabetes. Terveysportti [viitattu 4.10.2009]. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=verensokerin%20vuorokausikäyrä

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Oppaita 2004:14. Helsinki: Edita Prima Oy

Takala, L. 2010. Nopeasti yleistyvän raskausdiabeteksen hillintään etsitään keinoja kiireellä. Helsingin Sanomat 3.5.2010. Helsinki.

Teramo, K. 1998. Sikiön makrosomia on yhä äidin diabeteksen suuri ongelma. Duodecim 114(21) Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2253–2259.

Teramo, K., Suhonen, L. & Hiilesmaa, V. 2007. Sikiön makrosomia raskausdiabeetikolla ja terveillä. Suomen Lääkärilehti. 6/2007 501 – 511

Teramo, K & Kaaja, R. 2009. Sikiön seuranta diabeetikon raskausaikana. Terveyskirjasto. Helsinki: Duodecim [viitattu 11.11.2010] Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia01605

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Keuruu: Edita Publishing Oy.

Vehviläinen, S. 2001. Ohjaus vuorovaikutuksena. Helsinki: Yliopistopaino.

Vertio, H., 2003. Terveyden edistäminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Walker, R. & Rodgers, J. 2005. Diabetes. Käytännön opas terveyden edistämiseen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Perhemediat Oy.

Ylikorkala, O. & Kauppila, A. 2006. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.



VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Lahten kaupunki

| | | | |
|---------------|--|-------------|--------------|
| Viranhaltija | Terveysneuvontapalvelujen päällikkö | Pykälä | 59 |
| Päätöspäivä | 01.04.2010 | Määräpäivä | |
| Organisaatio | Sosiaali- ja terveystoimiala | Toimielin | |
| Valmistelija | Julkinen | Päätösiajei | Tutkimuslupa |
| Hallintokunta | Ulla Rutherford | | |
| Asia | Sosiaali- ja terveysvirasto | | |
| | Tutkimusluvun myöntäminen | | |

Päätösteksti

Myönnän tutkimusluvun Sari Haajaselle hänen sairaanhoitajan (amk) opinnäytetyötään varten. Tutkimuksen aiheena on "Gestaatiidiabeteksen ryhmäneuvontamalli". Valmistunut opinnäytetyö toimitetaan tutkimuksen valmistuttua päätöksen tekijälle sekä tutkimuslupahakemuksessa olevalla osoitteella Lahden sosiaali- ja terveysvirastoon. Lisätietoja päätöksestä antaa allekirjoittanut, puh. 818 5521.

Peruste

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Nähtävillääolo | 9.4.2010 |
| Muutoksenhaku | Oikaisuvaatimus |
| LTK tiedoksi | Sosiaali- ja terveyslautakunta |
| Saaja | Sari Haajanen |
| Tiedoksi | |
| Tiedoksi sähköpostilla | |
| Asiakirjat | tutkimuslupahakemus liitteineen |
| Arkistosarja | |
| Arkistointi | Ei käytössä |
| Säilytyspaikka | |
| Säilytysmuoto | |

Allekirjoitus

Hannele Poutiainen
Terveysneuvontapalvelujen päällikkö Hannele Poutiainen

LIITE 2: PALAUTE RASKAUSDIABETES RYHMÄOHJAUksesta

| | KYLLÄ | EI |
|---------------------------------------|-------|----|
| Vastasiko ryhmäohjaus odotuksiasi? | | |
| Oliko ryhmäohjaus riittävän selkeää? | | |
| Olivatko tilat sopivat ryhmälle? | | |
| Onko ryhmälle 1,5 tuntia sopiva aika? | | |

SISÄLSIKÖ RYHMÄOHJAUS SINUN TARPEISIISI RIITTÄVÄSTI TIETOA

| | KYLLÄ | EI |
|---|-------|----|
| 1. raskaudenaikaisesta sokeritaudista? | | |
| 2. ruokavaliosta? | | |
| 3. liikunnasta? | | |
| 4. verensokerin mittauksesta ja seuraamisesta? | | |
| 5. ruokapäiväkirjan pitämisen merkityksestä ja laatimisesta? | | |
| 6. Herättikö ryhmäohjaus motivaatiota muuttaa elämäntapojasi? | | |

JOS VASTASIT EI JOHONKIN KYSYMYKSEEN, MIKSI?:

RUUSUT/RISUT:

RYHMÄ- VAI YKSILÖOHJAUS: KUMPI SOPISI SINULLE PAREMMIN, MIKSI?

