

Raskausdiabeetikoiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta

Alatalo, Henna & Riihelä, Anu

2011 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Raskausdiabeetikoiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta

Alatalo Henna
Riihelä Anu
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Syyskuu 2011

Henna Alatalo, Anu Riihelä

Raskausdiabeetikoiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta

Vuosi 2011 Sivumäärä 56

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata raskausdiabeetikoiden kokemuksia saamastaan diabetes-ohjauksesta. Opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja yhteistyökumppanimme on Vantaan Keskisen neuvolatoiminnan neuvolat ja yhteyshenkilönä toimii projektisuunnittelija Leeni Löthman-Kilpeläinen. Tarkoituksena oli saada haastattelujen avulla kuvaa siitä, millaisia kokemuksia äideillä on raskausdiabeteksen hoidosta ja ohjauksesta. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Haastateltavia kerättiin Vantaan Keskisen neuvolatoiminnan alueelta joka kattaa Tikkurilan, Koivukylän sekä Kartanonkosken neuvolat. Saimme haastateltaviksi kolme neuvoloiden asiakasta, joilla oli synnytyksestä aikaa enintään vuosi. Haastattelut toteutettiin kesä-elokuussa 2011. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Kaikille raskausdiabetes diagnoosi oli tullut yllätyksenä ja elämäntapoja muutettiin terveellisempään suuntaan. Hiilihydraatteja vähennettiin ja säännölliseen ruokailuun kiinnitettiin huomiota. Kiinnostusta vertaistukiryhmiä kohtaan löytyi, mutta kenellekään ei ollut tarjottu mahdollisuutta siihen. Haastateltavat olivat saaneet tietoa sekä raskausdiabeteksestä sairautena että sen hoidosta. Enemmän tietoa olisi toivottu liikunnasta sekä sairauden vaikutuksista äitiin ja lapseen. Ruokavaliosta koettiin saavan paljon hyvää tietoa, mutta konkreettisia esimerkkejä sekä yksilöllisempiä ohjeita olisi toivottu enemmän. Elämänmuutokseen motivoinnin ja kannustuksen hyvänä keinona pidettiin tiheää seurantaa sekä ruokapäiväkirjan pitämistä. Haastateltavien ohjaus oli toteutettu yksilöohjauksena ja he olivat saaneet kirjallisia ohjelehtisiä.

Tulosten pohjalta raskausdiabeetikoiden hoidonohjaukseen kaivataan selkeämpiä yhteisiä sääntöjä. Vantaalla voitaisiin parantaa mahdollisuuksia vertaistuen saamiseen. Jatkotutkimusaiheena on kuvata kuinka uusi ohjaus on muuttanut asiakkaiden kokemuksia.

ASIASANAT: Raskausdiabetes, hoidonohjaus, kokemukset, neuvolat

Alatalo Henna, Riihelä Anu

Gestational diabetic´s experiences of guidance

Year	2011	Pages	56
------	------	-------	----

The purpose of this thesis is to describe what experiences the gestational diabetic's have had in the treatment and counseling of diabetes during pregnancy. The thesis is assigned by co-operation partners Vantaa maternity clinics and contact person was project coordinator Leeni Löthman Kilpeläinen. The target group was gathered from maternity clinic area Vantaa Keskinen which comprises Tikkurila, Koivukylä and Kartanonkoski clinics. By interviewing gestational diabetic's, we received all the necessary information and material for our thesis. The interviews were done as theme interviews. We interviewed three women who had delivered not more than a year ago. The material was analyzed with an inductive analysis.

All the respondents who had been diagnosed with gestational diabetes were surprised and it changed their lifestyle choices for the better. They had fewer carbohydrates and they ate more regularly while keeping a diet diary. Not one of the respondents took part in the peer support, because no one offered it to them. Every respondent received information of the gestational diabetes and of its treatment. They hoped for more information about the influences to the child, exercise and clearer counseling concerning the diet. Everyone's counseling was done as individual counseling and everyone received a good amount of guidance material.

The results show that there are some challenges. In Vantaa maternity clinics, they should make the possibility to use peer group support more available. The results also showed that information about nutrition was good but they need to provide more specific and more personalised counseling concerning eating habits. In the future, they could make another similar kind of study to test how the guidance has changed the client's experiences.

KEY WORDS: Gestational diabetes, counseling, experiences, maternal clinics

SISÄLLYS

1	OPINNÄYTETYÖN TAUSTA.....	7
2	RASKAUSDIABETES SAIRAUTENA	7
2.1	Raskausdiabeteksen diagnosointi	8
2.2	Raskausdiabeteksen vaikutukset äitiin ja lapseen	9
3	RASKAUSDIABEETIKON HOIDONOHJAUS	10
3.1	Hoidonohjaus	10
3.2	Hoidonohjauksen menetelmät.....	16
3.2.1	Yksilöohjaus diabeetikon hoidossa	16
3.2.2	Ryhmäohjaus diabeetikon hoidossa	17
3.3	Vertaistuki	18
3.4	Raskausdiabeetikon ruokavalio.....	19
3.5	Liikunta raskausdiabeteksen hoitomuotona.....	21
3.6	Lääkehoito raskausdiabeteksen hoidossa	22
3.7	Raskausdiabeetikon omaseuranta.....	23
3.8	Raskausdiabeteksen seuranta synnytyksen jälkeen.....	24
3.9	Raskausdiabeteksen uusiutumisen ja tyypin 2 diabeteksen riskit.....	24
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	26
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	26
5.1	Mittarin laadinta ja haastateltavien valinta	26
5.2	Aineiston keruu ja käsittely.....	27
5.3	Aineiston analysointi	28
6	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	30
6.1	Taustakysymykset	30
6.2	Raskausdiabetes diagnoosi yllätti.....	31
6.3	Ruokavalio muuttui diagnoosin jälkeen.....	31
6.4	Vertaistukiryhmiä ei tarjottu	32
6.5	Monet asiat kannustivat elämäntapamuutokseen	33
6.6	Tiedon saanti raskausdiabeteksestä sairautena	33
6.7	Raskausdiabeteksen hoidonohjaus painottui ravitsemukseen	34
6.8	Ohjaus toteutettiin yksilöohjauksena	35
6.9	Ohjausmateriaalin käyttö	35
7	POHDINTA	36
7.1	Tutkimustulosten tarkastelua	36
7.2	Opinnäytetyön eettisyys	39
7.3	Opinnäytetyön luotettavuus	40
7.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	41
	LÄHTEET	44
	LIITTEET	47

Liite 1. Haastattelukysymykset	47
Liite 2. Tiedote äideille	49
Liite 3. Tiedote terveydenhoitajille	50
Liite 4. Tutkimuslupa	51
Liite 5. Esimerkki analyysikaaviosta	54
Liite 6. Raskausdiabeteksen seuranta ja seulonta Vantaalla	55

1 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA

Raskausdiabeetikoiden ohjaus ja neuvonta Vantaan alueella on siirtynyt yhä enemmän neuvoloiden vastuulle 1.3.2011 alkaen. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata gestatiidiabeetikoiden kokemuksia saamastaan diabetes-ohjauksesta. Opinnäytetyössä kuvataan Vantaan Keskisen neuvolatoiminnan asiakkaiden kokemuksia terveydenhoitajien antamasta raskausdiabeteksen hoidonohjauksesta. Gestatiidiabeetikoiden ohjaus ja neuvonta on siirtynyt Vantaalla yhä enemmän neuvoloiden vastuulle, joten neuvolan on tärkeää saada kuvaa siitä, minkälaisia kokemuksia äideillä on raskausdiabeteksen hoidosta ja ohjauksesta. Raskausdiabeteksen hoito painottuu suurelta osin elämäntapojen muutokseen ja omaseurantaan, joten neuvolasta saatu laadukas ohjaus on raskausdiabeetikoille erittäin tärkeää.

Valitsimme aiheen koska se on ajankohtainen ja tärkeä. Raskausdiabetes on yleistynyt, joten hoidonohjaaminen ja tiedon välitys raskaana oleville on tärkeää. Tieto raskausdiabeteksestä on myös henkisesti raskasta, sillä se on riski vauvalle sekä äidille. Tuki ja ohjaus ammattilaiselta voi olla tässä tilanteessa todella tärkeä ja ainutlaatuinen apu. Raskausdiabeetikko kaipaa hyvää tietoa terveyteen vaikuttavista tekijöistä, henkistä tukea ja ohjausta omahoitoon. Tärkeää on ottaa ohjauksessa huomioon naisen elämäntilanne. Aihetta ei ole tutkittu vielä kovin paljon, joten tutkimuksia aiheesta kaivataan lisää. Hyvä ohjaus ja sen mukainen toiminta voi edistää vauvan ja äidin terveyttä huomattavasti.

Neuvolan tulisi saada jatkuvasti tuoretta tietoa raskausdiabeetikkojen hoidosta, jotta hoito olisi laadukasta ja tuloksellista. Opinnäytetyön avulla on mahdollista saada ajankohtaista tietoa raskausdiabeetikkojen kokemuksista saamastaan hoidonohjauksesta. Saadun tiedon perusteella on mahdollista kehittää neuvolatyötä ja saada tietoa täydennyskoulutustarpeesta. Haluamme saada mahdollisimman laajan kuvan asiakkaiden kokemuksista.

2 RASKAUSDIABETES SAIRAUTENA

Gestatiidiabetes eli raskausdiabetes on ensimmäisen kerran raskauden aikana diagnosoitu hiilihydraattiaineenvaihdunnan häiriö. Tällöin raskaana olevan naisen verensokeriarvot nousevat normaalia korkeammiksi. Noin joka kymmenennellä raskaana olevalla naisella veren sokeripitoisuus nousee sen verran, että heillä todetaan raskausdiabetes ja noin 50%

suomalaisista on raskausdiabeteksen riskitekijöitä. (Ilanne-Parikka, Rönnemaa, Saha, Sane 2009:385.)

Raskauden aikana hormonitoiminta lisääntyy ja sen vuoksi kehittyy insuliiniresistenssi eli insuliini ei enää tehoa yhtä hyvin kuin aiemmin. Insuliini on hormoni, jota haima erittää ja se säätelee veren sokeripitoisuutta. Sen tehtävänä on kuljettaa ravinnosta saatu sokeri verestä kudoksiin. Raskauden aikana elimistön tulisi tuottaa kaksin- tai jopa kolminkertainen määrä insuliinia edeltäneeseen nähden. Raskausdiabeteksen aikana haiman lisäinsuliinintuotanto heikkenee jolloin verensokeritaso nousee. (Alaniemi 2007.)

2.1 Raskausdiabeteksen diagnosointi

Raskausdiabetes voi tulla kenelle tahansa, mutta sille altistavia tekijöitä ovat ylipaino, perimä, ikä yli 40 vuotta, aiemmin synnytetty suurikokoinen lapsi sekä aiempi raskausdiabetes. Sokerirasiustesti tehdään jos yksikin mainituista riskitekijöistä toteutuu. (Alaniemi 2007.) Käypä hoito-suosituksen mukaan sairastumisriski on erityisen suuri, kun BMI on yli 35 raskauden alkaessa, aiempi raskausdiabetes tai todettu munasarjojen monirakkulaoireyhtymä (PCOS). Glukosuria eli sokerivirtsaisuus raskauden alussa, tyypin 2 diabeteksen vahva sukutausta sekä suun kautta käytettävä kortikosteroidilääkitys on suuri riski raskausdiabetekselle. Nykyisin sokerirasiustesti suositellaan tehtäväksi lähes kaikille raskaana oleville, sillä etukäteen ei voi ennustaa kenellä on taipumus raskausdiabetekseen. (Käypä hoito 2008, Suomen diabetesliitto 2010.)

Diabeteksen diagnosointi perustuu kahden tunnin sokerirasiustuskokeeseen, mutta ensimmäinen merkki raskausdiabeteksestä on yleensä se, että virtsanäytteessä on sokeria. Sokerirasiustesti tehdään 24.-28. raskausviikolla, tarvittaessa aiemminkin. Ensin mitataan verensokerin paastoarvo. Tämän jälkeen nainen juo 75gramman sokeriannoksen jonka jälkeen verensokeri mitataan tunnin sekä kahden tunnin kuluttua. Diagnoosi tehdään jos glukoosipitoisuudet laskimoplasmassa ovat paasto arvo 5.3mmol/l tai enemmän, tunnin arvo 10.0mmol/l tai enemmän ja kahden tunnin arvo 8.6mmol/l tai enemmän. (Käypä hoito 2008.) Terveen ihmisen verensokerin paastoarvo laskimoplasmaasta mitattuna on 4,0-6,0mmol/l ja noin kaksi tuntia aterian jälkeen alle 7,8mmol/l. Heikentynyt paastosokeri, IFG eli Impaired Fasting Glucose tarkoittaa, että verensokerin paastoarvo on kahdeksan tunnin ravinnotta olon jälkeen koholla. Heikentynyt sokerin sieto IGT eli Impaired Glucose Tolerance taas merkitsee sitä, että verensokeri pysyy ravinnon nauttimisen jälkeen liian pitkään koholla. Diabeteksessa verensokeriarvot ovat sekä ennen että jälkeen ravinnon nauttimisen liian korkeat. (Käypähoito 2008.)

2.2 Raskausdiabeteksen vaikutukset äitiin ja lapseen

Diagnoosin saatuaan äidille on tärkeää kertoa miten raskausdiabetes vaikuttaa häneen ja sikiöön. Neuvolan tehtävänä on kertoa äidille vaikutukset äitiin ja lapseen totuuden mukaisesti ja painottaa omahoidon ja seurannan osuutta raskausdiabeteksen hoidossa. Kun äiti sitoutuu hoitoon ja verensokeriarvot saadaan pysymään normaalina, raskausdiabeteksen vaikutukset, sekä äitiin että sikiöön, pystytään minimoimaan sekä riski sairastua myöhemmin diabetekseen pienenee. (Ilanne-Parikka ym. 2009:387.)

Ruokavaliolla hoidettavien raskausdiabeetikoiden raskaus- ja synnytysongelmat eivät poikkea terveiden äitien ongelmista, mutta keisarinleikkaukset ovat yleisempiä raskausdiabeetikoilla. Insuliinilla hoidetut raskausdiabeetikot synnyttävät 35-40% keisarinleikkauksella. Raskausdiabeetikoilla on noin 50% riski sairastua tyypin 2 diabetekseen kymmenen vuoden kuluessa. Raskausdiabeteksen vaikutukset äitiin ovat vähäiset vielä raskauden aikana, mutta hoitamattomana tyypin 2 diabeteksen kehittymisen riski on suuri sekä tyypin 1 diabeteksen riski on kohonnut. Kohonneet sokeriarvot aiheuttavat virtsamäärän kasvamista, nestemenetyksistä aiheuttaa janon tunnetta ja elimistön kuivumista. Korkean verensokeripitoisuuden seurauksena sokeria erittyy virtsaan ja kun sitä erittyy runsaasti, kehittyy runsas energiahukka ja laihtuminen. Diabetekseen liittyy myös väsymys, sillä kudokset eivät kykene insuliinin puutteen vuoksi polttamaan sokeria energiaksi. Tähän liittyy myös elimistön heikentynyt puolustuskyky erilaisia tulehduksia vastaan. (Ilanne-Parikka ym. 2009: 9-10.)

Äidin korkea verensokeripitoisuus aiheuttaa myös syntyvän lapsen verensokeripitoisuuden kohoamista. Tämä johtuu siitä, että verensokeri kulkeutuu istukan kautta sikiöön toisin kuin insuliini. Korkea verensokeripitoisuus lisää sikiön insuliinintuotantoa, joka taas johtaa lapsen suurikokoisuuteen. Tätä kutsutaan makrosomiaksi, joka saattaa aiheuttaa loppuraskaudessa lapselle kroonista hapenpuutetta. (Ilanne-Parikka ym. 2009:386.) Etenkin rasvakudos ja sisäelimistä maksa, perna ja sydän kasvavat. Epämuodostumien riski ei ole olennaisesti lisääntynyt raskausdiabetesta sairastavilla. Joissakin tutkimuksissa on löydetty diagnosoimattoman diabeteksen yhteyttä lapsen epämuodostumarisktiin. Lapsen suurikokoisuus vaikeuttaa synnytystä ja voi aiheuttaa vaurioita sekä äidille että lapselle. Hartioiden juuttuminen synnytyksessä voi aiheuttaa hermopunosvaurioita sekä solisluun murtumia. Syntymän jälkeen lapsella on hypoglykemian riski. Lisäksi keuhkojen kehitys on voinut hidastua, joten lapsella saattaa olla hengitysvaikeuksia. (Alaniemi 2007.)

Äidin raskausdiabetekseen liittyvät korkeat verensokeriarvot saattavat aiheuttaa lapselle myöhemmässä iässä liikapainoa ja glukoosiaineenvaihdunnan häiriöitä sekä lisätä metabolisen

oireyhtymän riskiä. Raskausdiabetes myös nostaa äidin verenpainetta, lisää riskiä sairastua myöhemmin tyyppin 2 diabetekseen ja lisää raskausmyrkytysriskiä. (Käypähoito 2008.)

3 RASKAUSDIABEETIKON HOIDONOHJAUS

Raskausdiabeteksen hoidon tavoitteena on pitää verensokeri tasaisena ja saavuttaa sekä ylläpitää äidin mahdollisimman normaali sokeritasapaino. Petryn mukaan hoito perustuu kolmeen asiaan, jotka ovat ruokavalion muutos, säännöllinen liikunta sekä lääkitys. (Petry 2010:779.) Päävastuu hoidosta on diabeetikolla itsellään kun taas diabeetikon hoidonohjauksesta päävastuussa ovat diabeteshoitaja ja lääkäri.

3.1 Hoidonohjaus

Hoidonohjauksen käsitteellä tarkoitetaan toimintaa jonka avulla pyritään muuttamaan ihmisen käyttäytymistä tai toimintatapoja. Ohjaus on neuvontaa, opetusta, informointia, tiedonantamista ja kehottamista. Se voidaan määritellä opetus- ja ihmissuhdeammateissa käytettäväksi ammatillisen keskustelun työmenetelmäksi. Hoidonohjaus on terveysneuvonnassa aktiivinen ongelmanratkaisuprosessi, jossa hoitaja perustelee ja tukee tiedon avulla potilaan päätöksentekoa. Ohjaaminen on neuvojen antamista ja kehottamista siten, että siihen sisältyy vuorovaikutuksellinen tukeminen. Vuorovaikutus on aktiivista molemmilla osapuolilla. (Kyngäs ym. 2007.)

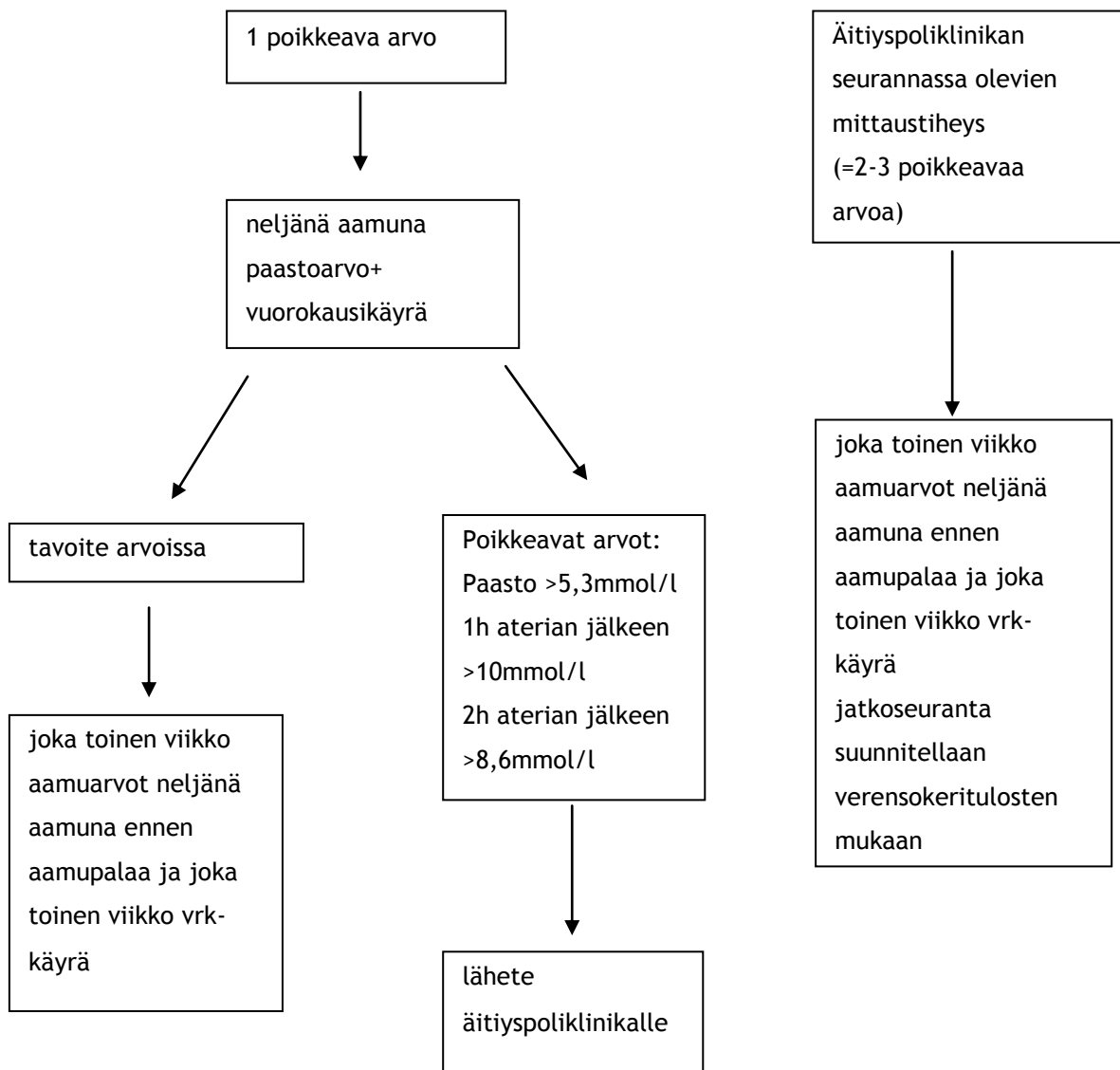
Ohjauksessa on olennaista keskittyä asioihin, jotka ovat diabeetikolle ajankohtaisia. Ohjauksen tulee olla hyvin suunnitelmallista ja jatkuvaa. Asioita tulee käsitellä järjestelmällisesti ja yksi kerrallaan. Diabeetikon tulee tietää diabeteksestä sairautena, sen hoidon tavoitteista ja keinoista sekä mahdollisista lisäsairauksista sekä niiden ehkäisystä. Diabeetikolle annetaan ohjausta verensokerin omaseurannassa sekä mahdollisesta lääkityksestä. Raskausdiabeteksen hoidonohjaus tulee olla ennen kaikkea potilaslähtöistä. Terveellisistä elämäntavoista keskustellaan potilaan kanssa sekä annetaan ohjeita terveellisestä ruoasta, painonhallinnasta ja liikunnasta. Molempien osapuolten, sekä ohjaajan, että ohjattavan tulee olla aktiivisia. Ohjaussuhteen laadukas vuorovaikutus vaikuttaa suuresti hoidon onnistumiseen. (Käypähoito 2009.)

Ritva Alaniemi on tehnyt pro gradu tutkielman raskausdiabeteksen sairastaneiden naisten kokemuksista saamastaan sosiaalisesta tuesta. Raskausdiabeteksen sairastaneiden naisten informatiivinen tuki koostui tiedosta, miten sairaus vaikuttaa lapseen sekä ruokavalio- että

liikuntaohjauksesta. Emotionaalinen tuki käsitti, kuinka hyvin hoitajat olivat kiinnostuneet sairastuneen voinnista, tukivat ja kannustivat sekä keskustelivat heidän kanssaan. Instrumentaalinen tuki muodostui verensokerimittauksen ohjauksesta, välineiden välittämisestä ja opastuksesta sekä käytännön ruokavalio ohjauksesta. Raskausdiabeteksen sairastaneet pitivät kaikkia hoitomuotoja merkittävänä, informatiivista tukea he toivoivat enemmän ja aiemmin sekä selkeämmin ja yksinkertaisemmin ohjattuna. Emotionaalinen tuki auttoi heitä jaksamaan. Instrumentaalinen tuki oli monipuolista ja järjestelmällistä, mutta ruokavalio-ohjausta he toivoivat konkreettisemmaksi. (Alaniemi 2007.)

Sopiva verensokeritaso on ennen aterioita alle 5,5mmol/l ja tunnin kuluttua syödyistä aterioista alle 7,8mmol/l. (Käypähoito 2008). Tasainen ja hyvä verensokeri arvo turvaa sikiön normaalin kasvun ja kehityksen. Hoidon onnistumiseen vaikuttaa eniten odottava äiti itse, sillä hoito perustuu lähinnä omahoitoon ja seurantaan. Hoidon keskeisin asia on, että äiti oppii kaiken sen mitä hän omahoidossa onnistuakseen tarvitsee. Neuvolan tehtävänä on varmistaa, että äidillä on nämä tiedot ja tarvittavat välineet. Hoitajan tulee motivoida äitiä elämäntapamuutokseen sekä hoitoon sitoutumiseen. (Saraheimo 2009.)

Jos sokerirasituskokeessa todetaan vain yksi poikkeava arvo, neuvolan terveydenhoitaja antaa odottavalle äidille ruokavalio ja liikuntaohjeet mahdollisimman pian. Vantaan siirtyessä 1.3.2009 Käypä hoidon mukaiseen verensokerin omaseurannan ohjaukseen, asiakkaat varasivat ajan omalle terveysasemalla terveydenhoitajalle saadakseen mittarin, seurantakortin sekä opastusta verenglukoosin kotiseurantaan. 1.3.2011 alkaen myös verensokerin omaseurannan ohjaus on siirtynyt omalle terveydenhoitajalle neuvolaan. Omalla terveysasemalla seurataan sikiön kehitystä sekä konservatiivisen hoidon toteutumista. Konservatiivisella hoidolla tarkoitetaan ruokavaliolla ja liikunnalla toteutettua hoitoa, jolloin ei käytetä lääkkeitä hoitoa. Keväällä 2011 HYKS-toimintaohjeen mukaisesti mittauksia on vähennetty eli ohjeena on, että verensokeri mitataan ensin neljänä aamuna (aiemmin kuutena) ennen aamupalaa jonka jälkeen vuorokausikäyrä. Jatkossa mitataan joka toinen viikko verensokerin aamuarvot neljänä aamuna ja joka toinen viikko yksi vuorokausikäyrä. Vuorokausikäyrällä tarkoitetaan, että päivän aikana tehdään yhteensä kahdeksan mittausta, aamulla sekä ennen ja jälkeen pääaterioiden. Mikäli verensokerit ovat tavoitearvoissa, mittaukset tehdään jatkossa ennen ja jälkeen aamupalan, kerran kahdessa viikossa. Jos arvot poikkeavat tavoitearvoista, neuvolan terveydenhoitaja konsultoi äitiyspoliklinikkaa sähköisellä läheteellä. Jos äidillä on 2-3 poikkeavaa sokerirasitusarvoa tai paastoverensokeri 6,0 tai yli ohjeistetaan äitiä tekemään mittaukset aluksi samalla tavalla, jatkoseuranta suunnitellaan äitiyspoliklinikalla verensokeriarvojen perusteella HYKS-toimintaohjeen mukaisesti (Liite 6). Alla kaavio 1 verensokerin mittaustiheydestä. (HYKS-toimintaohje 2011.)



Kaavio 1: Raskausdiabeteksen seulonnan, diagnostiikan, hoidon ja jälkiseurannan työnjako terveydenhuollossa (HYKS-toimintaohje 2011.)

Ohjaustilanteessa tulee huomioida sekä fyysiset-, psyykkiset-, sosiaaliset- että ympäristötekijät. Fyysisillä tekijöillä tarkoitetaan muun muassa potilaan yleistä terveydentilaa ja ikää. Psyykkisiä tekijöitä ovat esimerkiksi odotukset, tarpeet, motivaatio ja oppimistyyli. Sosiaalisia tekijöitä ovat potilaan kulttuuritausta ja sosiaalisuus. Raskausdiabeetikolle yksi tärkeimmistä sosiaalisista tekijöistä on läheisten tuki.

Ympäristötekijöillä voidaan tarkoittaa esimerkiksi tilaa, jossa ohjaus tapahtuu. (Kyngäs ym. 2007:29-38.)

Diabeetikon hoidonohjaus perustuu oppimisen ja ohjaamisen periaatteisiin. Hoidonohjauksessa sovelletaan erilaisia menetelmiä ja lähestymistapoja eri kohderyhmille ja yksilöille. Nykyaikaiset oppimisen periaatteet diabeetikon hoidonohjauksessa tarkoittavat lähinnä konstruktivistista oppimiskäsitystä. Siinä tieto luodaan kokemuksiä refleктоimalla ja muuntamalla. Konstruktivistinen oppiminen tarkoittaa sitä, että tieto ei siirry potilaalle, vaan hänen on rakennettava tieto itse. Henkilö tulkitsee havaintojaan ja saamansa tietoa aikaisempien tietojen ja kokemusten pohjalta ja rakentaa jatkuvasti omaa kuvaansa asiasta. Korostetaan ymmärtämistä ja sitä, että ymmärtäminen on yksilöllistä. Lisäksi diabeetikon hoidonohjauksessa käytetään empowerment-filosofiaa, joka perustuu hyvään asiakkaan ja ohjaajan väliseen yhteistyösuhteeseen. (Rissanen 2005:13.) Empowerment-filosofia diabeteksen hoidossa ja hoidonohjauksessa tarkoittaa, että potilaat tekevät omaa hoitoaan koskevia valintoja päivittäin. Tavoitteena on, että diabeetikko omaksuu riittävät tiedot, taidot, asenteet ja itseluottamuksen toimivien hoitovalintojen tekemiseen. Valinnat tehdään yhteisymmärryksessä hoitajan kanssa. (Partanen ym. 2003.) Empowerment-filosofiassa painotetaan hyvää vuorovaikutusta, yhdessä oppimista, diabeetikon omatoimisuuden kasvun tukemista ja psykososiaalisen tuen antamista. Päivittäisten ongelmien ja käytännön kysymysten lisäksi ohjauksessa on pystyttävä puhumaan tunteista, vaikeista asioista, menestyksestä ja ahdistuksesta. Keskustelun tulisi olla läheistä, joka sisältää myös juttelua arkipäivänasioista, jolloin asiakas saa mahdollisuuden puhua kokemuksistaan ja tunteistaan luontevasti. (Rissanen 2005:13.)

Raskausdiabeteksen hoidon lähtökohtana on omahoito. Se vaatii äidiltä paljon uuden tiedon oppimista ja omaksumista sekä motivaatiota, päätöksentekokykyä, hoitoon sitoutuneisuutta ja ennen kaikkea jaksamista. Omahoidon onnistuminen vaatii yhdessä sovittuja tavoitteita hoidosta ja ohjauksesta. (Rissanen 2005:14.) Diabeetikko tekee itsenäisesti päivittäin hoitoon liittyviä päätöksiä, ja siksi onkin tärkeää, että äidillä on riittävästi tieto-taitoa ja motivaatiota sitoutua omahoitoon. Hoitoon sitoutuneisuus vaikuttaa hoitotasapainoon ja hoitotuloksiin merkittävästi. Odottavan äidin motivoimiseen tarvitaan jatkuvaa hoidonohjausta ja ammattihenkilöiden sekä läheisten ihmisten kannustusta ja tukea. Hoidonohjaus on siis olennainen osa raskausdiabeteksen hoitoa. Hoidonohjaus on diabeteksen hoitoon liittyvien asioiden ammatillista ja tavoitteellista käsittelyä hoitajan ja potilaan välisessä tasavertaisessa vuorovaikutussuhteessa. (Partanen ym. 2003.)

Hyvä hoidonohjaus on yksilöllistä ja lähtee diabeetikon omista tarpeista. Siinä huomioidaan potilaan tunteet ja edetään hänen ehdoillaan. Diabeteksen hoidonohjaus on siis hyvin potilaslähtöistä. Hyvässä potilasohjauksessa otetaan huomioon diabeetikon yksilölliset

voimavarat sekä se, mitä potilas jo ennestään tietää ja mitä hänen tulisi tietää. Jokaisella on yksilöllinen tapa omaksua uusia asioita, ja se on tärkeää ottaa huomioon suunnitellussa ohjaustilannetta. (Partanen ym. 2003.)

”Hyvä hoidonohjaus on tasavertaista kulkemista potilaan rinnalla.” (Partanen ym. 2003). Hyvässä hoidonohjauksessa on diabeetikon kanssa yhteisesti sovitut tavoitteet, hoitokeinot ja ymmärrys hoidon tavoitteista. (Partanen ym. 2003). Hoidonohjaus tulisi olla suunnitelmallista, oikea-aikaista ja jatkuvaa. Diabeetikon ohjausprosessissa tavoitteen asettaminen on yksi tärkeimmistä vaiheista. Tavoitteiden on oltava aina yksilölliset, realistiset ja ne tulisi asettaa välitavoitteiden avulla. Välitavoitteilla tarkoitetaan siirtymistä pienemmistä elämänmuutoksista isompiin. Tavoitteen asettelussa potilasta on kuunneltava, koska tuolloin hänen oma motivaationsa ja tavoitteisiin sitoutuminen on parempaa. (Rissanen 2005: 14.)

Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus on suuressa roolissa ohjaustilanteessa. Ohjaustilanteen tulee olla luottamuksellinen, turvallinen ja potilaan autonomiaa kunnioittava. Hoitajan tulee osoittaa kiinnostusta ja arvostusta potilaan asioita kohtaan. Hoitajan ei koskaan tulisi vähätellä tai moittia potilasta hänen elämäntavoistaan tai sairaudestaan. Potilasta tulee ymmärtää ja rohkaista muutokseen. Hoitajan tulee ilmaista asiansa selkeästi ja ymmärrettävästi. Ammattisanastoa ei tulisi käyttää ohjaustilanteissa, mutta jos se on välttämätöntä, potilaalle tulee selventää asiat ja varmistaa, että asia tuli ymmärretyksi. (Kyngäs ym. 2007:38-40.)

Hyvällä asiakkaan motivaatiolla, ohjauksella ja seurannalla on hyvät tulokset raskausdiabeteksen hoidossa. Motivaatio on liikkeelle paneva voima joka ohjaa ihmisen toimintaa ja edistää hoitoon sitoutumista. Motivaatioon vaikuttaa se, kuinka tärkeänä henkilö pitää asiaa ja asetettujen tavoitteiden saavuttamista. Myös se, ovatko asetetut tavoitteet saavutettavissa olevia, vaikuttaa motivaatioon. Hoidon onnistuminen vaatii asiakkaalta omistautumista. Hoidon lähtökohtana on päivittäinen omahoito, mutta hoidonohjaus, seuranta, kannustus ja tuki on tärkeä osa kokonaisvaltaista hoitoa. (Kyngäs, Hentinen 2009:47-49.)

Irlantilainen Stage (2004) tutkimusryhmineen toteaa että, raskausdiabeteksen sairastaneet eivät ole kovin motivoituneita muuttamaan elintapojaan, vaikka tietävät riskinsä sairastua tyyppiin 2 diabetekseen. Tutkimukseen osallistuneista harva kykeni pudottamaan painoaan ja muuttamaan elintapojaan pysyvästi. (Halkoaho ym. 2009.) Ongelmana on, miten äitien motivaatiota voitaisiin lähteä tukemaan niin, että elämäntapamuutos olisi monelle mahdollinen. Ajoissa aloitettu hoidonohjaus mahdollistaa diabeteksen ehkäisyn. Hyvällä hoidon ohjauksen laadulla ja seurannalla voidaan tehostaa terveysvalintojen pysyvyyttä. Äidit tarvitsevat sekä neuvolan, että läheisten ihmisten tukea sairauteen liittyvien tunteiden

käsittelyssä. Usein äiti haluaa ottaa läheisensä mukaan myös ohjaustilanteeseen. Ohjaus on hyvä toteuttaa suullisesti, mutta kirjallista ohjausta on hyvä käyttää apuna ja lisänä. (Halkoaho, Kavilo, Pietilä 2009.)

Hoidon ohjauksen täytyisi olla aktiivista vuorovaikutuksellista toimintana hoitajan ja asiakkaan välillä, jossa ei ole aktiivisia ja passiivisia osapuolia, vaan molempien on oltava aktiivisia, avoimia ja rehellisiä. Asiakas on ensisijainen päätöksentekijä, kun kyseessä on tämän hoito. Henkilökohtaisten voimavarojen merkitys korostuu ja se tulee huomioida. Voimavarat tulee ottaa käyttöön elämänmuutoksessa. (Halkoaho ym. 2009.)

Vuorovaikutuksellisessa ohjauksessa keskustellaan siitä, että asiakas on vastuussa omahoidostaan. Omahoito tehdään itsenäisesti ja hoitaja voi olla tukena ja mukana seurannassa ja ohjauksessa, mutta ei kotona itsenäisesti tapahtuvassa omahoidossa. Ohjaustilanteessa käydään läpi kaikki tarpeellinen tieto sairaudesta ja sen kehittymisen syistä sekä keskustellaan tietoon perustuvasta päätöksenteosta. Esimerkiksi tilanne, jossa ohjaaja kertoo asiakkaalle, että monien tutkimusten perusteella tyydyttyneiden rasvojen suurella käytöllä on selviä vaikutuksia tyyppin 2 diabeteksen kehittymiselle ja raskausdiabeteksen uusiutumiselle. Asiakas harkitsee olisiko hän valmis vähentämään tyydyttyneiden rasvojen käyttöä tämän tiedon valossa. Keskustelemme asiakkaan kanssa siitä, mistä hän löytää luotettavaa tietoa sairaudesta, jota hän voi soveltaa päätöksenteossaan. Hän voi itse selvittää, mitä tapoja hänen on muutettava oman terveytensä vuoksi. Ohjaaja vahvistaa asiakkaan kykyä määrittää omanlaisensa lähestymistapa omahoitoon. Toinen keskittyy enemmän liikuntaan, toinen terveelliseen ja suositeltuun ruokavalioon. On tärkeää, että omahoidon tukemisessa on mukana läheisiä, sekä terveydenhuollon ammattilaisia. (Halkoaho ym. 2009.)

Tutkimusten mukaan voimavaroja vahvistavalla asiakasohjauksella on edistävä vaikutus omahoidon onnistumiselle. Oppiminen ja omaksuminen ovat ohjauksessa prosessi, jossa kokemuksen merkitys tulkitaan uudelleen ja tämä uusi tulkinta ohjaa ymmärtämistä, arvojen asettamista ja toimintaa. Reflektio ei kohdistu vain toimintaan, vaan myös taustalla vaikuttaviin tietoihin, oletuksiin, arvoihin ja uskomuksiin ja näin muokkaa henkilön ajatusmaailmaa ja toimintaa. Ainoastaan tietojen omaksuminen ei riitä, vaan ohjaustilanteessa täytyy ottaa huomioon asiakkaan käyttäytymiseen, oppimiseen ja yksilön persoonaan liittyvät tekijät. Tärkeää on, että ohjauksessa molemmat osapuolet ovat aktiivisia. Asiakkaalla on oikeus päättää, miten hän haluaa hoitaa itsensä. Hän voi myös vaikuttaa hoidon joustavuuteen. Osa haluaa selkeät ohjeet ja osa joustavat ohjeet. Asiakkaan on tärkeää tehdä itse omat hoidon tavoitteensa. (Halkoaho ym. 2009.)

Terveysteen vaikuttaa niin liikunnan määrä, ravitsemuksen laatu ja määrä kuin perintötekijätkin, mutta aiempaa enemmän olisi tärkeää kiinnittää huomiota myös elämänhallintaan, koettuun elämänlaatuun, sosiaalisiin suhteisiin sekä yhtenäisyyden tuntemiseen. (Halkoaho ym. 2009.)

3.2 Hoidonohjauksen menetelmät

Hoidonohjausta voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmäohjauksessa. Yksilöohjaus on yleisin ja tehokkain tapa lisätä potilaan tietoa diabeteksestä ja sen hoidosta. Siinä voidaan keskittyä paremmin potilaan sen hetkisiin ongelmiin ja selvittää hänen tiedon vastaanottokykyä. Ryhmäohjauksen hyvänä puolena on taas se, että se säästää paljon aikaa ja sitä kautta myös resursseja. (Kyngäs ym. 2007:73-74, Rissanen 2005:19.)

3.2.1 Yksilöohjaus diabeetikon hoidossa

Potilasta ohjataan useimmiten suullisesti, koska vuorovaikutusta pidetään tärkeänä. Molempien osapuolten aktiivisuus antaa asiakkaalle mahdollisuuden kysymyksiin, väärinkäsitysten oikaisemiseen ja tärkeään tukeen hoitajalta. Suullista ohjausta annetaan sekä yksilöllisesti että ryhmässä ja sitä tuetaan usein erilaisilla oheismateriaaleilla. Asiakkaat pitävät enemmän yksilöohjauksesta sen henkilökohtaisuuden vuoksi. Se mahdollistaa yksilön henkilökohtaisista tarpeista koostuvan ohjauksen sekä antaa vapaamuotoisen ilmapiirin. Myös jatkuva palautteen antaminen on yksilöohjauksen hyvä puoli. (Kyngäs ym. 2007:74.)

Raskausdiabeteksen diagnoosin saaminen voi olla kolaus itsetunnolle, sillä se usein tarkoittaa huonoja elämäntapoja, tai ainakin sitä, että niitä on muutettava parempaan suuntaan. Keskustelu lähtee asiakkaan omista tarpeista. Keskustelu luo turvallisen ja vapaamuotoisen ilmapiirin. Yksilöohjauksessa käydään läpi ensin taustatiedot, jonka jälkeen asetetaan realistiset ja konkreettiset tavoitteet. Tavoitteiden asettaminen yhdessä asiakkaan kanssa on erityisen tärkeää hoidon onnistumisen kannalta. Henkilökohtaiset tavoitteet on keskeinen osa asiakkaan persoonallisuutta ja hyvinvointia. Tavoitteet tulee asettaa niin, etteivät ne ole ristiriidassa asiakkaan sen hetkisen elämäntilanteen kanssa. Ristiriitaiset tavoitteet heikentävät sekä fyysistä että psyykkistä hyvinvointia. Tavoitteiden tulee olla realistisia. Saavuttamattomissa olevat tavoitteet voivat huonontaa psyykkistä vointia. Ohjaus on tehokkaimmillaan, kun tavoitteita käydään läpi yksilöllisesti huomioiden asiakkaan taustatekijät, kuten arvot ja elämäkatsomus. (Kyngäs ym. 2007:74-75.) Henkilökohtaisia tavoitteita voidaan arvioida esimerkiksi seuraavan kaavion 2 avulla.

- Miten tärkeänä asiakas pitää tavoitetta?
- Kokeeko hän, että hän voisi sitoutua tavoitteeseen?
- Miten hän on edistynyt tavoitteen saavuttamisessa?
- Onko hänellä kykyä toteuttaa tavoite?
- Onko hänellä mahdollisuuksia itse vaikuttaa tavoitteen toteutumiseen?
- Miten muut ihmiset tai asiat vaikuttavat tavoitteen toteutumiseen?
- Millaista sosiaalista tukea hän tarvitsee tavoitteen saavuttamiseksi?
- Millaiset sosiaaliset tekijät kenties estävät tavoitteen toteutumista?
- Miten stressaavaksi asiakas kokee tavoitteen saavuttamisen?
- Millaista aikaa hän pitää riittävänä tavoitteen saavuttamiseksi?

Kaavio 2. Henkilökohtaisten tavoitteiden arviointi (Kyngäs ym. 2007:76.)

Ohjauksessa käydään läpi asiakkaan tietoja ja tuntemuksia, joita täsmennetään kysymyksiin. Myös asiakas itse esittää kysymyksiä. Vasta tilanteen ja tuntemusten selvityksen jälkeen aloitetaan varsinainen ohjaus, jossa kerrotaan kuinka asiakkaan tulisi itseään hoitaa. Usein hoitaja toteuttaa ohjausta kuuntelematta asiakkaan toiveita ja tarpeita. Ohjausta toteutetaan myös tilanteissa jossa asiakas ei ole vielä valmis vastaanottamaan tietoa. Tämä voi johtaa siihen, että asiakas noudattaa armollisesti hoitajan neuvoja eikä vahvista asiakkaan omaa kykyä tehdä ratkaisuja. (Kyngäs ym. 2007:84-86.)

Hoitajan ei tule toistella asioita, jotka asiakas jo tietää ja osaa, mutta jos asiakas pyytää ohjausta, sitä tulee antaa täsmällisesti. Ohjeet, joiden avulla asiakas pyrkii kohti elämäntapa muutosta, syntyy hoitajan ja asiakkaan yhteistyössä. Ohjaus ei ole ainoastaan sitä, että hoitaja kertoo asiakkaalle asioita, vaan asiakkaan tulee saada miettiä ja harkita tuntemuksiaan ja aikaisempia kokemuksiaan. Tällöin tietämys karttuu parhaiten. Myös äänen painoilla ja sanattomalla viestinnällä voi tukea asiakkaan yksilöllistä oppimista. Ohjauksen aikana esitettävillä kysymyksillä pidetään asiakkaan kiinnostusta yllä. (Kyngäs ym. 2007:86-87.)

3.2.2 Ryhmäohjaus diabeetikon hoidossa

Ryhmällä tarkoitetaan potilaista koostuvaa ryhmää, jolla on yhteinen tavoite. Ryhmässä ilmenee tunnusmerkkejä kuten tavoitteet, ryhmäsuhteet ja ryhmädynamiikka. Pienryhmäksi mielletään ryhmä, johon kuuluu 5-12 henkilöä. Keskikokoisessa ryhmässä henkilöitä on noin 20

ja suurryhmässä tästä enemmän. Pienryhmät ja suurryhmät ovat erilaisia toiminnaltaan ja ryhmädynamiikaltaan. Pienryhmässä jäsenet ovat aktiivisia osallistujia ja yksimielisiä. Suuremmissa ryhmissä jäsenet ovat anonyymejä, vähemmän yksimielisiä ja passiivisempia osallistumaan prosessiin. Suurryhmissä johtajaan kohdistuvat odotukset ovat suurempia. (Lipponen, Kyngäs, Kääriäinen 2006.)

Tärkeä asia ryhmän kannalta on jäsenten välinen vuorovaikutus, joka ei aina ole sanallista. Ryhmän yhteisen tavoitteen ja tekojen hallitseminen on välttämätöntä hoidon onnistumisen kannalta ja se myös vahvistaa ryhmään kuuluvuutta ja sitoutumista toimintaan. Toimivan ryhmän jäsenet tuntevat toisensa ja heillä on yhteinen päämäärä. Toisten kannustus, välittämisen viestintä ja huolenpito on jokaisen yksilön velvollisuus. On tärkeää huomioida jäsenten ajatuksia ja mielipiteitä ja antaa tilaa sekä arvoa erilaisiin näkemyksiin. (Kyngäs ym. 2007:104-105.)

Terveyskasvatuksen näkökulmasta ryhmänohjaus on myös tehokas tapa, sillä potilaalla on mahdollisuus keskustella muiden samassa tilanteessa olevien henkilöiden kanssa ja oppia, miten esimerkiksi diabeteksen tuomista ongelmista voi selvitä. Myös ryhmäohjauksesta saatava sosiaalinen tuki on potilaan mielenterveydelle tärkeää. Siitä on paljon tieteellistä näyttöä. Sosiaalinen tuki vähentää stressiä, joka taas vaikuttaa myönteisesti terveyteen. Sosiaalinen tuki helpottaa potilaan sopeutumista sairauteensa joka taas edistää toipumista. (Lipponen ym. 2006.)

Ryhmän ohjaajan tulee suunnitella ohjaus huolellisesti ja tutustua mahdollisuuksien mukaan potilaiden taustatietoihin. Ryhmänohjausta olisi hyvä pitää silloin, kun sairauden toteamisesta on kulunut vain vähän aikaa. Tällöin sosiaalisen tuen tehokkuus on parhaimmillaan. Liian varhain annettu sosiaalinen tuki lisää riippuvuutta tuen antajiin ja vähentää omatoimisuutta. Ryhmän jäsenet jakavat ongelmanratkaisutaitoja ja selviytymiskeinoja toistensa kanssa ja toimivat roolimalleina toisilleen. Ohjaajan on hyvä muistaa, että jäsenen persoonallisuus vaikuttaa siihen, miten hän kokee saamansa sosiaalisen tuen. Persoonallisuus vaikuttaa myös siihen millaisia sosiaalisia suhteita hän pystyy luomaan ja millaista tukea saa. (Lipponen ym. 2006.)

3.3 Vertaistuki

Tarkkaa määritelmää vertaistuelle on vaikea löytää, ja vertaistuen kanssa rinnakkaisena käsitteenä on käytetty usein sosiaalista tukea. (Pulkkinen 2009). Ihmisen sosiaaliseen tukiverkoston tulisi kuulua ihmisiä, jotka tuntevat toisensa, jakavat tunteita ja kokemuksia

keskenään ja voivat tukea toisiaan vaikeissa tilanteissa. Yhteinen sairaus on yhdistävä tekijä, joka luo pohjan vertaistuelle. (Kukkurainen 2007.)

Vertaistuen tarve lähtee ihmisen tarpeesta saada ja antaa tukea sekä vertailla omaa elämäntilannettaan ja kokemuksiaan. Vertaistuki antaa mahdollisuuden puntaroida omaa elämää, voimavaroja, sairautta ja sen kanssa selviytymistä verrattuna toiseen samassa tilanteessa olevaan. Kun ihminen pääsee arvioimaan omaa tilannettaan ja vertaamaan sitä muiden kanssa, se voi motivoitua antaa halua selviytyä tilanteesta. Arviointi auttaa ihmistä toimimaan oman terveytensä hyväksi ja auttaa säilyttämään oman elämänsä hallinnan tunteen. (Kukkurainen 2007.)

Vertaistukiryhmät, joita kutsutaan usein myös oma-apu ryhmiksi, ovat Suomessa tunnetuin vertaistukea antava taho. Ryhmät ovat tarkoitettu ihmisille, joilla on yhteinen ongelma tai ovat samassa elämäntilanteessa. Tarkoituksena on kohottaa itsetuntoa, tietoisuutta ja henkistä hyvinvointia. Kaikki ryhmän jäsenet ovat itse sekä autettavia että auttajia. (Pulkinen 2009.) Ryhmä voi antaa jäsenelleen myönteisessä mielessä sosiaalista painetta muuttaa omaa terveyskäyttäytymistään parempaan suuntaan. Ryhmän tuella ihminen voi alkaa toimia terveellisemmin, välttää kuormittavia tekijöitä ja riskejä sairastua. (Kukkurainen 2007.)

3.4 Raskausdiabeetikon ruokavalio

Tärkeimpiä asioita raskausdiabeteksen hoidossa on ruokavalio. Hyvä ravitsemus raskauden aikana ylläpitää odottavan äidin terveyttä, pitää mielen virkeänä, turvaa sikiön kasvua ja kehitystä, sekä ehkäisee raskausdiabetesta. Se nopeuttaa myös synnytyksen jälkeistä toipumista ja tukee imetyksen onnistumista. Ruokavalio-ohjaus tapahtuu neuvolassa. Hoitajan tulee kartoittaa äidin aikaisemmat ruokailutottumukset sekä kertoa raskausdiabeetikolle sopivasta ruokavaliosta. Suullisen ohjauksen lisänä käytetään kirjallista materiaalia, jotta äiti pystyy kertaamaan ruokavalio-ohjeita vielä kotona. (Luoto, Aittasalo, Kinnunen 2007:513-518.)

Raskaana olevan, imettävän ja raskausdiabeetikon ruokavalio suositus on sama, kuin koko väestön suositus terveellisestä ruokavaliosta. Suositusten mukaan väestön rasvaosuus kuuluisi olla kokonaisenergiämäärästä 25-35 % (alle 10 % tyydyttynyttä rasvaa), hiilihydraattien osuus 50-60 % (sokeria alle 10 %) ja proteiinin osuus 10-20 %. (Luoto ym. 2007:513-518.)

Proteiini ja rasva tasaavat verensokeria, mutta rasvaa suositellaan käytettävän kohtuullisesti, sillä se sisältää runsaasti energiaa. Yhdestä grammasta rasvaa elimistö saa 37kJ eli 9Kcal.

Kuitenkin pieni määrä välttämättömiä rasvoja on saatava päivittäin. Hyviä pehmeän rasvan lähteitä ovat esimerkiksi öljyt ja kala. Proteiini eli valkuaisaine on solujen ja kudosten jatkuvan uusiutumisen rakennusaine. Valkuaisaineita saa riittävästi, jos nauttii päivittäin 2-3 lasillista maitoa, piimää tai jogurttia sekä 1-2 kertaa päivässä liha- tai kalaruokaa. (Heinonen 2009.)

Hiilihydraattipitoisesta ruuasta saadaan paljon ravintokuitua jolla on monia myönteisiä vaikutuksia. Hiilihydraattia tulisi saada päivittäin vähintään 150 grammaa. Hiilihydraattia sisältäviä tuotteita ovat kaikki viljavalmisteet (leivät, pastat, riisit), peruna, hedelmät, nestemäiset maitotuotteet, marjat, kaikki sokerit ja niitä sisältävät tuotteet kuten leivonnaiset. Kuidut tasaavat verensokeria, ja siksi on hyvä syödä runsaasti täysjyväviljavalmisteita, vihanneksia, kasviksia, juureksia ja palkokasveja. Myös marjoissa ja hedelmissä on kuitua, mutta ne nostavat reilusti myös verensokeria. Sopivan annoskoon takaamiseksi on hyvä noudattaa lautasmallia. Lautasesta puolet tulisi täyttää kasviksilla, neljännes perunalla, riisillä tai pastalla ja toinen neljännes liha, kala tai kananmuna valmisteilla. Ruokajuomaksi sopii maito tai piimä. Jos kuitenkin ne eivät maistu, ruoka juomaksi sopii myös vesi. Tällöin kuitenkin kannattaa korvata kalsiumin saanti jälkiruoalla kuten esimerkiksi rahkalla. (Suomen Diabetesliitto 2010.)

Koko väestön ruokavalio suositusten lisäksi, raskaana oleville ja imettäville suositellaan erillisten vitamiinien ja kivennäisaineiden lisäystä. Esimerkiksi D-vitamiinin, raudan, kalsiumin ja foolihapon tarve lisääntyy tällöin runsaasti. Terveellinen ravitsemus sisältää runsaasti täysjyväviljaa, kasviksia, hedelmiä ja marjoja, riittävästi kalaa ja vähärasvaista lihaa ja maitovalmisteita sekä kohtuullisesti rasvoja ja öljyjä. Sikiön kasvun ja kehityksen turvaksi joidenkin ruoka-aineiden käyttöä on syytä rajoittaa tai olla käyttämättä ollenkaan. Ruoka-aineita, joita tulisi välttää, ovat: maksa, makeutusaineet, lakritsi ja salmiakki, kahvi ja muu kofeiini sekä suola. Alkoholia ei tulisi käyttää ollenkaan raskauden aikana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.)

Raskausdiabeetikon ravinnosta tulee vähentää runsaasti hiilihydraatteja ja lisätä hyviä rasvoja. Jos paino on tavoitteeseen nähden liian korkea, on syytä käyttää rasvoja harkiten. Kovan rasvan saantia tulee välttää kuten normaaliruokavaliiossakin. Kovia rasvoja sisältävät muun muassa eläinkunnantuotteet kuten liha ja juusto sekä erilaiset leivonnaiset ja suklaa. Raskausdiabetesta sairastavan ruokavaliossa kokonaisenergiansaanti tulee olla vähäisempää kuin normaalissa diabeetikon ruokavaliossa. Diabeetikon tulee erityisesti huolehtia siitä, että syö riittävän usein eikä suuria annoksia kerralla. Aterioita tulisi olla päivän aikana vähintään neljä ja sen lisäksi 1-2 välipalaa. (Käypähoito 2008.)

Ravinnon yhteyttä raskausdiabeteksen kehittymiseen on tutkittu jonkin verran seurantatutkimuksissa. Kolmessa näistä tutkimuksista havaittiin yhteyksiä ravinnon ja raskausdiabeteksen välillä. Italialaisessa tutkimuksessa (n=504) havaittiin runsaalla tyydyttyneen rasvan saannilla yhteyttä raskausdiabeteksen kehittymiselle. Tämä yhteys oli vahvin naisilla, joilla ei ollut raskausdiabeteksen riskitekijöitä. Tutkimuksessa havaittiin myös, että monitydyttymättömien rasvahappojen saannilla oli taas päinvastainen vaikutus, eli raskausdiabeteksen riskiä heikentävä vaikutus. Samansuuntaisia tuloksia saatiin myös kiinalaisessa tutkimuksessa (n=171). Amerikkalaisessa tutkimuksessa puolestaan huomattiin, että vähentämällä päivittäistä kalorimäärää sekä vähentämällä hiilihydraatteja ja rasvaa, heikentyneen glukoosinsiedon ja raskausdiabeteksen riskit vähenivät huomattavasti.

(Luoto ym. 2007:513-518.)

Toisessa amerikkalaisessa tutkimuksessa (n=1082) ruokavalion suuri keskimääräinen glykeeminen indeksi on todettu olevan yhteydessä kohonneeseen raskausdiabeteksen riskiin. Glykeeminen indeksi kuvaa, kuinka nopeasti eri ruoka-aineiden hiilihydraatit muuntuvat energiaksi ja miten ne vaikuttavat verensokeriarvoihin. Niin sanotut nopeat eli korkean GI:n hiilihydraatit nostavat verensokeriarvoja enemmän ja vaikuttavat sitä kautta insuliinitasapainoon. Ravinnon glykeeminen indeksi oli tässä tutkimuksessa yhteydessä suurempaan rasvan saantiin ja pienempään hiilihydraattien ja kuidun saantiin. Runsas lihan ja erilaisten lihavalmisteen käyttö lisäsi raskausdiabeteksen riskiä. Tutkimusnäyttö ravinnon ja raskausdiabeteksen yhteydestä ovat melko vähäisiä, mutta havaitut yhteydet tukevat nykyisen suomen väestön ravitsemussuosituksen käyvän raskausdiabeteksen ehkäisyyn. (Luoto ym. 2007:513-518.)

3.5 Liikunta raskausdiabeteksen hoitomuotona

Ruokavalion rinnalla diabeteksen hoitoon olennaisena osana kuuluu myös liikunta, vaikka liikunnan todellista suoraa vaikutusta diabeteksen ehkäisyyn ei ole vielä tarpeeksi tutkittu. On tehty joitakin tutkimuksia, joissa on havaittu yhteyttä liikunnalla diabeteksen ehkäisyyn. Neuvoloiden tulee kannustaa äitejä liikkumaan sillä liikunnan avulla voi olla helpompaa aloittaa uusi terveellisempi elämä. (Petry 2010:781.) Säännöllinen liikunta myös edesauttaa elimistön kykyä hyödyntää insuliini. Hoitajan tulee kartoittaa äidin aikaisemmat liikuntatottumukset. Vaikka äiti ei olisi aiemmin juurikaan liikuntaa harrastanut, tulee hoitajan kannustaa häntä aloittamaan liikuntaharrastus rauhallisesti raskauden aikana. Yleensä omia liikuntaharrastuksia voi jatkaa entiseen tapaan aivan raskauden loppupuolelle asti. Odottavan äidin tulee kuitenkin ottaa huomioon sopiva liikuntamuoto. Omat tuntemukset kertovat usein onko laji sopiva vai ei. Varmuuden vuoksi kannattaa kuitenkin välttää lajeja, joissa tehdään hyppyjä tai muita äkkinäisiä liikkeitä. Useimmissa

joukkuelajeissa on riski saada isku vatsan alueelle tai kaatua. Neuvolassa ohjataan äitiä oikean liikunta muodon löytämisessä. (Käypähoito 2008.)

Säännöllinen liikunta auttaa sokeritasapainon ylläpidossa sekä painon hallinnassa. Liikuntasuositukset ovat raskauden aikana samat kuin koko väestölle suunnatut terveystuositukset. (Käypähoito 2008.) Kohtuullisesti kuormittavaa kestävyysliikuntaa tulisi harrastaa vähintään 2,5 tuntia viikossa, joka tulisi jakaa ainakin viidelle viikonpäivälle. Ajan voi kerätä myös esimerkiksi 10 minuutin pätkistä. Päivittäiset valinnat portaiden ja hissien välillä lisäävät huomaamatta liikunnan määrää ja kävelylenkit ovat hyvä tapa saada raitista ilmaa ja liikuntaa. Liikunta auttaa moniin raskauden aikaisiin vaivoihin sekä synnytyksen jälkeiseen palautumiseen. Äidin hyvä kunto vaikuttaa myös sikiön kasvuun ja terveyteen. (Käypähoito 2008.)

Kansainväliset tutkimukset kertovat että pienten lasten äidit harrastavat liikuntaa vähemmän kuin lapsettomat naiset. (Halkoaho ym. 2009). Pienten lasten äitien on tietenkin hankalampi järjestää aikaa urheiluun ja itsensä huoltamiseen, mutta mahdotonta se ei ole. Lasten kanssa on aina järjestettävä elämä niin, että joku toinen huolehtii lapsista urheilun ajan tai sitten lapset on otettava siihen mukaan, esim. vauvauinti, kävely tai juoksu rattaiden kanssa, joillakin kuntosaleilla on myös ”lapsiparkkeja”. Elämä on järjestettävä uudelleen. Äidit jotka ovat hyväkuntoisia, jaksavat perhe-elämää paremmin. (Suomen Diabetesliitto 2010.)

Liikunnan tiedetään vaikuttavan edullisesti raskauden aikaiseen insuliiniresistenssiin, mutta näyttö liikunnan yhteydestä raskausdiabeteksen kehittymiselle on vielä vähäistä. Joissakin amerikkalaisissa tutkimuksissa on todettu positiivista yhteyttä liikunnan harrastamisella ja raskausdiabeteksen puhkeamisella ja ehkäisyllä. Tutkimuksissa verrattiin ennen raskautta liikuntaa harrastavia sekä raskauden aikana liikuntaa harrastavia, niihin jotka eivät ollenkaan harrastaneet liikuntaa. (Luoto ym. 2007:513-518.)

Näistä tutkimuksista voidaan päätellä, että ravinnolla ja liikunnalla näyttää olevan yhteyttä raskausdiabeteksen ilmaantuvuuteen. Tieto ei kuitenkaan riitä osoittamaan, että hyvillä ravinto- ja liikuntatottumuksilla voisi ehkäistä raskausdiabeteksen. Tarvitaan enemmän satunnaistettuja, kontrolloituja interventiotutkimuksia, jotta tietoa saataisiin luotettavammaksi ja varmemmaksi. (Luoto ym. 2007:513-518.)

3.6 Lääkehoito raskausdiabeteksen hoidossa

Raskausdiabetesta hoidetaan pääasiassa konservatiivisesti, mutta jos se ei riitä, otetaan käyttöön lääkehoito. Lääkehoitona käytetään ensisijaisesti insuliinihoitoa. Erityistapauksissa

voidaan harkita suun kautta annosteltavaa lääkitystä tai insuliinin ja oraalisen lääkityksen yhdistelmää. Mikäli verensokeriarvot ovat ruokavalio- ja liikuntamuutosten jälkeen edelleen korkeat, on syytä ottaa käyttöön insuliinihoito. Insuliini on valkuaisaine, joka rakentuu aminohapoista ja osallistuu verensokerin säätelyyn. Insuliinihormonin korvaushoidossa käytetään valmisteita, joiden vahvuus ilmoitetaan kansainvälisinä yksikköinä ky, U tai IU. Insuliinin vahvuus on 100 U / 1ml, joka tarkoittaa, että yhdessä millilitrassa on 100yksikköä insuliinia. (Seppänen, Alahuhta 2007:47.)

Noin kaksi prosenttia gestatiidiabeetikoista tarvitsee insuliinihoitoa. Insuliiniannos määräytyy mitattujen verensokeripitoisuuksien mukaan. Kun verensokerin paastoarvo on toistuvasti yli 5,5mmol/l ja tunnin kuluttua ateriasta yli 7,8mmol/l, on syytä aloittaa insuliinihoito. Hoito aloitetaan synnytyssairaalan äitiyspoliklinikalla ja sitä jatketaan usein synnytykseen saakka. (Rintala, Kotisaari, Olli, Simonen 2008:515.) Hoitajien tehtävänä on ohjata potilasta insuliinin pistämiseen. Ohjaustilanteessa hoitaja neuvoo ja näyttää insuliinin pistotekniikan ja ohjaa verensokerimittarin ja pistosvälineiden hankinnassa ja käytössä. Insuliinin pistetään insuliinikynällä, joka on erittäin helppokäyttöinen. Insuliini annostellaan subcutikseen eli ihonalaiseen rasvakudokseen joko vatsan tai reiden alueelle. Insuliinihoito lopetetaan synnytyksen jälkeen ja yleensä raskausdiabetes paranee. (Seppänen ym. 2007:69-71.)

3.7 Raskausdiabeetikon omaseuranta

Diabetes on sairaus, joka tarvitsee jatkuvaa ja säännöllistä omaseurantaa. Vaikka seuranta vaatii aikaa ja vaivaa, se on välttämätöntä ja hyödyllistä, jotta saavutetaan hyvä hoitotasapaino. Seurannan avulla diabeetikko oppii tuntemaan diabeteksen vaikutuksen ja oman elimistönsä toiminnan erilaisissa tilanteissa. Mittaustulokset jäävät mittarin muistiin, mutta lisäksi ne on hyvä kirjata omaseurantavihkoon kokonaisuuden hahmottamiseksi. Omaseurantavihko on hyvä ottaa mukaan neuvolakäynneille, sillä se antaa hoitajalle selkeän kokonaiskuvan sokeritasapainosta. (Seppänen ym. 2007: 83.)

Verensokerin mittaaminen opetellaan yhdessä hoitajan kanssa. Verensokeri otetaan sormenpästä verensokerimittarin avulla. Sormen tulee olla puhdas, mutta sitä ei erikseen desinfioida mittausta varten. Verinäyte otetaan sormen ulkosyrjästä sopivalla ja helppokäyttöisellä lansetilla eli näytteenottolaitteella. Tietyillä mittareilla voi ottaa näytteen myös käsivarresta ja kämmenestä, mutta yleisimmin näyte otetaan sormenpästä. Sormea ei saa lypsää vaan sitä puristetaan tasaisesti koko pituudelta. Veripisara laitetaan liuskaan sille tarkoitettuun kohtaan, jolloin mittari mittaa tuloksen automaattisesti. Tulos kirjataan omaseurantavihkoon. (Rintala ym.2008:71-73.)

Verensokerin mittaaminen on ainoa tapa selvittää, ovatko verensokeriarvot tasaiset ja tavoitetasolla. Jotta omaseuranta onnistuu, on oltava oikea mittaustekniikka sekä asianmukaiset mittausvälineet. Raskausdiabeetikon on tärkeää ymmärtää tuloksia ja hyödyntää niitä, koska hoitoa ja elämäntapoja voidaan muuttaa tulosten perusteella. Verensokerinseurannalla voidaan tulkita miten ruoka, liikunta, lääkitys, stressi ja arjen tapahtumat vaikuttavat sokeriarvoihin. (Seppänen 2007:115.)

3.8 Raskausdiabeteksen seuranta synnytyksen jälkeen

Loppuraskauden voimakas insuliiniresistenssi häviää nopeasti synnytyksen jälkeen ja verensokeritaso normalisoituu. Insuliinia käyttäneille raskausdiabeetikoille uusitaan sokerirasisutustesti 6-12 viikkoa synnytyksen jälkeen. (Diabetesliitto 2010.) Jos synnytyksen jälkeisen sokerirasisutuskokeen tulos on normaali, se uusitaan noin kolmen vuoden välein. Jos äidillä on suurentunut riski sairastua tyypin 2 diabetekseen tai jos sokerirasisutuskokeessa havaitaan heikentynyttä sokerin sietoa tai kohonnut paastoarvo, uusitaan koe vuosittain. Seurannassa huomioidaan myös verenpaine, paino, vyötärön ympärysmitta ja veren rasva-arvot. (Rintala ym.2008:152.) Sokerirasisutuskokeen uusiminen on tärkeää, sillä pienellä osalla raskausdiabeetikoista glukoosinsietokyky voi heikentyä pysyvästi ja koska raskausdiabetes voi altistaa tyypin 2. diabetekselle myöhemmässä vaiheessa. (Suomen Diabetesliitto 2010). Elintavoilla voidaan vaikuttaa suuresti siihen, puhkeako diabetes vai ei. Raskausaikana noudatettuja terveellisiä elintapoja kannattaa jatkaa myös lapsen syntymän jälkeen. Terveellisestä ja monipuolisesta ruuasta ja liikunnasta saa energiaa koko perheelle. (Rintala ym.2008:152.)

Tanskalaisen tutkimuksen mukaan noin 40 prosentille niistä raskausdiabeetikoista, joita hoidetaan pelkästään ruokavaliolla, kehittyy tyypin 2 diabetes kymmenen vuoden sisällä. Suurin selittävä tekijä tutkimuksessa oli korkea BMI eli korkea Body Mass Index arvo. Suomessa vuonna 2006 sokerirasisutuskokeen tulos oli poikkeava noin kymmenellä prosentilla raskaana olevista. (Kaaja 2006:35.)

3.9 Raskausdiabeteksen uusiutumisen ja tyypin 2 diabeteksen riskit

Raskausdiabeteksen puhkeamisen riskitekijät ovat samankaltaisia kuin tyypin 2 diabeteksessa. Tärkeimpiä riskitekijöitä ovat korkea ikä, ylipaino, suvussa esiintynyt tyypin 2 diabetes sekä aikaisempi makrosominen vauva. Korkealla iällä tarkoitetaan yli 35-vuotiaita. (Petry 2010:776.) Riskitekijöitä ovat myös edellisessä raskaudessa esiintynyt varhainen

glukoosiaineenvaihdunnan häiriö, eli ennen viikkoa 24, joka viittaa vaikeaan sokeritasapainohäiriöön, monisyntyttäneisyys sekä synnytysten lyhyt aikaväli eli alle vuosi (Käypähoito 2008) Muita riskitekijöitä Petryn englantilaisen tutkimuksen mukaan (n=23 000) ovat aikaisempi kohtukuolema, raskauden aikainen tai ennen raskautta korkea verenpaine, tupakointi raskauden aikana, sekä sokerivirtsaisuus. Afrikkalaisilla, espanjalaisilla, etelä- ja itä-aasialaisilla on suurempi riski sairastua raskausdiabetekseen heidän geeniperimänsä takia. (Petry 2010:776.)

Koska raskausdiabeteksen ja tyypin 2 diabeteksen uusiutumiskorkeus on korkea, on riskitekijöihin puututtava välittömästi edellisen raskauden jälkeen. Tyypin 2 diabeteksen puhkeamisriski raskausdiabeteksen jälkeen on noin 50 %. (Ilanne-Parikka 2009:385.) Mitä aikaisemmin sairauteen puututaan, sen paremmat tulokset. Raskausdiabeteksen uusiutumisen ehkäisy tapahtuu samoilla toimilla kuin tyypin 2 diabeteksen ehkäisy, eli painonpudotuksella, painonhallinnalla, terveellisellä ja monipuolisella ruoalla, sekä liikunnan lisäämisellä. (Kaaja 2006:35.) Synnytyksen jälkeen on otettava huomioon, että yhä useampi raskaana oleva on voinut jo tietämättään sairastua ennen raskautta tyypin 2 diabetesta, jolloin on tarkistettava ruokavalio ja siirrytään mahdollisesti oraaliseen diabeteslääkitykseen tai insuliiniin. (Kaaja 2006:36.)

Pitkä imettäminen auttaa laihduttamisessa ja voi ehkäistä tutkimusten mukaan äidin tyypin 2 diabeteksen kehittymistä. Tavoitteena on kuuden kuukauden pituinen täysimetys. Ylipainon välttäminen ja väestön ravitsemussuositusten mukainen ruokavalio vähentää riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen. (Kaaja 2006:37.) Kohtuullisen ja säännöllisen liikunnan lisääminen voi vaikuttaa painon hallintaan, joten se on suositeltavaa. Liikunnan harrastamisen vaikutuksista sairauden tyypin 2 diabeteksen ehkäisemiseksi on tehty erilaisia tutkimuksia, toisten mukaan se vähentää diabeteksen riskiä ja toisilla ei ollut varmaa näyttöä. Kaiken kaikkiaan liikunnan spesifisiä vaikutuksia on tutkittu liian vähän. Tärkein asia, johon keskitytään, on painonhallinta tai painonpudotus sekä ruokavalion muuttaminen väestön suositusten mukaiseksi. (Käypähoito 2008.)

Raskausdiabeteksen hoidonohjauksen kokemuksista on tehty tutkimuksia sekä aiheesta on kirjoitettu paljon artikkeleita erilaisissa ammattilehdissä. Tarkoituksena tutkimuksessamme on hyödyntää muita tutkimuksia, projekteja sekä kirjallisuutta tukemaan tutkimusta ja antamaan muita näkökulmia. Teemahaastattelun tarkoituksena ei ole pyrkiä yleistettävyyteen, vaan jokainen kokemus on tärkeä. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2007:203-204.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Vantaan Keskisen neuvolatoiminnan alueen asiakkaiden kokemuksia saamastaan raskausdiabeteksen hoidonohjauksesta. Raskausdiabeetikoiden ohjaus ja neuvonta ovat Vantaalla siirtyneet 1.3.2011 lähtien yhä enemmän neuvoloiden vastuulle, jonka vuoksi on tärkeää saada kuvaa asiakkaiden kokemuksista.

Tässä opinnäytetyössä haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten odottavat äidit kokivat tiedon raskausdiabetesdiagnoosista?
2. Miten raskausdiabetes vaikutti odottavan äidin jokapäiväiseen elämään?
3. Miten raskausdiabeetikot kuvaavat saamaansa hoidonohjausta?
 - a) ruokavaliosta?
 - b) liikunnasta?
 - c) omaseurannasta?
 - d) vertaistukiryhmistä?
 - e) ohjausmenetelmistä?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyömme toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä. Haastattelumuotona käytimme teemahaastattelua. Analysoimme tulokset Induktiivisella sisällön analyysillä. Haastatteluihin osallistui kolme raskausdiabeetikkoa, joilta saimme hyvän aineiston ja esille nousi hyviä kehittämistarpeita toiminnan kehittämiseksi.

5.1 Mittarin laadinta ja haastateltavien valinta

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella eli kvalitatiivisella menetelmällä, mikä on usein sopivin tutkimuksiin, jotka kuvaavat kokemuksia. Raskausdiabeetikon kokemukset hoidon ohjauksesta saatiin parhaiten hyödyksi laadullisella tutkimuksella, sillä tarvittiin kuvailevia vastauksia. Laadullisessa tutkimuksessa painotetaan aineiston laatua enemmän kuin määrää, sillä mielenkiinto kohdistuu tutkittavan ilmiön kuvaukseen. Aineisto ei pyri olemaan edustava ja

yleistävä otos perusjoukosta ja samassa tutkimuksessa voidaan käyttää eri aineistoja. (Janhonen, Nikkonen 2001:11.)

Laadullisen tutkimuksen avulla voitiin selvittää neuvolan ja sairaalan toimintaa hoidon ohjauksessa, miksi jokin menetelmä ja toimintatapa toimii ja miksi ei, tai miten asiakkaat arvioivat menetelmän toimivuutta ja vaikuttavuutta omasta näkökulmastaan. Laadullinen tutkimus palveli opinnäytetyön aihetta, sillä se auttoi ymmärtämään raskausdiabeetikoiden erilaisia näkökulmia hoitotilanteessa. Tämän avulla voitiin tutkia hoitotilanteen vuorovaikutusta ja siihen liittyviä ongelmia. (Hirsjärvi ym. 2007:156-160.)

Haastattelun kysymykset nousivat opinnäytetyön teoriasta ja tutkimuskysymyksistä. Haastatteluihin haettiin neuvolan raskaana olevia raskausdiabeetikkoja, tai äitejä, joilla on ollut raskausdiabetes ja heidän synnytyksestä oli enintään vuosi, jotta hoito olisi vielä tuoreessa muistissa. Haastattelut tehtiin teemahaastattelurungon mukaisesti. Saimme haastatteluihin kolme äitiä Vantaan Keskiseltä neuvolatoiminnan alueelta. He olivat saaneet ruokavalio-, liikunta- ja verensokerinseuranta ohjausta neuvoloista sekä, terveysasemalta ja synnytysairaalan diabetespoliklinikalta.

5.2 Aineiston keruu ja käsittely

Tiedonkeruu menetelmänä käytettiin teemahaastattelua, mikä tarkoittaa lomake- ja avoimen haastattelun välimuotoa. Teemahaastattelussa on tavallista, että haastattelun aihepiirit ovat tiedossa, mutta haastattelukysymysten tarkkaa muotoa ja järjestystä ei välttämättä ole. Teemahaastattelua käytetään usein kasvatus- ja yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa, koska se vastaa monia laadullisen tutkimuksen lähtökohtia. Haastattelun avulla saatiin selville, miten neuvolan asiakkaat ovat kokeneet raskausdiabeteksen hoidonohjauksen. Haastattelijat pääsivät oikaisemaan väärinymmärryksiä ja sekaannuksia ja toistamaan kysymyksiä tarvittaessa. Teemahaastattelun avulla saatiin laajoja selittäviä vastauksia, jotka jäisivät saamatta määrällisessä tutkimuksessa. Haastattelun vapaa muoto antaa asiakkaalle vapauden selittää omin sanoin kokemuksiaan, silloin opinnäytetyö voi tuoda odottamattomiakin tuloksia. (Hirsjärvi ym. 2007:203.)

Opinnäytetyössä teemahaastattelu toteutettiin yksilöhaastatteluna. Teemahaastattelu toteutettiin asiakkaiden eli äitien kotona, ja ne kestivät 15-25 min. Haastattelut nauhoitettiin, jonka jälkeen tallennettu laadullinen aineisto kirjoitettiin puhtaaksi sananmukaisesti eli litteroitiin. Yhteys neuvoloihin saatiin projektisuunnittelija Leeni Löthman-Kilpeläisen avulla. Kävimme Kartanonkosken ja Koivukylän neuvolassa kertomassa opinnäytetyöstämme ja jätimme tiedotteet, jotka terveydenhoitajat antoivat asiakkailleen.

Tikkurilan neuvolan tiimipalaveriin emme saaneet varattua aikaa, joten tiimivastaava kertoi terveydenhoitajille opinnäytetyöstämme ja jakoi tiedotteet puolestamme. Toimitimme yksiköiden ilmoitustauluille myös tiedotteet opinnäytetyöstä, jotta äidit voisivat ottaa meihin yhteyttä.

Olimme sopineet työn jaosta ennen haastatteluja. Toinen haastatteli ja toinen vastasi nauhoittamisesta ja tarkensi kysymyksiä. Etukäteen sovitut teemat ja apukysymykset auttoivat haastatteluita pysymään samankaltaisina molemmilla haastattelijoilla. Teemat perustuvat tutkimuskysymyksiin. Aihe kulminoitui kahteen aiheeseen; elämä raskausdiabeetikona sekä raskausdiabeetikon hoidonohjaus. Varsinaisten teemojen lisäksi kysyttiin taustakysymyksiä, jotka olivat ikä, siviilisääty, koulutus, lasten lukumäärä sekä paikka, jossa äiti on saanut ohjausta (Liite1).

5.3 Aineiston analysointi

Aineiston käsittely ja analyysi aloitettiin pian aineiston keruuvaiheen jälkeen. Tällöin aineisto vielä inspiroi ja aineistoa voi vielä täydentää ja selventää tarvittaessa. Aineistoa analysoidaan induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Sisällönanalyysi on kerätyn aineiston tiivistämistä niin, että tutkittavaa ilmiötä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla. Sisällönanalyysin avulla voidaan tehdä havaintoja dokumenteista ja analysoida niitä systemaattisesti. Olennaista analyysissä on, että tutkimusaineistosta erotetaan samankaltaisuudet ja eriävyydet. Sisällönanalyysissä selvitetään aineistossa ilmeneviä merkityksiä, tarkoituksia, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysi-prosessi etenee seuraavasti; analyysiyksikön valinta, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällön analyysin luotettavuuden arviointi. (Janhonen ym. 2001:23-26.)

Sisällön analyysiä tehdessä on sisäistettävä ja tunnettava koko aineisto. Tehdään karkea luokittelu, tutkimustehtävän täsmennys, ilmiöiden esiintymistiheyden täsmennys, uusi luokittelu ja viimeisenä tulkinta. Kyseessä on monivaiheinen prosessi. (Metsämuuronen 2006:124-125.) Sisällönanalyysia aloitettaessa ensiksi päätetään, mikä asia aineistossa kiinnostaa, käydään aineisto läpi eli litteroidaan tai koodataan ja merkitään kiinnostavat osat, kaikki muu jätetään tutkimuksen ulkopuolelle, kerätään merkityt asiat ja ne luokitellaan, teemoitellaan tai tyypitellään sekä viimeiseksi niistä kirjoitetaan yhteenvedo. Luokittelulla, teemoittelulla ja tyypittelällä tarkoitetaan analyysitekniikkaa. Luokittelua pidetään kvantitatiivisena analyysinä sisällön teemoin. Yksinkertaisimmillaan aineistosta määritellään luokkia ja lasketaan montako kertaa ne esiintyvät aineistossa. Teemoittelu on luokittelun kaltaista, mutta siinä painottuu mitä kustakin teemasta on sanottu. Lukumäärällä ei silloin ole

välttämättä merkitystä. Tyypittelyssä aineisto erotellaan tyypeiksi. (Tuomi, Sarajärvi 2006:93-94.)

Aineiston runsaus ja elämänläheisyys tekevät käsittelyn mielenkiintoiseksi ja haastavaksi. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2009:224-225). Laadullisessa tutkimuksessa saattaa ilmetä kiinnostavia asioita, joita ei edes osannut odottaa, mutta näitä kaikkia ei valitettavasti voida analysoida ja tutkia samassa tutkimuksessa. Tutkittava ilmiö on oltava tarkkaan rajattu kapea. (Tuomi 2006:95.)

Induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi etenee yksittäisestä yleistykseen. Siinä kuvataan sanallisesti aineiston sisältöä tiiviissä ja selkeässä muodossa. Aineistosta valitaan tutkimusongelmien mukaan oleelliset ilmaukset eli analyysiyksiköt ja pelkistetään ne yksinkertaiseen muotoon. Sen jälkeen asiat, jotka käsittelevät samaa asiaa yhdistetään alaluokiksi, jotka sitten nimetään sisältöä kuvaavaksi. Samaa sisältävät alaluokat yhdistetään yläluokiksi, jotka nimetään sisällön mukaan. Yläluokat voidaan myös yhdistää yläluokiksi, jotka nimetään niiden sisällön mukaan. Näiden luokkien avulla voidaan vastata tutkimusongelmiin ja tehdä aineistosta johtopäätöksiä ja tulkintoja. (Tuomi 2009:101,113.)

Lähdimme työstämään sisällön analyysiä litteroimalla eli puhtaaksi kirjoittamalla haastattelut sanasta sanaan pian nauhoittamisen jälkeen. Litteroinnin jälkeen tulostimme litteroidun aineiston ja luimme sen läpi useampaan kertaan, jotta saimme kokonaiskäsityksen vastauksista. Tutustuttuamme aineistoon aloitimme aineiston pelkistämisen eli alleviivasimme litteroidusta aineistosta tutkimuskysymyksiin vastaavia ilmaisuja ja siirsimme ne selkeämmässä muodossa toiselle paperille. Seuraavaksi ryhmittelimme pelkistettyjä ilmauksia ja löysimme osasta vastauksista yhdistäviä tekijöitä. Alla kaaviossa 3, on esimerkkejä pelkistämisestä.

Alkuperäisilmaus

”No siihe ravintoon liittyvää tosi paljon et pitää olla säännöllistä ja terveellistä ja paljon kasviksia ja kuituja ja ruisleipää on joka paikassa toivotettu”

”...selkee ero verrattuna sitte ku esimerkiksi oli sit taas se helsinkiläinen kaveri ni...et niiku vähän niiku tosi paljon harvemmi sit mittaili...”

”...sit ku kysyy neuvoo niiku ni saa semmost ympäripyöreet vastausta...”

Pelkistettyilmaus

Paljon tietoa ruokavaliosta

Paikkakuntakohtaiset erot

Ohjaus epämääräistä

Kaavio 3: Esimerkkejä pelkistämisestä

Viimeisenä vaiheena oli aineiston abstrahointi joka tarkoittaa aineiston käsitteellistämistä muodostaen yläluokkia. (Janhonen & Nikkonen 2001). Koimme aineiston ryhmittelemisen ja abstrahoinnin haasteelliseksi, sillä aineistoa kuvaava käsite oli vaikea löytää. Alla kaaviossa 4, on esimerkki yläluokkien muodostamisesta. Abstrahoinnin jälkeen kokosimme ylä- ja alaluokista analyysikaavioita, joista esimerkki liitteenä. (Liite 5).

Alaluokka

Ei puhuttu paljon liikunnasta.
Enkä sitten raskaana juurikaan liikkunut.

Yläluokka

Liikuntaa painotettiin
vähän hoidonohjauksessa.

Kaavio 4: Esimerkkejä yläluokan muodostamisesta

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Opinnäytetyön tulokset saatiin haastatteluista, jotka käytiin neuvolan asiakkaiden kotona, heidän omasta valinnastaan. Saimme heihin yhteyden Vantaan neuvoloiden kautta. Terveystoimijat kertoivat äideille työstämme, ja laitoimme ilmoitukset neuvoloiden ilmoitustauluille. Seuraavissa kappaleissa kerromme haastatteluiden tuloksia teemoittain. Olemme koonneet alle suoria lainauksia haastatteluista.

6.1 Taustakysymykset

Haastateltavat olivat iältään 29-36-vuotiaita ja heidän keski-ikä oli 32 vuotta. Kaikki olivat naimisissa ja heillä oli 0-2 lasta (yksi haastateltavista oli vielä raskaana). Koulutukseltaan haastateltavat olivat sosiaali- ja terveysalalta sekä kaupalliselta alalta. Hoidonohjausta he olivat saaneet Tikkurilan-, Koivukylän- ja Kartanonkosken neuvolassa, Naistenklinikalla, Kätilöopiston sairaalassa sekä terveysasemilla.

6.2 Raskausdiabetes diagnoosi yllätti

Ensimmäiseen kysymykseen saimme vastaajilta samankaltaisia vastauksia. Diagnoosin saaminen koettiin yllättävänä, ja mietittiin miksi näin kävi. Vastaajat kokivat olonsa hämmentyneeksi ja miettivät mitä diagnoosin saaminen käytännössä tarkoittaa. Oletettiin myös, että sokeriarvojen kohoamisen huomaisi itse huonona olona, sekä kuviteltiin raskausdiabetesta reilusti ylipainoisten naisten sairautena. Suuri huolenaihe oli vauvan hyvinvointi. Tunnetta diagnoosin saannin jälkeen kuvailtiin hurjaksi. Raskausdiabetes-nimike tuntui paljon pahemmalta kuin oikeasti onkaan. Diagnoosia ei lopulta kuitenkaan otettu kovinkaan raskaasti. Tieto siitä, että vauva voi hyvin ja arvot pysyvät suhteellisen kurissa, auttaa oloa. Kaikki vastaajista vaikuttivat kuitenkin hämmentyneiltä diagnoosista.

”Ehkä vähän yllätti että ei.. kuitenkin ajatellu että se on tämmösten reilusti ylipainosten odottavien äitien sairaus.”

”No oli yllätys.. ku ite kuvitteli et jos mul se on ni tulee huono olo tai jotai et ite oli huomannu sen sokerivaikutuksen.. ja sit seuraavaks et no mitä nyt.. mitä tää nyt sit käytännös tarkoittaa. ”

”.. raskausdiabetes tai jotenki sen niiku se nimitys tuntu paljon pahemmalta”

6.3 Ruokavalio muuttui diagnoosin jälkeen

Kaikki vastaajista kiinnittivät huomiota ruokailutottumuksiin diagnoosin saannin jälkeen. Ruokailutottumuksia muutettiin terveellisempään suuntaan. Hiilihydraatteja vähennettiin ja herkkuja syötiin kohtuudella. Kiinnitettiin huomiota annoskokoihin ja rasvaisten ja makeiden vähentämiseen. Osa haastateltavista kertoi ruokailutottumusten muutoksen olleen hankalaa. Osa taas koki sen helpoksi aikaisempien terveellisten ruokailutottumusten vuoksi. Yhdelle haastateltavista tuli ruokailun vahtimisesta ahdistusta. Osa vastaajista kertoi liikkuneensa aiemmin enemmän, mutta raskaana ei juuri ollenkaan eikä diagnoosin saaminen muuttanut asiaa. Liikunta tottumusten muutoksiin ei paljon puututtu hoidonohjauksessa.

”No ruokavalio on ainaki sillain, että oon niiku enemmän tiedostanu sitä, että että hiilihydraatteja pitäs syödä kohtuudella varsinki noita nopeita, niinku leipää ja tämmösiä nopeita niinku hedelmäsokeri tyylisiä ja semmosia et tota kyllä sitä on alkanu enemmän miettimää mitä sitä suuhusa laittaa ja millä vatsansa täyttää.”

"..Mä oon kuitenkin syönyt aika silleen terveellisesti niinku muutenki ja sit kauheen säännöllisesti et siihen mä en houtunu oikeestaan muuttaa yhtään että.."

"rupes kiinnittää huomiota siihe et mitä syö ja ehkä jotenki liianki tosissaa tavallaa otti sen et kauheeta jos mä syön yhen karkin ni apua mitä lapselle tapahtuu.."

"Ja sitte ku mä tykkään niiku makeeta syödä kahvin kanssa tai sillain ni on ollu kyllä niiku henkisestiki aika rankka dieetti et täytyy miettii ettei karkkeja eikä mitää sellasii."

Tieto elämäntapojen vaikutuksista omaan terveyteen sekä vauvan hyvinvointiin auttoi muutosten tekemiseen. Suurin muutos oli ruokavalion muutos terveellisempään. Vaikeimmaksi koettiin herkkujen eli rasvaisten sekä makeiden ruokien pois jättäminen. Mitä enemmän ruokailu tottumuksia täytyi muuttaa, sitä vaikeammalta se tuntui.

6.4 Vertaistukiryhmiä ei tarjottu

Kellekään vastaajista ei tarjottu mahdollisuutta osallistua vertaistukiryhmään. Vastaajat jakoivat kokemuksiaan tuttavien kanssa, jolla oli myös ollut raskausdiabetes. Jos vertaistukea ei saatu lähipiiristä, keskusteltiin muiden läheisten kanssa. Tuloksista voidaan päätellä, että vertaistuen tarpeellisuudesta oltiin kahta mieltä. Kerrottiin, että vertaistukiryhmä olisi ollut tarpeellinen. Jos vertaistukea olisi ollut tarjolla, olisi se ollut hyvä vaihtoehto käydä läpi diabeteksen tuomia elämänmuutoksia ja mahdollisia murheita. Osa taas oli sitä mieltä, että vertaistuki olisi ollut tarpeeton, sillä raskausdiabetes ei tuonut heille suurta ahdistusta.

"Kyllä ite niiku tiedän ryhmistä sen verran et vois olla iha hyvä et ois niiku tämmöne vertaistukiryhmä. Tähänki aiheeseen raskausaikana kuiteki tulee muutenki jo nii paljon kaikkia kysymyksiä mitä miettii varsinki no toisen kans osas olla jo vähä rennompi mut ekan kans pieniki kolotus jossai sai miettii et onks tää ny jotai. et mitä tää ny o?"

"En mä sit kokenut et ois mitään sellasta tukiryhmää kaivannu, mut ei kukaan kertonu että semmoisia ois ollu...ei ollu semmost ahdistusta sen kanssa."

"Ei oo tarjottu mitään sellasta.. ja en sit osannu kysyykkää ku mullaki sit kuitenkin pysy syömällä arvot kurissa.. en mä sit kokenu et ois mitään sellasta tukiryhmää kaivannu mut ei kukaan kertonu et semmosia ois ollu...ei ollu semmost ahdistusta sen kanssa."

"Kyl mul on kavereita jotka on raskaana et niil on ollu omia juttuja ja mulla sit tää."

6.5 Monet asiat kannustivat elämäntapamuutokseen

Haastateltavat kokivat omaseurantavihkon täyttämisen sekä useat neuvola tai poliklinikka käynnit kannustavana. Heitä motivoitiin kertomalla mahdollisista seurauksista sekä vaikutuksista äitiin ja vauvaan. Yksi haastateltavista oli muuttanut toiselta paikkakunnalta, jossa hän oli saanut myös ohjausta raskausdiabetekseen. Tuli myös ilmi, että ravitsemusterapeuttiakin käytettiin apuna. Edellisellä paikkakunnalla häntä oli ohjattu pitämään ruokapäiväkirjaa, jonka haastateltava koki motivoivan elämäntapamuutokseen. Ketään haastateltavista ei ollut ohjattu Vantaan Keskisen neuvolatoiminnan alueella ruoka- tai liikuntapäiväkirjan pitämiseen.

”...korostettiin et kuin tärkeätä se on ja kun siinä on riski tyyppin 2 diabeteksee myöhemmin nii sit myöskin niinku ennaltaehkäistä sitte”

”Ehkä et selkeimmät tavoitteet oli ne ihan ne numeeriset tavoitteet sitte.”

”...En mä kehtaa sinne mennä näyttämään mitään mitä tahansa arvoja. se olis musta ihan tyhmää. Että siellä kontrolli käynneillä katotaan että yhdessä katotaan onko ne arvot pysyvä ja että tarviiko lisää insuliiniä vai ei et se varmaa niiku sillai motivoi ku on niitä käyntejä.”

Hoitajan kanssa yhteinen hoidon seuranta sekä konkreettisten arvojen seuranta todettiin hyväksi motivointi- ja kannustusmenetelmäksi. Konkreettiset tavoitteet verensokeriarvoissa sekä tieto sairauden vaikutuksista auttoivat elämäntapamuutoksessa. Selkeät tavoitteet verensokeriarvoissa koettiin tärkeäksi.

6.6 Tiedon saanti raskausdiabeteksestä sairautena

Haastatteluista kävi ilmi, että tyyppin 2 diabetekseen sairastumisen riskeistä sekä sairauden vaikutuksista äitiin saatiin paljon tietoa. Haastateltavat olisivat kaivanneet enemmän tietoa raskausdiabeteksen vaikutuksista vauvaan. Selvisi myös, että enemmän tietoa sairaudesta saatiin poliklinikalla kuin neuvolassa. Haastateltavat myös arvelivat, että neuvolassa ei ehkä olisi kovinkaan paljon tietoa raskausdiabeteksestä sairautena. Kaikki vastaajat vastasivat tässä kysymyksessä myös siihen, minkälaista tietoa he saivat raskausdiabeteksen hoidosta. Vastauksista voidaan päätellä, että tietoa saatiin enemmän hoidosta kuin sairaudesta ja sen vaikutuksista.

”..niitä vaikutuksia vauvaa joskus mietinki et kuinka paljon et siit ei ihan kauheesti puhuta etä sit pitää kysellä..”

”Ehkä eniten sit kuitenkin sai sitä tietoo vasta ku meni sinne kättilöopistolle et siellä se diabeteshoitaja kerto... Tietysti jonku verra siel neuvollassaki mut et vähemmän siel kuitenkin.”

”...neuvolas oli enempi sitä ihan käytännön ohjeistusta.. et pysyis sit niiku kurissa ne arvot. Vähän puhuttiin siitä.. riskeistä siihen kakkostyyppin diabeteksee mut aika vähän puhutti mun mielest siitä et miten se.. lapseen vaikuttaa. Eikä siit sit tuntu et ehkä ihan hirveesti ollu sitte tietookaa siellä neuvolassa.”

6.7 Raskausdiabeteksen hoidonohjaus painottui ravitsemukseen

Tiedon saannin riittävydestä oltiin montaa mieltä. Raskausdiabeteksen hoidosta saatiin hyvää tietoa, mikä piti sisällään ruokavalion, painonhallinnan ja liikunnan. Ravitsemuksesta ja omaseurannasta koettiin saavan paljon tietoa, mutta liikunnasta vähän. Enemmän olisi kaivattu konkreettista tietoa siitä, miten pitää sokeriarvot kurissa. Toivottiin myös tarkempaa tietoa ruokailusta, esimerkiksi siitä, mistä aamupala koostuu. Yksi haastateltava kertoi, että hoitajan ohjaamalla hiilihydraattimäärillä hän oli nälissään. Haastateltava kertoi, että neuvolassakin ihmeteltiin miksi paino ei nouse tarpeeksi. Hän lisäsi myös ettei voinut näillä ruokamäärillä liikkua entiseen tapaan, hän kaipasi enemmän yksilöllistettyjä ohjeita ruokailuun. Hän oli sitä mieltä, että hoitajan antamalla ohjeilla ruokamäärät olivat liian pieniä.

”No siihen ravintoon liittyvää tosi paljon et pitää olla säännöllistä ja terveellistä ja paljon kasviksia ja kuituja ja rusleipää on joka paikassa toivotettu ja.. (naurua).. ja tota sit sitä et pitäs niitä herkuja vähentää ja et se oli oikeestaan siinä.. no sit siitä liikunnasta pikkusen mut ei mitenkä hirveesti mut se voi sit kanssa auttaa sitte siihen et ne arvot pysyy kurissa.”

”no ainaki enemmän ne niiku just mitä syödä tai niiku ruokamäärät et niihi ehkä ite ois kaivannu sit vielä enemmän et sit ku kysyy neuvoo niiku ni saa semmost ympäripyöreet vastausta”

”..tuli kauheen paljon tietoo just näist käytännön niinkun keinoista et miten pystyy sitte hallitsemaan niit sokeriarvoja mut ehkä just enempi siitä sairaudesta et.. miten se vaikuttaa

lapseen tai voi vaikuttaa ja miten.. sitte taas niinku tulevaisuudessa.. just tähän kakkostyyppin diabetekseen ja .. et ehkä siit sairauden enemmän niinku ois kaivannu.”

”Nii että jos syö näin paljon ja se on riittävästi ja arvot pysyy kohillaa ni anna mennä vaa eikä niin että aivan liikaa.. että se täst raskausdiabeteksesta jäi mielee et nälkä oli puolpäivää aina töissä..”

Vastaukset kertovat, että ruokavalioon saatiin paljon ohjausta, mutta liikuntaan vähän. Verensokeriarvojen seurannasta sekä verensokerin mittauksesta saatiin riittävästi ohjeita. Yksi vastaajistamme oli vahvasti sitä mieltä, että häntä ei neuvottu tarpeeksi ruokailussa. Hän kaipasi selvästi enemmän tukea ja tietoa hoitajilta. Vastaajat kaipasivat selkeää, yhtenäistä ja yksilöllisempää ohjausta elämäntapamuutokseen.

6.8 Ohjaus toteutettiin yksilöohjauksena

Kaikki vastaajat olivat saaneet yksilöohjausta hoitajan vastaanotolla. Kukaan ei ollut saanut ryhmä- tai puhelinohjausta. Ohjausta oli saatu myös sähköpostitse. Vastaajamme olivat saaneet hoidonohjausta Koivukylän, Kartanonkosken ja Tikkurilan neuvoloissa sekä terveysasemilla. Synnytysairaalan poliklinikalla he saivat ohjausta, mikäli insuliini oli käytössä tai arvot eivät pysyneet viitearvojen sisäpuolella.

”Joo yksilö, joo puhelimesta sillo mun meileistä ku tuli ne tulokset ni sitte neuvolast lähetettii se infopläjäys..”

”Yksilöohjauksena ihan paikanpäällä siellä ja sähköpostilla myös.. tuol oli naistenklinikalla sillai et just sähköpostilla lähetettii se kaavake exel taulukolla ne arvot et niitä ne katto..”

6.9 Ohjausmateriaalin käyttö

Kaikki vastaajat ovat saaneet ohjelehtisiä hoitajalta. Materiaalin kerrottiin painottuvan ruokavalioon, mutta tietoa saatiin myös sairaudesta yleensä. Materiaalia saatiin tyyppin 2 diabeteksen riskeistä, mutta ei sairauden vaikutuksista vauvaan. Materiaalin määrä koettiin osittain hieman riittämättömäksi ja lisätietoa etsittiin internetistä. Pääpiireiteissään oltiin tyytyväisiä materiaalin määrään.

”Noh, paljon. Varsinki siis no neuvolast oikeestaan.. ”

”Pikkusen tuli siit niinku siit sairaudest yleen...joku opas, mut aika vähän et sit tuli ihan hirveesti kaikenlaisii erilaisii oppaita just näistä ruokavalio asioista”

”..sit tuli ihan semmosii esimerkkejä et mitä esimerkis niinku vois syödä iltapalaks ja mitä sit päivälliseks ja mite lasketaan niitä hiilihydraatteja ja et semmosia et aika paljon se niinku ravintoon se painottu.”

”Se lehtinen oli tosi yleisellä tasolla.. sit ku joku asia jäi mietityttää ni sit kävin hakee vähä tarkempaa tietoo..”

7 POHDINTA

Tutkimuksessa selvitettiin Vantaan Keskisen neuvolatoiminnan alueen asiakkaiden kokemuksia saamastaan diabetesohjauksesta. Raskausdiabeetikoiden verensokerin omaseurannan ohjaus siirtyi 1.3.2011 lähtien neuvoloiden vastuulle Vantaan alueella, ja siksi oli tärkeää saada kuvaa asiakkaiden aiemmista kokemuksista. Haastattelujen avulla selvitettiin, millaista ohjausta odottavat äidit ovat saaneet, onko ohjaus ollut riittävää ja kuinka se on motivoinut omahoidossa.

7.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Haastattelujen perusteella selvisi, että raskausdiabetes diagnoosi tuli kaikille yllätyksenä ja olettamuksena oli, että raskausdiabetes olisi reilusti ylipainoisten odottavien äitien sairaus. Raskausdiabetes nimike todettiin myös raskaaksi. Kyseessä on sairaus, joka vaikuttaa äidin sekä vauvan terveyteen, siksi diagnoosin saaminen tuntui hurjalta. Tieto raskausdiabeteksesta tuo paljon kysymyksiä ja hämmennystä, jolloin apua ja tukea tarvitaan hoitajilta.

Diagnoosin jälkeen kaikki kiinnittivät huomiota ruokailutottumuksiin ja muuttivat niitä terveellisempään suuntaan. Jo ennen raskautta terveellisesti ja säännöllisesti syöneet eivät joutuneet juurikaan muuttamaan ruokailutottumuksiaan ja näin sopeutuivat sairauden tuomiin muutoksiin paremmin. Haastatteluissa kerrottiin myös, että sairaus ei juurikaan vaikuttanut elämään. He, joiden ruokailutottumukset muuttuivat paljon, kokivat diagnoosin hankaloittavan elämää ja koettiin myös, että raskausaikana joutui olemaan nälissään vähäisten hiilihydraattimäärien vuoksi. Tarvittiin myös ravitsemusterapeutin apuja, mikä kertoo, ettei terveydenhoitajalta saatu ohjaus ollut riittävää. Tulosten perusteella selvisi, että tarvitaan enemmän yksilöllistä ravitsemusneuvontaa. Ruokaohjeiden tulisi olla selkeitä,

konkreettisia ja yksilöllisiä niin, että ne sopivat henkilön liikunta tottumuksiin sekä energian tarpeeseen. Yksi vastaajistamme koki olevansa nälissään hoitajan antamalla ruokaohjeilla ja myöhemmin neuvolassa ihmeteltiin äidin vähäistä painon nousua. Tässä tapauksessa henkilö oli myös saanut ristiriitaisia vastauksia ruokailuohjeisiin. Hoitajan täytyy varmistaa, että asiakas ymmärtää ohjeet.

Liikunnan ohjaukseen ei kiinnitetty juurikaan huomiota. Liikunnan tärkeydestä raskausdiabeteksen hoidossa on paljon erilaista tietoa. Suoraa yhteyttä liikunnan ja raskausdiabeteksen hoidon ja ehkäisyn välillä ei ole todettu, mutta positiivinen yhteys liikunnalla on. Sanotaan, että liikunta auttaa verensokerin tasaisena pitämisessä ja Petryn mukaan liikunta on yksi tärkeimmistä diabeteksen hoitomuodoista. (Petry 2010: 781). Liikunta on tärkeä tekijä, kun muutetaan elämäntapoja terveellisemmäksi, vaikka suoraa yhteyttä ei olisikaan. Kun liikkuu, on helpompaa syödä terveellisemmin. Silloin on syötävä säännöllisesti ja ruokamääriä on rajoitettava ainakin ennen urheilusuoritusta. Terveellinen ruokavalio on helppo yhdistää liikunnan kanssa. Liikunta on myös mieltä piristävää ja terapeutista.

Kenellekään vastaajista ei tarjottu mahdollisuutta osallistua vertaistukiryhmään. Osa piti vertaistukiryhmää tarpeettomana, sillä ei kokenut raskausdiabetesta niin ahdistavana. Haastateltavat kävivät läpi asioita läheistensä kanssa, joilla oli raskausdiabetes. Asiasta keskusteltiin myös muiden läheisten tai ystävien kanssa. Kaikki kokivat tarpeelliseksi keskustella sairaudesta. Raskaus ja raskausdiabetes tuovat paljon kysymyksiä ja asioita, joita on hyvä käydä läpi. Se helpottaa oloa ja auttaa kohtaamaan raskausdiabeteksen tuomia ongelmia ja ajatuksia. Jos vertaistukea ei ole saatavilla, niin keskustelu ystävän, läheisen tai perheenjäsenen kanssa auttaa myös. Tärkeintä on, että purkaa asioita muiden kanssa. Tulosten avulla saimme selville, että vertaistuki on tärkeää ja osa asiakkaista voisi hyötyä myös vertaistukiryhmistä.

Elämäntapamuutokseen kannustavaksi koettiin tiheät seurantakäynnit hoitajan vastaanotolla sekä raskausdiabeteksen vaikutuksista kertominen. Tutkimuksen avulla selvisi myös, että raskausdiabeteksen hoidonohjauksessa on paljon paikkakuntakohtaisia eroja. Kaksi kolmesta vastaajasta toi asian esille, vaikka sitä ei haastatteluissa kysytytkään. Paikkakuntakohtaisia eroja löytyi verensokerin mittaustiheydestä sekä ruokapäiväkirjan pitämisestä. Vastaajien kertoman perusteella Vantaan Keskisen neuvolatoiminnan alueella verensokeria mitattiin tiheimmin kuin Helsingin alueella, mutta ketään vastaajista ei kehoitettu pitämään ruokapäiväkirjaa Vantaalla. Paikkakuntakohtaiset erot tekevät tiedon ja hoidon epäluotettavaksi. Tämä ongelma ei ole vain raskausdiabeteksessä, mutta on erikoista, että eri paikkakunnilla hoidetaan ja ohjataan eritavalla, sillä Suomessa hoito perustuu Käypä hoito-suositukseen, joka on valtakunnallinen.

Ruoka- ja liikuntapäiväkirja on hyvä apuväline motivoinnissa elämäntapamuutokseen. Jos ruokapäiväkirjaan joutuu kirjoittamaan kaiken syödyn ruoan, huono omatunto laittaa vähentämään ruokamäärää automaattisesti. Paperille kirjattuna ruoan määrä näyttää paljon suuremmalta kuin miltä syötynä tuntuu. Tulosten avulla selvisi, että ruoka- ja liikuntapäiväkirjaa ei tarjottu haastateltaville, mutta se koettiin hyväksi motivointi ja kannustus keinoksi.

Kaikki haastatteluun osallistuneista kokivat saavansa pääasiassa hyvin tietoa sekä sairaudesta että sen hoidosta. Enemmän tietoa kaivattiin sairauden vaikutuksista vauvaan. Se tuli esille haastatteluissa moneen kertaan, mistä huomasimme äitien olevan huolissaan. Mielestämme on tärkeää kertoa sairauden vaikutuksista vauvaan, sillä äideillä on oikeus siihen. Tieto mahdollisista riskeistä auttaa myös elämäntapamuutosten tekemiseen. Hoitajan kertoessa vauvaan kohdistuvista riskeistä on oltava hienotunteinen sekä on korostettava, että kyseessä on riski mikä on mahdollista pienentää hyvällä hoidolla. Esille nousi myös konkreettisten esimerkkien riittämättömyys. Konkreettisia esimerkkejä toivottiin ruoka-annoksista kuten siitä, mistä hyvä aamupala koostuu. Sama tuli esille myös Alaniemen pro gradu-tutkielmasta. (Alaniemi 2007). Kaikki vastaajat olivat saaneet yksilöohjausta hoitajan vastaanotolla, mutta ohjausta oli saatu myös sähköpostitse. Sosiaali- ja terveysalan resurssit eivät ole suuret. Kunnat säästäisivät rahaa järjestämällä raskausdiabeetikoille ryhmäohjausta yksilöohjauksen sijaan. Osa äideistä voisi halutessaan saada yksilöohjausta, mutta muut voitaisiin ohjata ryhmäohjaukseen.

Kaikki haastateltavat olivat saaneet kirjallista ohjausmateriaalia, joka painottui pääosin ruokavalioon, mutta myös sairaudesta saatiin materiaalia. Materiaalin määrään oltiin pääasiassa tyytyväisiä, mutta oltiin myös sitä mieltä, että materiaalia olisi pitänyt olla enemmän. Mielestämme ohjausmateriaalin on oltava kattava, jotta asiakkaiden ei tarvitsisi etsiä mahdollista epäluotettavaa tietoa esimerkiksi internetistä.

Verratessamme tutkimustuloksiamme Aalto & Kangasojan (2008) tekemään tutkimukseen ilmenee osassa asioista selkeitä eroja sekä yhtäläisyyksiä. Aalto & Kangasojan tutkimuksessa äidit olivat saaneet parhaiten tietoa ruokavaliosta sekä raskausdiabeteksen vaikutuksista sikiön kasvuun kun taas meidän tutkimuksessamme äidit olivat saaneet eniten tietoa ruokavaliosta, mutta vaikutuksista vauvaan he saivat vain vähän tietoa. Sekä meidän että Aalto & Kangasojan tutkimuksessa liikunnan osalta ohjausta saatiin huomattavasti vähemmän kuin ruokavalion. He ovatkin esittäneet kehitysehdotuksen liikuntaryhmien perustamisesta joihin äitejä ohjattaisiin neuvolasta. (Aalto, Kangasoja 2008.)

7.2 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, jolloin se tuo eettisiä pulmia. Tutkimusetiikan ongelmat liittyvät pääasiassa tutkimustoimintaan, kuten tutkimukseen tulevien informoimiseen, aineiston keräämisessä ja analyysissa käytettävien menetelmien luotettavuuteen, anonymiteetti-ongelmiin, tutkimustulosten esittämistapaan eli siihen, millaisia tapoja tutkija saa käyttää. Tutkimukseen osallistuvalla on informoitava kaikki tarpeellinen tieto esimerkiksi siitä, mitä tutkitaan ja miksi tutkitaan sekä mitä hyötyä tutkittavista on. Osallistujien tulee olla tietoisia tutkimuksen mahdollisesta anonymiteetista. Tutkimuksen aineistonkeruu voi olla epäluotettavaa, vanhaa tai sitä on käytetty väärin. Muita eettisiä ongelmia on tutkijoiden ammattitaitoisuus ja tutkimusaiheen valinta, mitä pidetään tärkeänä aiheena. (Tuomi 2006: 125-126.)

Tutkimuseettisten periaatteiden tunteminen ja toimiminen niiden mukaan on jokaisen tutkijan vastuulla. Eettisesti hyvä tutkimus on sellainen, jonka teossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä. On myös sovellettava tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti hyviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tuloksia analysoidessa on sovellettava tieteeseen kuuluvaa avoimuutta ja otettava huomioon muiden tutkijoiden töitä. Tutkimuksen on oltava suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti. (Hirsjärvi 2009:23-24.)

Erityisesti tiedonhankintamenetelmät ja koejärjestelyt voivat aiheuttaa eettisiä ongelmia. Tutkimuksen tärkeintä periaatetta pidetään ihmisarvon kunnioittamisena. Kunnioitetaan itsemääräämisoikeutta antamalla ihmisten itse päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen vai ei. Tutkimukseen osallistujien on oltava tietoinen kaikesta tarpeellisesta tutkimukseen liittyen. (Hirsjärvi 2009:24-25.)

Saimme aiheen Vantaan kaupungin neuvolatoiminnalta ja opinnäytetyö tehtiin raskausdiabeetikoiden hoidonohjauksen kehittämiseksi. Haimme tutkimuslupaa Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveystoimelta opinnäytetyösuunnitelman perusteella ja saimme myönteisen päätöksen huhtikuussa (Liite 4). Tämän jälkeen kävimme neuvoloiden tiimipalavereissa kertomassa terveydenhoitajille opinnäytetyöstämme, lukuun ottamatta Tikkurilan neuvolaa, johon emme saaneet varattua aikaa. Tikkurilan neuvolan tiimivastaava tiedotti puolestamme opinnäytetyöstämme. Lähetimme kaikkiin neuvoloihin terveydenhoitajille tarkoitetut tiedotteet (Liite 3). Äideille toimitettiin tiedotteita neuvolan kautta ja he saivat ottaa yhteyttä tai jättää yhteystietonsa terveydenhoitajille (Liite 2). Terveydenhoitajat ja äidit olivat tietoisia tutkimuksen vapaaehtoisuudesta. Tiedotteita opinnäytetyöstämme jätettiin myös neuvoloiden ilmoitustauluille. Tiedotteessa kerrottiin,

että osallistujat pysyvät anonyymina ja, että tulosten analysoinnin jälkeen tuhoamme kaiken nauhoitusmateriaalin. Haastattelu oli mahdollista keskeyttää, jos haastateltava niin halusi. Haastattelut olivat luottamuksellisia. Kukaan muu ei käsitellyt nauhoitusmateriaalia kuin opinnäytetyön tekijät. Haastatteluihin osallistuville äideille kerrottiin myös mahdollisuudesta saada valmis opinnäytetyö luettavaksi.

7.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Kaikissa tutkimuksissa pyritään välttämään virheitä ja yksittäisessä tutkimuksessa on arvioitava tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa otetaan huomioon kokonaisuus; aineiston kerääminen, tulosten analysointi ja raportointi. (Tuomi 2009:134-135.) Usein luotettavuuden yhteydessä puhutaan validiteetista eli pätevydestä sekä reliabiliteetista eli pysyvyydestä. Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa sen kykyä antaa sattumanvarauksettomia tuloksia. Tämä on mahdollista todeta monella tavalla. Esimerkiksi jos kaksi tutkijaa päätyy samaan tulokseen, tulos voi olla reliabeli. Validiteetti tarkoittaa tarkemmin tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä mitä, oli tarkoituskin. (Hirsjärvi 2009:231.)

Luotettavuuden arvioinnin kriteereinä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuus edellyttää sitä, että lukijan on helppo ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Siirrettävyys varmistetaan siten, että kuvataan huolella koko tutkimus eli osallistujien valinta, taustojen selvittäminen, aineistojen keruu ja analyysi. On hyvä käyttää suoria lainauksia haastatteluista. Riippuvuus edellyttää sitä, että tutkimus on toteutettu tieteellisen tutkimuksen toteuttamista yleisesti ohjaavin periaattein. Vahvistettavuus varmistetaan siten, että tehdyt tulokset saavat tukea toisista vastaavanlaisista tutkimuksista. (Kankkunen, Vehviläinen, Julkunen 2009: 159-166.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tarkka selostus toteuttamisesta. Tarkkuus koskee opinnäytetyön kaikkia vaiheita. On kerrottava aineiston tuottamisen olosuhteet kuten käytetty aika, haastattelun olosuhteet, oliko häiriötekijöitä, virhetulkinnat sekä tutkijan itsearviointi. Analyysin keskeinen tekijä on luokittelu. Lukijalle on kerrottava sen perusteet. Tulosten tulkinta vaatii tutkijalta paljon sekä lukijalle on perusteltava tulokset. (Hirsjärvi ym. 2009:232-233.) Tutkimuskysymysten tarkoitus, tausta ja perustelut on oltava selkeät. On perusteltavaa, että käytämme laadullista tutkimusmenetelmää, sillä se sopii parhaiten hoitotieteen ongelmiin, varsinkin kun aiheenamme ovat asiakkaiden kokemukset. Emme tarvitse numeroita, vaan kuvailevia ja avaavia kokemuksia. (Kankkunen ym. 2009.)

Haastattelut tehtiin haastateltavien vapaasta tahdosta heidän kotonaan, sillä se oli heille helpointa. Haastattelut kestivät 15-25 minuuttia. Yhdellä haastateltavista oli kaksi lasta, joista toinen oli mukana haastattelu huoneessa ja vei välillä äidin huomiota muualle, mutta mielestämme saimme häneltä kattavat vastaukset kysymyksiin. Yhdellä haastateltavista oli kokemuksia myös toiselta paikkakunnalta raskausdiabeetikon hoidonohjauksesta. Hän oli saanut aluksi ohjausta siellä, mutta muuttanut Vantaalle, jonka jälkeen siirtynyt Vantaan Keskisen neuvolatoiminnan piiriin.

Tuloksemme saavat tukea esimerkiksi Aalto & Kangasojan (2010) tekemästä opinnäytetyöstä. Heidän tutkimustuloksistaan ilmeni, että hoidonohjausta oli saatu monipuolisesti ruokavaliosta, liikunnasta, raskausdiabeteksestä sairautena sekä hoitomuodoista. Parhaiten hoidonohjausta saatiin ruokavaliosta sekä sairaudesta ja sen hoitomuodoista. Vähiten hoidonohjausta saatiin liikunnasta. Osittain ohjausta pidettiin riittävänä, mutta tietyin osin sitä kaivattiin myös lisää. Vastaajista moni toivoi yksilöllisempää ohjausta ja ilmaisi tyytymättömyytensä saatuun ohjaukseen. Kehitysehdotuksia olivat muun muassa tehostetumpi verensokeriseuranta, ruokapäiväkirjan pitäminen sekä liikuntaryhmät. (Aalto ym. 2010.)

7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyömme aiheena oli raskausdiabeetikoiden kokemuksia saamastaan hoidonohjauksesta. Koemme, että opinnäytetyöstä voidaan hyödyntää suuntaa antavia tuloksia hoidonohjauksen kehittämässä. Haastateltavat kertoivat mielestämme kokemuksistaan avoimesti ja antoivat laajoja, kattavia vastauksia kysymyksiin, joista saimme hyviä tuloksia työhömmä sekä kehittämishaasteita.

Opinnäytetyössä käy ilmi, kuinka jokainen kokee diagnoosin saannin sekä elämäntapamuutoksen yksilöllisesti. Riippuen aiemmista elämäntavoista, toiset kokevat elämänmuutoksen raskaammin kuin toiset. Jos aiemmat elämäntavat ovat olleet terveelliset, ei raskausdiabetes diagnoosia koeta niin vakavaksi. Kääntöpuolena tosin on se, jos on elänyt suhteellisen terveellisesti ja silti on sairastunut raskausdiabetekseen, niin mikä sen on aiheuttanut ja auttavatko vielä terveellisemmät elämäntavat. Raskausdiabeetikko kokee huolta itsestään ja vauvasta. Ohjeet ruokavalion muutoksiin koettiin pääsääntöisesti hyväksi, mutta toivottiin enemmän selkeitä ja konkreettisia ohjeita. Ongelmallisena koettiin myös se, että ohjeet ja neuvot muuttuivat sen mukaan, keneltä kysyy ja missä kaupungissa asuu. Tämä tekee hoidon epäluotettavaksi. Olisi tärkeää hoidon uskottavuuden kannalta, että hoidonohjaus on selkää ja kattavaa. Paikkakuntakohtaiset erot on mielestämme suuri

ongelma, ja sama ongelma on myös monen muun sairauden hoidossa. Asiaa emme käsitelleet opinnäytetyössämme. Aihe on niin laaja, että siitä olisi tehtävä erillinen tutkimus.

Vastausten perusteella selvisi, ettei liikuntaan kiinnitetty juurikaan huomiota, vaikka se on yksi tärkeä osa raskausdiabeteksen hoitoa. Liikunnalla on huomattu positiivisia yhteyksiä diabeteksen hoidossa ja ehkäisyssä, mutta siihen ei tulosten perusteella perehdytä hoidonohjauksessa. Liikunnasta ei saatu riittävästi tietoa vaikka se on tarpeellista. Osa vastaajistamme oli vähentänyt liikuntaa raskauden aikana.

Kenellekään haastatteluihin osallistuneista ei tarjottu mahdollisuutta osallistua vertaistukiryhmään. Pääosin vertaistukiryhmää ei koettu tarpeelliseksi, mutta kiinnostustakin löytyi. Vertaistuesta voisi olla monelle hyötyä, varsinkin sellaisille, jotka ottavat elämänmuutoksen raskaasti ja ovat todella huolissaan omasta ja vauvan terveydestä. Uskomme, että jos vertaistukiryhmiä olisi tarjolla, kävijöitä riittäisi.

Elämäntapamuutokseen kannustavaksi koettiin tiheät seurantakäynnit hoitajan vastaanotolla sekä raskausdiabeteksen vaikutuksista kertominen. Yksi vastaajista oli pitänyt ruokapäiväkirjaa, jonka koki motivoivaksi. Ruoka- ja liikuntapäiväkirjoja motivoinnin keinona tulisi mielestämme käyttää enemmän. Kenellekään vastaajista ei annettu selkeitä tavoitteita ruokavalioon tai liikuntaan liittyen. Ainoat selkeät tavoitteet olivat verensokeriarvot, joissa täytyi pysyä. Mielestämme selkeät tavoitteet auttavat suuressa muutoksessa. Vantaan terveydenhoitajat sekä synnytysairaaloitten poliklinikan henkilökunta ovat antaneet runsaasti tietoa asiakkailleen. Lisäksi tarvitaan selkeät tavoitteet ja varmistus siitä, että asiakas omaksuu saamansa tiedot.

Raskausdiabeteksestä jaetaan hyvin tietoa sairastuneille, mutta tieto painottuu suurimmaksi osaksi ruokavalioon. Haastatteluissa käy ilmi, että tietoa kaivattiin enemmän vaikutuksista vauvaan. Esille nousi myös konkreettisten esimerkkien vähäisyys. Esimerkkejä olisi toivottu siitä, mistä ruoka-annokset tulisi koostua. Pääosin oltiin tyytyväisiä jaetun materiaalin määrään, mutta oltiin myös sitä mieltä, että materiaalia olisi pitänyt olla enemmän, ja tietoa jouduttiin hakemaan itsenäisesti. Asiakkaan ei tulisi joutua etsimään epävarmana tietoa esimerkiksi internetistä, jossa voi törmätä epäluotettavaan tietoon.

Jatkotutkimusaiheena voisi selvittää, kuinka ohjaus on muuttunut siirtyessään enemmän neuvoloiden vastuulle. Vantaan siirtyessä uuden HYKS-toimintaohjeen mukaiseen seulontaan ja verensokerin omaseurannan ohjaukseen, mittarien käytön opastus tapahtui aluksi asiakkaan omalla terveysaseman terveydenhoitajalla. Tiettyjen lähetyskriteereiden perusteella neuvolasta on tehty lähete synnytysairaalan poliklinikalle. Vuoden 2011 alussa kaikki neuvolan terveydenhoitajat on HYKS:n diabeteshoitajan kanssa yhteistyössä koulutettu uuteen

ohjausmalliin, jossa 1.3.2011 lähtien on Vantaan raskausdiabeetikoiden ohjaus, myös verensokerin omaseurannan osalta, siirtynyt terveysasemalta neuvoloiden vastuulle. Myös ohjauksen sisältö ja jaettu materiaali on suunniteltu uudelleen. Olisikin hyvä selvittää kuinka ohjaus on muuttunut tämän myötä. Tutkimus tulisi toteuttaa noin vuoden päästä, kun kaikki neuvoloiden asiakkaista on saanut uuden mallista ohjausta, ja neuvolat ovat päässet ohjaamaan asiakkaitaan enemmän. Tutkimuksessa tulisi kiinnittää erityisesti huomiota ruokavalion yksilöllistämiseen, vertaistukeen, liikunta- ja ruokapäiväkirjojen käyttämiseen motivoinnin keinona sekä liikunnan tärkeyden painottamiseen ohjauksessa.

LÄHTEET

Alaniemi, R. 2007. Raskausdiabetes. Naisen kokemus sairautensa aikana saamastaan sosiaalisesta tuesta. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Aalto, R., Kangasoja S. 2010. Raskausdiabeteksen hoidonohjaus - Raskausdiabeteksen sairastaneiden äitien kokemus saamastaan ohjauksesta. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hoitotyö.

Halkoaho, A., Kavilo, M., Pietilä, A-M. 2009. Voimavaroja tukeva hoidonohjaus. Sairaanhoidajaliitto. [WWW-dokumentti]
<https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/10_2009/asiantuntija-artikkeli/voimavaroja_tukeva_hoidonohjaus/> (viitattu 26.9.2011)

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. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. [WWW-dokumentti]. <<http://pre20090115.stm.fi/pr1095673148360/passthru.pdf>> (viitattu 24.11.2010)

Heinonen, L. 2009. Ravinnon ja ravintoaineidentarve. Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [WWW-dokumentti].
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=di00604&p_haku=ravitsemussuositukset> (viitattu 29.11.2010)

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P., P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Jyväskylä: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P., P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Jyväskylä: Tammi.

HYKS-toimintaohje. 2011. Raskausdiabetes- Seulonta ja seuranta Vantaalla.

Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, Marja-Terttu., Sane, T., 2009. Diabetes. Duodecim. Helsinki: Kariston kirjapaino.

Janhonen, S., Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kaaja, R. Diabeteksen hoito raskauden jälkeen. Diabetes ja lääkäri 2006. nro. 35, Helmikuu 2006.

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Kuopio: WSOY.

Kukkurainen M-L. 2007. Vertaistuki ja tukihenkilötoiminta. Reuman hyvä hoito. Artikkelit. Kustannus Oy Duodecim 2010. [WWW-dokumentti]
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00322&p_teos=reu&p_osio=&p_selaus=> (viitattu 30.8.2011)

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

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

Käypähoito. 2008. Suomalaisen lääkäri-seuran Duodecimin, Suomen Diabetesliiton lääkäri-neuvoston ja Suomen gynekologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Raskausdiabetes. [WWW-dokumentti]
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50068>> (viitattu 3.10.2010)

Käypä hoito. 2009. Suomalaisen lääkäri-seuran Duodecimin, Suomen sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton lääkäri-neuvoston asettama työryhmä. Diabetes. [WWW-dokumentti]
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056#s10>> (viitattu 22.10.2010)

Lipponen, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. [WWW-dokumentti]
<http://www.ppsph.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf> (viitattu 26.9.2011)

Luoto, R., Aittasalo, M., Kinnunen, T. Ravinto ja liikunta raskaus diabeteksen ehkäisyssä. Suomen Lääkärilehti 2007. nro 6. 9.2.2007.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki. International Methelp.

Partanen, T., Dhawan, L., Halonen, A., Keinänen-Kiukkaanniemi, S., Lyytikäinen, A., Marttila, J., Poskiparta, M., Tulokas, S. 2003. Diabeetikon hoidonohjauksen laatu-kriteerit. Dehko-raportti 2003:3. Suomen DESG laatu-kriteerityöryhmä. Suomen Diabeetesliitto Ry. Tampere. [WWW-dokumentti]
<http://www.diabetes.fi/files/217/2003_3_Diabeetikoiden_hoidonohjauksen_laatu-kriteerit_pdf_74_kt.pdf> (viitattu 2.12.2010)

Petry C.J. 2010 . Gestational diabetes: risk factors and recent advances in its genetics and treatment. Reviu article of study. Department of pediatrics, University of Cambridge. UK. British Journal of Nutrition. 2010

Pulkkinen, M., 2009. Internet ja äitiysneuvola raskaana olevien tukena. Progradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Riikola, T., Kesäniemi, A., Kukkonen-Harjula, K. 2007. Käyvän hoidon potilasversiot. [WWW-dokumentti]
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00077>> (viitattu 22.10.2010)

Rintala, T., Kotisaari, S., Olli, S., Simonen, R. 2008. Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki: Tammi.

Rissanen, M-A.2005. Tiedonsiirrosta vuorovaikutukselliseen ohjaamiseen - tyyppi 1 diabeetikon hoidonohjaus diabeteshoitajien kuvaamana. Pro gradu-tutkielma. Kuopion Yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Saraheimo, M. 2009. Mitä diabeteksen hoito on? Diabetes. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki. [WWW-dokumentti]
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia00102&p_haku=hoidonohjaus> (viitattu 1.12.2010)

Seppänen, S., Alahuhta, M. 2007. Diabeetikon omahoidon välineet. Helsinki: Edita.

Suomen diabetesliitto. Raskausdiabeteksen toteaminen. Diabeteskeskus. Tampere. [WWW-dokumentti] <<http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/raskausdiabetes/toteaminen/>> (viitattu 1.10.2010)

Tuomi, J., Sarajärvi, A., 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6.uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

LIITTEET

Liite 1, 1(2)

Liite 1. Haastattelukysymykset

Haastatteluteemat

ELÄMÄ RASKAUSDIABEETIKKONA (kysymykset 1, 2, 3, 4 ja 5)

RASKAUSDIABEETIKON HOIDONOHJAUS (kysymykset 6, 7, 8 ja 9)

Haastattelun taustakysymykset

- ikä
- siviilisääty
- kuinka monta lasta
- koulutus
- missä olet saanut ohjausta raskausdiabetekseen

Haastattelukysymykset ja apukysymykset

ELÄMÄ RASKAUSDIABEETIKKONA

1. Miltä tuntui kun sait raskausdiabetesdiagnoosin?
2. Miten koet elämän muuttuneen diagnoosin saannin jälkeen?
3. Mistä/keneltä olet saanut vertaistukea?
4. Oletko osallistunut vertaistukiryhmään?
 - Jos osallistuit, miten se palveli sinua? Millaista tukea sait?
 - Jos et osallistunut? Miksi et osallistunut?
 - Jos ei ollut tarjolla olisitko toivonut sitä tarjottavan?
5. Millä tavalla sinua motivoitiin/kannustettiin elämäntapamuutokseen?
 - ruoka ja liikuntapäiväkirjaa pitämällä
 - Hyvällä ohjeistuksella (Kuuntelemalla, rohkaisemalla, laatimalla selkeät tavoitteet myös kirjallisesti)

Liite 1, 2(2)

RASKAUSDIABEETIKON HOIDONOHJAUS

6. Millaista tietoa olet saanut raskausdiabeteksestä?
 - raskausdiabetes sairautena
 - raskausdiabeteksen vaikutukset äitiin/sikiöön/lapseen

7. Millaista tietoa sait raskausdiabeteksen hoidosta?
 - raskausdiabeteksen hoito
 - omaseuranta
 - Olisitko toivonut jostain alueesta enemmän tietoa?

8. Miten ohjaus toteutettiin?
 - ryhmäohjauksena
 - yksilöohjauksena
 - puhelinohjauksena

9. Millaista ohjausmateriaalia jaettiin raskausdiabeteksen hoidosta ja omaseurannasta?
 - kirjallisuutta
 - ohjelehtisiä
 - nettilähteitä

Liite 2, 1(1)

Liite 2. Tiedote äideille



Onko sinulla todettu raskausdiabetes?

Haemme haastateltaviksi henkilöitä, joilla on todettu raskausdiabetes.

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Tikkurilan Laurea-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä raskausdiabeetikoiden kokemuksista saamastaan hoidonohjauksesta. Kuvaamme Tikkurilan, Kartanonkosken ja Koivukylän neuvoloiden asiakkaiden kokemuksia raskausdiabeteksen hoidonohjauksesta.

Raskausdiabeetikoiden hoidonohjaus ja neuvonta ovat siirtymässä yhä enemmän neuvoloiden vastuulle, joten ohjauksen kehittämiseksi neuvolan on tärkeää saada kuvaa siitä, minkälaisia kokemuksia äideillä on raskausdiabeteksen hoidosta ja ohjauksesta. Yhteistyökumppanimme toimii Vantaan Keskisen neuvolatoiminnan neuvolat ja yhteyshenkilönä projektipäällikkö Leeni Löthman-Kilpeläinen.

Haastattelu toteutetaan neuvolan tiloissa tai kotona ja se kestää noin puoli tuntia. Haastattelut nauhoitetaan. Nauhoitettu materiaali analysoidaan ja sen jälkeen nauhat tuhoetaan. Yksittäisen haastateltavan henkilöllisyys ei tule opinnäytetyössä esille.

Olemme erittäin kiitollisia haastatteluun osallistumisesta. Osallistumalla autat kehittämään neuvolatyötä. Ota meihin yhteyttä tai anna yhteystietosi terveydenhoitajalle niin otamme sinuun yhteyttä ja sovitaan aika haastatteluun.

Odotamme yhteydenottoasi

Henna Alatalo
henna.alatalo@laurea.fi

Anu Riihelä
anu.riihela@laurea.fi

Liite 3, 1(1)

Liite 3. Tiedote terveydenhoitajille



LAUREA

26.5.2011

Arvoisa terveydenhoitaja,**Teemme opinnäytetyötä raskausdiabeetikoiden kokemuksista saamastaan ohjauksesta ja toivomme saavamme yhteyden äiteihin teidän avulla.**

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Tikkurilan Laurea-ammattikorkeakoulusta. Kuvaamme Keskisen neuvolatoiminnan asiakkaiden kokemuksia terveydenhoitajien antamasta raskausdiabeteksen hoidonohjauksesta. Yhteistyökumppanimme toimii Vantaan keskisen neuvolatoiminnan neuvolat ja yhteyshenkilönä Projektiasiantuntija Leeni Löthman-Kilpeläinen.

Toteutamme opinnäytetyön laadullisella tutkimuksella ja tiedonkeruu menetelmänä käytämme teemahaastattelua. Tarvitsemme haastateltaviksi 4-5 äitiä, joilla synnytyksestä on aikaa enintään vuosi. Terveydenhoitajana sinun tehtävänäsi olisi antaa tiedote opinnäytetyöstämme vastaanotolla käyville pikkuvauvojen äideille joilla on todettu raskausdiabetes. Äiti saa lisäinfoa ottamalla meihin yhteyttä.

Haastattelu toteutetaan neuvolan tiloissa tai kotona ja se kestää noin puoli tuntia. Haastattelut nauhoitetaan. Nauhoitettu materiaali analysoidaan ja sen jälkeen nauhat tuhoetaan. Yksittäisen haastateltavan henkilöllisyys ei tule opinnäytetyössä esille.

Toimitamme äideille annettavat tiedotteet neuvolaan. Toivomme, että osallistut työhömmä ja rohkaiset äitejä tulemaan haastatteluun.

Kiitämme yhteistyöstä

Henna Alatalo
henna.alatalo@laurea.fi

Anu Riihelä
anu.riihela@laurea.fi

Liite 4, 1(3)

Liite 4. Tutkimuslupa



VANTAAN KAUPUNKI
VANDA STAD

VIRANHALTIJAN PÄÄTÖS 30 /2011 1 (3)

Dno SOSTER 1335/2011/092

13.4.2011

Sosiaali- ja terveystoimi/Perhepalvelut
Perhepalvelujen johtaja Maritta Pesonen

Tutkimusluvan myöntäminen/Raskausdiabeetikoiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta/ Henna Alatalo ja Anu Riihelä

Henna Alatalon ja Anu Riihelän tutkimuslupa liittyy Laurea-ammattikorkeakoulun opintoihin liittyvään opinnäytetyöhön.

Opinnäytetyössä kuvataan Tikkurilan, Kartanonkosken ja Koivukylän neuvoloiden asiakkaiden kokemuksia terveydenhoitajien antamasta raskausdiabeteksen hoidonohjauksesta.

Tutkimus toteutetaan teemahaastatteluilla, joihin kutsutaan 4-5 äitiä Vantaan keskiseltä neuvolatoiminnan alueelta.

Tutkimuksessa saadun tiedon perusteella on mahdollista kehittää neuvolatyötä ja mitata täydennyskoulutustarvetta.

Ennaltaehkäisevän terveydenhuollon palvelupäällikkö Arja Ruponen puoltaa tutkimusluvan myöntämistä.

Päätös:

Päätän myöntää Henna Alatalolle ja Anu Riihelälle luvan tutkimuksen suorittamiseen lomakkeen mukaisin tiedoin.

Täytäntöönpano: - Henna Alatalo ja Anu Riihelä
- Arja Ruponen
- sosiaali- ja terveyslautakunta

Päiväys Vantaa 13.4.2011

Allekirjoitus

Nimen selvennys

Maritta Pesonen

Virka-asema

Perhepalvelujen johtaja

Oikaisuvaatimusosoitus

Tähän päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen.

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.

Oikaisuvaatimus tehdään sosiaali- ja terveyslautakunnalle ja toimitetaan sosiaali- ja terveyslautakunnan kirjaamoon osoitteeseen Peltolantie 2 D, 01300 Vantaa tai sähköpostitse osoitteella: kirjaamo.sosiaali-terveystoimi@vantaa.fi.

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu julkisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, 7 päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksiantotodistukseen merkittynä aikana.



VANTAAN KAUPUNKI
VANDA STAD

VIRANHALTIJAN PÄÄTÖS 30 /2011 2 (3)

Dno SOSTER 1335/2011/092

13.4.2011

Sosiaali- ja terveystoimi/Perhepalvelut
Perhepalvelujen johtaja Maritta Pesonen

Oikaisuvaatimukseen on liitettävä päätös. Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on oikaisuvaatimuksentekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimuksessa on ilmoitettava osoite, minne oikaisuvaatimuksen johdosta annettava päätös lähetetään. Oikaisuvaatimukseen on liitettävä muutoksenhakijan tarpeelliseksi katsomat asiakirjat.

Sähköistä asiakirjaa ei tarvitse täydentää allekirjoituksella, jos asiakirjassa on tiedot lähettäjistä eikä asiakirjan alkuperäisyyttä tai eheyttä ole syytä epäillä.

Sähköinen viesti katsotaan saapuneeksi viranomaiselle silloin, kun se on viranomaisen käytettävissä vastaanottolaitteessa tai tietojärjestelmässä siten, että viestiä voidaan käsitellä.

Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä viraston aukioloaikana. Oikaisuvaatimus toimitetaan aina omalla vastuulla.

Asianosainen saa esittää päätöksen tehneelle/esitelleelle viranhaltijalle päätöksen muuttamista, jos hän katsoo, että päätöksessä on asia- tai kirjoitusvirhe - hallintolaki, 50 § ja 51 § (434/2003). Vain valmistelu, täytäntöönpano, virkaehtosopimuslain tai virkaehtosopimuksen soveltamista tai muuta erikseen laisissa määriteltäviä vastaavaa asiaa koskevin osin päätökseen ei saa tehdä oikaisuvaatimusta tai valitusta - kuntalaki 91 § (365/1995), kunnallinen virkaehtosopimuslaki, 26 § (691/1970). Päätöksen tehnyt/esitellyt viranhaltija antaa lisätietoja asiasta - hallintolaki, 44 § (434/2003).

Tämä päätöspöytäkirja on yleisesti nähtävänä

Aika: 19.4.2011 klo 12 - 14

Paikka: Sosiaali- ja terveysvirasto, Peltolantie 2 D, 01300 Vantaa

Tiedoksianto asianosaiselle:

1. Lähetetty tiedoksi kirjeellä (kuntalaki 95 §)

Asianosainen:

Annettu postin kuljetettavaksi .

Annettu tiedoksi sähköisenä viestinä

Tiedoksiantaja:

2. Luovutettu asianosaiselle

Paikka:

Aika:

Asianosainen:

Vastaanottajan allekirjoitus _____

Tiedoksiantajan allekirjoitus _____

Liite 4, 3(3)

**VANTAAN KAUPUNKI**
VANDA STAD

VIRANHALTIJAN PÄÄTÖS 30 /2011 3 (3)

Dno SOSTER 1335/2011/092

13.4.2011

Sosiaali- ja terveystoimi/Perhepalvelut
Perhepalvelujen johtaja Maritta Pesonen**Päätöspöytäkirjan oikeaksi todistaminen**

Allekirjoitetun ja edeltäkäsin ilmoitettuna aikana nähtävänä olleen päätöspöytäkirjan oikeaksi todistaa:

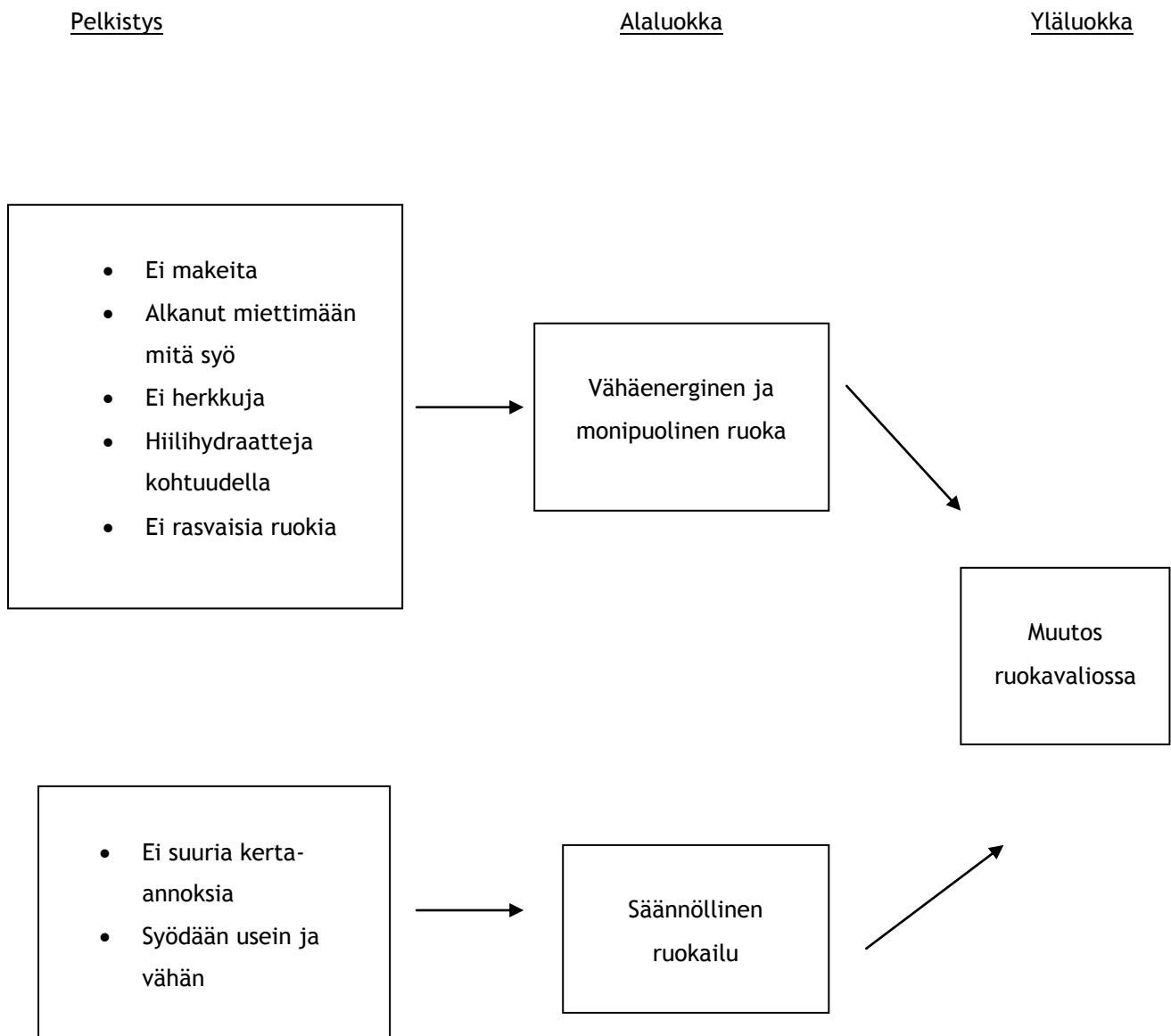
Päiväys Vantaa

Allekirjoitus

Nimen selvennys

Virka-asema

Liite 5. Esimerkki analysikaaviosta



Liite 6. Raskausdiabeteksen seuranta ja seulonta Vantaalla



1

OHJE Raskausdiabetes - seulonta ja seuranta Vantaalla 1.3.2011 alkaen

20.1.2011 Vastaanotto toiminnan päällikkö johtava ylilääkäri Kirsi Savolainen
Ennaltaehkäisevä terveydenhuollon päällikkö Arja Ruponen

Raskausdiabetes on ensimmäisen kerran raskausaikana ilmenevä glukoosiaineenvaihdunnan häiriö. Raskausdiabetes diagnosoidaan kahden tunnin glukoosirasituskokeella raskausviikoilla 24–28. Jos sairastumisriski arvioidaan suureksi, koe tehdään raskausviikoilla 12–16. Raskausdiabeetikolla on suurentunut riski sairastua tyyppiin 2 diabetekseen sekä sydän- ja verisuonitauteihin. Varhainen riskikartoitus synnytyksen jälkeen on aiheellinen. Glukoosirasituskoetta uusitaan insuliinihoitoa saaneille 6–12 viikon kuluttua synnytyksestä ja muille vuoden kuluttua synnytyksestä tai seuraavan raskauden alussa.

1. Seulonta

Pääsääntö on, että glukoosirasituskoetta tehdään kaikille raskaana oleville (Käypä hoitosuositus)

Poikkeuksena ovat seuraavat tilanteet, joissa ei tarvita glukoosirasituskoetta:

- **alle 25-vuotias ensisynnyttäjä**, joka on normaalipainoinen (BMI 18,5–25) raskauden alkuvaiheessa eikä hänen lähisukulaisillaan ole tyyppiin 2 diabetesta (sisarukset tai vanhemmat)
- **alle 40-vuotias uudelleensynnyttäjä**, joilla aiemmassa raskaudessa ei ole esiintynyt raskausdiabetesta eikä lapsella ole ollut makrosomiaa (paino yli 4 500g) ja BMI on alle 25 nykyisen raskauden alkaessa.

2. Glukoosirasituskoetta

Glukoosirasituskoetta (**PT-Gluk-R1**) tehdään raskausviikoilla 24–28.

Glukoosirasituskoetta tehdään jo alkuraskaudessa (raskausviikoilla 12–16), kun sairastumisriski on erityisen suuri:

- aiempi raskausdiabetes tai todettu munasarjojen monirakkuloireyhtymä (PCOS)
- BMI \geq 35 raskauden alkaessa
- toistuva glukosuria raskauden alussa tai tyyppiin 2 diabeteksen vahva sukutausta (lähisuku)
- suun kautta käytettävä kortikosteroidilääkitys

Epäiltäessä jo ennen raskautta alkanutta diabetesta, koe tehdään heti epäilyn herätessä.

Jos glukoosirasituskoetta on alkuraskaudessa normaali, koe uusitaan raskausviikoilla 24–28.

Sokerirasitus tehdään > h 28, niille joille ilmaantuu riskitekijä sitä myöhemmin esim. sikiö makrosomia (läheteohje Hyks 6/2010).

Diagnostiset glukoosin raja-arvot laskimoplasmaplasta ovat * paastoarvo \geq 5,3 mmol/l, tunnin arvo \geq 10,0 mmol/l ja kahden tunnin arvo \geq 8,6 mmol/l

3. Kun äidillä todetaan gestatiidiabetes

Terveydenhoitaja merkitsee graafiseen finstariin ICPC koodin W85. Äidille varataan opastusta varten tunnin aika neuvolaan ja häntä pyydetään tuomaan täytetty Neuvokas-perhe kortti vastaanotolle.

- > Äidille kerrotaan gestatiidiabeteksestä: miksi verensokeri nousee, miten verensokeri vaikuttaa syntyvään lapseen ja tulevaan äitiin. Annetaan Hyks-ohje: Raskausdiabetes.
- > Ohjauksessa käydään läpi ruokavalion ja säännöllisen liikunnan merkitys yksilöllisen tarpeen mukaan. Äidille annetaan Diabetesliiton opas ** Raskausdiabetes - pidä huolta itsestäsi ja vauvasi ja Hyksin ruokavaliiohje. Hiilihydraattimäärä havainnollistetaan Noin 10 gr hiilihydraattia kuvan ja Esimerkki päivän aterioista 1800 kcal lautasmalli kuvan avulla (Diabetesliitto).
- > Neuvolan terveydenhoitaja opastaa **verenglukoosin oma- eli kotiseurannan**: näyttää mittarin käytön, kertoo hyvän näytteenoton kriteerit (omaseurantavivko) ja seuraa asiakkaan ensimmäisen näytteenoton sekä neuvoo omaseurantavivkon täytön ja kertoo verensokerin tavoitearvot. Annetaan Verensokerinmittausohje.

* Paastoarvo= 12 tuntia ravinnotta ennen näytteen ottoa

** Diabetesliiton opasta, Raskausdiabetes-pidä huolta itsestäsi ja vauvasi jaetaan niin kauan kuin sitä riittää neuvoloissa.



Insuliinihoito on yleensä tarpeen, kun verensokeri on ennen aamiaista yli 5.5 mmol/l ja tunnin kuluttua aterialta yli 7.8 mmol/l.

➤ **Äidille annetaan verensokeriseurannassa käytettävät välineet:**

- Annetaan aloituspakkaus, jossa on Bayer Contour-verensokerimittari, säilytyskotelo, pistolaite, 5 liuskaa, 5 lansetta, näytteenotto-ohje, omaseurantavihko, raskausdiabetes-opas ja hiilihydraattikortti.
- Lisäksi annetaan Contour liuskoja 1x50 ja Microlet-lansetteja 50 kpl.

Liuskatarve on aloitusviikolla (aamut ja 8-mittauksen päiväseuranta) n. 15 kpl/vko.

Lansetti vaihdetaan päivittäin. Lansettitarve on ensimmäisellä mittausviikolla n. 7 lansetta ja jatkossa yksi lansetti/mittauspäivä. Äitiyspoliklinikan seurannassa olevilla välinetarve on suurempi. Lisää tarvikkeita saa diabeteshoitovälineidenjakelupisteistä Myyrmäen, Koivukylän ja Tikkurilan terveysasemalta. [Vantaa - Maksuittomien hoitotarvikkeiden ja -välineiden jakelu vuoden 2011 alusta](#). Asiakas saa tarvikkeet sisäisellä läheteellä.

3.1 Kun äidillä on yksi patologinen sokerinrasitusarvo

- Ohjeistetaan tekemään verensokerimittaukset ensin neljänä aamuna ennen aamupalaa ja sitten **vrk-käyrä**: verensokeri ennen ruokailua ja tunnin kuluttua pääaterioista (aamiainen, lounas, päivällinen ja iltapala) yhteensä 8 mittausta. **Mittausohje= joka toinen viikko aamuarvot neljän aamuna ennen aamupalaa ja joka toinen viikko yksi vuorokausikäyrä.**
- Terveystoimittaja soittaa äidille kahden viikon päästä ja keskustele sokerinrasituksen tuloksista. Asiakas voi tarvittaessa ottaa aiemmin yhteyttä omaan terveydenhoitajaan, jos seurannassa on useita tavoitearvoja ylittäviä arvoja. Tarvittaessa asiakasta pyydetään täyttämään ruokapäiväkirjaa.

Jos neuvolaseurannassa aamuarvo on $\geq 5,5$ (kahdesti viikon sisällä mitattuna) tai aterianjälkeinen arvo (aamupala, lounas ja iltapala) on toistuvasti $\geq 7,8$ tehdään lähete äitiyspoliklinikalle.

Jos glukosinrasituskokeessa kaksi tai kolme arvoa on poikkeavia tai fp-gluk on $\geq 6,0$ kirjoitetaan suoraan lähete äitiyspoliklinikalle. Äidille annetaan neuvolassa ruokavalio- ja liikuntaopastusta ja ohjaus verensokerin seurantaan.

3.2 Kun äidillä on 2-3 poikkeavaa sokerinrasitusarvoa

- Ohjeistetaan tekemään verensokerimittaukset ensin neljänä aamuna ennen aamupalaa ja yhtenä päivänä **vrk-käyrä**: verensokeri ennen ruokailua ja tunnin kuluttua pääaterioista (aamiainen, lounas, päivällinen ja iltapala) yhteensä 8 mittausta yhden päivän aikana. **Mittausohje= joka toinen viikko aamuarvot neljänä aamuna ennen aamupalaa ja joka toinen viikko yksi vuorokausikäyrä.**
- Vuorokausikäyrä tehdään 0-2 viikon kuluessa patologisesta sokerinrasituksesta. Äiti vie vrk-käyrän tulokset ja ruokapäiväkirjan 1-2 päivän ajalta äitiyspoliklinikalle.
- Jatkoseuranta suunnitellaan äitiyspoliklinikalla verensokeritulosten mukaan.
- Painoarvio tehdään äitiyspoliklinikalla h 36.

4. Äidin seuranta ja hoito synnytyksen jälkeen

Insuliinia käyttäneille raskausdiabeetikoille tehdään 6–12 viikon kuluttua synnytyksestä sokerirasituskoe **PT-Gluk2h** (viitearvot alle 6,1 ja 2h alle 7,8). Terveystoimittaja laittaa läheteen graafiseen finstarin ja ohjaa asiakkaan varaamaan ajan sokerirasitukseen siten, että vastaus on valmis lääkärin jälkitarkastuskäynnillä. Lääkäri kirjaa viimeistään jälkitarkastuksessa ICD-10 **O24.4** graafiseen finstarin.

Muille raskausdiabeetikoille koe uusitaan vuoden kuluttua synnytyksestä. Asiakas ohjataan ottamaan yhteyttä terveysasemalle terveydenhoitajan puhelinajan saamiseksi. Yhteydenoton perusteella asiakkaalle tehdään laboratoriolähete. **Jos glukosinrasituskokeen tulos on normaali, seurantaväli terveysasemalla on kolme vuotta.** Lisäksi seurataan painoa, vyötärön ympärysmittaa, verenpainetta ja veren lipidejä 1–3 vuoden välein.

Raskausdiabetes Käypä hoito-suositus: <http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi0068>

* Paastoarvo= 12 tuntia nälkinä ennen näytteen ottoa

** Diabetesiltoin opasta, Raskausdiabetes-pidä huolta itsestäsi ja vauvastaasi jaetaan niin kauan kuin sitä riittää neuvoloissa.

Ohjeen laatineet: Minna Kuosmanen ja Leeni Löthman-Kipelinen 20.1.2011. Korjaus ohjeeseen 26.4.2011/LLK