
Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suosituksen toteutuminen äitiysneuvolassa Hyvinkään sairaanhoitoalueella

Terveystenhoitajien kokemuksia




Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivu, kevät 2013

Mäenpää Anne

Puukka Outi



HÄMEENLINNA
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystenhoitaja AMK

Tekijät	Mäenpää Anne, Puukka Outi	Vuosi 2013
Työn nimi	Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suosituksen toteutuminen äitiysneuvolassa Hyvinkään sairaanhoitoalueella – Terveysten hoitajien kokemuksia	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Hyvinkään sairaanhoitoalueen äitiyshuollossa työskentelevien terveystenhoitajien kokemuksia raskausdiabeteksen Käypä hoito -suosituksen toteutumisesta. Tavoitteena oli tuotetun tiedon avulla arvioida raskausdiabeetikon hoidon laatua sekä toteutumista raskausdiabeetikon käypä hoito -suosituksen mukaisesti. Tutkimustietoa voidaan käyttää apuna äitiysneuvolan terveystenhoitajatyön kehittämisessä, jotta asiakkaan saama hoito tukee itsenäisiä ratkaisuja ja päätöksiä omahoitoa toteuttaessa.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisen tutkimuksen lähtökohdista ja aineisto kerättiin ryhmäteemahaastattelulla sekä aineisto analysoitiin sisällön analyysiä soveltaen. Opinnäytetyöhömmö osallistui sairaanhoitoalueemme kahdesta kunnasta kuusi (6) terveystenhoitajaa, joilla oli kokemusta ja tietoa tutkittavasta aiheesta. Haastattelut suoritettiin keväällä ja syksyllä 2011.

Pääsääntöisesti terveystenhoitajat kokivat, että raskausdiabeetikon hoito äitiyshuollossa toteutuu hyvin Käypä hoito -suosituksen mukaisesti. Terveystenhoitajat kokivat, että raskausdiabeetikon laadukas hoito kuuluu terveystenhoitajatyön ydinosaan. Toisaalta terveystenhoitajat kokivat ja toivat julki huolensa siitä, että seulontaa (glukoosirasituskoete) ei toteuteta sairaanhoitoalueella raskausdiabeteksen Käypä hoito -suosituksen mukaisesti, vaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin oman ohjeistuksen mukaan. Terveystenhoitajatyön haasteellisuutta lisäsi tutkimuksen mukaan sairaanhoitoalueen sairaaloiden erilaiset hoitopolut raskausdiabeetikoille.

Kehittämistehtävä toteutetaan järjestämällä Hyvinkään sairaanhoitoalueen terveystenhoitajille kehittämisiltapäivä raskausdiabeetikon hoidon laadun parantamiseksi. Tilaisuudessa esitetään opinnäytetyömme tulokset.

Avainsanat terveystenhoitajatyö, raskausdiabeetikko, kokemus, Käypä hoito -suositus

Sivut 32 s. + liitteet 8 s.

HÄMEELINNA
Degree Programme in Nursing
Public Health Nurse

Authors	Mäenpää Anne, Puukka Outi	Year 2013
Subject of Bachelor's thesis	Public health care nurses' experiences of current care recommendations concerning the care of gestation diabetic mothers of Hyvinkää hospital	

ABSTRACT

This thesis examined public health care nurses' experiences of current care recommendations concerning the care of gestation diabetic mothers. The aim was to evaluate the quality of care compared to the current care recommendations. This thesis can be used in developing maternal health care work. In providing care that would support the customers own decision making at home during the entire pregnancy.

This thesis was carried out from a qualitative research perspective and data was collected by theme interviews. The data was content analysed. Six public health nurses from our health care district (HUS) participated in the making of this thesis. They were interviewed during the spring and fall year 2011.

Mainly the nurses felt that the given care met the current care recommendations well. The nurses found the care of gestation diabetic mothers to be a core skill in their work. On the other hand the nurses felt that the given care was performed by instructions given more by HUS than according to the current care recommendations. The nurses found extra challenge in differing instructions given by the many hospitals in their area.

This thesis included a development task. This task was providing a training day for health care nurses in the Hyvinkää area to improve the quality of care of the gestation diabetic mothers. The results of our thesis were introduced during this day.

Keywords Public health nurse work, gestation diabetic, experience, current care recommendations.

Pages 32 p. + appendices 8 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	RASKAUSDIABEETIKKO	2
2.1	Diagnosointi	2
2.2	Riskitekijät ja esiintyvyys	2
2.3	Raskausdiabeteksen komplikaatiot	3
2.4	Myöhäisennusteet ja tulevaisuus	3
3	TERVEYDENHOITOTYÖ.....	4
3.1	Terveydenhoitajan tehtävät raskausdiabeteksen ennaltaehkäisyssä, seurannassa ja hoidossa	4
3.2	Terveydenhoitajan toteuttaman terveysneuvonnan mahdollisuudet ja riskitekijät6	6
4	TERVEYDENHOITAJA KÄYPÄ HOITO- SUOSITUKSEN TOTEUTTAJANA ..	7
4.1	Hoidon ohjaus	8
4.2	Motivointi.....	9
4.2.1	Käyttäytymismuutosten ohjaus	9
4.2.2	Motivoiva ohjaus on vaikuttavaa terveysneuvontaa.....	10
4.3	Oman hoidon osa-alueet.....	10
4.3.1	Ruokavaliohoito	10
4.3.2	Liikunta.....	12
4.3.3	Omaseuranta	13
4.3.4	Lääkehoito	14
4.4	Jatkoseuranta	14
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	15
6	OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT	15
6.1	Aineiston keruu	16
6.2	Tutkimusaineiston käsittely ja analyysi	17
7	TUTKIMUSTULOKSET	17
7.1	Äitiysneuvolan terveydenhoitaja raskausdiabeetikon tunnistajana, ensitiedon, neuvonnan ja hoidonohjauksen antajana	18
7.2	Terveydenhoitotyön menetelmät raskausdiabeetikon hoidossa ja seurannassa	20
7.3	Yhteistyö raskausdiabeetikon hoidossa.....	22
8	POHDINTA JA TULOSTEN TARKASTELU	23
8.1	Opinnäytetyön luotettavuus.....	24
8.2	Opinnäytetyön eettiset näkökohdat	25
8.3	Opinnäytetyön hyödyntäminen ja jatkotutkimukset	25

9 LOPUKSI 27

LÄHTEET 29

- Liite 1 Kehittämistehtävä.
- Liite 2 Kutsukirje Äitiyshuollon Kehittämisiltapäivään.
- Liite 3. Powerpoint- esitys kehittämistehtävästä

1 JOHDANTO

Diabetes on vakava maailmanlaajuinen kansanterveysongelma. Koko maailmassa on arvioitu olevan noin 200 miljoonaa diabeetikkoa. Suomessa diabetesta on todettu olevan jo lähes 500 000:lla. (Saraheimo & Sane 2009, 13.) Myös lihavuus on kasvanut nopeasti kansanterveysongelmaksi. Aikuisten lihavuuden Käypä hoito -suosituksen tavoitteena on lihavuuden hoidon tehostaminen koko terveydenhuollossa.

Raskausdiabetes ja raskaana olevien äitien ylipaino ovat suuria haasteita suomalaiselle äitiyshuollolle. Syntymärekisteritietojen (2011) mukaan raskausdiabetesta esiintyi 13,4 prosentilla synnyttäjistä sekä ylipainoisia (BMI > 25) oli 34,2 prosenttia synnyttäjistä. Raskausdiabeteksen Käypä hoito – suosituksen tarkoituksena on yhtenäistää raskausdiabeteksen seulonta- ja diagnoosikriteerit sekä hoito. Suosituksen mukaan raskausdiabetes pitäisi tutkia lähes kaikilta raskaana olevilta naisilta.

Ennaltaehkäisevä hoitotyö raskausdiabeteksen ehkäisemiseksi on tärkeää, sillä raskausdiabetes lisää naisen ja syntyvän lapsen riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen. Raskausaikaa pidetään otollisena uusien ja terveellisten elintapojen omaksumiseen. Raskausaikana äidille annettavalla ohjauksella ja neuvonnalla pyritään vaikuttamaan ja antamaan tukea koko perheen terveellisiin elintapoihin. Elintapaohjauksella on merkittävä osuus hoidon onnistumiselle ja se on ennaltaehkäisevää hoitoa parhaimmillaan. Raskausdiabeetikot ovat oikeutettuja hyvään ja laadukkaaseen hoitoon ja ohjaukseen. (Vääräsmäki & Kaaja 2007, 505; Ijäs 2010, 17.)

Kansainväliset asiantuntijat ovat esittäneet tiukempia raja-arvoja raskausdiabeteksen diagnoosinnissa Suomessa käytössä oleviin suosituksiin nähden. On siis mahdollista, että seuraavan Käypä hoito -suosituksen päivityksessä sokerirasituksen raja-arvoja, lähinnä verensokerin paastoarvoa, madalletaan. (Jansson 2010, 1095.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää terveydenhoitajien kokemuksia siitä, miten raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus toteutuu äitiysneuvolassa raskausaikana ja synnytyksen jälkeen. Työn tavoitteena on kehittää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä, raskausdiabeetikoiden hoidon laadun parantamiseksi ja yhdenmukaistaa hoidonohjaus laatukriteereitä hyödyntäen, asiakkaan yksilöllisyys huomioiden.

Opinnäytetyöhömmme liittyvä kehitystehtävä toteutetaan keskustelutilaisuutena perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon asiantuntijoiden kesken. Tilaisuudessa esitämme opinnäytetyömme tulokset ja johtopäätökset sekä keskustella raskausdiabeteksen hoidosta nyt ja tulevaisuudessa.

2 RASKAUSDIABEETIKKO

Raskausdiabeetikko on nainen, jolla ensimmäisen kerran raskauden aikana todetaan sokeriaineenvaihdunnan häiriö, joka yleensä paranee synnytyksen jälkeen. Raskausdiabetes kehittyy, kun raskauden aikana äidin verensokeripitoisuus suurentuu haiman beetasolujen puutteellisen erittymisen vuoksi. Raskausdiabeteksen kehittymiseen vaikuttaa myös insuliiniresistenssi eli insuliinin vaikutuksen heikkeneminen, mikä varsinkin loppuraskaudessa voimistuu kehon rasvamäärän kasvun sekä insuliiniherkkyttä heikentävien hormonien vaikutuksesta (Duodecim 2008a.)

2.1 Diagnosointi

Raskausdiabetes diagnosoidaan kahden tunnin glukoosi- eli sokerinrasituskokeella. Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositukseen mukaan sokerinrasituskoe suositellaan tehtäväksi valtaosalle raskaana olevista, vain pienen riskin omaavat naiset voidaan jättää seulonnan ulkopuolelle. Suomessa sokerinrasitus tehdään yleensä > 24 - 28. raskausviikolla kaikille muille raskaana oleville paitsi alle 25-vuotiaille ensisynnyttäjille, joiden BMI < 25 sekä alle 40-vuotiaille uudelleensynnyttäjille, joilla BMI < 25 eivätkä he ole aiemmin synnyttäneet makrosomista lasta. Jos sairastumisriski on erityisen suuri, kuten aikaisempi raskausdiabetes, lähisuvussa diabetesta, BMI > 35, munasarjojen monirakkulaoireyhtymä (PCO- syndrooma), glukosuria raskauden alussa tai suun kautta käytettävä kortikosteroidilääkitys tulisi sokerinrasitus tehdä jo alkuraskaudessa > 12 - 16. raskausviikolla. Jos alkuraskauden glukoosirasituksen tulos on normaali tai rasituskokeessa on yksi poikkeava arvo, tulee koe uusina raskausviikolla > 24 - 28. (Duodecim 2008, 1560; Teramo & Kaaja 2009, 384 - 385.)

2.2 Riskitekijät ja esiintyvyys

Yli 40 vuoden ikä, aiempi raskausdiabetes, aiemmin yli 4500 gramman painoisena syntynyt lapsi sekä raskaudenaikainen suuri painonousu lisäävät riskiä sairastua raskausdiabetekseen. Raskausdiabeteksen riskiä lisäävät lisäksi liiallinen energian ja tyydyttyneen rasvan saanti, runsas sokerin käyttö sekä suuret ja hiilihydraattipitoiset ateriat. Liikkumattomuudella ja vähäisellä ravintokuitumäärällä on vaikutusta raskausdiabeteksen kehittymiselle. (Luoto, Aittasalo & Kinnunen 2007, 513; Duodecim 2008, 1557.)

Etnisellä alkuperällä on myös merkitystä raskausajan insuliiniherkyyteen ja raskausdiabeteksen esiintyvyyteen. Suuri sairastumisriski on Afrikasta, Aasiasta (erityisesti Intia, Kiina ja Vietnam) ja Lähi-Idästä Suomeen tulleilla maahanmuuttajanaisilla. (Kaaja 2008, 24.)

2.3 Raskausdiabeteksen komplikaatiot

Raskausdiabetes on suuri riski syntyvälle lapselle lisäten sikiön makrosomiariskiä eli sikiön liiallista kohdunsisäistä kasvua. Sikiön makrosomia on raskausdiabeteksen merkittävin komplikaatio, sillä se lisää selkeästi sikiön kohdunsisäistä hapenpuutetta, perinataalikuolleisuutta, hartiadystokiaa sekä vastasyntyneen hypoglykemiaa ja veren bilirubiinirunsauden riskiä. (Duodecim 2008, 1564.)

Lisääntyneestä ihonalaisesta rasvakudoksesta ja suurentuneesta maksasta johtuen raskausdiabeetikko-äitien lapset ovat yleensä pulleampia verrattuna syntymäpainoltaan samanpainoisiin terveiden äitien lapsiin. Tämä selittää Erbin pareesin huomattavasti suuremman esiintyvyyden raskausdiabeetikkojen lapsilla. Äidin synnytysvauriot kuten vakavat repeämät ja verenvuodot sekä keisarileikkausten määrät lisääntyvät merkittävästi. (Duodecim 2008, 1564.)

Myös pre-eklampsian eli raskausmyrkytyksen riski lisääntyy, sillä raskausdiabetes kohottaa äidin raskauden aikaista verenpainetta. Äidin huono verensokeritasapaino lisää komplikaatioiden esiintyvyyttä ja vakavuutta. Esimerkiksi insuliinihoitoisilla raskausdiabeetikoilla perinataalikuolleisuutta voidaan verrata tyypin 1 diabeetikoiden riskiin. (Teramo, Suhonen & Hiilesmaa 2007, 507, 509-510)

2.4 Myöhäisennusteet ja tulevaisuus

Raskausdiabeteksen esiintyvyys Suomessa on kasvanut sen myötä, että seulonta tehdään lähes kaikille raskaana oleville. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Syntymärekisterin mukaan vuonna 2011 raskausdiabetes todettiin Suomessa 13,4 %:lla synnyttäjistä ja heistä 1,6 %:lla aloitettiin raskauden aikainen insuliinihoito. Raskausdiabeetikkojen määrä on kaksinkertaistunut viimeisen kymmenen vuoden aikana. Tärkeimpänä syynä on ylipainon lisääntyminen. (Savolainen 2008, 28; Ijäs 2010, 17; Jansson 2010, 1095.)

Raskausdiabetes lisää selkeästi äidin riskiä sairastua myöhemmin tyypin 2 diabetekseen, jopa puolet raskausdiabeetikoista sairastuu diabetekseen kymmenen vuoden sisällä ja insuliinihoitoisilla raskausdiabeetikoilla sairastumisriski on vielä suurempi. Lisäksi insuliinihoitoisilla raskausdiabeetikoilla on riski (5-10 %) sairastua tyypin 1 diabetekseen. (Teramo ym. 2007, 507, 509-510; Duodecim 2008, 1564.)

Raskausdiabetes vaikuttaa myös lapsen myöhäisennusteeseen lisäten riskiä metaboliseen oireyhtymään, tyypin 2 diabetekseen ja ylipainoon. Näihin

liittyvät terveysseurannat ja -neuvonnat kuormittavat yhä enemmän perusterveydenhuollon resursseja. (Vääräsmäki & Kaaja 2007, 505.)

Terveelliset ruokailu- ja liikuntatottumukset ovat avainasemassa tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä (Duodecim 2008, 1568). Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskiä voidaan seuloa riskitestin avulla. Lomake kehitettiin Kansanterveyslaitoksessa vuonna 2001 Dehko-yhteistyöprojektin yhteydessä. Testi on helppo ja nopea tehdä. Lomakkeen kahdeksan kysymyksen yhteenlasketut pisteet kertovat, miten suuri todennäköisyys henkilöllä on sairastua seuraavan kymmenen vuoden aikana tyypin 2 diabetekseen. Korkean riskin henkilöt (≥ 15 pistettä) ohjataan terveyden- tai sairaanhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanotolle tarkempiin sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden kartoitukseen ja arviointiin. (Diabetesliitto 2009, 38 - 40.)

3 TERVEYDENHOITOTYÖ

Terveydenhoitajatyö on yksilöiden, perheiden, väestön, ympäristön sekä työ- ja muiden yhteisöjen terveyttä edistävää ja ylläpitävää sekä sairauksia ehkäisevää hoitotyötä, sen avulla pyritään vahvistamaan asiakkaiden voimavaroja ja itsehoitoa. Terveydenhoitajatyön näkökulma on preventiivinen ja promotiivinen, jolla tarkoitetaan terveyttä rakentavaa ja terveyden edellytyksiä luovaa ja tukevaa toimintaa. Terveydenhoitajatyö on kokonaisvaltaista hoitoa, joka vaikuttaa yksilölliseen, yhteisölliseen ja yhteiskunnalliseen hyvinvointiin. Terveydenhoitajatyön tieteellinen ja teoreettinen perusta on hoitotieteessä ja muissa terveystieteissä, joita täydentävät muut tieteenalat. (Terveydenhoitajaliitto ry 2010.)

Terveyden edistäminen on olennainen osa terveydenhoitajatyötä ja terveydenhoitajakoulutuksen tärkeä painopistealue. Terveyden edistämisen osaaminen kuuluu terveydenhoitajatyön ydinosaamiseen, mutta terveyden edistämistyö kuuluu myös muille toimijoille ja päättäjätahoille

3.1 Terveydenhoitajan tehtävät raskausdiabeteksen ennaltaehkäisyssä, seurannassa ja hoidossa

Terveydenhoitajat ovat avainasemassa raskausdiabeteksen ennaltaehkäisyssä, sen tunnistamisessa, seurannassa ja hoidossa. Raskausaika on otollista uusien tottumusten omaksumiseen. Elintapoja koskevat ohjeet ja neuvonta ovat merkityksellisempiä kuin muissa elämän vaiheissa. Neuvolajärjestelmä pyrkii huolehtimaan koko perheen hyvinvoinnista, mikä takaa poikkeuksellisen hyvän toimintaympäristön terveellisten elintapojen edistämiseen. Raskausdiabeteksen ehkäisy on kansantaloudellisesti merkittävää, koska jopa puolet raskausdiabeetikotapauksista saadaan ehkäistyksi ravinto ja liikuntatottumuksia muuttamalla. (Luoto ym. 2007.)

UKK-instituutin tekemässä raskausdiabeteksen ehkäisy tutkimuksessa vuonna 2012 (Nellin osatutkimus) kävi ilmi, että raskausdiabetekseen sairastuvat äidit aiheuttavat terveydenhuollolle neljänneksen suuremmat kustannukset kuin muut äidit. Sairaalassa olo päivien kustannukset raskausdiabeetikolla on keskimäärin 44 prosenttia suuremmat kuin terveellä synnyttäjällä ja vastasyntyneiden hoitopäivistä aiheutuneet kulut jopa 49 prosenttia suuremmat. Kulut muodostuvat raskauden aikaisesta terveysterveystarvikkeiden käytöstä sekä synnytyksestä ja vastasyntyneiden osastohoidosta. Äitien ja vauvojen terveyttä voidaan suojella ja samalla hillitä terveydenhuollon menoja suuntaamalla voimavaroja raskausdiabeteksen ennaltaehkäisyyn elintapaneuvonnan avulla.

Raskausdiabeteksen tunnistamiseksi terveydenhoitaja tarvitsee raskaana olevasta perusteelliset esitiedot: perussairaudet, suvussa esiintyvät perinnölliset sairaudet, edelliset raskaudet ja terveystarvikkeiden käyttö, jotta raskauden seuranta tapahtuisi suunnitelmallisesti ja asiakaslähtöisesti. Terveystarkastuksissa on tavoitteena löytää riskiryhmiin kuuluvat asiakkaat ja terveysneuvonnan tarkoituksena on edistää raskaana olevan naisen ja perheen terveyttä. Jokaisella neuvolakäynneillä seurataan raskaana olevan äidin painoa, verenpainetta ja loppuraskaudessa arvioidaan sikiön kokoa. Myös virtsanäyte tutkitaan, määrittämällä valkuainen raskausmyrkytykseen, virtsatietulehdukseen tai nestetasapainonhäiriön toteamiseksi sekä virtsansokeri raskausaikaisen diabeteksen toteamiseksi. (Armanto & Koistinen 39 - 45.)

Terveydenhoitaja ohjaa odottavat äidit glukoosirasituskokeeseen Käypä hoito -suositusten mukaisesti. Jatkohoito määräytyy glukoosirasituskokeen tuloksen perusteella. Raskausdiabeteksen diagnostiset glukoosin pitoisuudet laskimoplasmaasta ovat paastoarvo $\geq 5,3$ mmol/l, tunnin arvo $\geq 10,0$ mmol/l ja kahden tunnin arvo $\geq 8,6$ mmol/l. Kun raskausdiabetesdiagnoosi on tehty terveydenhoitaja antaa tehostetun terveysneuvonnan (elintapaohjaus) sekä ohjaa verensokeriseurannan. Tavoitearvot kotiseurannassa ovat aamulla ennen aamiaista $< 5,5$ mmol/l ja tunnin kuluttua ateriasta $< 7,8$ mmol/l. Tarvittaessa raskausdiabeetikko ohjataan jatkoseurantaan ja hoitoon äitiyspoliklinikalle erikoissairaanhoidon. (Duodecim 2008a.)

Synnytyksen jälkeen päävastuu raskausdiabeetikkojen jatkoseurannasta on perusterveydenhuollossa. Glukoosirasituskoe uusitaan vuoden kuluttua synnytyksestä kaikille raskausdiabeteksen sairastaneille äideille. Insuliinihoitoisille raskausdiabeetikoille suositellaan raskausdiabeteksen tutkimista varhemmin $< 6 - 12$ viikkoa synnytyksestä. Sokerirasituksen diagnostiset arvot ovat: paastoarvo (12 h) 6,0 mmol/l ja kahden tunnin arvo 7,8 mmol/l. Kaikilta raskausdiabeetikoilta seurataan painoa, vyötärön ympärysmittaa, verensokeri ja -rasva-arvoja 1-3 vuoden välein. Seurantaväli ja seuranta riippuvat diabeteksen riskitekijöiden tasosta, painosta ja glukoosirasituskokeen tuloksesta. (Duodecim 2008.)

3.2 Terveydenhoitajan toteuttaman terveystieteellisen neuvonnan mahdollisuudet ja riskitekijät

Elintapaneuvonnassa tarvitaan riittävästi koulutusta sekä terveydenhoitajien ajankäytön järjestelyjä. Piiraisen tutkimuksen mukaan erityisen haasteen neuvoloitten ravitsemusohjaukselle muodostavat raskauden ja imetyksen aikana ilmenevät erityistilanteet, kuten kohonnut veren glukoosipitoisuus ja kohonnut verenpaine sekä ylipaino ja allergiat. Tutkimuksen mukaan keskeiset tukitoimet ovat terveydenhoitajien koulutuksen lisääminen, ajanmukaisen ja tutkimustietoon perustuvan neuvontamateriaalin saatavuus sekä ravitsemusterapeutin palveluiden lisääminen. Halkoaho ja Kivilin (2007) Pro gradu tutkielma todettiin, että vajaat puolet raskausdiabeetikoista eivät olleet saaneet minkäänlaista ohjausta elintapoihinsa ja suurin osa ei kokenut tarvitsevansa tukea elintapamuutoksiin.

Eeva Korpi-Hyövälin väitöstutkimuksessa vuonna 2012 todettiin, että raskausaikana naiset ovat valmiita muuttamaan elämäntapojaan terveellisemmäksi sekä raskausdiabeteksen riskiryhmään kuuluvat naiset pystyvät parantamaan ravitsemuksen laatua ja lisäämään liikuntaa. Tutkimuksessa todettiin kuitenkin, että äidit eivät omaksuneet pysyvästi parempia ruokailu- ja liikuntatottumuksia. Elintapaohjausta saaneiden äitien ravitsemuksessa niin sanottu herkkujen määrä oli yllättävän suuri loppuraskaudessa sekä äidit vähensivät liikuntaa merkittävästi 30 raskausviikon jälkeen.

Neuvonta, elintavat ja liikunta neuvolassa -tutkimushanke (Nelli) aloitettiin vuonna 2007 Pirkanmaan neuvoloissa. Tavoitteena on selvittää voidaanko tehostetulla ravitsemus- ja liikuntaneuvonnalla ehkäistä raskausdiabeteksen puhkeamista riskiryhmään kuuluvilla äideillä. Tutkimuksessa oli mukana neljäsataa raskausdiabeteksen riskiryhmään kuuluvaa äitiä. Lisäksi neljäsataa äitiä, jotka eivät olleet halukkaita osallistumaan tutkimukseen, täyttivät raskauden alkuvaiheessa alkukyselyn. Heidän rekisteritiedoistaan seurataan muun muassa syntyvien lasten painoa.

Koalueiden neuvoloissa äidit saivat henkilökohtaisen ravinto- ja liikuntasuunnitelman, ja he pitivät niin sanotussa reissuvihkossa kirjaa tavoitteiden saavuttamisesta. Lisäksi koalueilla pidettiin kuukausittain liikuntatapaamisia. Tiedot kerättiin vuosina 2007 - 2009 normaalien neuvolakäyntien aikana.

Terveydenhoitajien kokemusten näkökulmasta tehtyjä tutkimuksia raskausdiabeteksen Käypä hoito -suosituksen toteutumisesta ei ole hoitotieteessä tehty. Raskausdiabeteksen ehkäisy tutkimuksia on toistaiseksi julkaistu vähän. Terveyden- ja hyvinvointi laitos on aloittanut vuonna 2010 kansallisen raskausdiabetestutkimuksen, jossa pyritään selvittämään

raskausdiabeteksen merkitystä äidin ja syntyvän lapsen kannalta sekä selvittää elämäntapojen ja perinnöllisten tekijöiden merkitystä raskausdiabetekseen. Professori Johan Erikssonin johtamassa RADIEL-tutkimuksessa (vuosina 2008 - 2011) on selvitetty raskaudenaikaisen liikunnan ja ruokavalion vaikutuksia raskausdiabeteksen sekä muiden raskauskomplikaatioiden kuten raskausmyrkytyksen ja sikiön liikakasvun ehkäisyssä. Hankkeen tarkoituksena on luoda seuranta- ja hoitoketjumalli, joka on helposti siirrettävissä käytännötoiminnaksi. Se pyrkii tuomaan yhteistyöhön kunnan omia toimijoita konkreettisella tavalla, mutta nostaa esille myös sairastumisvaarassa olevan henkilön oman vastuun.

Pirkolan (2010) tutkimuksessa selvitettiin ylipainon ja raskausdiabeteksen itsenäistä vaikutusta äidin ja lapsen pitkäaikaisterveyteen Pohjois-Suomessa laajassa tutkimusaineistossa vuosina 1966-1986. Bellamy ym. (2009) meta-analyysi käsitti 20 tutkimusta ja yli 675 000 naista – tutkimusnäyttö on vahva. Raskausdiabeteksen havaittiin lisäävän tyypin 2 diabetesriskiä seitsemän (7) kertaiseksi verrattuna terveisiin naisiin. Clausen ym. (2008) metabolisen oireyhtymän riski on suurentunut raskausdiabeteksen sairastuneilla sekä Torloni ym.(2009) mukaan ylipaino on raskausdiabeteksen tärkein riskitekijä.

4 TERVEYDENHOITAJA KÄYPÄ HOITO- SUOSITUKSEN TOTEUTTAJANA

Käypä hoito -suositusten tavoitteena on yhtenäistää raskausdiabeteksen seulonta- ja diagnosikriteerit, hoito ja jälkiseuranta. Pyrkimyksenä on turvata sikiön ja vastasyntyneen hyvinvointi, välttämällä raskauskomplikaatiot. Lisäksi tavoitteena on vähentää raskausdiabeteksen uusiutumista sekä ehkäistä tyypin 2 diabeteksen ja valtimotaudin kehittyminen äidillä raskausdiabeteksen jälkeen. (Duodecim 2008a.)

Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus on tarkoitettu tukemaan päätöksen tekoa raskausdiabeetikon hoitoa suunniteltaessa. Sen tavoitteena on kehittää hoito- ja toimintakäytäntöjä. Se ei ole laki eikä normi, vaan sairaanhoitopiirit voivat itse muokata alueelliseen käyttöön soveltuvia toimintakäytäntöjä/hoitokäytäntöjä valtakunnallisen suosituksen pohjalta. Niiden avulla edistetään yhtenäisten hoitokäytäntöjen saavuttamista. Perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon välillä tarvitaan laajaa yhteistyötä, miten työnjako toteutetaan alueellisesti hoitosuosituksen pohjalta.

Hoitosuositusten käytäntöön soveltamisessa on huomioitava asiakas, joka viime kädessä kokee hoidossa tapahtuneet muutokset. Uusien hoitokäytäntöjen tulee olla asiakkaan kannalta toimivia ja hyödyllisiä. Ne saattavat vaatia asiakkaalta uudenlaista toimintaa, jota voidaan tukea hyvällä tiedottamisella ja asiakkaiden toimintaa ohjeistamalla. Tätä tukevat

esimerkiksi hoitosuosituksen potilasversiot, joista asiakkaat voivat omatoimisesti tarkistaa hoidon kulkua.
(Miettinen & Korhonen 2005, 12 - 14.)

4.1 Hoidon ohjaus

Ihmisellä on sisimmässään motivaatio edistää terveyttään ja tämän motivaation käyttöön saamiseksi tarvitaan ohjausta. Hoidonohjaus on olennainen osa jokaisen asiakkaan hoitoa. Laadukas hoidonohjaus on asiakaslähtöistä, potilaan tarpeet ja elämäntilanteen huomioivaa. Hoidonohjauksen tulisi aina olla suunnitelmallista toimintaa. Sen avulla autetaan asiakasta omaksumaan hoitoonsa liittyvät tiedot ja taidot. Ohjauksen avulla tuetaan myös asiakkaan emotionaalista sopeutumista sairauteensa. Hoidonohjauksen tavoitteena on tukea terveyskäyttämiseen liittyviä muutoksia, joilla on merkitystä raskaana olevan ja lapsen terveydentilaan pitkälläkin aikavälillä. (Rintala 2008, 27; Mustajoki & Kunnamo, 2009.) Riittävän varhain aloitettu yksilön elämäntilanteeseen ja voimavaroihin kohdistettu ohjaus voi vaikuttaa terveyttä edistäviin valintoihin ja niiden pysyvyyteen (Kavilo ym. 2010, 29).

Laadukkaaseen hoidonohjaukseen sisältyy ohjaajan ammatillinen vastuu. Ohjaajan tulee ohjata ja tukea asiakasta niin, että asiakas pystyy tekemään tietoisia päätöksiä suhteessa omaan hoitoonsa ja saavuttamaan asetetut hoitotavoitteet. Ohjauksessa tulee aina ottaa huomioon ohjattavan kyky vastaanottaa uutta tietoa sekä ymmärtää sitä. Tärkeää on, että ohjaus etenee sopivalla yksilöllisellä tahdilla. Nopeitakin muutoksia tarvitaan, jotta sikiön ja äidin hyvinvointiin voidaan vaikuttaa, sillä raskausaika on vain yhdeksän kuukautta. Ohjattavan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät on otettava huomioon hoidonohjauksessa.

Ohjaajan ammattitaidolla, sosiaalisilla vuorovaikutustaidoilla ja työkokemuksella on merkitystä ohjauksen onnistumiseen, tavoitteiden ja hyvien hoitotulosten saavuttamiseen. Hoidonohjaus perustuu keskusteluun – dialogiin ja on vuorovaikutteista. Ilmapiiirin tulee olla myönteinen ja luottamuksellinen. Ohjaajan aktiivinen kuuntelu on tärkeä osa keskustelua ja ohjausta. Sen avulla ohjattava tuntee, että hänen asiansa on tärkeä ja niihin paneudutaan. Se antaa tilaa ohjattavalle kiireettömään pohdintaan ja viestii ohjaajan hyväksyntää. (Rintala 2008, 30 - 37; Kyngäs 2009, 25 - 36.)

Ohjaajalla on myös vastuu ajan tasalla olevan tiedon (näyttöön perustuva hoitotyö) käytöstä asiakasta koskevassa päätöksen teossa ja hoitotoiminnassa. Päätökset koostuvat neljästä eri ulottuvuudesta; tieteellisten tutkimusten näytöstä, hoitotyön asiantuntijuudesta, potilaan taidoista ja käytettävistä olevista resursseista. Tutkimustietoon tulee suhtautua kriittisesti ja sen käyttökelpoisuutta ja soveltuvuutta tulee aina arvioida. Tärkeimmistä vaatimuksista on tutkimustiedon laadun arviointi. Kun laatu on arvioitu

systemaattisesti, sen avulla voidaan muodostaa hoitotyön suosituksia ohjaukselle. (Kyngäs 2007, 55 - 58; Häggman- Laitila 2009, 20 - 25.)

Hoidonohjauksessa kunnioitetaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta sekä yksilöllisyyttä. Se edellyttää asiakkaan täysivaltaista osallistumista kaikkeen hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Asiakkaalla on myös oikeus kieltäytyä hoidosta edellyttäen, että hän on saanut ja ymmärtänyt hoitovaihtoehtojen seuraukset. Asiakas on itse aina vastuussa omasta terveydestään, sen saavuttamisesta, ylläpitämisestä ja edistämisestä. Hoidonohjauksessa positiivisen palautteen antaminen on tärkeää hoitomotivaation ylläpitämiseksi. (Kyngäs 2007, 154 - 157; Rintala 2008, 57.)

Suullisen ohjauksen lisäksi kirjallisten ohjausmateriaalien käyttö on hoidon toteutumisen ja onnistumisen kannalta tärkeää. Kirjalliset ohjeet auttavat ja tukevat asiakasta omahoidossaan. Yksinkertaiset kuvat helpottavat asian ymmärtämistä ja muistamista. Nykyisten lyhyiden sairaalassaoloaikojen/vastaanottokäyntien vuoksi kirjallisten ohjeiden käyttö on merkittävästi lisääntynyt. (Kyngäs 2007, 124.)

4.2 Motivointi

Ihmisellä on sisäinen tarve hallita elämäänsä ja siihen liittyen halu pysyä terveenä. Tätä voidaan kutsua sisäiseksi motivaatioksi ja tämä sisäinen motivaatio voi olla ristiriidassa ihmisen käyttäytymisen kanssa = “epäterveelliset tavat ja tottumukset”. Ohjauksen avulla terveydenhoitajan tulee herättää potilaan sisäinen motivaatio, jotta hän kykenee muuttamaan tapojaan ja tottumuksiaan. (Mustajoki 2007, 35 - 37.)

4.2.1 Käyttäytymismuutosten ohjaus

Erityisesti ohjausta tulee antaa siten että asiakas pystyy muuttamaan ajatuksiaan ja mielikuviaan, jotka ovat esteinä elämäntapamuutoksille. Oleellista on se, että asiakas kykenee luopumaan joistakin vanhoista tavoistaan ja tottumuksistaan oppiakseen uutta. Epärealistisia tavoitteita tulisi käsitellä sekä tunteita ja ajatuksia, jotka liittyvät niin sanottuihin retkahduksiin eli epäonnistumisiin. Keskeisiä käyttäytymismuutosten ohjausmenetelmiä ovat itsetarkkailu esimerkiksi ruoka- ja liikuntapäiväkirjat. Ei-toivottua käytöstä esimerkiksi napostelu/herkuttelu laukaisevien ärsykkeiden tarkkailu ja hallinta, kannustimien käyttö, stressinhallinta ja ongelmaratkaisumenetelmät. Tarkoituksena on saada asiakas tiedostamaan oma käyttäytymisensä ja tapansa ajatella. (Duodecim 2002.)

4.2.2 Motivoiva ohjaus on vaikuttavaa terveystuontaa

Motivoivassa ohjauksessa käsitellään asiakkaan nykyisen toimintatavan ja terveyden kannalta tavoiteltavan toiminnan välistä ristiriitaa. Motivoivan ohjauksen viisi periaatetta, jotka edistävät potilaan motivoitumista ja estävät muutostvastian esille pääsyä, ovat:

1. Empatian ilmaiseminen: Tällöin asiakas kokee, että terveydenhoitaja on kiinnostunut hänen asiastaan. Hyväksyminen helpottaa muutosten tekemistä. Reflektioiva (=aktiivinen) kuunteleminen vahvistaa empatian tunnetta. Epävarmuus tulee ymmärtää normaaliksi ilmiöksi, tunteiden tunnistaminen on tärkeää.
2. Ristiriidan tuottaminen: Tietoisuus seurauksista on tärkeää, nykytilanteen ja tavoitteen välinen ristiriita motivoi. Asiakkaan on voitava perustella muutos itse.
3. Väittelyn välttäminen: Vastaväitteet estävät muutosta, puolustautuminen lisää puolustautumista. Vastarinta kertoo tarpeesta muuttaa strategiaa, leimaaminen on tarpeetonta.
4. Vastarinnan myötäily: Uusiin näkökulmiin voi vain houkuttaa, ei pakottaa. Yksilö tekee itse omat ratkaisunsa.
5. Tuetaan potilaan itseluottamusta ja omia kykyjä: Aina ensimmäisenä tuodaan esille hyviä puolia, esimerkiksi ”säännöllinen ateriarytmi on erinomainen asia ja sitä tulee jatkaa tulevaisuudessakin”. Pienikin edistyminen huomiodaan, vaikka tavoitteisiin olisi vielä matkaa. Usko muutoksen mahdollisuuteen motivoi, yksilö on itse vastuussa muutoksen aloittamisesta, toteutuksesta ja ylläpidosta. Toivoa on aina. (Kyngäs ym. 49.)

4.3 Oman hoidon osa-alueet

Raskausdiabeetikon omahoidon osa-alueet ovat ruokavaliohoito, liikunta, omaseuranta, lääkehoito ja jatkohoito. Hoidon ohjaus on yksilöllistä ja tavoitteena on, että raskausdiabeetikko oppii miten ruokavalio ja liikunta vaikuttaa glukoositasapainoon.

4.3.1 Ruokavaliohoito

Ruokavaliohoito on lihavuuden ja raskausdiabeteksen hoidossa keskeisin tekijä. Suositeltava ruoka on terveellistä perusrakoa, joka on eduksi kaikkien terveydelle. Ruokavalio on kuitenkin yksilöllinen ja joustava. Ruokavalio-ohjauksen tavoitteena on vähentää äidin liiallista painonnousua turvaten riittävä energian ja ravintoaineiden saanti. Lisäksi sen avulla ehkäistään sikiön liikakasvua ja äidin myöhäisempää sairastumista

diabetekseen. Ruokavalion avulla diabeetikkojen verensokeripitoisuus pyritään pitämään normaalina ja ehkäisemään tai siirtämään lääkehoidon tarvetta. (Duodecim 2008, 1561; Luoto ym. 2007, 514 - 517.)

Säännöllinen ateriarytmi (aamiainen, lounas, päivällinen, iltapala ja tarvittaessa 1-2 välipalaa) on ruokavaliohoidon yksi tärkeimmistä periaatteista. Raskaudenaikaisen painonkehityksen seurannassa kohtuullisen energiansaannin rajana vuorokaudessa on 1600 - 1800 kcal eli 6,7 - 7,5 MJ. Ruokavalion tulisi sisältää runsaasti kuitua 32 - 40 g päivässä sekä kerta- ja monitydyttymättömiä rasvahappoja sisältämää pehmeää rasvaa. (Duodecim 2008, 1561; Luoto ym. 2007, 514 - 517.)

Ruokavaliohoidon periaatteisiin kuuluu tärkeänä osana energiaravintoaineiden keskinäinen jakautuminen. Vuorokauden kokonaisenergiansaannista hiilihydraattien osuus on rajoitettu 40 - 50 %:iin. Lisäksi suositellaan runsaskuituisia hiilihydraatteja ja niiden jakamista 4 - 6 aterialle. Tällä tavoin pyritään ehkäisemään aterian jälkeisiä korkeita verensokeriarvoja ja insuliinihoidon tarvetta. Rasvan osuus kokonaisenergiansaannista on 30 - 40 %. Pehmeän rasvan osuus tulisi olla kaksi kolmasosaa, sillä diabeettiset aineenvaihduntahäiriöt pahenevat liiallisen tyydyttyneen rasvan saannista. Proteiinien osuus ravintoaineiden jakaumassa on 20 - 25 %. (Duodecim 2008, 1561.)

Ruoan energiamäärän vähentämiseksi ohjataan asiakasta vähentämään runsaasti rasvaa ja puhdistettuja hiilihydraatteja sisältävien ruokien käyttöä. Säännöllinen ateriarytmi sekä vesi- ja kuitupitoiset ruuat pienentävät ruokavalion energiatihyettä ja lisäävät kylläisyyden tunnetta aterioiden välillä. Lautasmallin avulla on helppo ohjata yksittäisen aterian koostumus. Puolet lautasesta täytetään kasviksilla, neljännes liha-kana-kalatuotteilla (proteiinit) ja toinen neljännes perunalla, pastalla tai riisillä (hiilihydraatit), jolloin aterian koostumus on ruokavaliosuosituksen mukainen. Myös pelkkä annoskoon pienentäminen vähentää energiansaantia. Ruokavalion tulee olla monipuolinen, vaikka olisikin vähäenerginen, näin taataan vitamiinien ja kivennäisaineiden riittävä saanti. (Duodecim 2002, 6 - 9; Mustajoki ym. 2006, 168-182; Arffman 2009, 124 - 130.)

Syömisen hallintaan voidaan antaa ohjausta esimerkiksi ruoan hankinnassa välttämällä suuria pakkauskokoja, tutustuttamalla tuotteiden energia-, rasva- ja suolapitoisuuksiin tuoteselosteiden avulla ja ruokapäiväkirjan pitoon. Ruokatottumuksissa tulisi kiinnittää huomiota houkutusten vähentämiseen, ylimääräisiä herkkuja ei kannata varata kotiin sekä syömiseen keskittymiseen eli syöminen tapahtuu aina pöydän ääressä ilman viihdykkeitä). (Arffman 2009, 124 - 130.)

4.3.2 Liikunta

Liikuntaneuvonnalla tuetaan asiakasta tekemään myönteisiä muutoksia liikuntatottumuksiinsa vähitellen. Siinä asetetaan tavoitteet yksilöllisesti ja asiakkaan lähtökohdat huomioiden. Neuvonta tähtää kiinnostuksen heräämiseen, asenteiden muokkaamiseen ja uuden tiedon antamiseen. Asiakkaan muutoshalua ja aikaisempia myönteisiä liikuntakokemuksia tuetaan ja autetaan löytämään oma tapansa liikkua. (Aittasalo 2010, 1 - 2.)

Liikunnalla ja terveellisellä ravitsemuksella on toisiaan täydentävä vaikutus. Säännöllinen liikunta auttaa painonhallinnassa, parantaa glukoositasapainoa, lisää insuliiniherkkyyttä sekä vähentää etenkin viskeraalisen rasvan määrää, jolloin lihaskudoksen sokerin käyttö paranee ja sen myötä sokerinsieto paranee. Liikunta vaikuttaa verenrasva-arvoihin, veren hyytymistekijöihin sekä alentaa verenpainetta. Sillä on myös suuri vaikutus mielialaan, kohottaen voimia arjessa jaksamiseen. (Käkönen, luento 26.3.2010; Duodecim 2008b, 15.)

Usein terveysliikunta on terveydelle ja hyvinvoinnille ratkaisevin. Terveysliikuntaa suositellaan koko väestölle, koska se kohentaa kestävyys- ja lihasvoimaa. Terveysliikunnan esimerkiksi portaiden kävely hissien sijasta omaksuminen auttaa asiakasta kohti liikunnallisempaa elämää. ”Pienistä elämäntapamuutoksista koostuu suuri elämänlaatumuutos”. (Diabetesliitto 2007) Liikunnasta tulee pysyvä osa elämää vain silloin kun se tuottaa itselle mielihyvää. (Diabetesliitto 2007, 31 - 34; Duodecim. 2008a, 1562.)

Yleisen liikuntasuosituksen mukaan terveyden edistämiseksi sekä säilyttämiseksi tarvitaan kohtuullisesti kuormittavaa kestävyysliikuntaa vähintään 30 minuuttia > 5 päivänä viikossa tai raskasta liikuntaa vähintään 20 minuuttia kolmena päivänä viikossa. Kohtuullisesti kuormittava liikunta voidaan toteuttaa 10 minuutin jaksoissa. Päivittäisen liikunnan tulee sisältää tehokasta, rasittavaa liikuntaa, jonka aikana hengästyy ja sydämen syke nousee. Tämä liikunta määrä on merkittävä fyysisen ja psyykkisen terveyden ylläpitoon, sairauksien ehkäisyyn ja painonhallintaan. (Diabetesliitto 2007, 31 - 34; Duodecim 2008b, 3.)

Raskausdiabeetikoille, tyypin 2 diabeetikoille ja ylipainoisille odottaville äideille sopivat yleiset liikuntasuositukset. Halkoahon ja Kavilon (2007, 55) pro gradu-tutkielman mukaan pienten lasten äidit liikkuvat vähemmän kuin vastaavan ikäiset naiset, joilla ei ole pieniä lapsia. Vähän liikuntaa harrastaneet naiset tulee saada terveystieteiden pariin ja naiset, jotka ovat olleet fyysisesti aktiivisia ennen raskautta, voivat jatkaa liikkumista kuten ennenkin oman vointinsa mukaan. Säännöllisen liikunnan voi aloittaa myös raskaudenaikana. (Luoto ym. 2007, 517; Duodecim 2008a, 1562.)

Monet liikuntamuodot, kuten kävely, juoksu, pyöräily, uinti, soutu, hiihto, luistelu, tanssi tai kuntosaliharjoittelu eli suuriin lihasryhmiin kohdistuva,

sopivat raskaudenaikaiseksi liikunnaksi. Raskauden puolivälin jälkeen on syytä välttää liikuntamuotoja, joissa kohtu joutuu voimakkaaseen hölskyvään liikkeeseen, kuten hyppelyssä, ratsastaessa tai kontaktilajeissa. Liikunnan ehdottomia vasta-aiheita ovat ennenaikainen kohdun supistelu, selvittämättömät verenvuodot, etinen istukka loppuraskaudessa, ennenaikainen lapsivedenmeno, todettu kohdunkaulan heikkous ja sikiön kasvun hidastuma. Suhteellisia vasta-aiheita ovat uhkaava keskenmeno ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana, monisikiöinen raskaus, pre-eklampsia ja raskaushepatoosi. (Duodecim 2008b, 24.)

Liikuntaneuvonnassa terveydenhoitaja arvioi nykyisen liikunta-aktiivisuuden, asiakkaan valmiuden muutokseen, asenteen liikuntaan ja tiedollisen valmiuden. Terveydenhoitaja antaa tietoa liikunnan hyödyistä ja haitoista, sopivista liikuntamuodoista ja terveystarpeista. Asiakkaan kanssa laaditaan raskauden aikaiselle liikunnalle tavoitteet ja tarvittaessa ohjataan etsimään sopivia liikuntamuotoja ja liikuntapalveluita. (Duodecim 2008b.)

Ohjauksessa voidaan käyttää apuna liikuntaesitteitä, esimerkiksi liikuntapiirakka ja liikunta raskauden aikana ja sen jälkeen, joissa kerrotaan liikunnan hyödyistä sekä suositeltavan liikunnan määrästä ja laadusta. Esitteet tulee käydä asiakkaan kanssa läpi, jotta mahdollinen hyöty saavutetaan. (Aittasalo 2010, 1 - 2; UKK-instituutti 2010.)

Liikkumisresepti (www.liikkumisresepti.fi) on laadittu liikunnan neuvonnan tueksi, jotta liikunnan käyttö sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa voitaisiin lisätä. Aittasalon (2008) väitöskirjan mukaan sen on todettu lisäävän asiakkaiden liikkumista ainakin väliaikaisesti. Se huomioi asiakkaan tarpeet yksilöllisesti ja on yleensä vaikuttavampi kuin yleiset esitteet. Liikkumisresepti laaditaan lääkärinvastaanotolla. Siinä liikunta toimii yhtenä lääkkeenä niin kuin esimerkiksi tabletitkin. (Aittasalo 2008, 2; Niskanen 2009, 185.)

Askelmittarin käyttö voi myös olla yksi hyvä motivoinnin keino liikunnan lisäämiseen raskauden aikana. Askelmittari on pieni ja kevyt. Se on halpa investointi ja sitä on helppo käyttää ja tulkita. Se antaa välittömästi palautetta päivittäisen liikunnan määrästä askeleilla mitattuna. Se ei kerro liikunnan tehosta, vaan arvioi päivän aikana kertynyttä liikunnan määrää. Suositeltava päivittäinen askelmäärä terveyden kannalta on 10 000 askelta. Jokaiselle ohjattavalle pystytään tekemään omat päivittäiset askeltavoitteet oman lähtötason mukaan. (Aittasalo 2010, 2; Heinonen 2009, 182.)

4.3.3 Omaseuranta

Kun raskausdiabetes todetaan, aloitetaan verensokerin omaseuranta neuvolan terveydenhoitajan antamien ohjeiden mukaan. Äiti saa neuvolasta

henkilökohtaisen verensokerimittarin, jolla hän mittaa verensokeripitoisuutta sormenpäästä ottamastaan verinäytteestä.

Verensokerin omaseuranta on yksilöllistä ja kuuluu tärkeänä osana diabeteksen hoitoon. Verensokeriarvot kirjataan omaseurantavihkoon, johon voi kirjata myös muita verensokeritasapainoon vaikuttavia asioita, kuten liikuntasuoritukset, sairaspäivät ja poikkeavat ateriat esimerkiksi juhlat. Tulosten hyödyntämisen kannalta on tärkeää, että verensokeriarvot kirjataan huolellisesti. Omaseurantavihkoon kirjataan, onko arvo mitattu ateriaa edeltävästi vai aterian jälkeen. Verensokerin omaseurannan tulokset auttavat arvioimaan hoitotavoitteiden toteutumista, hoidon ongelmakohtia ja lääkehoidon tai annoskoon muuttamisen tarvetta. Omaseurannan avulla raskaana oleva oppii ruokavalion ja liikunnan vaikutukset verensokeripitoisuuteen. (Suhonen 2007, 70; Duodecim 2008a, 1560; Ilanne-Parikka 2009, 71 - 76; Teramo & Kaaja 2009, 386; Pirkola 2010, 40.)

4.3.4 Lääkehoito

Lääkehoito aloitetaan, jos ruokavaliohoito ei yksin riitä. Ruokavaliohoidon jatkumisella on kuitenkin tärkeä osuus lääkehoidon rinnalla. Lääkehoito aloitetaan aina erikoissairaanhoidossa, synnytys sairaalan äitiyspoliklinikalla, jos veren sokeripitoisuudet omaseurannassa ylittävät toistuvasti tavoitearvot. (Duodecim 2008a, 1563; Kaaja 2009, 331 - 332.)

Ensisijaisena lääkehoitona käytetään usein insuliinia, mutta myös suun kautta nautittavaa lääkitystä tai insuliinin ja oraalisen lääkityksen yhdistelmää voidaan tarvittaessa käyttää. Viime vuosina on tutkittu diabeteslääke Metformiinin käyttöä raskausdiabeteksen hoidossa ja sen käyttö on raskaana olevien keskuudessa lisääntynyt. Yleistyneen ylipainon ja synnytysien kohoamisen vuoksi tyypin 2 diabetesta sairastavia naisia on raskaana olevien joukossa yhä enemmän ja heillä Metformiini-lääkitys on käytössä ennen raskautta. (Kaaja 2008, 23 - 26; Kaaja 2009, 331 - 332; Ijäs 2010, 17.)

Insuliinihoitoisen raskausdiabeetikkojen seuranta vaatii hoitohenkilökunnalta riittävää asiantuntemusta ja ohjausta. Insuliiniannos määrätään yksilöllisesti kullekin odottavalle äidille erikseen. Insuliiniannoksia säädetään omaseurannan verensokeripitoisuuksien mukaan ja raskaana olevat voivat omatoimisesti säädellä annoksiaan erillisen ohjeen mukaan. (Ilanne-Parikka 2009, 250 - 251; Nikkanen 2009.)

4.4 Jatko seuranta

Raskausdiabeetikon synnytyksen jälkeinen seuranta tapahtuu perusterveyden- tai työterveyshuollossa. Liikapainon välttäminen ravitsemussuosituksen mukaisella ruokavaliolla ja liikunnan lisäämisellä ovat elintapaneuvonnassa keskeisintä ja edistävät painonhallintaa. Aikuisten lihavuuden Käypä hoito -

suositus on hyvä apuväline lihavuuden hoitoon. Raskausdiabetes on hyvä tilaisuus koko perheen elintapamuutoksille. Tehokas hoidonohjaus motivoi naisia huolehtimaan niin itsestään kuin perheestäänkin. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö takaa onnistuneen jatkoseurannan – hoitopolun Tärkeää on sitouttaa synnyttäjää hoitamaan ja ottamaan itse vastuu seurannastaan. Seurannan voisi jossain määrin sitoa lapsen neuvolaseurannan yhteyteen.

Korpi-Hyövältin väitöstutkimuksen mukaan erityisesti synnytyssairaaloiden naistentautien ja sisätautien yksiköiden tulee tehostaa yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa, jotta raskausdiabeteksen sairastaneet naiset saadaan paremmin osallistumaan glukosirasituskokeeseen synnytyksen jälkeen. Tutkimuksessa todetaan, ettei terveydenhuollon ammattilaisten välinpitämättömyys yksin selitä naisten huonoa osallistumista glukosirasituskokeeseen. (Duodecim 2008a, 1568 - 1569; Savolainen 2008, 28 - 29.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata terveydenhoitajien kokemuksia Käypä hoito -suosituksen toteutumisesta äitiysneuvolassa.

1. Miten raskausdiabeteksen Käypä hoito -suosituksen mukainen hoito toteutuu äitiysneuvolassa?
2. Mitkä ovat terveydenhoitajan mahdollisuudet toteuttaa Käypä hoito suosituksen mukaista hoitoa? (vahvuudet/heikkoudet, mahdollisuudet/uhat)?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuotetun tiedon avulla arvioida raskausdiabeetikon hoidon laatua sekä toteutumista Käypä hoito -suosituksen mukaisesti.

Opinnäytetyön tuottamaa tietoa voidaan käyttää apuna äitiysneuvolan terveydenhoitotyön kehittämisessä, jotta asiakkaan saama hoito tukee itsenäisiä ratkaisuja ja päätöksiä omahoitoa toteutettaessa.

6 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

Tämän opinnäytetyön tutkimusympäristönä on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä, Hyvinkään sairaanhoitoalue. Synnytyksiä vuosittain alueella on keskimäärin 1650. Sairaanhoitopiiri koostuu viidestä eri kunnasta:

Hyvinkää, Tuusula, Nurmijärvi, Mäntsälä ja Järvenpää. HUS-piirin sisällä synnyttäjät voi valita synnytyssairaalansa vapaasti.

Hyvinkään sairaanhoitoalueella Käypä hoito – suositus otettiin käyttöön syksyllä 2008, jolloin järjestettiin koulutustilaisuus sairaanhoitoalueella toimiville äitiyshuollon terveydenhoitajille.

Opinnäytetyön tutkimusluvut hankittiin maaliskuussa 2011, kunnista, joista haastattelut suoritettiin. Osallistujat haastatteluihin valikoituvat tutkimuskunnista ja opinnäytetyön tekijöillä ei ollut mahdollisuutta vaikuttaa henkilövalintoihin. Opinnäytetyötä varten haastateltiin kahdesta sairaanhoitoalueemme kunnasta kuutta (6) terveydenhoitajaa, joilla on kokemusta ja tietoa tutkittavasta aiheesta.

6.1 Aineiston keruu

Opinnäytetyömme on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Se pyrkii tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja tarkoituksena on todellisen elämän kuvaaminen. Tutkimuksen tavoitteena on löytää ja paljastaa tosiasioita jo olemassa olevien totuuksien todistamisen sijaan. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 161.)

Varton (1992, 59) mukaan, kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on kuvata ihmisen omaa kokemustaan todellisuudestaan. Tutkimuksessamme haastateltavien kuvailemat kokemukset analysoidaan ja niitä pyritään ymmärtämään ja tekemään niistä tulkintoja.

Valitsimme tutkimustavaksi laadullisen tutkimuksen, sillä halusimme, että terveydenhoitajat voivat omin sanoin kuvata kokemuksiaan raskausdiabeteksen Käypä hoito – suosituksen toteutumisesta äitiysneuvolassa. Opinnäytetyöllämme emme pyri yleispätevän teorian löytämiseen, vaan terveydenhoitajien henkilökohtaisten kokemusten kuvaamiseen.

Terveydenhoitajien kokemusten selvittämiseen käytettiin ryhmäteemahaastattelua, koska sillä kuvataan useimmiten kokemusta ja osaamista. Haastattelua varten laadittiin teemahaastattelurunko sekä tarkentavia kysymyksiä keskustelun onnistumiseksi. Kysymykset muotoilimme SWOT- analyysin pohjalta. Haastattelutilaisuuden aluksi kävimme teemat läpi osallistujien kesken.

Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran 2004 mukaan ryhmähaastattelu on tehokas menetelmä, koska tietoa saadaan usealta henkilöltä yhtä aikaa. Ryhmähaastattelu on hyvä menetelmä silloin, kun halutaan saada tietoa jonkun ryhmän tai yhteisön näkemyksistä, arvoista ja subjektiivisesta

kokemuksesta. Osallistujille tulee antaa mahdollisuus tuoda julki itseään koskevia asioita mahdollisimman vapaasti. Lisäksi teemojen puhumisjärjestys on vapaa, eikä kaikkien haastateltavien kanssa välttämättä puhuta kaikista asioista samassa laajuudessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 210 - 211.)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, jossa kysymykset ovat avoimia. Haastattelija päättää aihepiirit ja teemat etukäteen. Haastattelun suurin etu on joustavuus, sillä haastattelija voi ohjata haastattelutilannetta esimerkiksi toistamalla kysymyksen tai selventämällä sanamuotoja. Teemahaastattelu on keskustelunomainen ja vastaaja saa tilaisuuden kertoa oman mielipiteensä ja kokemuksensa esillä olevasta asiasta. (Eskola & Vastamäki 2007, 25 -28.)

Haastattelut suoritettiin kahdessa osassa: toukokuussa 2011 haastattelu tehtiin Hyvinkään sairaalan äitiyspoliklinikalla, kätilön vastaanottohuoneessa ja syyskuussa 2011 Tuusulan äitiysneuvolan terveydenhoitajan vastaanottohuoneessa. Haastattelut sujuivat häiriöttä ja olivat kestoltaan 35 minuuttia ja 45 minuuttia. Haastateltavat täydensivät toisiaan ja haastattelutilanteessa oli havaittavissa dialogisuutta. Toisessa haastattelussa kaikki osallistujat osallistuivat keskusteluun tasapuolisesti, kun taas toisessa haastattelussa yksi terveydenhoitajista osallistui keskusteluun selkeästi vähemmän. Haastattelut nauhoitettiin. Ulkopuolinen tekstinkäsittelijä kirjoitti ne sanataarkasti puhtaaksi pian haastatteluiden jälkeen

6.2 Tutkimusaineiston käsittely ja analyysi

Nauhoitetuista teemahaastatteluista kertyi 15 sivua puhtaaksi kirjoitettu haastatteluaineistoa, 1,0 rivivälillä. Aloitimme analyysin lukemalla haastatteluaineiston useasti läpi ja sisältöön perehtymällä. Aineisto luettiin kokonaisuutena, jotta sen kvalitatiivinen analyysi on mahdollista. (Hirsjärvi & Hurme 2009: 145). Sen jälkeen aineisto pelkistettiin ja sieltä karsittiin tutkimukselle epäolennainen pois. Aineisto käsiteltiin deduktiivisen sisällönanalyysin mukaan, jossa se ryhmiteltiin teemojen mukaisesti pelkistettyihin ilmaisuihin, ala- ja yläkategorioihin. Niiden avulla saatiin vastaukset tutkimusongelmiin.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Terveydenhoitajien kokemuksia ja osaamista selvitettiin raskausdiabeetikon hoidosta ryhmäteemahaastattelun avulla. Teemahaastattelua varten laadittiin teemahaastattelurunko ja tarkentavia kysymyksiä. Kysymykset muotoiltiin SWOT-analyysin pohjalta.

7.1 Äitiysneuvolan terveydenhoitaja raskausdiabeetikon tunnistajana, ensitiedon, neuvonnan ja hoidonohjauksen antajana

Terveydenhoitajat kokivat, että äitiysneuvolakäynneistä on selkeät ja tarkat ohjeet, jotka ohjaavat heidän toimintaansa. Lisäksi raskausdiabeetikon tunnistamiseksi on ohje, joka on lähes yhdenmukainen Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suosituksen kanssa. Ohjeessa kerrotaan kenelle raskaana olevista seulonta eli glukoosirasituskoe tulee tehdä ja millä raskausviikoilla se toteutetaan. Terveydenhoitajat tunnistivat hyvin suurentuneeseen sairastumisriskiin vaikuttavat tekijät. Vain ani harva raskaana olevista kieltäytyy sokerirasituksesta; pääsääntöisesti raskaana olevat naiset ovat motivoituneita itsensä ja raskautensa hoitoon. Avoterveydenhuollon resurssit sokerirasituskokeiden toteuttamiseksi vaihtelivat kuntien välillä. Lisäksi terveydenhoitajat toivat esiin, ettei raskaana olevan hoito ole täysin Käypä hoito -suosituksen mukaista sairaanhoitoalueellamme.

Et sinällään aika selkeät seulontaohjeet on. Niitä katotaan ja niiden mukaan toimitaan...mun mielestä meillä on kyl aika hyvät ne hoitopolut, on aika selkeät ja se sairaalan niinku se ohje kin on kyllä selkeä. (Th 1)

Tänä päivänä ylipaino alkaa olla et se on melkein niinku pop sahtaa, jos ei joka toisella tai sit se sukurasite. (Th 1)

Käypä hoito -suosituksen mukaisestihan me emme toimi tällä hetkellä, että se on se mitä tota sairaala ohjeet meille antaa ja mitkä on suositukset gestaatiidiabetekselle, eivät ihan ole täysin samat. (Th 2)

Mulla oli just yks semmonen kuka olis pitäny alkuraskaudessa mennä, n isit se olis saanu niinku 22 viikolle ajan. Mä sit soitin sinne labraan ja ne otti sen sinne niinku ylimääräseks. (Th 1)

Kyl toi meidän labra kyl kumminkin sen verran hyvin vetää. (Th 4)

lähes poikkeuksetta mullakin on kaikki kyllä menneet (Th 3)

Et miks tää tehdään et kyl ihmiset kumminkin sit suhtautuu et sen raskauden takia tekee kyl ihan mitä vaan. (Th 5)

Neuvolan ensikäynnin merkitys korostui, sillä esitietojen ja terveystietojen perusteella terveydenhoitaja ohjaa tarpeen mukaan raskaana olevan jo varhaisessa vaiheessa (raskausviikoilla 12 - 16) sokerirasitukseen. Terveydenhoitajat totesivat, että neuvolan ensikäynnin

asiasisältö on laaja ja vastaanottoaika on lyhyt. Elintapaohjauksen antamista ensikäynnillä ravitsemuksen ja liikunnan osalta pidettiin normaalina käytäntönä – ”kuuluu pakettiin”. Ongelmiksi koettiin, että esitietojen kartoittaminen ei ole aukotonta; haastattelukysymyksien tulkinta, ymmärrettävyys sekä asiakkaan halu, kyky tai tieto kertoa sairauksistaan tai lähiomaistensa sairauksista vaihteli. Sosiaali- tai päihdeongelmia omaavien odottajien kohdalla, raskausdiabeteksen tunnistaminen ja hoito ovat haasteellisempia. Lisämateriaalia raskausdiabeteksestä toivottiin sekä kyselylomaketta, jonka avulla voitaisiin helpommin kartoittaa kenelle sokerirasitus olisi tarve tehdä jo varhaisessa vaiheessa.

se elämäntapakohta mitä me niinku haastatellaan, ni se on aika avointa ja siin just voi tulla vähän niinku epätasalaatusta siitä haastattelusta koska sehän ei oo siel niinku vain ravitseminen ja liikunta mut ei oo niinku enemppää ja sit jokainen omalla tavallaan kysy ja kartottaa (Th 1)

syötkö monipuolisesti? ni asiakkaan monipuolisuus voi olla aika erilainen – nyt mä oon muuttanut vähän kysymys tapaa (Th 4)

Haasteita, jos sulla on semmoinen moniongelmainen äiti, niin rupeapa nyt ruokavaliosta ehkä siin sit mietitään niit sosiaalisia tai psykososiaalisia ongelmia, ne on ehkä niit haastavia tilanteita... , et ne on ehkä niitä missä sit joutuu tekee valinnan itsekin, että yksi asia kerrallaan (Th 5)

Et kyllähän se vie ja se jos sen halua tehdä hyvin. ”Et jos aattelee et tunnin ensikäynti, jossa on se kaikki, odotukset hammaslääkärin ja kaikista. Siinä kun otat sen kaiken ja vielä sit on semmosta ihan muutakin tiedollista puolta (Th 5)

Terveystenhoitajan hyviä vuorovaikutustaitoja pidettiin vahvuutena. Raskausdiabetekseen ja sen hoitoon liittyvät asiat oli yleensä helppo ottaa puheeksi, ”uskalletaan puhua suoraan asioista; asioiden oikeilla nimillä”. Terveystenhoitajat kokivat, että hyvien vuorovaikutustaitojensa avulla he pystyvät ohjaamaan ja tukemaan asiakasta niin, että asiakas pystyy itse tekemään päätöksiä suhteessa omaan hoitoonsa ja asetettuihin hoitotavoitteisiin. Hoidon ohjauksen onnistumisen edellytyksenä on tasavertainen vuorovaikutussuhde.

että kyllähän se tietysti vaatii semmoisen kerta kaikkiaan niinku itse sen asian ymmärtämisen että mitä sille pitää tehdä, elämän tapamuutos. (Th 1)

Terveystenhoitajat kokivat omaavansa riittävät tiedot raskausdiabeteksestä ja sen hoidosta. Jossain määrin terveystenhoitajat kokivat, että tieto/taitotaso eri terveystenhoitajien välillä vaihteli ja jatkuvaa täydennyskoulutusta pidettiin

tarpeellisena. Oman ammattitaidon ylläpitämiseksi ja kokemuksen kartuttamiseksi raskausdiabeetikon hoidossa terveydenhoitajat kokivat, että raskaana olevien määrä per terveydenhoitaja vuositasolla on vähäinen.

Semmoinen tunne, että tiedän mistä puhun (Th 2)

Ei oo niinku melkein raskausdiabetesta, vaan se joko on tai ei (Th 1)

Just se tieto siitä mikä sen raskausdiabeteksen merkitys on että semmoinen ihan konkreettinen tieto niinku monelta puuttuu ihan täysin... II-tyypin diabetes et sehän on vast sitten mummoilla se (Th 1)

joskus aina miettii tuleeks siell sit tarpeeks ihan kaikkee, ett jääks sielt sit joku tämmönen erityisempi irralliseks ja varsinkin riippuu tietenkin koulutustausta paljon, että mistä sä tuut ja sun työkokemuksesta, ett kyll siinä on aina omat riskinsä kun tehään monta eri sektoria, ett pysykö se tatsi – sitä välillä aina mietti. (Th 5)

7.2 Terveydenhoitotyön menetelmät raskausdiabeetikon hoidossa ja seurannassa

Raskausdiabeetikon hoidossa kulmakivinä ovat ruokavalio ja liikunta. Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suosituksen mukaan ravitsemusneuvonnan toteuttaja on ensisijaisesti neuvolan terveydenhoitaja. Ravitsemusohjaukseen käytettävät resurssit; aika, materiaali, tieto/taito vaihtelivat kunnittain ja myös terveydenhoitajien toteutuksissa oli eroavaisuuksia. Monipuolisemman ja houkuttelevamman kirjallisen materiaalin käyttömahdollisuutta toivottiin sekä ravitsemus- että liikuntaohjauksen tueksi. Liikuntaan liittyvä ohjaus oli terveydenhoitajilla selkeästi vähäisempää ja siihen liittyvää materiaalia oli myös vähemmän käytettävissä.

Raskausdiabeteksen toteamisen jälkeen saatettiin raskaana olevalle antaa erillinen aika neuvolaan tai sitten asiasta kerrottiin seuraavan neuvolakäynnin yhteydessä. Raskausdiabeetikon hoito jatkuu koko raskausajan neuvolan säännöllisillä seurantakäynneillä. Terveydenhoitajilla on selkeä käsitys siitä, milloin raskausdiabeetikon hoito kuulu erikoissairaanhoidon. Lisäksi äitiysneuvolan vastaanotolla seurataan kaikilta raskaana olevilta verenpaine- ja painonkehitystä, virtsanäytteen valkuais- ja sokeripitoisuuksia ja sikiön kasvua.

käypä hoito printataan vaan sieltä se missä on ne ruokavaliot, et tä semmost joka oli houkuttelevampi ja motivoivampi et kyllä hän niitä on varmaan tehty, mutta siihen ei oo vaan sitten meillä resurseja hankkia niitä (Th 4)

ihan varsinaista brosyria lehtistä ne on aina maksullisia ja niitä meillä ei ole mahdollisuus käyttää (Th 5)

aika tarkkaa saa ruokavalio-ohjeet käydä läpi et ne löytyis niin ku ne et mitkä niitten omat kompastuskivet on (Th 1)

nyt mul on gestatiidiabetes pitäis tehdä tälle liikunnalle jotain, niin siihen tarvis enemmän sitä ohjantaa, ei meillä ole hirveesti materiaaliakaan siihen (Th 2)

puhutaan ja kerrotaan ja mitä oot nyt liikkunut ja kyllähän ne niinku tällöisiä hyvin arkisia asioita (Th 1)

Verensokeriarvoja seurataan joko neuvolan terveydenhoitajan toimesta tai raskaana oleva itse mittaa verensokeriarvonsa kotona. Verensokerimittareita oli riittävästi saatavilla, mutta näytteenottoon tarvittavien liuskojen saatavuus vaihteli kunnittain.

Hoitoon sitoutuminen vaihteli; äärimmäisestä sitoutumisesta – heikkoon motivaatioon. Raskaana ollessaan naisella on yleensä korkea motivaatiotaso hyvään itsensä ja sikiönsä hoitoon. Toiset äidit suhtautuivat hoitoonsa ylikriittisesti, tarkkailemalla ravitsemustaan ja mittaamalla verensokeriarvojaan tiheästi. Toisaalta terveydenhoitajat kokivat, että motivaatiota heikensi esimerkiksi ylipainoisten nuorten naisten kohdalla elämänsänsä, jossa ylipainoa ei koettu ongelmana.

että ne mittaa niitä kotona ja sithän osallehan voi olla niinku tällöinen et pitäähän täältä tarkasti antaa se opastus siinä seu rannassakin, että miten se otetaan ja et sekin vaatii niinku sem mosen oman aikansa (Th 1)

siihen tulee se seuranta niin heti asiakas tietää, että tästä en pää se livistämään mihinkään tätä seurataan. hei, että minusta huo lehditaan ja tästä asiasta huolehditaan sekin on sitä motivoimis ta (Th 5)

Siis pahimmassa tilanteessa sä joudut jotain verensokeriohjaus takin antamaan sille ennen kuin se on menossa lääkärille – niin jossain aulassa, vartissa, niinkun että (Th 1)

pienetkin onnistumiset muistaa sit aina sanoa – kannustaminen ja tsemppaaninen (Th 3)

Hyvä sä oot pystynyt sen asiaan muuttamaan, ett ei niinku liian täydellisyyteen pyrite, vaan suunta olis ees sinne parempaan (Th 1)

Raskausdiabeetikon hoito synnytyksen jälkeen vaihteli kunnittain. Avoterveydenhuollon piirissä ei ole luotu mitään systemaattista järjestelmää siihen, että suosituksen mukainen sokerirasitus tulisi tehtyä synnytyksen jälkeen. Terveystenhoitajat kokivat, että raskausdiabeetikon jatkoseurannassa on paljon kehitettävää.

sitt itse pitää huolta tästä, että kyllähän me tarjotaan, jos äiti sen hoksaa, ett jos vaikka lapsen neuvolakäynnillä sitä sokerirasitusta tai muistuttaa tai ilman muutahan me laitetaan siihen uusinta rasitukseen lähete ja katotaan ne vastaukset ja kyl näitä osalla tapahtuu, mutt varmaan jää paljon niitä, joilta se sitten jää (Th 5)

sitten tämmönen lappu, jos on siellä lapsen papereissa niin muistaa sitten, että – ai niin tällä äidillä oli jatkoseuranta. ja sitten meillä on ohje mitä me tehdään minäkin vuonna (Th 3)

Jatko-ohjaus on silleen, että me ollaan sovittu et jälkitarkastuksessa mejän lääkäri laittaa diagnoosin että on raskausdiabetes se sit näkyy omalääkärille (Th 4)

ei oo semmosta systemiä et kyl se asiakkaan omille harteille aika pitkälti jää (Th 3)

ne on niinku helpompi motivoida raskausaikana siihen kun sen niinkun jälkeen, että se on niinku et raskaus on ohi ni se on niinku siinä sitten että ei tästä nyt tarvii enää (Th 1)

7.3 Yhteistyö raskausdiabeetikon hoidossa

Terveystenhoitajat kokivat lähettämisedikaatiot raskausdiabeetikon osalta erikoissairaanhoidon selkeiksi. HUS:in synnytyssairaaloissa sekä valtakunnallisesti raskausdiabeetikon hoitokäytännöissä on eroavaisuuksia ja se vaatii terveystenhoitajilta erityistä tarkkavaisuutta. Terveystenhoitajat olivat tyytyväisiä Hyvinkään sairaalan äitiyspoliklinikan diabetesvastaanottoon ja puhelinneuvontaan.

HUS-alueelle olis semmonen, ei tarttis aina muistella, ett mitenkäs tää firma pyörii, ett aina hakee lappua tuolta (Th 4)

joka sairaalassa samalainen niin se jotenkin helpottaa sitä, kulkee se asiakas missä vaan – ihan jopa valtakunnan tasollakin, koska kyllä niit putkahtaa kesken raskautta tänne. Ei oikein tiedä ett mitä kellekin on tehty, kun on hirveen erilaiset käytännöt (Th 5)

8 POHDINTA JA TULOSTEN TARKASTELU

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin terveydenhoitajien kokemuksia miten Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suosituksen toteutuu neuvolassa raskausaikana ja synnytyksen jälkeen Hyvinkään sairaanhoitoalueella. Tutkimuksen tavoitteena oli terveydenhoitajien kokemuksista tuotetun tiedon avulla arvioida toteutuuko raskausdiabeetikon hoito Käypä hoito -suosituksen mukaisesti.

Opinnäytetyömme osoitti, kuinka keskeisessä asemassa neuvolan terveydenhoitaja on Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suosituksen toteuttajana. Terveydenhoitajat kokivat omaavansa riittävät tiedot ja taidot, että neuvolan piiriin kuuluvat toimet raskausdiabeteksen seulonnasta, toteutamisesta, hoidosta ja jälkiseurannasta voidaan toteuttaa raskausdiabeetikon Käypä hoito -suosituksen mukaisesti. Neuvolajärjestelmässä raskausdiabetes tunnistetaan hyvin, mutta ohjauksen taso vaihtelee eri neuvoloiden/terveydenhoitajien välillä.

Aika- ja materiaaliressurssien niukkuutta sekä sitä, että raskaana olevien lukumäärä yhtä terveydenhoitajaa kohti vuodessa oli vähäinen, pidettiin heikkoutena ja uhkana hoidon toteuttamisessa. Jatkuvaa, päivittävää koulutusta toivottiin, jotta tieto-aidot pysyisivät ajan tasalla. Erikoissairaanhoidolta toivottiin vahvaa koulutusroolia, käytettävän materiaalin yhdenmukaistamista ja diabetesvastaanoton vastuuhenkilöiden jalkautumista neuvoloihin.

Opinnäytetyömme perusteella terveydenhoitajat kokivat, että ohjeistus raskausdiabeetikon hoidon toteuttamiseksi neuvolassa on selkeä ja riittävä, mutta ei Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suosituksen mukainen. Sillä seulontaa eli glukoosirasituskoetta raskaana oleville ei toteuteta suosituksen mukaisesti, vaan HUS-piirin oman ohjeistuksen mukaisesti; tämän terveydenhoitajat toivat julki haastattelussa huolena. Yhtenäisten hoitokäytäntöjen ja ohjeiden puute lisää terveydenhoitajien työmäärää sekä mahdollistaa asiakkaan virheellisen ymmärryksen.

Terveydenhoitajien mielestä neuvolan ja sairaalan työnjako on selkeä raskausdiabeetikon hoidossa. Kuitenkin mahdollisia päällekkäisiä ohjaustoimintoja sekä lääkärinvastaanottoja neuvolan ja erikoissairaanhoidon piirissä tulee kartoittaa. Yhteistyön kehittämistä esimerkiksi terveystieteiden diabeteshoitajien, ravitsemus- ja fysioterapeuttien kanssa elintapaohjaukseen, myös ryhmämuotoisena sekä raskaana olevan että synnyttäneiden äitien hoidossa toivottiin.

Opinnäytetyössämme nousi merkittävänä asiana raskausdiabeetikon jatkoseurannan puutteellisuus. Terveystenhoitajat kokivat, että raskausdiabeetikon jatkoseurannassa on paljon kehitettävää. Avoterveydenhuollon piirissä ei ole luotu mitään systemaattista järjestelmää siihen, että suosituksen mukainen seuranta toteutuu synnytyksen jälkeen. Sokerirasituskoe, paino, vyötärön ympärysmitta, verenpaine ja veren lipidit tulee ottaa yhden – kolmen vuoden välein. Metabolista oireyhtymää sairastavat on tärkeä löytää ajoissa ja ohjata hoitoon.

Kun raskausajan seurannasta siirrytään lastenneuvolan asiakkaaksi, terveystenhoitajien kokemusten mukaan, hoidossa huomio siirtyy äidistä lapseen. Jatkoseuranta ja elintapojen tarkkailu jää helposti kunkin äidin oman aktiivisuuden varaan. Työterveyshuollon rooli korostuu merkittävästi raskausdiabeteksen sairastaneiden jatkohoidossa ja sairauksien ennaltaehkäisyssä.

8.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Meillä, opinnäytetyöntekijöillä on pitkä käytännön kokemus raskaana olevan naisen hoidosta sekä raskausdiabeetikon hoidosta Hyvinkään sairaalan äitiyspoliklinikalta. Tunsimme tutkittavan ilmiön hyvin ja uskomme, että se ei häirinnyt kokemustiedon keruuta. Korostimme haastatteluissa terveystenhoitajien oman olemassa olevan näkemyksen tärkeyttä, mikä se olikin, ettei meidän omilla tietämyksillämme olisi mitään osuutta aineiston sisältöön. Esiymmärrykseen tukeutuminen mahdollisti keskustelun teemojen liikkuttelun aineistoa rikastamalla.

Laadullisessa tutkimuksessa opinnäytetyön luotettavuutta ja pätevyyttä on aina arvioitava jollakin tavalla (Hirsijärvi ym. 2009, 23 - 24). Laadullisessa tutkimuksessa sisällön analyysin luotettavuuteen vaikuttaa se miten tutkijat pystyvät pelkistämään aineistonsa ja kuinka totuudenmukaisesti ne kuvaavat tutkittavaa ilmiötä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36). Koko tutkimusprosessin ajan tutkijan on arvioitava omien valintojensa luotettavuutta, sillä laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden kriteerinä on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä (Vilka 2005, 159). Olemme pyrkineet osoittamaan kategorioiden vastaavuuden käyttämällä lainauksia alkuperäisestä aineistosta.

Tutkimustulokset olemme pyrkineet raportoimaan rehellisesti. Tarkastelimme aineistoamme useita kertoja opinnäytetyön tulosten kirjoittamisen aikana sekä pyrimme pitämään omat mielipiteemme ja näkemyksemme erillään analysointia tehdessämme. Käsitteitä muodostaessamme pyrimme totuudenmukaisten käsitteiden löytämiseen sekä analyysivaiheessa siihen, etteivät omat ajatuksemme ja mielipiteemme vaikuttaneet lopputulokseen.

8.2 Opinnäytetyön eettiset näkökohdat

Eettisten näkökohtien riittävä huomioiminen on vaativa tehtävä ja kaikissa vaiheissa on vältettävä epärehellisyyttä. Keskeisiä eettisiä vaatimuksia tutkimustyössä ovat muun muassa plagioinnin välttäminen, tuloksien rehellinen esittäminen sekä huolellinen raportointi (Hirsijärvi ym 2009, 23 - 27).

Lähestyimme sähköpostitse tutkimuslupa-asioiden tiimoilta sairaanhoitoalueemme kahden kunnan tutkimusluvista päättäviä henkilöitä. Tutkimusluvan saatuamme olimme yhteydessä kuntien ylihoitajiin, jotka kertoivat alueensa terveydenhoitajille opinnäytetyöhöemme kuuluvasta teemahaastattelusta. Itse emme vaikuttaneet haastatteluihin osallistuneiden henkilöiden valintaan. Haastateltavat osallistuivat haastatteluihin vapaaehtoisesti ja haastattelusta oli mahdollisuus kieltäytyä missä vaiheessa tahansa. Molemmissa ryhmissä haastateltavat vaihtuivat viime hetkillä ennen haastattelua.

Teemahaastattelut nauhoitettiin ja siitä ilmoitettiin haastettaville etukäteen. Nauhoitukset litteroi ulkopuolinen henkilö ja litteroinnin jälkeen nauhoitetut haastattelut ja paperitulosteet tuhottiin asianmukaisella tavalla.

Tutkimustulokset julkaistaan keskusteluiltapäivässä ja kopion opinnäytetyöstämme luovutamme terveydenhoitajien esimiehille.

Mielestämme tärkeä eettinen periaate oli haastateltavien vapaaehtoinen osallistuminen, henkilöllisyyksien salassapito sekä luottamuksellisuus. Koimme, että henkilöllisyyksien salassapito oli haasteellista, koska tutkimusjoukko oli pieni.

8.3 Opinnäytetyön hyödyntäminen ja jatkotutkimukset

Tutkimustulosten mukaan terveydenhoitajat ovat halukkaita kehittämään ja ylläpitämään ammattitaitoaan raskausdiabeetikon hoidossa. Terveydenhoitajat kokivat lisäkoulutuksen järjestämisen tarpeellisena, toivottiin yhteisiä kehittämispäiviä sekä Hyvinkään sairaalan äitiyspoliklinikalla työskentelevien diabeteskätilöiden jalkautumista avoterveydenhuoltoon. Yhteistyön merkityksellisyys avoterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä korostui raskausdiabeetikon laadukasta hoitoa toteutettaessa ja hoitotyötä kehittämisessä.

Raskausdiabeetikon hyvän hoidon tärkeys on maassamme ymmärretty vasta muutamien vuosien ajan. Siihen on vaikuttanut merkittävästi ilmiön lisääntyminen sekä Käypä hoito -suosituksen julkaisu. Kuitenkaan raskausdiabeetikon hoito ja ohjaus eivät ole valtakunnallisesti tasalaatuisia, vaan siihen vaikuttavat asuinkunta ja minkä sairaanhoitopiirin vaikutuksen

alaisena raskausdiabeetikko on. Mielestämme hyödyllisiä jatkotutkimusaiheita olisivat tutustua eri sairaanhoitopiirien hoitokäytäntöihin raskausdiabeetikon hoidossa, jotta olisi mahdollista luoda valtakunnalliset hyvän hoidon laatukriteerit ja -mittarit.

Mielestämme opinnäytetyömme tuloksista ei voi tehdä yleispäteviä johtopäätöksiä otannan pienuuden vuoksi. Opinnäytetyömme antaa kuitenkin hyvän kuvan siitä miten raskausdiabeetikon käypähoito toteutuu äitiysneuvolassa. Mielestämme raskausdiabeetikon käypähoidon toteuttaminen laadullisesti ja yhdenmukaisesti valtakunnallisesti vaatii tiukempia säädöksiä. Käypä hoito -suositus ei velvoita kuntia toimimaan sen mukaisesti. Siitä johtuen hoitokäytännöt ovat hyvin kirjavia ja hoito asiakkaan näkökulmasta epätasa-arvoista.

Terveydenhoitotyön kehittämisen näkökulmasta jatkuva kouluttautuminen on tarpeellista, koska diabetestutkimus, -hoito ja -ohjausmenetelmät kehittyvät koko ajan. Myös terveydenhoitotyölle asetettavat vaatimukset kasvavat ja muuttuvat samaan tahtiin. Terveydenhoitotyön koulutusohjelmassa saadaan perustiedot ja taidot. Mahdollisuuksia lisäkoulutukseen on mm. ammatillisten erikoistumisopintojen (Diabeteksen ehkäisy ja hoito) ja lyhyempi kestoisten koulutusten muodossa (Diabetesliitto; Raskausdiabetes).

Moniammatillisen yhteistyön avulla mahdollistetaan raskausdiabeetikon kokonaisvaltainen laadukas hoito ja turvataan hoidon laaja osaaminen. Yhteistyön avulla karsitaan päällekkäisiä toimintoja.

Terveydenhuollossa laatu nähdään asiakaslähtöisesti eli miten tyydyttää asiakkaan tarpeet sekä tuotantolähtöisesti eli palvelujen virheettömyys. Terveydenhuollossa ammattilaiset näkevät laadun oikeina toimina, oikea-aikaisesti ja onnistuneesti suoritettuina. Käypä hoito -suositukset tähtäävät oikeiden asioiden tekemiseen laadukkaasti. Raskausdiabeetikon hoidon laatua tulee mitata. Mittaaminen on laadun kehittämisen tärkeä väline. Sen avulla aikaan saadaan muutoksia toiminnassa. Hoidon laatukriteeri on ominaisuus, joka kuvaa hoidon onnistumista. Tällä hetkellä raskausdiabeteksen hoidon laadun seuraamiseksi ei ole olemassa hyvän hoidon laatukriteereitä tai laatumittaria.

Opinnäytetyön äärellä tietomme raskausdiabeetikon hoidosta syvenivät entisestään ja terveydenhoitajatyön näkökulma vahvistui opintojemme ja opinnäytetyöhön liittyvien haastattelujen perusteella. Käsityksemme terveydenhoitajatyön laaja-alaisuudesta yllätti – toisaalta terveydenhoitajatyön laaja-alaisuus mahdollistaa terveyttä edistävää ja ylläpitävää sekä sairauksia ehkäisevää kokonaisvaltaista perheiden hoitoa. Terveydenhoitaja on tärkeässä asemassa perheiden hyvinvoinnin seurannassa ja hoidossa; nyt ja tulevaisuudessa. Perheiden luottamus terveydenhoitajaa kohtaan on suurta, sillä hän vastaa perheiden kokonaisyhteistyöstä.

9 LOPUKSI

”Raskausdiabetes yleistyy – onnistuuko elintapaohjaus?” oli vuonna 2012 julkaistun Duodecim-lehden pääkirjoituksen otsikkona. Kaajan ja Vääräsmäen kirjoittamassa artikkelissa todettiin, että raskausdiabeteksen esiintyvyys oli lisääntynyt Suomessa vuosina 2006 - 2010 yli 30 prosenttia. Yleistymisen taustalla on raskausdiabeteksen seulonnan tehostuminen, väestön lihominen ja synnyttäjien korkeampi ikä. Tuoreiden suomalaisten tutkimusten NELLI-tutkimuksen sekä Korpi-Hyövälti 2011 väitöskirjan perusteella voidaan todeta, että ruokavalioneuvonnan ja liikunnan lisääminen ovat johtaneet vaatimattomiin tuloksiin raskausdiabeteksen vähentämiseksi. Raskaus on otollista aikaa terveysneuvonnalle, mutta tuona lyhyenä ajanjaksona ei voida oleellisesti vaikuttaa äidin terveyteen. Erityisen tärkeää olisi vaikuttaa ensisynnyttäjän elämäntapoihin, sillä raskausdiabetes uusiutuu yli 40 prosentilla siihen kerran sairastuneista. Myös synnytyksen jälkeistä elämäntapaohjausta tarvitaan, sillä tanskalaisen tutkimuksen mukaan raskausdiabeteksen sairastuneista vain 18 prosenttia oli laihduttanut raskauden jälkeen ja 33 prosentilla oli paino noussut.

Tietoja ja taitoja riskiryhmien ohjaukseen terveydenhuollon henkilökunnalla on riittävästi suomalaisten laadukkaiden tutkimusten perusteella. Opinnäytetyössämmekin terveydenhoitajat kokivat omaavansa riittävät tiedot ja taidot raskausdiabeteksen seulonnasta, toteamisesta, hoidosta ja jälkiseurannasta. Väestötasolle tietotaidon vieminen on vielä kuitenkin kesken.

Terveydenhoitajan työssä painopisteenä tulevaisuudessa näkisimme hyvinvointineuvolassa kokonaisvaltaisen perheiden terveyden edistämisen. Tällä tarkoitamme sitä että terveyttä rakentava ja tukeva toiminta jatkuu koko sen ajan, kun perhe on hyvinvointineuvolan asiakkaana, eikä esimerkiksi elintapaohjaus rajoitu raskaana olevaan äitiin. Tärkeätä on sitouttaa äiti hoitamaan itseään ja perhettään sekä ottamaan vastuu itsensä ja perheensä hyvinvoinnista.

Konkreettisenä keinona terveydenhoitotyön kehittämiseksi hyvinvointineuvolassa näkisimme seurantajärjestelmän luomisen, jolla raskausdiabeetikon jatkoseuranta pystytään turvaamaan eli jatkohoitopolun luominen. Mielestämme hoitopolku on helppo toteuttaa ilman suuria resurssointia, sillä äiti/perhe on hyvinvointineuvolan asiakkaana lapsen kuuden ensimmäisen elinvuoden ajan.

Toivoisimme myös, että äidin tai isän ylipaino voitaisiin ottaa puheeksi muulloinkin kuin odottavan perheen vastaanotoilla. Raskausaika on liian lyhyt pysyvien elintapamuutosten oppimiseen ja omaksumiseen. Lisäksi

tiedämme, että usein ylipainoisilla vanhemmilla on ylipainoinen lapsi. Eikö tämä olisi yksi keino terveydenhoitotyöllä vaikuttaa yksilölliseen, yhteisölliseen ja yhteiskunnalliseen hyvinvointiin.

LÄHTEET

Aittasalo, M. 2010. Liikuntaneuvonta. Lääkärin käsikirjaa. Artikkelin tunnus ykt01442 (019.003). Duodecim. Viitattu 28.5.2011
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01442

Aittasalo, M. 2008. Promoting Physical Activity of Working Aged Adults with Selected Personal Approaches in Primary Health Care. Feasibility, effectiveness and an example of nationwide dissemination. University of Jyväskylä. Jyväskylä: Printing house.

Arffman, S. 2009. Lihavuus. Teoksessa Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Armanto, A. & Koistinen, P. 2009. Neuvolatyön käsikirja. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Diabetesliitto 2007. Tyypin 2 diabetes. Opas aikuistyyppin diabeetikolle. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Diabetesliitto 2009. Loppuraportti. Dehkon 2D-hanke (D2D) 2003 - 2007. Kirjapaino Hermes Oy.

Duodecim 2002. Aikuisten lihavuus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2006 [päivitetty 10.3.2006], 1–6, Viitattu 18.4.2010 <http://www.kaypahoito.fi> > Suositukset > Aakkosissa > Aikuisten lihavuus

Duodecim 2008a. Raskausdiabetes. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Diabetesliiton lääkarineuvoston ja Suomen Gynekologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2008 [päivitetty 22.5.2008], 1556-69. Viitattu 16.4.2010 <http://www.kaypahoito.fi> > Suositukset > Erikoisaloittain > Raskaus > Raskausdiabetes

Duodecim 2008b. Liikunta. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2008, 2252-73. Viitattu 17.6.2010 <http://www.kaypahoito.fi> > Suositukset > Aakkosissa > Liikunta

Duodecim 2009. Diabetes. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Suomen Diabetesliiton lääkarineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen

Lääkäriseura Duodecim 2009. Viitattu 5.8.2010 <http://www.käypähoito.fi> > Suositukset > Aakkosissa > Diabetes

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2007. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R.: Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Jyväskylä: PS-kustannus.

Halkoaho, A. & Kavilo, M. 2007. Synnyttäneiden naisten terveys : tutkimus terveyteen vaikuttavista tekijöistä raskausdiabeteksen sairastaneiden ja normaalin sokerirasitustuloksen raskausaikana saaneiden välillä. Kuopion yliopisto. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma.

Heikkinen K., Johansson K., Leino-Kilpi H., Rankinen S., Virtanen H. & Salanterä S. 2006. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990–2003. Hoitotiede 18 (3), 120–130.

Heinonen, K. 2009. Liikunnan mittarit. Teoksessa Ilanne-Parikka, P.; Rönnemaa, T.; Saha, M-T.& Sane, T.(toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 167–168.

Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2009. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö: Helsinki: University Press.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja Kirjoita. Helsinki: Tammi.

Häggman-Laitila, A. 2009. Näyttöön perustuvan hoitotyön edistäminen-systemoitu katsaus toimintamalleihin. Tutkiva hoitotyö 3/2009, 20-27.
Ijäs, H. 2010. Metformiini raskausdiabeetikoiden hoidossa. Diabetes ja lääkäri 3/2010. 39. vuosikerta, 17–19.

Ilanne-Parikka, P. 2009. Omaseurantatulosten kirjaaminen ja Omaseurantatietojen täysipainoinen hyödyntäminen. Teoksessa Ilanne-Parikka, P.; Rönnemaa, T.; Saha, M-T.& Sane, T.(toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 54–55.

Jansson, M. 2010. Raskausdiabetekselle esitetään tiukempia raja-arvoja. Suomen Lääkärilehti 12/2010, 1095.

Kaaja, R. 2008. Raskausdiabetesta seulottava valtaosalta raskaana olevista. Diabetes ja lääkäri 4/2008, 23–26.

Kaaja, R. 2009. Raskausdiabeteksen muuttuva lääkehoito. Duodecim 125/2009, 331 –332.

Kavilo, M., Halkoaho, A. & Pietilä, A-M. 2010. Raskausdiabeteksen sairastaneiden naisten terveyteen liittyvä elämänlaatu ja terveys. *Diabetes ja lääkäri* 3/2010, 26–29.

Kettunen, S. 2003. *Onnistu projektissa*. Helsinki: WSOY.

Korpi-Hyövälti E, Schwab U, Laaksonen DE, Linjama H, Heinonen S, Niskanen L. Effect of intensive counselling on the quality of dietary fats in pregnant women at high risk of gestational diabetes mellitus. *Br J Nutr* 2011;18, 1–8.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. *Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö*. Helsinki: WSOY.

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

Käkönen, K. 2010, luento 26.3.2010, Turun ammattikorkeakoulu, Salon toimipiste.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L., Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva Hoitotyö* 3 (1), 10 - 15.

Latvala, E. & Vanhala-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY, 23–36.

Luoto, R., Aittasalo, M. & Kinnunen T. 2007. Ravinto ja liikunta raskausdiabeteksen ehkäisyssä. *Suomen Lääkärilehti* 6/2007, 513–518.

Mustajoki, P. 2006. Lihavan potilaan tutkiminen ja hoitomuodon valinta. Teoksessa Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim.) *Lihavuus- ongelma ja hoito*. Hämeenlinna: Karisto Oy, 168–182.

Mustajoki, P. 2007. *Ylipaino tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta*. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Mustajoki, P. & Kunnamo, I. 2009. *Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta*. Duodecim. Viitattu 8.5.2010
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147

Miettinen, M. & Korhonen, M. 2005. Käypä hoito -suositukset ja päätöksenteon tuki terveydenhuollon prosesseissa. Kuopio: Kopijyvä.

- Autio, E. 2009. Insuliinien annosteluvälineet ja niiden käyttö. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T., Sane, T. (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 94–95.
- Niskanen, L. 2009. Liikkumisresepti. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T., Sane, T. (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 170–171.
- Pirkola, J. 2010. Gestational diabetes. Long-term, metabolic consequences for mother and child. University of Oulu 2010. Tampere: Juvenes Print.
- Radiel-tutkimus. Viitattu 02.03.2012 <http://www.radiel.fi/?sivu=tutkimus>
- Rintala, T-M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. (toim). 2008. Diabeetikon hoidon ohjaus. Helsinki: Otava
- Saranheimo, M. 2009. Tyypin 2 diabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, P.; Rönnemaa, T.; Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 13–19.
- Savolainen, S. 2008. Seuranta ei saisi loppua synnytykseen. Diabetes ja lääkäri 4/2008, 28–29.
- Suhonen, L. 2007. Glycemic Control in Diabetic Pregnancies: Effects on Fetal and Maternal Outcome. Helsinki: Yliopistopaino.
- Teramo, K., Suhonen, L. & Hiilesmaa, V. 2007. Sikiön makrosomia raskausdiabeetikoilla ja terveillä. Suomen Lääkärilehti 6/2007, 507–511.
- Teramo, K. & Kaaja, R. 2009. Raskausdiabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T., Sane, T. (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 383–385.
- Terveystenhoitajaliitto. Viitattu 04.05.2010. <http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/>
- UKK-instituutti, 2010. Viitattu 22.9.2010. http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/terveysliikuntasuositukset/liikunta_piiirakka
- UKK-instituutti, 2010. Viitattu 20.11.2012. http://www.ukkinstituutti.fi/tutkimus/tutkimushakemisto/33/neuvonta_elintavat_ja_liikunta_neuvolassa_raskausdiabeteksen_ehkaisytutkimus
- Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä.

Vääräsmäki, M. & Kaaja, R. 2007. Raskausdiabetesta kannattaa ehkäistä. Suomen Lääkärilehti 6/2007, 505.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi

HAMK

Anne Mäenpää ja Outi Puukka

Raskausdiabeteksen Käypä hoito –suosituksen toteutuminen äitiysneuvolassa Hyvinkään sairaanhoitoalueella – Terveystenhoitajan kokemuksia

JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyömme osoitti, kuinka keskeisessä asemassa neuvolan terveystenhoitaja on Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suosituksen toteuttajana. Terveystenhoitajat kokivat omaavansa riittävät tiedot ja taidot, että neuvolan piirin kuuluvat toimet raskausdiabeteksen seuloonnasta, toteamisesta, hoidosta ja jälkiseurannasta voidaan toteuttaa raskausdiabeetikon Käypä hoito -suosituksen mukaisesti. Neuvolajärjestelmässä raskausdiabetes tunnistetaan hyvin, mutta ohjauksen taso vaihtelee eri neuvoloitten/terveystenhoitajien välillä.

Aika- ja materiaaliressurssien niukkuutta sekä sitä, että raskaana olevien lukumäärä yhtä terveystenhoitajaa kohti vuodessa oli vähäinen, pidettiin heikkoutena ja uhkana hoidon toteuttamisessa. Jatkuvaa, päivittävä koulutusta toivottiin, jotta tieto-aidot pysyisivät ajan tasalla. Erikoissairaanhoidolta toivottiin vahvaa koulutusroolia, käytettävän materiaalin yhdenmukaistamista ja diabetesvastaanoton vastuuhenkilöiden jalkautumista neuvoloihin.

Opinnäytetyömme perusteella terveystenhoitajat kokivat, että ohjeistus raskausdiabeetikon hoidon toteuttamiseksi neuvolassa on selkeä ja riittävä, mutta ei Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suosituksen mukainen. Sillä seuloontaa eli glukoosirasituskoetta raskaana oleville ei toteuteta suosituksen mukaisesti, vaan HUS-piirin oman ohjeistuksen mukaisesti; tämän terveystenhoitajat toivat julki haastattelussa huolena. Yhtenäisten hoitokäytäntöjen ja ohjeiden puute lisää terveystenhoitajien työmäärää sekä mahdollistaa asiakkaan virheellisen ymmärryksen.

Terveystenhoitajien mielestä neuvolan ja sairaalan työnjako on selkeä raskausdiabeetikon hoidossa. Kuitenkin mahdollisia päällekkäisiä ohjaustoimintoja sekä lääkärint vastaanottoja neuvolan ja erikoissairaanhoidon piirissä tulee kartoittaa. Yhteistyön kehittämistä esimerkiksi terveysteskuksien diabeteshoitajien, ravitsemus- ja fysioterapeuttien kanssa elintapaohjaukseen, myös ryhmämuotoisena sekä raskaana olevan että synnyttäneiden äitien hoidossa toivottiin.

Opinnäytetyössämme nousi merkittävänä asiana raskausdiabeetikon jatkoseurannan puutteellisuus. Terveystenhoitajat kokivat, että raskausdiabeetikon jatkoseurannassa on paljon kehitettävää. Avoterveystenhoitajan piirissä ei ole luotu mitään systemaattista järjestelmää

siihen, että suosituksen mukainen seuranta toteutuu synnytyksen jälkeen. Sokerirasituskoe, paino, vyötärön ympärysmitta, verenpaine ja veren lipidit tulee ottaa yhden – kolmen vuoden välein. Metabolista oireyhtymää sairastavat on tärkeä löytää ajoissa ja ohjata hoitoon.

Kun raskausajan seurannasta siirrytään lastenneuvolan asiakkaaksi, terveydenhoitajien kokemusten mukaan, hoidossa huomio siirtyy äidistä lapseen. Jatko seuranta ja elintapojen tarkkailu jää helposti kunkin äidin oman aktiivisuuden varaan. Työterveyshuollon rooli korostuu merkittävästi raskausdiabeteksen sairastaneiden jatkohoidossa ja sairauksien ennaltaehkäisyssä.

Tutkimustulosten mukaan terveydenhoitajat ovat halukkaita kehittämään ja ylläpitämään ammattitaitoaan raskausdiabeetikon hoidossa. Terveystenhoitajat kokivat lisäkoulutuksen järjestämisen tarpeellisenä, toivottiin yhteisiä kehittämispäiviä sekä Hyvinkään sairaalan äitiyspoliklinikalla työskentelevien diabeteskätilöiden jalkautumista avoterveydenhuoltoon. Yhteistyön merkityksellisyys avoterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä korostui raskausdiabeetikon laadukasta hoitoa toteutettaessa ja hoitotyötä kehittämisessä.

Raskausdiabeetikon hyvän hoidon tärkeys on maassamme ymmärretty vasta muutamien vuosien ajan. Siihen on vaikuttanut merkittävästi ilmiön lisääntyminen sekä Käypä hoito -suosituksen julkaisu. Kuitenkaan raskausdiabeetikon hoito ja ohjaus eivät ole valtakunnallisesti tasalaatuista, vaan siihen vaikuttavat asuinkunta ja minkä sairaanhoitopiirin vaikutuksen alaisena raskausdiabeetikko on. Mielestämme hyödyllisiä jatkotutkimusaiheita olisivat tutustua eri sairaanhoitopiirien hoitokäytäntöihin raskausdiabeetikon hoidossa, jotta olisi mahdollista luoda valtakunnalliset hyvän hoidon laatuksiteerit ja -mittarit.

Mielestämme opinnäytetyömme tuloksista ei voi tehdä yleispäteviä johtopäätöksiä otannan pienuuden vuoksi. Opinnäytetyömme antaa kuitenkin hyvän kuvan siitä miten raskausdiabeetikon käypähoito toteutuu äitiysneuvolassa. Mielestämme raskausdiabeetikon käypähoidon toteuttaminen laadullisesti ja yhdenmukaisesti valtakunnallisesti vaatii tiukempia säädöksiä. Käypä hoito -suositus ei velvoita kuntia toimimaan sen mukaisesti. Siitä johtuen hoitokäytännöt ovat hyvin kirjavia ja hoito asiakkaan näkökulmasta epätasa-arvoista.

Terveystenhoitotyön kehittämisen näkökulmasta jatkuva kouluttautuminen on tarpeellista, koska diabetestutkimus, -hoito ja -ohjausmenetelmät kehittyvät koko ajan. Myös terveydenhoitotyölle asetettavat vaatimukset kasvavat ja muuttuvat samaan tahtiin. Terveystenhoitotyön koulutusohjelmassa saadaan perustiedot ja taidot. Mahdollisuuksia lisäkoulutukseen on mm. ammatillisten

erikoistumisopintojen (Diabeteksen ehkäisy ja hoito) ja lyhyempi kestoisten koulutusten muodossa (Diabetesliitto; Raskausdiabetes).

Moniammatillisen yhteistyön avulla mahdollistetaan raskausdiabeetikon kokonaisvaltainen laadukas hoito ja turvataan hoidon laaja osaaminen. Yhteistyön avulla karsitaan päällekkäisiä toimintoja.

Terveydenhuollossa laatu nähdään asiakaslähtöisesti eli miten tyydyttää asiakkaan tarpeet sekä tuotantolähtöisesti eli palvelujen virheettömyys. Terveydenhuollossa ammattilaiset näkevät laadun oikeina toimina, oikea-aikaisesti ja onnistuneesti suoritettuina. Käypä hoito -suositukset tähtäävät oikeiden asioiden tekemiseen laadukkaasti. Raskausdiabeetikon hoidon laatua tulee mitata. Mittaaminen on laadun kehittämisen tärkeä väline. Sen avulla aikaan saadaan muutoksia toiminnassa. Hoidon laatuksiteeri on ominaisuus, joka kuvaa hoidon onnistumista. Tällä hetkellä raskausdiabeteksen hoidon laadun seuraamiseksi ei ole olemassa hyvän hoidon laatuksiteereitä tai laatumittaria.

LOPUKSI

”Raskausdiabetes yleistyy – onnistuuko elintapaohjaus?” oli vuonna 2012 julkaistun Duodecim-lehden pääkirjoituksen otsikkona. Kaajan ja Vääräsmäen kirjoittamassa artikkelissa todettiin, että raskausdiabeteksen esiintyvyyttä oli lisääntynyt Suomessa vuosina 2006 - 2010 yli 30 prosenttia. Yleistymisen taustalla on raskausdiabeteksen seulonnan tehostuminen, väestön lihominen ja synnyttäjien korkeampi ikä. Tuoreiden suomalaisten tutkimusten NELLI –tutkimuksen sekä Korpi-Hyövälti 2011 väitöskirjan perusteella voidaan todeta, että ruokavalioneuvonnan ja liikunnan lisääminen ovat johtaneet vaatimattomiin tuloksiin raskausdiabeteksen vähentämiseksi. Raskaus on otollista aikaa terveysneuvonnalle, mutta tuona lyhyenä ajanjaksona ei voida oleellisesti vaikuttaa äidin terveyteen. Erityisen tärkeää olisi vaikuttaa ensisynnyttäjän elämäntapoihin, sillä raskausdiabetes uusiutuu yli 40 prosentilla siihen kerran sairastuneista. Myös synnytyksen jälkeistä elämäntapaohjausta tarvitaan, sillä tanskalaisen tutkimuksen mukaan raskausdiabeteksen sairastuneista vain 18 prosenttia oli laihtunut raskauden jälkeen ja 33 prosentilla oli paino noussut.

Tietoja ja taitoja riskiryhmien ohjaukseen terveydenhuollon henkilökunnalla on riittävästi suomalaisten laadukkaiden tutkimusten perusteella. Opinnäytetyössämmekin terveydenhoitajat kokivat omaavansa riittävät tiedot ja taidot raskausdiabeteksen seulonnasta, toteamisesta, hoidosta ja jälkiseurannasta. Väestötasolle tietotaidon vieminen on vielä kuitenkin kesken.

Terveydenhoitajan työssä painopisteenä tulevaisuudessa näkisimme hyvinvointineuvolassa kokonaisvaltaisen perheiden terveyden edistämisen.

Tällä tarkoitamme sitä että terveyttä rakentava ja tukeva toiminta jatkuu koko sen ajan, kun perhe on hyvinvointineuvolan asiakkaana, eikä esimerkiksi elintapaohjaus rajoitu raskaana olevaan äitiin. Tärkeätä on sitouttaa äiti hoitamaan itseään ja perhettään sekä ottamaan vastuu itsensä ja perheensä hyvinvoinnista.

Konkreettisenä keinona terveydenhoitotyön kehittämiseksi hyvinvointineuvolassa näkisimme seurantajärjestelmän luomisen, jolla raskausdiabeetikon jatkoseuranta pystytään turvaamaan eli jatkohoitopolun luominen. Mielestämme hoitopolku on helppo toteuttaa ilman suuria resurssointeja, sillä äiti/perhe on hyvinvointineuvolan asiakkaana lapsen kuuden ensimmäisen elinvuoden ajan.

Toivoisimme myös, että äidin tai isän ylipaino voitaisiin ottaa puheeksi muulloinkin kuin odottavan perheen vastaanotoilla. Raskausaika on liian lyhyt pysyvien elintapamuutosten oppimiseen ja omaksumiseen. Lisäksi tiedämme, että usein ylipainoisilla vanhemmilla on ylipainoinen lapsi. Eikö tämä olisi yksi keino terveydenhoitotyöllä vaikuttaa yksilölliseen, yhteisölliseen ja yhteiskunnalliseen hyvinvointiin.

HUS Hyvinkään sairaala
Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö
Äitiyshuollon kehittämissiltapäivä

AIKA: torstai 12.09.2013

PAIKKA: Hyvinkään sairaalan luentosali

KOHDERYHMÄ: Avoterveydenhuollon terveydenhoitajat

OHJELMA : Raskausdiabetes

13.30- 14.00 Syksyn satoa ” Porkkanoita, Paprikoita, Kurkkua ” dippilautanen.

14.00- 14.30 Tyypin 2 DM Diabeteslääkäri Leena Norvio

14.30- 15.00 Raskausdiabeteksen hoitopolut Eija Handolin, Anne Mäenpää , Outi Puukka

15.00-15.30 Raskausdiabeteksen Käypä hoito- suosituksen toteutuminen äitiysneuvolassa Hyvinkään sairaanhoitoalueella--- Terveystenhoitajien kokemuksia Hämeen ammattikorkeakoulun opinnäytetyön esittäminen. Anne Mäenpää ja Outi Puukka

15.30-16.00 Keskustelua

ILMOITTAUTUMINEN sähköpostitse 30.8.2013 mennessä.

Yhdyshenkilö Kättilö Outi Puukka

s-posti : outi.puukka@hus.fi

Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suosituksen toteutuminen äitiysneulossa Hyvinkään sairaanhoitoalueella-terveydenhoitajien kokemuksia

Anne Mäenpää ja Outi Puukka
14.05.2012

Opinnäytetyön tarkoitus

- Oli kuvata Hyvinkään sairaanhoitoalueen äitiyshuollossa työskentelevien terveydenhoitajien kokemuksia raskausdiabeteksen käypä hoito -suosituksen toteutumisesta raskausaikana ja synnytyksen jälkeen.

Tutkimusongelmat

- Miten raskausdiabeteksen Käypä hoito -suosituksen mukainen hoito toteutuu äitiysneulossa?
- Mitkä ovat terveydenhoitajan mahdollisuudet toteuttaa Käypä hoito- suosituksen mukaista hoitoa (vahvuudet/heikkoudet, mahdollisuudet/uhat)

Tavoitteena on

- Tuotetun tiedon avulla arvioida raskausdiabeetikon hoidon laatua sekä toteutumista Käypä hoito -suosituksen mukaisesti.
- Tutkimustietoa voidaan käyttää apuna terveydenhoitajatyön kehittämisessä, jotta asiakkaan saama hoito tukee itsenäisiä ratkaisuja ja päätöksiä omahoitoa toteuttaessa.

Toteutus

- Laadullisen tutkimuksen lähtökohdista.
- Ryhmäteemahaastattelu , 6 terveydenhoitajaa, 2 eri kunnasta.
- Haastattelut suoritettiin keväällä ja syksyllä 2011.
- Haastattelut nauhoitettiin ja ulkopuolinen tekstinkäsittelijä kirjoitti puhtaaksi (15 sivua)

Aineiston käsittely

- analyysin aluksi luimme aineiston läpi useita kertoja
- =>pelkistetyt ilmaisut (asiat, jotka kuuluvat yhteen)
- käytimme sisällön analyysia tehdessä käsittekarttana teemahaastattelun runkoa
- aineiston käsitteellistäminen: ala-, ylä- ja yhdistäviin kategorioihin

Tutkimustulokset

- Pääsääntöisesti toteutuu hyvin - terveydenhoitajatyön ydinosaaamista
- Seulonta(glukoosirasituskoete) ei toteudu sairaanhoitoalueella suositusten mukaan- hus:illa oma ohjeistus
- Sairaaloiden erilaiset hoitopolut-- haasteellinen

Tutkimustulokset jatkuu...

- Selkeät ja tarkat ohjeet— ohjaatoimintaa- ei käypä hoidon mukaiset.
- Aika rajallinen, asiasisältö laaja ensikäynnillä.
- Terveystenhoitajien vuorovaikutustaitoja pidettiin vahvuutena—helppo ottaa puheeksi, asioiden oikeilla nimillä

- Terveystenhoitajien tiedot/taidot riittävät- vaihteluvuutta esiintyy - täydennyskoulutusta toivottiin.
- Oman ammattitaidon ylläpitämiseksi - GDM asiakkaita vuositasolla vähäinen- heikkous/uhka hoidon toteutumiseen.
- Erikoissairaanhoidolta toivottiin vahvaa koulutusroolia

- Selkeä työnjako nla-sairaala.
- Päälekkäinen ohjaus kartoitettava.
- Yhteistyö kehittämien.
- Ryhmäohjaus.

Merkittävä asia...

- Jatkoseurannan puutteellisuus.paljon kehitettävää—huomio siirtyy äidistä lapseen.
- Ei systemaattista järjestelmää—miten suositusten mukainen jatkoseuranta toteutuisi.
- Äidin oma aktiivisuus tärkeä.
- Työterveydenrooli jatkohoidossa ja sairauksien ennalta ehkäisyssä.

Mietittävää..

- GDM asiakkaan hoito ei valtakunnallisesti tasalaatuista— asuinpaikka - sairaanhoitopiiri vaikuttaa.- luoda valtakunnallisesti hyvän hoidon laatuksiteerit ja mittarit.
- Tiukemmat säädökset—suositus ei velvoita kuntia toimimaan sen mukaisesti—hoitokäytännöt kirjavia ja hoito epätasa-arvoista.

